

Santa Marta, 30 de abril de 2024

Doctora
CLARA MERCEDES SUÁREZ RODRÍGUEZ
Directora de Epidemiología y Demografía
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá, D.C.
csuarezr@Minsalud.gov.co

Asunto: Remisión Documento “Análisis de Situación de Salud Cuantitativo (Insumo para el ASIS Participativo), con los Capítulos IV, V, VI Santa Marta 2023”.

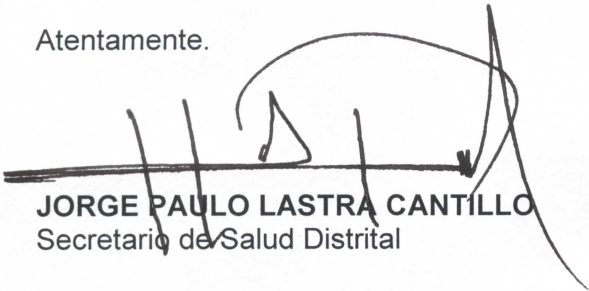
Respetada Doctora Clara:

Por medio del presente este despacho le da el aval al Documento final **ASIS 2023 Santa Marta**, el cual fue actualizado al 100% por el equipo de la oficina de Gestión de la Salud Pública y la supervisión de la Dirección de Salud Pública y certifica que cumple con los siguientes criterios:

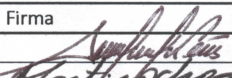
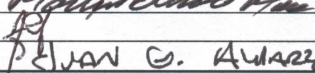
- 1. Que el ASIS se desarrolló bajo los lineamientos el capítulo I de la Resolución 100 de 2024, por las cuales se establecen las disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral en Salud.
- 2. Que el documento cuenta con la calidad y coherencia técnica requerida, toda vez que se utilizó la información enviada para su actualización.
- 3. Que la Secretaría de Salud Distrital autoriza al Ministerio de Salud y Protección Social la publicación del documento en el Repositorio Institucional Digital – RID con el fin de que el ASIS sea consultado por los usuarios internos y externos entre ellos los órganos de control y demás interesados.

Se agradece de antemano el apoyo brindado por ustedes.

Atentamente.



JORGE PAULO LASTRA CANTILLO
Secretario de Salud Distrital

	Nombre y Apellido	Cargo	Firma
Revisó	Alexandra Martínez Peña	Directora Salud Pública	
Proyectó	Martin Ochoa Mejía	Profesional Universitario Grado 1	
Proyectó	Arnobys Ríos Medina	Técnico Operativo Grado 3	
Proyectó	Juan Gabriel Álvarez Bequis	Profesional de Apoyo	

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO DISTRITO DE SANTA MARTA 2024

Versión Final

Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta

Dirección de Salud Pública /Grupo de Gestión de la Salud Publica / Planeación

Santa Marta, 2024

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
METODOLOGÍA.....	9
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	16
SIGLAS.....	18
1. CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO.....	34
1.1 Contexto territorial	34
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica	34
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio	40
1.2 Contexto poblacional y demográfico	49
1.2.1 Estructura demográfica	50
1.2.2 Dinámica demográfica	56
1.2.3 Movilidad forzada	59
1.2.4 Población LGBTIQ+	66
1.2.5 Población Migrante	67
1.2.6 Población Campesina	69
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud	70
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	72
2. CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL	74
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio	74
2.2 Condiciones de vida del territorio	93
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio	105
3. CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.....	106
3.1 Análisis de la morbilidad.....	106
3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad.....	106
3.1.2 Morbilidad específica por subgrupos.....	117
3.1.3 Morbilidad específica Salud Mental.....	122
3.1.4 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores	134
3.1.5 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	136
3.1.6 Análisis de la población con discapacidad	140
3.1.7 Identificación de prioridades en la morbilidad	140

3.2	Análisis de la mortalidad	142
3.2.1	Mortalidad general	142
3.2.2	Mortalidad general por grandes causas	145
3.2.2.1	Tasas ajustadas de los años de vida potencialmente perdidos - AVPP	155
3.2.3	Mortalidad específicas por subgrupos	173
3.2.4	Mortalidad materno – infantil y en la niñez	173
3.2.4.1	Por todas las causas según la lista 67 y tasas específicas de mortalidad	173
3.2.5	Mortalidad relacionada con salud mental	180
3.2.6	Mortalidad por COVID-19	183
3.2.7	Análisis de desigualdad en la mortalidad materno - infantil y de la niñez	187
3.2.7.1	Tasa de mortalidad neonatal	189
3.2.7.2	Mortalidad infantil	189
4.	CAPITULO IV ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTES LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO	199
4.1	Marco conceptual	199
4.1.1	El derecho a participar y decidir	199
4.1.2	Configuración del territorio	200
4.1.3	Medios de producción y circunstancias sociales	200
4.1.4	Desenlaces mórbidos y mortalidad	200
4.1.5	Núcleos de inequidad	201
4.2	Alcance del Análisis de situación participativo	201
4.2.1	Definición de la Cartografía Social	201
4.2.2	Utilidad de la cartografía	202
4.2.3	Diseño de la cartografía	202
4.2.4	Estructura de la cartografía	202
4.3	Apertura del espacio	202
4.3.1	Asignación de roles	202
4.3.2	Identificación de las convenciones	202
4.4	Elaboración del mapa y apertura del diálogo	203

4.5 Diligenciamiento de la matriz.....	203
4.5.1 Paso a Paso.....	203
4.6 Identificación de fuentes de información.....	204
4.7 Identificación de actores.....	211
4.8 Definición de territorios.....	212
4.8.1 Escenarios, tiempos, espacios y convocatoria para el proceso de análisis.....	215
4.8.2 Preparación para los encuentros participativos.....	215
4.8.3 Convocatoria.....	215
4.8.4 Listados de Asistencia	216
4.9 Escenarios y mecanismos para el análisis participativo	216
4.10 Categorías de análisis a partir de información cualitativa.....	216
4.11 Desarrollo metodológico- estructura proceso y resultado.....	217
4.12 Asistentes.....	226
4.13 Mapas de la cartografía	226
4.14 Problemas identificados	232
4.15 Resultados De La Respuesta Social.....	234
4.15.1 Análisis por la EPS SURA.....	234
4.15.2 Análisis por la EPS CAJACOPI.....	237
4.15.3 Análisis por la EPS MUTUALSER.....	238
4.15.4 Análisis por la EPS SALUD TOTAL.....	239
4.15.5 Análisis por la COOPERACION INTERNACIONAL.....	239
4.15.6 Análisis CONCLUSION por la ENTIDAD TERRITORIAL.....	243
5. CAPÍTULO V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA.....	257
5.1 Definición.....	257
5.2 Prioridades en salud.	257
5.3 Responsables de la definición de prioridades en salud.....	257
5.4 Criterios de priorización en salud.	257
5.4.1 La causalidad como centro del problema y no el problema como el centro de la causalidad. La determinación social.....	258
5.4.2 Pasos y actividades del momento de Análisis y Comprensión del ASIS.....	259
5.5 Métodos y técnicas de análisis-síntesis.....	259

5.6 Priorización de los problemas de salud y los territorios con participación de los actores sociales...	268
5.7 Metodología para la priorización	265
5.7.1 Resultado de la priorización	268
5.8 Construcción de Núcleos de inequidad Sociosanitaria a nivel territorial.....	274
5.9 Ejercicios colaborativos para la construcción de la visión del PTS.....	278
6 CAPÍTULO VI PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS.....	280
6.1 ¿Que son y cómo están conformados los equipos básicos de salud?.....	281
6.2 ¿Según las funciones previstas en el artículo 16 de la Ley 1438 para los EBST y el Plan de Cuidado Primario cómo se organiza la operación de estos?	282
6.3 Pilares y Componentes del Modelo.....	283
6.3.1 PILAR 1 Integridad del sector.....	284
6.4 PILAR 2 Territorialización social; gobernanza y gobernabilidad.....	285
6.5 PILAR 3 Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores del sector de la salud.....	286
6.6 PILAR 4 Redes integrales e integradas de servicios de salud	287
6.6.1 Componente 1 del Pilar 4 Conformación, y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	287
6.6.2 Componente 2 del Pilar 4 Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria.....	288
6.6.3 Componente 3 del Pilar 4 IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo RIISS.....	288
6.7 Metodología y resultados de armonización.....	289
6.7.1 EJE 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública.....	290
6.7.2 Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.....	291
6.7.3 Eje 3. Determinantes sociales de la salud.	293
6.7.4 Eje 4. Atención Primaria en Salud.....	294
6.7.5 Eje 5. Eje climático, emergencias, desastres y pandemias.....	296
6.7.6 Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria.	297
6.7.7 Eje 7. Personal de Salud.....	298
6.8 Anexos.....	299
6.9 Mesa Uno (1) De Trabajo Con Los Cooperantes Internacionales	300

6.9.1 Convocatoria.....	300
6.9.2 Listado De Asistencia Mesa Uno (1) Con Cooperación Internacional.....	300
6.9.3 Evidencia Fotográficas de la Mesa Uno (1) con Cooperación Internacional.....	301
6.10 Mesa Dos (2) de Trabajo Para con los Gerentes De EAPB e IPS.....	301
6.10.1 Convocatoria.....	301
6.10.2 Listado De Asistencia Mesa Dos (2) con los Gerentes De EAPB e IPS.....	302
6.10.3 Evidencia Fotográficas de la Mesa Dos (2) con los Gerentes De EAPB e IPS.....	303
6.10.4 Tablas de Resultados y Evidencias Físicas de la Mesa Dos (2).....	304
6.11 Mesa Tres (3) de Trabajo con la Población del Corregimiento de Minca.....	305
6.11.1 Listado de Asistencia de la Mesa Tres (3) Actores Corregimiento De Minca.....	305
6.11.2 Evidencia Fotográficas de la Mesa Tres (3) Actores Corregimiento De Minca.....	305
6.11.3 Tablas de Resultados de la Mesa Tres (3) Actores Corregimiento De Minca.....	305
6.12 Mesa Cuatro (4) de Trabajo con La Población Del Corregimiento De Bonda.....	307
6.12.1 Listado de Asistencia Mesa Cuatro (4) Actores Comunitarios Corregimiento De Bonda.....	307
6.12.2 Evidencia Fotográficas de la Mesa Cuatro (4) Comunitarios Corregimiento De Bonda.....	308
6.12.3 Tablas de Resultados de la Mesa Cuatro (4) Comunitarios Corregimiento De Bonda.....	308
6.13 Mesa Cinco (5) de Trabajo con Equipos Básicos de Salud, Representantes De Academias, Asociaciones De Salud y Soridad Activista.....	310
6.13.2 Convocatoria.....	310
6.13.3 Listado de Asistencia Mesas Cinco (5) Actores Equipos Básicos De Salud, Representantes de Academias, Asociaciones De Salud y Soridad Activista.....	311
6.13.4 Evidencia Fotográficas de la Mesa Cinco (5).....	312
6.13.5 Evidencias Físicas De La Mesa Cinco (5).....	312
6.14 Mesa Seis (6) de Trabajo Con La Población Del Corregimiento De Taganga.....	313

6.14.2 Listado de Asistencia Mesa Seis (6) Actores Comunitarios Corregimiento De Taganga.....	313
6.14.3 Evidencia Fotográficas de la Mesa Seis (6).....	314
6.14.4 Tablas de Resultados de la Mesa Seis (6).....	314
6.15 Mesa Siete (7) De Trabajo con los Actores Etnias, Comunidades y Población en Condición de Discapacidad, Líderes Comunitarios – Coopacos – CTSS – Veedurías En Salud.....	315
6.15.1 Convocatoria.....	315
6.15.2 Listado De Asistencia Mesas Siete (7) Actores Etnias, Comunidades y Población En Condición De Discapacidad, Líderes Comunitarios – Coopacos – CTSS – Veedurías En Salud.....	316
6.15.3 Evidencia Fotográficas de la Mesa Siete (7).....	317
6.15.4 Tablas de Resultados de la Mesa Siete (7).....	318
6.16 Mesa Ocho (8) de Trabajo con los Gerentes de EAPB e IPS para la Construcción de Visión y Propuestas de Redes Integrales de Servicios de Salud En el Marco de APS.....	319
6.16.2 Convocatoria.....	319
6.16.3 Listado de Asistencia Mesas Ocho (8) Actores Gerentes EAPB e IPS.....	320
6.16.4 Evidencia Fotográficas de la Mesa Ocho (8).....	321
6.16.5 Tablas de Resultados de la Mesa Ocho (8).....	321
6.17 Mesa Nueve (9) de Trabajo Institucional de la Secretaria de Salud Distrital Para La Construcción ASIS..	322
6.17.1 Convocatoria.....	322
6.17.2 Listado de Asistencia Mesa Nueve (9) Equipo Técnico de la Secretaria Distrital De Salud -Virtual PTS – PDD.....	322
6.9 Consolidado de Resultados Obtenidos En Las Mesas Sectoriales de Participación Para Construcción del Plan Desarrollo Distrital y Plan Territorial De Salud 2024 – 2027.....	323

INTRODUCCIÓN

El primer momento de la gestión pública en salud se determina en la planeación estratégica y operativa que realizan las autoridades sanitarias como rectores de la salud municipal que se plasma en un programa de gobierno que debe llevarse a la política pública del desarrollo territorial en los instrumentos que establecen estrategias y resultados para superar los efectos que sufren las personas en la salud como consecuencia de determinantes sociales y así lograr los impactos esperados en su bienestar y desarrollo sostenible que en un marco de procesos debe ser integral para armonizarse con políticas públicas del derecho a la salud integral.

La Resolución 100 de 2024 define el Plan Territorial de Salud (PTS) como el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud del territorio, resultante de la Planeación Integral para la Salud. El PTS hace parte integral del Plan de Desarrollo Distrital y permite a la entidad territorial contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud en el país.

La formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud se realiza bajo la dirección y coordinación de la entidad territorial distrital como autoridad sanitaria en el ámbito de su jurisdicción. Coordinando y dirigiendo la construcción de los análisis participativos de situación de salud en el territorio que aportan en la transformación de las problemáticas y necesidades sociales en salud identificadas en el territorio.

El Plan Territorial de Salud debe incluir los siguientes contenidos: Análisis de la Situación de Salud en el territorio, Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud. Y el Componente estratégico y de inversión plurianual.

El Análisis de la situación de salud en el territorio se define como una construcción participativa y sistemática orientada a: i). Comprender integralmente la realidad territorial, ii) Reconocer las formas de producción y reproducción de los determinantes sociales de la salud, iii) Identificar las problemáticas y necesidades sociales en salud y iv) Determinar las condiciones y situaciones de inequidad. Lo anterior constituye la base para la definición consensuada de prioridades en salud y el establecimiento de una agenda social compartida para la respuesta territorial en salud cuya responsabilidad de construcción recae en la entidad territorial del orden distrital y municipal para lo cual deberán gestionar la participación de los actores sectoriales y transectoriales en el territorio que se realiza con fundamento en la Guía Conceptual y Metodológica que hace parte del Lineamiento de Planeación Integral para la Salud, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

METODOLOGÍA

El Ministerio de Salud y Protección Social por intermedio de la dirección de Epidemiología y demografía realizó videoconferencias a los equipos territoriales de salud de todo el País para socializar los nuevos lineamientos para la actualización del ASIS 2022, en dicho evento se abordan los tres capítulos del documento en mención: el territorial y demográfico, el abordaje de los efectos en salud y sus determinantes y la priorización, con un desarrollo teórico, se presentaron directrices para actualizar tablas y figuras, luego se recibieron las memorias del evento y la base de datos con: Los tres capítulos de contexto demográfico, mortalidad, morbilidad, indicadores, prioridades, la lista de insumos y los lineamiento.

Los resultados obtenidos en este documento corresponden al análisis de situación en salud del distrito de Santa Marta, con base en datos recolectados de fuentes primarias y secundaria, donde las principales fueron estadísticas vitales del DANE, SISPRO, RUAF, SIVIGILA, RIPS, SISBEN, RUV, Herramienta básica ASIS, Base de datos ASIS y Secretaría Distrital de Salud, con los cuales se hizo proyección de población 2005, 2022 y 2023. Para el cálculo de tasas de mortalidad 2005-2020 y morbilidad se utilizó información correspondiente al periodo 2005-2022.

Se realizó una descripción de los indicadores sociodemográficos con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia e incidencia y letalidad, tasa de mortalidad ajustada por edad, AVPP, tasa específica de mortalidad, razón de tasas e intervalos de confianza, todo a través de hojas de cálculo Excel.

Para el análisis de desigualdades y sociales en salud, se estimaron las diferencias relativas, tales como tasas extremas, diferencia ponderada de tasas extremas, según el caso empleando el paquete estadístico EPIDAT.

Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los RIPS (2009-2022), las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud y Protección social, el sistema de vigilancia de salud pública y todo lo relacionado con la notificación obligatoria (2007-2022).

Para realizar la priorización de los efectos en salud se utilizan los lineamientos establecidos en la guía metodológica para la construcción del ASIS. La metodología incluye dos partes, la parte incluye la contextualización con marco normativo y marco conceptual, la caracterización de los contextos territorial y demográfico.

Este avance llamado **“ASIS CUANTITATIVO”** permitió el reconocimiento de las fuentes de información y su alcance en el procesamiento para el análisis.

Sin embargo, en la última década, la comprensión de la salud y sus determinantes ha evolucionado a nivel nacional y territorial, reconociendo que el proceso salud-enfermedad es dinámico y es el resultado de las circunstancias en las que viven, crecen y se desarrollan las personas, familias y comunidades en un territorio, siendo sujetos de derecho que hacen parte de las decisiones en salud en la medida que participan de manera activa y se empoderan de su situación. Esta perspectiva amplia ha llevado a un enfoque más integral en la salud pública, que busca a partir del trabajo de todos los sectores y actores de la sociedad avanzar en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Es así como, la evolución de la implementación del enfoque de determinantes sociales de la salud que visibilice las inequidades, implica avanzar en la construcción de un análisis de situación de salud que inició en primera instancia con la identificación de fuentes de información y el uso de métodos para su procesamiento con el fin de caracterizar la situación, a reconocer que es un proceso participativo que debe involucrar a los actores en el territorio desde abordajes mixtos que utilizan para reconocer y comprender los procesos históricos, políticos, sociales, económicos, culturales y ambientales que explican los procesos mórbido-mortales en un territorio y orienta las necesidades y acciones a planear en el mismo.

Una parte II que incluye: abordaje de los efectos de salud y sus determinantes y priorización de los efectos de salud, los cuales son desarrollados en el cuerpo del documento.

Así las cosas, este documento se actualiza para construir un análisis de situación de Salud (ASIS) territorial participativo con los distintos actores, que acoge el marco normativo y conceptual del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 para su implementación, generando orientaciones metodológicas para la construcción, y formulación de política pública en salud a nivel territorial.

Es decir, el Análisis de Situación en Salud (ASIS) es un diagnóstico con participación de los diferentes actores presentes en el territorio, permite la identificación, caracterización y comprensión de las problemáticas y necesidades, acorde al contexto sociocultural y realidades del territorio que se desarrolla en 6 Capítulos, Así:

Figura 1 Contenido del Análisis de Situación en Salud (ASIS)

Contenido del ASIS Capítulos	
I	Configuración del territorio.
II	Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales..
III	Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.
IV	Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio..
V	Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio.
VI	Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.

Fuente Elaboración propia SDS Grupo Planeación de Salud 2023

Los nuevos conceptos metodológicos agregados han obligado durante el primer trimestre de 2024 a Contar con un documento de ASIS con lenguaje sencillo y que evidencie las dinámicas territoriales y poblacionales que lleva a cabo los espacios de participación ejercicio de cartografía social para lograr la construcción del análisis de la información cualitativa y cuantitativa y con ello el documento de ASIS participativo territorial

Con ello hemos logrado el desarrollo de escenarios participativos para consolidar e integrar información cualitativa y cuantitativa que explica problemas y necesidades en salud donde los escenarios de la cartografía social nos han llevado a un Análisis Estructural Participativo que consiste en identificar, definir y jerarquizar los problemas donde se definen las técnicas de aproximación poblacional más adecuada, como la construcción de las guías de trabajo, los instrumentos para captar la información y los insumos necesarios

Como premisas se tienen que No se parte de cero, posibilita el análisis de los problemas, permite conocer problemas específicos particulares y concretos, permite la participación de todas las personas involucradas en la solución de los problemas que afectan a la comunidad y las acciones planeadas a partir del sentir comunitario comprometen a sus miembros y a las instituciones que participan

Marco normativo. - Decreto 3518 de 2006, Ley 1122 de 2007, Resolución 0518 de 2015, Decreto 4107 de 2011, Resolución 1035 de 2022, Resolución 3280 de agosto 2018 y modificatoria Resolución 276 de 2019, Resolución 295 de 2023, Resolución 2367 de 2023 PDSP 2022-2031 y Resolución 100 de 2024 que deroga la Res 1536/15 indicando todos los componentes y elementos de la Planeación integral en salud que deja de lado la estrategia PASE a la Equidad en salud.

El ASIS sufre un profundo cambio estructural pasando a convertirse en el principal insumo para la construcción y formulación del Plan Territorial e Salud 2024-2027 que se plasma en los siguientes Artículos de La Resolución 100 de 2024

ARTÍCULO 11. Componentes del Plan Territorial de Salud. El Plan Territorial de Salud debe incluir los siguientes contenidos:

11.1 Análisis de la Situación de Salud en el territorio.

11.2 Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud.

11.3 Componente estratégico y de inversión plurianual.

ARTÍCULO 12. Definición. El Análisis de la Situación de Salud en el territorio se define como una construcción participativa y sistemática orientada a: I. Comprender integralmente la realidad territorial, II. Reconocer las formas de producción y reproducción de los determinantes sociales de la salud, III. Identificar las problemáticas y necesidades sociales en salud y IV. Determinar las condiciones y situaciones de inequidad. Lo anterior constituye la base para la definición consensuada de prioridades en salud y el establecimiento de una agenda social compartida para la respuesta territorial en salud.

ARTÍCULO 13. Responsables de la construcción del Análisis de la Situación de Salud en el territorio.

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal son las responsables de construir el Análisis de la Situación de Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual deberán gestionar la participación de los actores definidos en el artículo 10 de la presente resolución y podrán apoyarse en la academia, organizaciones y agremiaciones del sector salud y afines, con observancia de la gestión de conflictos de interés.

PARÁGRAFO. La construcción del Análisis de la Situación de salud en el territorio se realizará con fundamento en la Guía Conceptual y Metodológica que hace parte del Lineamiento de Planeación Integral para la Salud, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 14. Contenidos del Análisis de la Situación de salud en el territorio. El Análisis de Situación de Salud- ASIS territorial tiene los siguientes contenidos: 14.1 Capítulo I. Configuración del territorio. 14.2 Capítulo II. Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales. 14.3 Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. 14.4 Capítulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. 14.5 Capítulo V Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio. 14.6 Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.

PARÁGRAFO. Sin perjuicio que el Análisis de Situación de Salud- ASIS territorial se materialice mediante un documento, su desarrollo debe entenderse como proceso que permite la actualización constante según las necesidades del territorio.

ARTÍCULO 15. Periodicidad del Análisis de la Situación de salud en el territorio. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal realizarán el Análisis de la Situación de Salud en el Territorio con una periodicidad anual, como insumo para el seguimiento a las políticas públicas, planes, programas y estrategias implementadas en el ámbito de su jurisdicción.

Los resultados del Análisis de Situación de Salud deberán ser socializados con los gobiernos territoriales, actores del sector salud y demás sectores y actores sociales y comunitarios. El documento resultante del análisis y las evidencias de la gestión relacionada con la socialización y posicionamiento en el nivel territorial deberá presentarse a la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, a más tardar, el 30 de marzo de la respectiva vigencia.

Capítulo II. Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud

ARTÍCULO 16. Definición. Proceso por el cual se seleccionan los problemas o necesidades de salud a partir del ordenamiento, valoración y jerarquización de estos según los criterios establecidos en el artículo 19 de la presente Resolución. Este proceso constituye en elemento articulador entre la situación de salud en el territorio y la formulación del Plan Territorial de Salud.

ARTÍCULO 17. Prioridades en salud. Las prioridades en salud son las expresiones de problemas, situaciones y condiciones de salud y de calidad de vida de la población en un territorio, que se expresan en causalidades de diverso nivel jerárquico que generan daños, deterioros en la salud y la vida en personas y colectivos,

vulnerando el derecho fundamental a la salud en los territorios. Estas prioridades serán la base para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud.

ARTÍCULO 18. Responsables de la definición de prioridades en salud. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal son las responsables de liderar la definición consensuada de las prioridades de salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual deberán gestionar la participación de los actores definidos en el artículo 10 de la presente resolución y podrán apoyarse en la academia, organizaciones y agremiaciones del sector salud y afines, con observancia de la gestión de conflictos de interés.

ARTÍCULO 19. Criterios de priorización en salud. El establecimiento de prioridades en salud en los departamentos, distritos y municipios se realizará teniendo en cuenta una comprensión de la dinámica social, económica, cultural, étnica y de género desde una configuración territorial, en donde el territorio se entiende como: el espacio físico y escenario social donde transcurre la vida de las personas, familias y comunidades; se construyen relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales y se producen y reproducen los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Las prioridades en salud serán definidas teniendo en cuenta los siguientes criterios:

19.1 Magnitud

19.2 Pertinencia Social e intercultural

19.3 Trascendencia

19.4 Capacidad de intervención

Para la definición de prioridades en salud las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales utilizarán la Guía Conceptual y Metodológica para la construcción del Análisis de la Situación de salud en el Territorio incluida en el Lineamiento de Planeación Integral para la Salud, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. La periodicidad de la priorización de los problemas y necesidades sociales en salud se realizará conforme a lo establecido en el artículo 15 de la presente Resolución

ASIS COMO INSUMO CENTRAL PARA LA PLANEACION TERRITORIAL

Continuidad de los espacios participativos para la socialización y decisiones estratégicas

El proceso participativo iniciado con el reconocimiento de las problemáticas del territorio debe ser continuado hasta el momento de la socialización y de manera crucial en la planeación y toma de decisiones. Los espacios o escenarios participativos se deben establecer como mecanismos democráticos de construcción de ciudadanía y por lo tanto la tendencia debe ser a la permanencia en los diferentes procesos de la gobernabilidad y no sólo restringirse a un momento único de un proceso determinado.

Garantizar que los tomadores de decisiones cuenten con el insumo del ASIS.

El análisis de situación de salud tiene sentido en la medida en que la información surgida es utilizada en la toma de decisiones que se vean reflejadas en propuestas y acciones de respuesta sobre la situación encontrada. En este sentido es necesario organizar la información encontrada para así definir la necesidad de una acción para mejorar o mantener la salud de las poblaciones.

En este sentido la OPS (1999) ha planteado que el ASIS tiene diversos propósitos, y su importancia radica en contribuir con la información que el componente técnico requiere para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. En particular, los propósitos son apoyar:

- a. La definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia.
- b. La formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento.
- c. La construcción de escenarios prospectivos de salud.

Es decir, los ASIS sirven para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud. La meta principal de los ASIS es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

Otros a su vez plantean que el ASIS permite:

- Respuesta social acorde con las necesidades en salud, evaluando su impacto.
- Instrumento de planificación que da la evidencia para la conducción estratégica de la prestación de los servicios y la asignación de recursos a nivel institucional
- Negociación política de las instituciones con el sector salud y otros actores sociales
- Contribución para generar cultura de análisis para la toma de decisiones con base en evidencias.
- Movilización de recursos según necesidades reales.
- Contribución para direccionar el desarrollo organizacional: definición de niveles resolutivos, definición de indicadores para el monitoreo y evaluación del compromiso de

Gestionar la articulación del ASIS a la continuidad del proceso de planeación integral

En este sentido cabe tener en cuenta que la información encontrada por lo general implica para la acción que se involucren otros sectores y actores, por tanto, la organización que se haga de la misma llevará a definir las competencias de cada sector al respecto.

Se hace necesario tener en cuenta que el ASIS no termina con la presentación de resultados, sino que requiere de la difusión y presentación a diferentes actores sociales con los que se analizan los problemas y necesidades de salud, para luego establecer las responsabilidades de los distintos actores sociales según la naturaleza de los determinantes respectivos, que deben ser considerados y las manifestaciones que se derivan de los problemas de salud que es preciso atender.

Al respecto se hace pertinente enunciar la importancia de la información surgida para diferentes sectores en la orientación de su accionar para los servicios de salud y otros sectores la explicación y el análisis de los problemas de salud permite la identificación de los determinantes sociales de la salud local, su importancia y naturaleza.

Esto, se convierte en insumo para las acciones e intervenciones de promoción de la salud que asumen los servicios de salud; a la vez, posibilita reconocer las que pertenecen a otros sectores o actores sociales para generar acciones intersectoriales. **Es importante recordar que los servicios de salud no pueden resolver todos los problemas asociados a los determinantes sociales por su carácter interdisciplinario y de abordaje interinstitucional; corresponde a los servicios de salud del nivel local ejercer el liderazgo para denunciar las situaciones que afectan la salud e involucrar a los actores sociales que, con la participación, y desde sus instituciones, organizaciones o grupos, interpongan los recursos necesarios y eficaces.**

Por otro lado, las manifestaciones de los problemas se convierten en insumos para definir las acciones de índole preventiva, promocional y curativa propias de la atención primaria en salud, y en coordinación con los sectores externos al sistema de salud. Por tanto, este momento del ASIS es clave para articular responsabilidades, dar especificidad e integralidad al trabajo por la salud en las poblaciones.

Las alternativas de solución

Promueva la gestión de alternativas de solución para los problemas y necesidades identificados en los territorios

Al respecto se presentan algunas preguntas orientadoras para determinar tanto las competencias de cada sector como los plazos para el accionar y el nivel al que se debe llegar con la acción, es decir si es suficiente con una actividad, un programa o si se requiere llegar a la formulación de políticas públicas.

Preguntas para definir ámbito de competencia

1. ¿Quién tiene injerencia en la solución de riesgos a la salud?
2. ¿qué actores sociales están involucrados?
3. ¿Qué estrategias y acciones debería desarrollarse desde la perspectiva de la atención integral y por tanto de derechos?
4. ¿Qué estrategias y acciones deberían desarrollarse desde la perspectiva de la participación social?
5. ¿Con cuáles actores sociales y en qué aspectos se establecería la ejecución y coordinación con acciones en salud?
6. ¿Qué tiempo involucra la respuesta, corto, mediano, largo plazo?
7. ¿Qué alcance requiere la acción a la respuesta, local, regional o nacional?
8. ¿Cómo se involucra la respuesta con compromisos internacionales?
9. ¿Con qué recursos financieros se cuenta para definir las acciones?
10. Otras que se consideren pertinentes.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

La Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta expresa su gratitud al Ministerio de Salud y Protección Social por su valioso respaldo en la creación de la guía conceptual y metodología destinada a la elaboración del Análisis de Situación de Salud en las entidades territoriales. Agradecemos también la provisión de herramientas que facilitaron la actualización de la información hasta el año 2023 y el seguimiento pertinente de los progresos en la elaboración del documento.

Queremos destacar y agradecer el compromiso continuo y la dedicación del equipo técnico perteneciente al grupo de Gestión de la Salud Pública / Planeación de la Secretaría de Salud Distrital de Santa Marta.

A continuación, mencionamos a los participantes del Análisis y Validación de la información y del presente documento:

PARA CONTENIDO CAPITULOS I, II y III

Virna Lizi Johnson Salcedo Alcaldesa Santa Marta D. T. C. e H.

Jorge Bernal Conde Secretario de Salud Distrital

Eina De la Hoz Viloria Directora de Salud Pública

Elaboración del documento

Gabriel Mejía Arroyo – Odontólogo, Especialista en Epidemiología

Armando Madrid García – Economista, Especialista en Planificación Territorial y Proyectos

Katherine Arzuaga Doria – Ingeniera de Sistemas

Apoyo General en la Elaboración del documento

Patricia Ponce Guida – Líder de Gestión de la Salud Pública GSP

Arnobys Ríos Medina – Contador, Técnico Operativo GSP

PARA CONTENIDO CAPITULOS IV, V y VI

Carlos Alberto Pinedo Cuello Alcalde Santa Marta D. T. C. e H.

Jorge Paulo Lastra Cantillo Secretario de Salud Distrital

Alexandra Beatriz Martínez Peña Directora de Salud Pública

Elaboración del documento

Eduardo Acosta Rico – Consultor Externo

Apoyo General en la Elaboración del documento

Arnobys Ríos Medina – Contador, Técnico Operativo GSP

Martín Ochoa Mejía – Administrador de Empresas, Profesional Universitario GSP

Juan Gabriel Álvarez Bequis – Ingeniero Industrial, Profesional Contratista apoyo a la Gestión

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano Haga clic aquí para escribir texto.

LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1. Distribución Distrital por Extensión Territorial y por área de residencia, 2022
- Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros al Distrito de Santa Marta, 2023
- Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el distrito de Santa Marta hacia las ciudades cercanas y capital del País 2023.
- Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el Distrito hacia los Municipios vecinos 2023
- Tabla 5. Escenario de Riesgo Asociados a fenómenos de Origen Hidrometeorológicos
- Tabla 6. Escenario de Riesgo Asociados a fenómenos de Origen Geológicos Remoción en Masa
- Tabla 7. Escenario de Riesgo Asociados a fenómenos de Origen Geológicos - Sismo
- Tabla 8. Tamaño de la población 2023 y su cambio con respecto a 2005
- Tabla 9. Población PostCOVID-19 por área de residencia en el distrito de Santa Marta 2023
- Tabla 10. Población por pertenencia étnica del Distrito, 2023
- Tabla 11. Población por grupos quinquenales (Pirámide poblacional) 2015-2022-2023 – Pos covid 19
- Tabla 12. Población por Ciclo Vital del Distrito de Santa Marta 2015, 2022 y 2023 - Pos COVID 19
- Tabla 13. Población de Santa Marta por Curso de vida 2015-2022-2023 – Pos COVID 19
- Tabla 14. Población por sexo y edad del Distrito de Santa Marta 2023 – Post COVID 19
- Tabla 15. Otros indicadores de estructura demográfica en el Distrito de Santa Marta, 2015, 2022, 2023
- Tabla 16. Análisis de otros indicadores de estructura demográfica en el Distrito de Santa Marta, 2015, 2022, 2023
- Tabla 17. Población victimizada de desplazamiento grupo de edad, sexo en el distrito de Santa Marta, 2022
- Tabla 18. Índice Demográfico del Distrito de Santa Marta - 2022
- Tabla 19. Análisis de índices Demográficos del Distrito de Santa Marta – 2022
- Tabla 20. Población Migrantes Atendidos e índices demográficos en Santa Marta y Colombia 2021
- Tabla 21. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Distrito de Santa Marta, 2015-2021
- Tabla 21. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Distrito de Santa Marta, 2015-2021

Tabla 23. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del distrito de Santa Marta, 2011-2021

Tabla 24. Determinantes intermedios de la salud -Sistema Sanitario del Distrito de Santa Marta, 2006-2021

Tabla 25. Número de EAPB por Régimen en el Distrito de Santa Marta, 2015-2021

Tabla 26. Número de afiliados por EAPB en el Distrito de Santa Marta, 2020-2022

Tabla 27. Número de IPS habilitada por servicios

Tabla 28. Otros indicadores de sistema sanitario en el Distrito de Santa Marta, 2021

Tabla 29. Tasa de cobertura bruta de educación del distrito de Santa Marta, 2003 – 2021

Tabla 30. Proyección de la vivienda por área de residencia en el distrito de Santa Marta 2018- 2023

Tabla 31. Población Sisbenizada por sexo y rango de edad en el Distrito de Santa Marta 2022

Tabla 32. Material predominante en las paredes – 2022

Tabla 33. Material predominante de los pisos – 2022

Tabla 34. Disponibilidad de recolección de basuras – 2022

Tabla 35. Número de hogares

Tabla 36. Ingresos proyectados 2020-2023

Tabla 37. Planeación Indicativa 2020-2023

Tabla 38. Coeficiente de Gini, Distrito de Santa Marta, periodo 2010 – 2020

Tabla 39. Población por estrato, Distrito de Santa Marta

Tabla 40. Población económicamente activa Santa Marta, 2010 -2020

Tabla 41. Población ocupada, desocupada e inactiva Santa Marta y Colombia septiembre-noviembre (2019 - 2020)

Tabla 42. Número de Atenciones por curso de vida 2009-2022

Tabla 43. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida primera infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 44. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 45. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adolescencia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 46. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en juventud, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 47. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adultez, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 48. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en persona mayor, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 49. Porcentaje de personas atendidas en hombres en primera infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 50. Porcentaje de personas atendidas en hombres en infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 51 Porcentaje de personas atendidas en hombres en adolescencia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 52 Porcentaje de personas atendidas en hombres en juventud, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 53 Porcentaje de personas atendidas en hombres en adultez, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 54. Porcentaje de personas atendidas en hombres persona mayor, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 55. Porcentaje de personas atendidas en mujeres primera infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 56. Porcentaje de personas atendidas en mujeres infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 57 Porcentaje de personas atendidas en mujeres en adolescencia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 58 Porcentaje de personas atendidas en mujeres en juventud, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 59. Porcentaje de personas atendidas en mujeres en adultez, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 60. Porcentaje de personas atendidas en mujeres en persona mayor, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 61. Morbilidad específica en las condiciones Transmisibles y nutricionales, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 62. Morbilidad específica en las condiciones materno-perinatales, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 63. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 64 - Morbilidad específica en las lesiones, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 65. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales en hombre, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 66. Morbilidad específica en las condiciones maternas perinatales en hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 67. Morbilidad específica en las condiciones no trasmisibles en hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 68. Morbilidad específica en las lesiones en hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 69. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales en mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 70. Morbilidad específica en condiciones maternas perinatales en mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 71. Morbilidad específica en las enfermedades no trasmisibles en mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 72. Morbilidad específica en las lesiones en mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Tabla 73. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida primera infancia por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 74. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida infancia por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 75. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida adolescencia por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 76. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida Juventud por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 77. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida adultez por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 78. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida Vejez por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 79. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida primera infancia por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 80. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en infancia por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 81. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adolescencia por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 82. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en juventud por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 83. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adultez por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 84. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en vejez por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 85. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en primera infancia por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 86. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en infancia por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 87. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en adolescencia por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 88. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en Juventud por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 89. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en adultez por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 90. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en vejez por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Tabla 91. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del Distrito de Santa Marta, 2010-2021

Tabla 92. Número de personas atendidas con Enfermedad Renal Crónica en el Distrito de Santa Marta, del 2012 al 2021 y variación porcentual

Tabla 93. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica por estadios en el Distrito de Santa Marta, años 2012 – 2021 y peso porcentual por estadio

Tabla 94. Eventos precursores del Distrito de Santa Marta, 2006 -2021

Tabla 95. Semaforización de la letalidad de los eventos de notificación obligatoria del Distrito de Santa Marta, 2006-2020

Tabla 96. Semaforización de tasas de incidencias de los eventos de notificación obligatoria del Distrito de Santa Marta, 2006-2020

Tabla 97. Número de defunciones certificadas en Santa Marta D.T.C.H. 2005 – 2021

Tabla 98. Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas del Distrito de Santa Marta, 2006-2021

Tabla 99. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, según lista de tabulación (16 grandes causas) en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Tabla 100. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años por sexo, según lista de tabulación (16 grandes causas) en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Tabla 101. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños y niñas según lista de tabulación (16 grandes causas) – Santa Marta, 2005 – 2021

Tabla 102. Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años según lista de tabulación (16 grandes causas) – Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Tabla 103. Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años Hombres según lista de tabulación (16 grandes causas) – Distrito de Santa Marta 2005 -2021

Tabla 104. Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años Mujeres según lista de tabulación (16 grandes causas) – Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Tabla 105. Mortalidad por edad y sexo por Covid 19 en 2022

Tabla 106. Índice demográfico 2022

Tabla 107. Índices demográficos análisis 2022

Tabla 108. Comorbilidades COVID – 19 – 2022

Tabla 109. Ámbito de atención de las Mortalidades Santa Marta y Colombia 2022

Tabla 110. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Distrito de Santa Marta, 2006- 2021

Tabla 111. Cronograma de espacios participativos con los diferentes actores

Tabla 112 Agenda telemática para las mesas participativas

LISTADO DE FIGURAS

- Figura 1 Contenido del Análisis de Situación en Salud (ASIS)
- Figura 2. Variación del clima durante los meses del año
- Figura 3. Temperatura y humedad durante los meses del año 2022
- Figura 4. Probabilidad de precipitación diaria durante los meses del año 2013-2021
- Figura 5. Precipitación de lluvia mensual promedio 2016-2022
- Figura 6. Pirámide Poblacional 2015-2022-2023
- Figura 7. Población por sexo y edad del Distrito de Santa Marta 2023 – Post COVID 19
- Figura 8. Tasas de Mortalidad General y de Natalidad 2005-2021
- Figura 9. Crecimiento Total y Migración Neta 2005-2021
- Figura 10. Tasas de Crecimiento Vegetativo, Total y de Migración Neta 2005-2021
- Figura 11. Tasas de Crecimiento Total y Migración Neta 2005-2021
- Figura 12. Tasas de Crecimiento Total y Migración Neta 2005-2021
- Figura 13. Tasas específicas de Fecundidad 2005-2021
- Figura 14. Pirámide de la población en condición de víctima por grupo de edad, sexo, Santa Marta, Magdalena 2022
- Figura 15. Pirámide Población Extranjera en Santa Marta y Colombia 2021
- Figura 16. Índice de Calidad de Agua 2021
- Figura 17. Tasa de Mortalidad perinatal 2020- Régimen Contributivo por EAPB
- Figura 18. Tasa de Mortalidad perinatal 2020 - Régimen Subsidiado por EAPB
- Figura 19. Razón de Mortalidad Materna a 42 días 2020 - Régimen Contributivo por EAPB
- Figura 20. Razón de Mortalidad Materna a 42 días 2020 - Régimen Subsidiado por EAPB
- Figura 21. Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (Lista 6/67) - 2020- Régimen Contributivo por EAPB
- Figura 22. Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (Lista 6/67) - 2020. Régimen Subsidiado por EAPB

Figura 23. Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (Lista 6/67) - 2020 - Régimen Contributivo por EAPB

Figura 24. Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (Lista 6/67) - 2020 - Régimen Subsidiado por EAPB

Figura 25. Tasa de cobertura bruta de educación básica Distrito de Santa Marta, 2005 -2020

Figura 26. Tasa de cobertura bruta de educación primaria Distrito de Santa Marta, 2005 -2021

Figura 27. Tasa de cobertura bruta de educación secundaria Distrito de Santa Marta, 2005 -2021

Figura 28. Tasa de cobertura bruta de educación media, Distrito de Santa Marta, 2005 -2021

Figura 29. Pirámide Poblacional Registro SISBEN - Corte junio 2022

Figura 30. Material predominante en las paredes – 2022

Figura 31. Tipo de unidad de vivienda por área – 2022

Figura 32. Material predominante de los pisos –2022

Figura 33. Necesidades Básicas insatisfechas - NBI en el Distrito de Santa Marta, 2018

Figura 34. Incidencia de Pobreza Monetaria y Pobreza extrema 2020

Figura 35. Coeficiente de GINI, Distrito de Santa Marta, periodo 2010 – 2020

Figura 36. Tasa global de participación, ocupación y desempleo Santa Marta Octubre - Diciembre (2010 - 2020)

Figura 37. Distribución porcentual y variación de la población ocupada, según ramas de actividad 2019 – 2020

Figura 38. Proporción del empleo informal en la población ocupada Santa Marta 2019-2020

Figura 39. Porcentaje de Atenciones por causas de morbilidad por curso de vida primera infancia, 2009-2022

Figura 40. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida infancia, 2009-2021

Figura 41. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida, adolescencia 2009-2022

Figura 42. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en juventud 2009-2022

Figura 43. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adultez 2009-2022

Figura 44. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en persona mayor, 2009-2022

Figura 45. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el Distrito de Santa Marta, año 2012 – 2021

Figura 46. Pirámide de población en condición de discapacidad Santa Marta 2021

Figura 47. Mortalidad por edad y sexo en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Figura 48. Mortalidad general y nivel educativo en el Distrito de Santa Marta 2021.

Figura 49. Mortalidad general y etnia en el Distrito de Santa Marta 2021

Figura 50. Mortalidad general y zona geográfica en el Distrito de Santa Marta 2021

Figura 51. Mortalidad general y Régimen en el Distrito de Santa Marta. 2021

Figura 52. Tasa de mortalidad ajustada total por edad del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 53. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 54. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 55. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP Total por grandes causas lista 6/67 del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 56. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Figura 57. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Figura 58. Tasa de AVPP por grandes causas total lista 6/67 general del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 59. Tasa de AVPP grandes causas lista 6/67 en hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 60. Tasa de AVPP grandes causas lista 6/67 en mujeres Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 61. Tasas ajustadas Mortalidad específica por subgrupo Transmisibles 2005-2021

Figura 62. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Distrito, 2005 – 2021

Figura 63. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 64. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias en el Distrito Santa Marta 2005-2021

Figura 65. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias en hombres del Distrito, 2005 – 2021

Figura 66. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias en mujeres del Distrito, 2005 – 2021

Figura 67. Tasa de mortalidad ajustada por edad Sistema Circulatorio Distrito, Santa Marta 2005-2021

Figura 68. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 69. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 70. Número de casos de mortalidad originadas en el periodo perinatal en el Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 71. Número de casos de mortalidad originadas en el periodo perinatal en hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 72. Número de casos de mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 73. Tasa de mortalidad ajustada por edad para causas externas en población general Santa Marta 2005-2021

Figura 74. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 75. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

Figura 76. Tasa de mortalidad ajustada por edad para Signos y Síntomas Mal Definidos en el Distrito de Santa Marta 2005 - 2021

Figura 77. Tasa de mortalidad ajustada por edad por las Demás Enfermedades en el Distrito de Santa Marta 2005-2021

Figura 78. Tasa de mortalidad ajustada por edad por las Demás Enfermedades en hombres en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Figura 79. Tasa de mortalidad ajustada por edad por las Demás Enfermedades en mujeres en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Figura 80. Principales causas de mortalidad en población infantil y niñez (Menor de 5 años). Distrito de Santa Marta 2021

Figura 81. Defunciones por causas relacionadas con salud mental en el Distrito de Santa Marta 2005-2020

Figura 82. Tasas de mortalidad por causas relacionadas con Salud Mental en el Distrito de Santa Marta. 2005 - 2020

Figura 83. Defunciones por causas relacionadas con la salud mental en hombres. Distrito de Santa Marta. 2005 – 2020

Figura 84. Tasas de mortalidad por causas relacionadas con la salud mental en hombres Distrito de Santa Marta. 2005 - 2020

Figura 85. Defunciones por causas relacionadas con la Salud Mental en el Distrito de Santa Marta. 2005 – 2020

Figura 86 Tasas de mortalidad por causas relacionadas con la salud mental en mujeres Distrito de Santa Marta. 2005 – 2020

Figura 88. Razón de mortalidad materna a 42 días, Distrito de Santa Marta, 2005 -2021

Figura 89. Tasa de mortalidad neonatal, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

Figura 90. Tasa de mortalidad infantil, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

Figura 91. Tasa de mortalidad en la niñez, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

Figura 92 Tasa de mortalidad por EDA, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

Figura 93. Tasa de mortalidad por IRA, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

Figura 94 Tasa de mortalidad por desnutrición, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

Figura 95 Componentes y elementos requeridos para la Cartografía en el ASIS

Figura 96. Procesos y procedimiento en el alistamiento de la participación

Figura 97 Principales causas de mortalidad y por DSS en el Distrito de Santa Marta 2021

Figura 98 Principales causas de consulta. Morbilidad atendida en Distrito de Santa Marta 2022

Figura 99 Razón de la mortalidad materna Tendencia 2005 a 2021 y por DSS Etnia y área

Figura 100. Semaforización y tendencia de la mortalidad Materno infantil y de la niñez

Figura 101 Tasas de fecundidad en infancia y adolescencia en Santa Marta 2022

Figura 102 Indicadores trazadores poblacionales y de salud Santa Marta 2022

Figura 103 Situación de las acciones en salud de la Cooperación Internacional

Figura 104 Infografía General de la Situación de Salud Distrital

Figura 105 Tasa de fecundidad global en adolescentes de 15 a 19 en municipios PDET del país

Figura 106 Proporción de Migrantes venezolanos decepcionados en relación con la población de los municipios PDET

Figura 107 Compendio de los principales problemas y/o necesidades de salud en Santa Marta

Figura 108 Iconos de reconocimiento territoriales en la cartografía

Figura 109 Estructura y desarrollo del método

Figura 110. Los cambios estructurales en el Plan Decenal

Figura 111 Estructura organización para la metodología

Figura 112 Problemática evidenciada en el empalme

Figura 113 Infografía de mesas participativas para la construcción del ASIS

Figura 114 Pasos y Actividades del momento de análisis y compresión del ASIS

LISTADO DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación Geográfica (Localización)

Mapa 2. Localización del Distrito de Santa Marta en departamento del Magdalena y la Red Departamental de Salud.

Mapa 3. Localidades, límites y ríos del Distrito de Santa Marta

Mapa 4. Vías de Comunicación de Santa Marta

Mapa 5. Crecimiento de la huella urbana hasta 2015 – último referente aproximado

Mapa 6. Relieve de Santa Marta

Mapa 7. Cuencas fluviales en la zona de Santa Marta

Mapa 8. Población por área de residencia en Santa Marta

Mapa 9. Reporte de víctimas Origen – Nov de 2023

Mapa 10. Reporte de víctimas sitio desplazamiento – Nov de 2023

Mapa 11. Acueducto y Alcantarillado

Mapa 12. Razón Jefatura de Hogar en Santa Marta

Mapa 13. Croquis de localidades urbanas y corregimientos Santa Marta

Mapa 14. Cartografía general Localidades

Mapa 15. Cartografía Localidad 1: Localidad Cultura Tayrona – San Pedro Alejandrino

Mapa 16. Cartografía Localidad 2: Histórica Rodrigo De Bastidas

Mapa 17. Cartografía Localidad 3: Turística Perla del Caribe

Mapa 18. Cartografía General Corregimientos

Mapa 19. Cartografía corregimiento Taganga

Mapa 20. Cartografía corregimiento Bonda

Mapa 21. Cartografía corregimiento Guachaca

Mapa 22. Cartografía corregimiento Minca

Mapa 23. Corografía Resguardos Indígenas

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 6.9 Mesa uno (1) de trabajo con los cooperantes internacionales.....	275
Anexo 2 6.10 Mesa dos (2) de trabajo con los gerentes de EAPB e IPS.....	276
Anexo 3 6.11 Mesa tres (3) de trabajo con la población del corregimiento de MINCA...	281
Anexo 4 6.12 Mesa cuatro (4) de trabajo con la población del corregimiento de BONDA.....	282
Anexo 5 6.13 Mesa cinco (5) de trabajo con equipos básicos de salud, representantes de academias, asociaciones de salud y Soridad Activista.....	285
Anexo 6 6.14 Mesa seis (6) de trabajo con la población del corregimiento de Taganga.....	288
Anexo 7 Mesa siete (7) de trabajo con los actores etnias, comunidades y población en condición de discapacidad, líderes comunitarios – Coopacos – CTSS – veedurías en salud.....	290
Anexo 8 6.16 Mesa ocho (8) de trabajo para la construcción de visión y propuestas de redes integrales de servicios de salud en el marco de APS.....	294
Anexo 9 6.17 Mesa nueve (9) de trabajo institucional de la secretaria de salud distrital para la construcción de los capítulos IV, V, VI del ASIS.....	297

1 CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

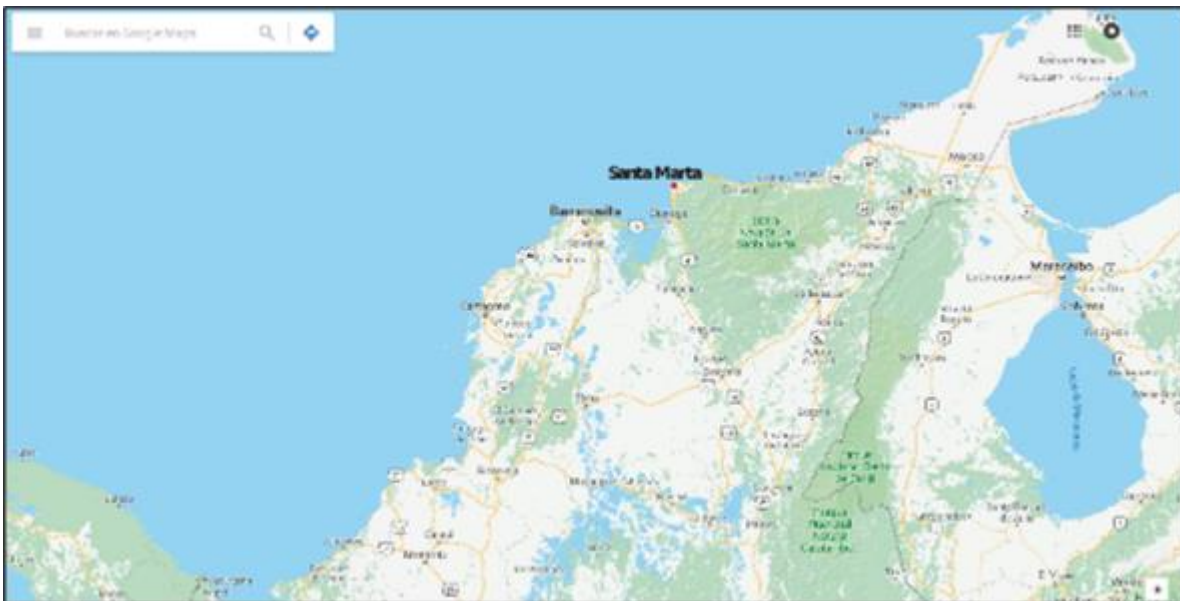
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

El Distrito de Santa Marta se ubica en el Departamento de Magdalena, a una altura de 2 metros sobre el nivel del mar y al mismo tiempo, en un terreno predominantemente montañoso correspondiente a la Sierra Nevada de Santa Marta, con elevaciones que alcanzan los 5.775 metros sobre el nivel del mar.

Ubicación: su cabecera se localiza a los 11° 5' de latitud Norte y 74 ° 13' de longitud al Oeste del Meridiano de Greenwich a una altura de 6 metros sobre el nivel del mar, ciudad del norte de Colombia, capital del Departamento de Magdalena, ubicada a orillas de una profunda bahía del mar Caribe, en la desembocadura

del río Magdalena. La ciudad se encuentra entre los asentamientos europeos más antiguos de Sudamérica y entre los puertos más importantes de Tierra Firme desde la época colonial. Es la ciudad más antigua de Colombia. Fue fundada por Rodrigo de Bastidas el 29 de julio de 1525. Su historia da cuenta de innumerables ataques piratas como el perpetrado por el almirante inglés sir Francis Drake quien la saqueó en 1586 y en 1596.

Mapa 4. Ubicación Geográfica (Localización)

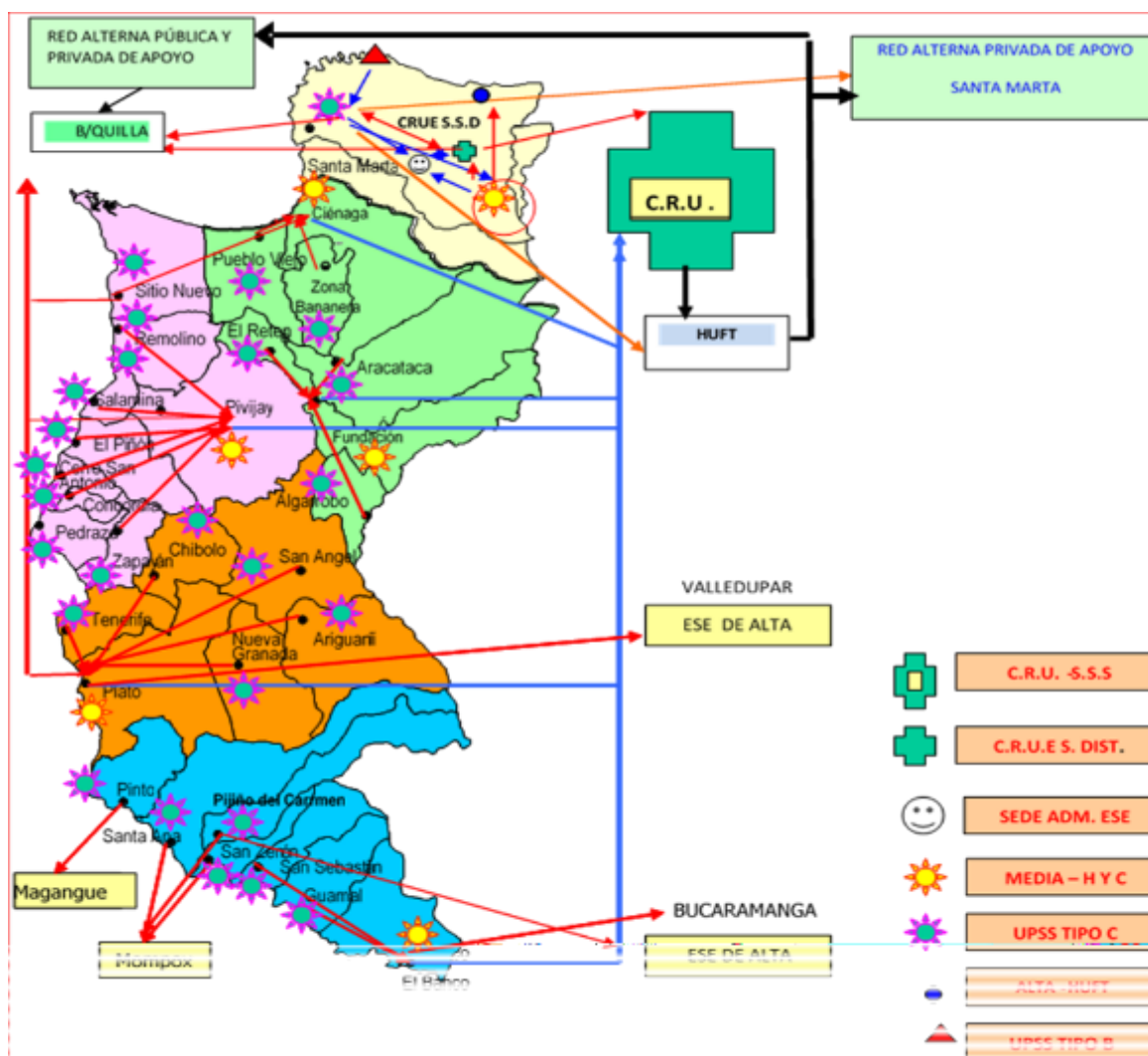


Fuente: Alcaldía Distrital de Santa Marta

Extensión. - Santa Marta, Distrito turístico cultural e histórico, tiene una extensión territorial de 239.335 ha, para un total de 2,393.35 Km², el **área urbana:** 55.10 Km² y la **rural:** 2,338.25 Km².

Fuente: Pagina Web del Distrito

Mapa 5. Localización del Distrito de Santa Marta en departamento del Magdalena y la Red Departamental de Salud.



Fuente: Documento de red 2014

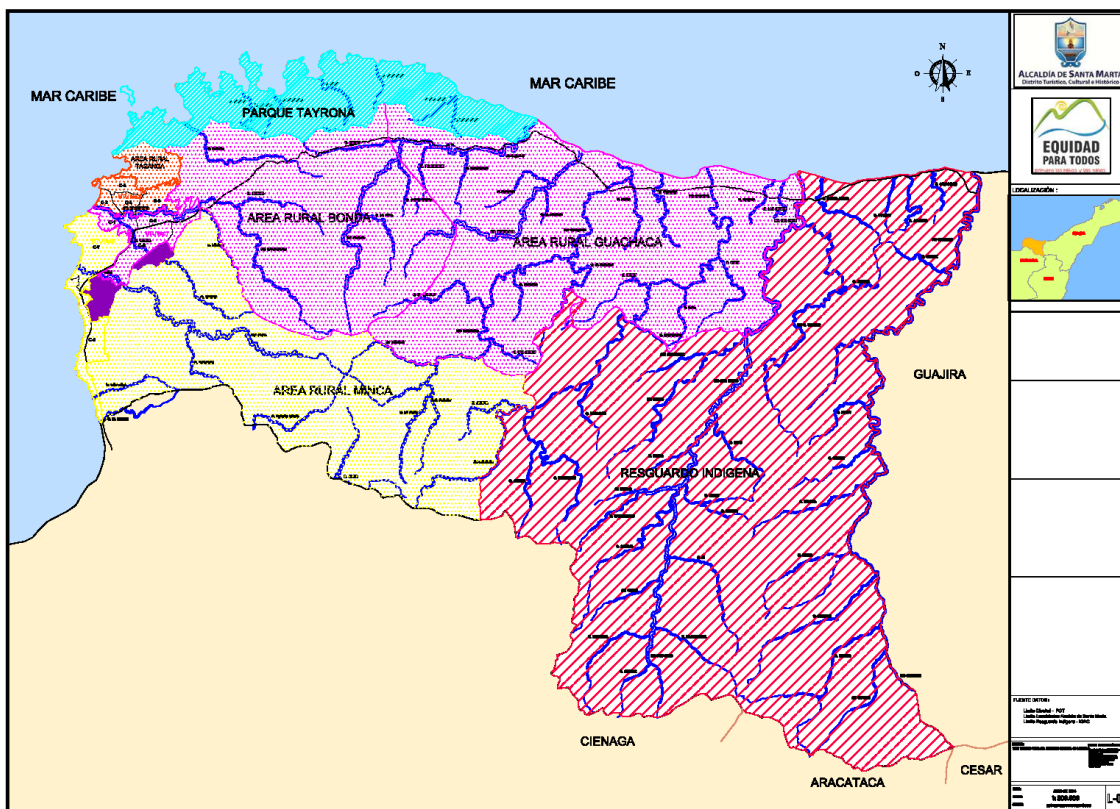
En este mapa se puede observar de manera integrada la red departamental y distrital, con sus flujos para referencia y Contrareferencia de pacientes en los cinco (5) nodos de red ubicados en las subregiones: Sur, Río, Centro, Norte y Distrito de Santa Marta, con las Empresas Sociales del Estado de mediana y alta complejidad de referencia en cada subregión. El Hospital de referencia para el departamento del Magdalena es el Hospital

Universitario Julio Méndez Barreneche (HUJMB), que igualmente sirve de referencia para la red del Distrito de Santa Marta; también se ubica el Centro Regulador de urgencias y Emergencias (CRUE) del Departamento y el Distrito, la sede administrativa de la Secretaría Distrital de Salud, la red de UPSS de la Empresa Social del Estado Alejandro Próspero Reverend y la red alterna privada de Barranquilla, Valledupar, Bucaramanga, Mompox y Magangué.

Límites: Limita por el norte con el majestuoso Mar Caribe, por el oriente con el departamento de la Guajira, por el occidente con el Mar Caribe y por el sur con los municipios de Aracataca y Ciénaga como se observa en el mapa siguiente.

División político-administrativa. - El Distrito de Santa Marta se encuentra dividido en 3 localidades, la No. 1 Cultural Tayrona –San Pedro Alejandrino, compuesta por las comunas 1,6 y 9, los Corregimiento de Bonda y Guachaca, la Localidad No. 2 Histórica Rodrigo de Bastidas, compuesta por las comunas 2, 3, 4, y 5, el Corregimiento de Taganga y las zonas de parque y la Localidad No. 3 Turística – Perla del Caribe, compuesta por las comunas 7 y 8 y el Corregimiento de Minca.

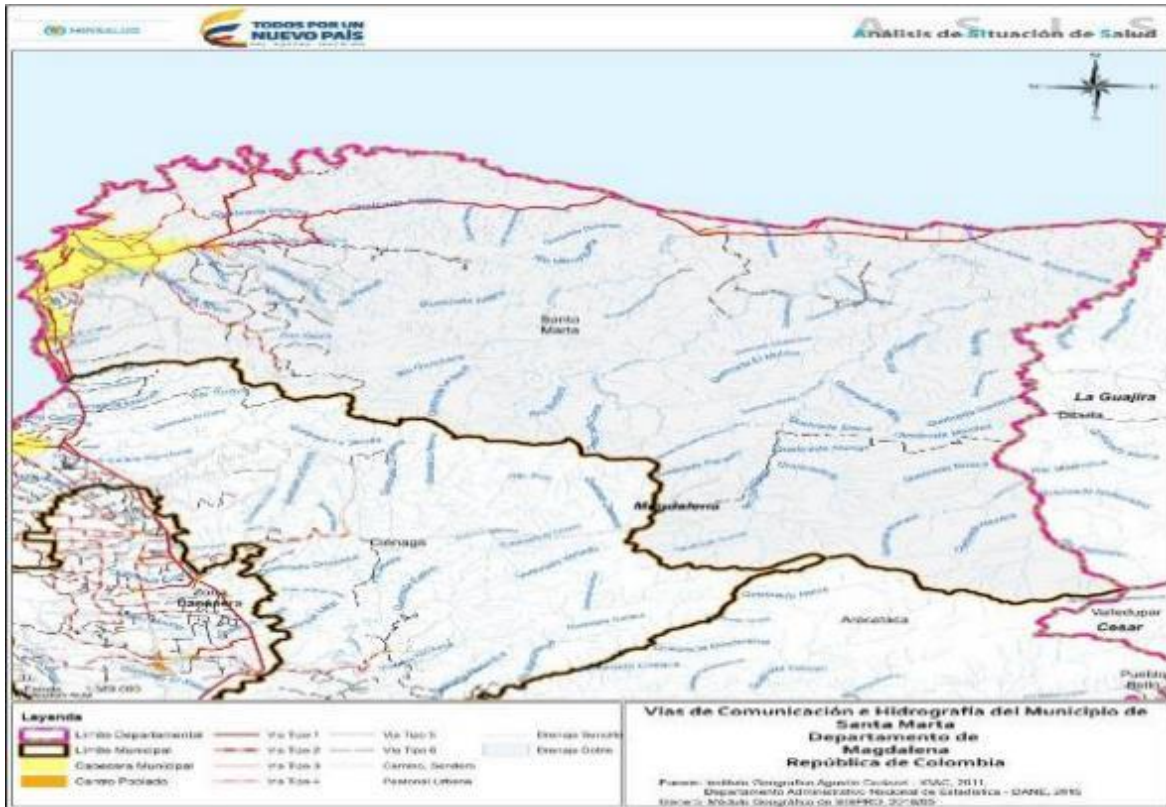
Mapa 6. Localidades, límites y ríos del Distrito de Santa Marta



Fuente: Acuerdo Distrital 009 de 2015 (Localidades)

Accesibilidad geográfica

Mapa 4. Vías de Comunicación de Santa Marta



Fuente: IGAC – DANE – SISPRO - 2016

Santa Marta cuenta con todas las vías de comunicación y transporte, tanto naturales como artificiales. La ubicación preferencial sobre el mar Caribe la ha convertido en importante puerto comercial, cuenta con un aeropuerto categoría II que permite la comunicación con la ciudad de Bogotá y desde ahí la conexión con las demás ciudades del País. La cercanía a la ciudad de Barranquilla donde desemboca el río Magdalena le permite acceder al transporte fluvial y cuenta con un corredor férreo recientemente recuperado a través del cual se realizan movimientos de carga de exportación como el carbón. Las vías de mayor importancia son la troncal de occidente que une a Santa Marta con Fundación para enrumbar hacia el departamento de Santander. La transversal del Caribe que une a Santa Marta con Riohacha y posteriormente con Venezuela por el oriente y que avanza por el occidente hacia Ciénaga y de ahí empalma con la troncal Ciénaga Barranquilla hasta interconectar, a través del río Magdalena, con el departamento del Atlántico.

Para llegar a la Ciudad la vía principal es la carretera Troncal del Caribe que hacia el noroeste comunica con Riohacha (165 km) y por el sudoeste (con un tramo de doble calzada hasta Ciénaga) con Barranquilla (93 km), Cartagena (209 km); igualmente se comunica por la Troncal del Magdalena con las capitales de los departamentos y numerosas ciudades del interior del país, entre ellas la Capital Bogotá.

Dentro de la ciudad se puede destacar la red vial que proporcionan la Avenida del Libertador, la Avenida del Río y la Avenida Santa Rita (Calle 22) que básicamente van de oriente a occidente; las carreras 1ª, 2ª, 5ª, la 19, la Avenida Hernández Pardo que va en dirección al Rodadero y la Avenida del ferrocarril, en sentido Norte-Sur.

La ciudad de Santa Marta también posee el Aeropuerto Internacional Simón Bolívar, el cual está situado a 16 km del centro de la ciudad, y del cual se puede llegar a Bogotá, Medellín y Bucaramanga usando distintas aerolíneas.

La comunicación entre la zona urbana y los centros poblados son carreteras pavimentadas en buen estado, la vía a Minca que comunica la zona urbana con la Sierra Nevada pavimentada y en buen estado. De la cabecera hacia la comunidad dispersa rural son trochas en las que circulan vehículos en algunos tramos, motos en otros y animales por pequeños caminos. El Corregimiento más distante es Guachaca, al cual se llega por la troncal del Caribe rumbo a Riohacha aproximadamente en 45 Kms. El tiempo de llegada de este corregimiento a la capital del departamento se calcula en 45 minutos. El sitio más retirado de este corregimiento queda a un día de camino hacia la Sierra Nevada. Igual distancia aproximada se estima desde el corregimiento de Minca hacia la comunidad más distante rural.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros al Distrito de Santa Marta, 2023

Corregimientos	Tiempo de llegada desde el Corregimiento más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos. (zona rural de las localidades)	Distancia en Kilómetros desde el Corregimiento más alejado a la ciudad capital del departamento (zona rural de las localidades)	Tipo de transporte desde el corregimiento más alejado a la ciudad capital del departamento (zona rural de las localidades)
Bonda	25	10.4	Terrestre
Guachaca	63	48.4	Terrestre
Taganga	19	6.1	Terrestre
Minca	43	20.3	Terrestre

Fuente: Salud Distrital

Distancia de referencia: Distancias y tiempos a Bogotá: Terrestre: 992 km, con 18 horas y Aéreo: 1 hora 25 minutos.

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el distrito de Santa Marta hacia las ciudades cercanas y capital del País 2023.

Santa Marta	Tiempo de llegada desde el Distrito Santa Marta a la capital en minutos.	Distancia en Kms2 desde otros departamentos más alejado a la ciudad de Santa Marta	Tipo de transporte desde Otros departamentos más alejado al Distrito de Santa Marta
Bogotá	45 min	992 km	Terrestre- Aéreo
Barranquilla	110 min	97.6 km	Terrestre- Aéreo-Fluvial
Cartagena	4 horas Min	227 km	Terrestre--Aéreo-Fluvial
Riohacha	3 horas 20 Min	166 km	Terrestre- Aéreo- Fluvial

Fuente: Calculo propio con apoyo de Google Maps

Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el Distrito hacia los Municipios vecinos 2023

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio a la capital del dpto. En minutos.	Distancia en km desde el municipio más alejado a la ciudad capital del dpto.	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del dpto.
Distrito de Santa Marta	(Capital)	(Capital)	
Algarrobo	134	133 km	Terrestre
Aracataca	92	85.5 km	Terrestre
Ariguani	196	204 km	Terrestre
Cerro San Antonio	256	195 km	Terrestre, Fluvial
Chibolo	278	268.4 km	Terrestre
Ciénaga	45	33.6 km	Terrestre
Concordia	289	195 km	Terrestre, Fluvial
El Banco	288	299 km	Terrestre, Fluvial
El Piñón	228	165 km	Terrestre, Fluvial
El Retén	117	97.1 km	Terrestre
Fundación	99	96.9 km	Terrestre
Guamal	320	283 km	Terrestre
Nueva Granada	219	222 km	Terrestre
Pedraza	288	193 km	Terrestre, Fluvial
Pijiño del Carmen	257	274 km	Terrestre
Pivijay	142	120 km	Terrestre
Plato	271	273 km	Terrestre
Pueblo viejo	49	37.6 km	Terrestre
Remolino	157	125 km	Terrestre, Fluvial
Sabanas de San Ángel	190	167 km	Terrestre
Salamina	204	155 km	Terrestre, Fluvial
San Sebastián de Buenavista	309	302 km	Terrestre, Fluvial
San Zenón	281	289 km	Terrestre y Fluvial
Santa Ana	260	282 km	Terrestre Fluviales:
Santa Bárbara de Pinto	300	304 km	Terrestre y Fluvial
Sitionuevo	135	116 km	Terrestre y Fluvial
Tenerife	294	288 km	Terrestre y Fluvial
Zapayán	330	293.4 km	Terrestre y fluvial
Zona Bananera	76 minutos	60.2 km	Terrestre y fluvial

Fuente: Cálculo propio con apoyo de Google Maps.

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

El Distrito de Santa Marta está conformado por un mar territorial, un área montañosa correspondiente a la Sierra Nevada, cuerpos de agua interiores, las islas y bahías localizadas en el mar territorial y en los cuerpos de agua, el suelo consolidado constituido por una zona costera y una zona continental, el suelo no consolidado constituido por la zona de Bajamar, el subsuelo y el espacio aéreo asociado. Los suelos consolidados por acciones antrópicas o naturales y que no constituyan reserva ambiental pertenecen al Distrito, en virtud del artículo 123 de la Ley 138-97, sobre terrenos baldíos que se encuentren en terreno urbano.

Santa Marta, se encuentra a orillas de la bahía del mismo nombre sobre el Mar Caribe, en las estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta en el departamento del Magdalena. Sus coordenadas geográficas son: 11° 14' 50" de latitud norte y 74° 12' 06" de latitud oeste. Santa Marta cuenta además con la montaña más alta del mundo al nivel del mar.

Crecimiento de la huella urbana hasta 2015

El estudio "Santa Marta Sostenible, realizado por FINDETER, el BID y otras entidades dan cuenta del crecimiento de la Huella Urbana y por lo interesante de la información se registra en este documento unos apartes del tema: La división administrativa del Distrito de Santa Marta incluye el suelo de características urbanas conformado alrededor del núcleo fundacional del año 1525, así como aquellos núcleos urbanos que aceleraron su crecimiento durante la segunda mitad del siglo XX.

Para entender si este crecimiento ha sido sostenible, calcularon la huella urbana de Santa Marta tomando como referencia las 4.516 ha habitadas con corte a 2015 respecto al registro del año 2003; este cálculo indica que el suelo urbano aumento 0,843 ha en un periodo de 12 años, con una tasa de crecimiento anual del 1,31%. Esta cifra resulta coherente con los resultados de densidad bruta (12.059 Hab/km²) y densidad neta (18.159 Hab/km²) que en ambos casos ubican a la ciudad dentro de los rangos de buen desempeño de acuerdo con la metodología ICES.

No obstante, un análisis más detallado permite observar que la densidad no es homogénea en el territorio y que dentro de un mismo núcleo se pueden encontrar altas y bajas densidades.

En algunos casos existe una relación inversamente proporcional con la estratificación socioeconómica, es decir, entre menor sea el estrato mayor es la densidad y viceversa e inclusive existen grandes variaciones impulsadas por el fenómeno de la segunda vivienda como en el caso del Rodadero, donde la densidad construida es alta mientras la densidad habitacional es baja.

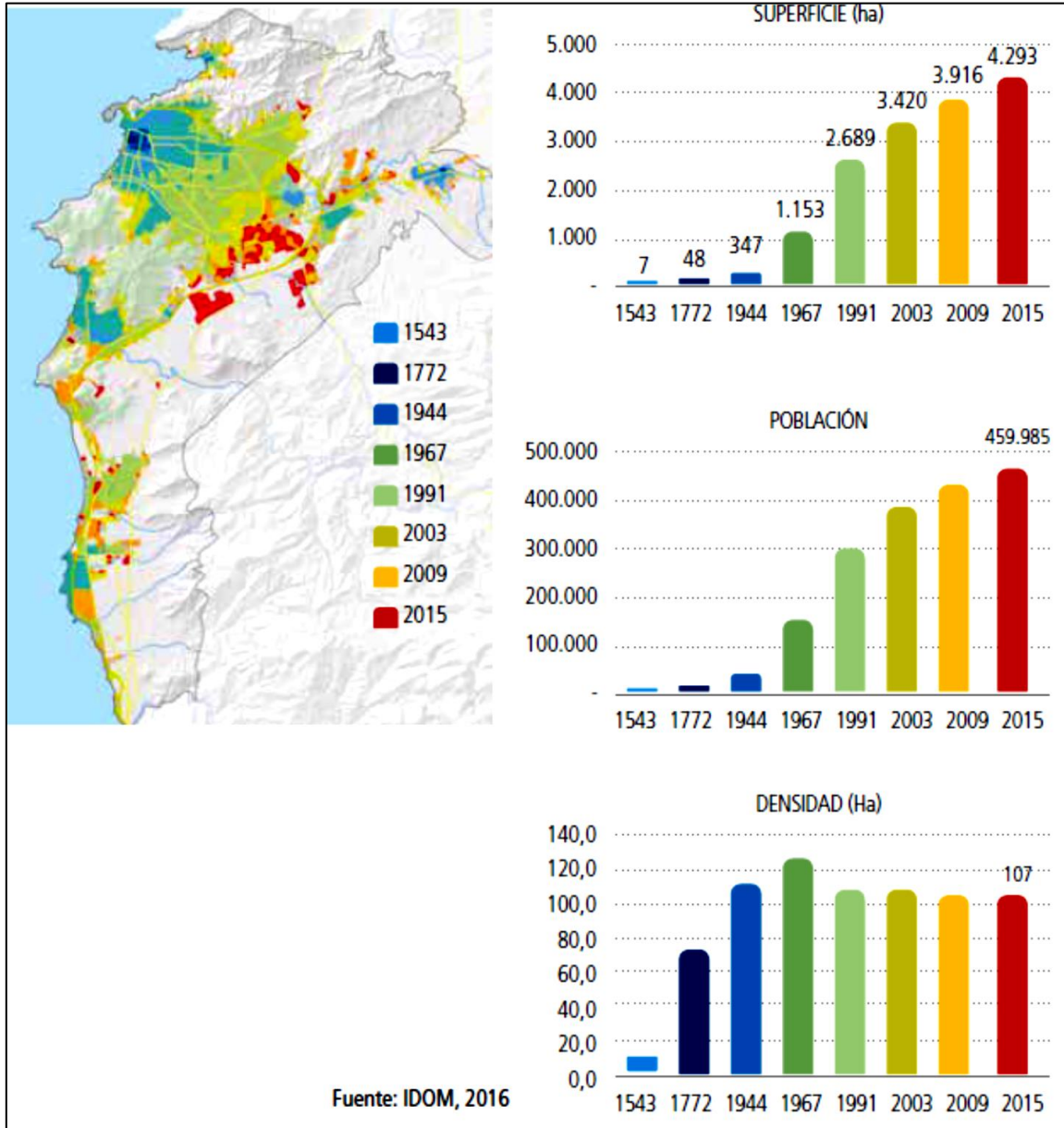
Esta situación se relaciona de forma directa con las condiciones geográficas que han condicionado el desarrollo de la ciudad a una serie de núcleos urbanos que crecen sobre el litoral de manera discontinua. En este sentido se puede afirmar que, aunque Santa Marta es una ciudad densa (en promedio), no es una ciudad compacta.

También denota variaciones en la estructura física como en los usos del suelo entre los diferentes núcleos urbanos.

Es así como los estudios de huella urbana identifican un área urbana principal conformada por el núcleo funcional-histórico de Santa Marta, los núcleos secundarios de vocación turística de Taganga y el Rodadero, y

un área de desarrollos exteriores que incluye a los núcleos de Pozos Colorados, Aeropuerto y el núcleo rural de Bonda (ver mapa No.5).

Mapa 5. Crecimiento de la huella urbana hasta 2015 – último referente aproximado



Fuente: IDOM, 2016

1.1.2.1 Altitud: la altura promedio de la ciudad es de 2 msnm, pero con una diferencia de altura que va, en el territorio del distrito, desde el nivel del mar hasta los 5.775 msnm en el Pico Cristóbal Colón, que es el más elevado de toda Colombia ubicado en la Sierra Nevada de Santa Marta, además cubre gran parte de la cara norte de la majestuosa Sierra Nevada.

1.1.2.2 Relieve: su territorio presenta situaciones especiales. Ya que se encuentra localizada en las estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta, los ríos forman valles en donde se localizan los lugares poblados. La máxima altura se localiza en la cuchilla de San Lorenzo, además se localizan los siguientes cerros: El Guaco, Orinoco, Cuchilla de Guachaca, Cuchilla de Cihago y Cuchilla de Paso de Maromas.

Parte del territorio es montañoso con elevaciones que alcanzan hasta los 3.500 metros, una zona costera desde la Quebrada del doctor, hasta Palomino, donde se encuentran algunos valles formados por varios ríos, siendo el más importante el valle del río Manzanares donde se localiza la ciudad capital, el río Gaira y el río Don Diego.

En sus costas se presentan varios accidentes que se conoce como cabo de San Juan de Guía, san Agustín y la Aguja, Las Puntas de Gaira y Santa Marta.

El Municipio es bañado por los siguientes ríos: Gaira, Manzanares o Bonda, Río Piedra, Mendihuaca, Guachaca, Burítaca, Don Diego y Palomino. Las Bahías de Gaira, Santa Marta y Taganga; las Punta de Betín, Brava, Castillete, El Diamante, la Gloria, Chengue y Aguahonda. Los cabos de la aguja San Agustín y San Juan de Guía.

Mapa 6. Relieve de Santa Marta



Fuente: UNIANDES- Colombia

1.1.2.3 Hidrografía: la ciudad es atravesada por los ríos Manzanares y Gaira, que se originan en las faldas de la Sierra Nevada de Santa Marta y desembocan en la Bahía de Santa Marta en las playas conocidas popularmente como Los cocos y puerto Gaira, respectivamente. Asimismo, en su origen y primer tramo al río

Manzanares se le llama río Bonda cuyas aguas son aptas para bañistas. A medida que fluye hacia el área urbana, luego de pasar por Mamatoco el río continúa su curso cerca de la Quinta de San Pedro Alejandrino, los barrios que bordean la parte sur de la Avenida del Río y para cuando entra en la calle 30, ya ha recibido las aguas de la quebrada Tamacá, finalmente en la última parte de su recorrido transita por el barrio del mismo nombre.

El río Gaira en su parte baja recorre la zona de Gaira-Rodadero sur, en su parte alta recorre el corregimiento de Minca. En las afueras de la ciudad, Santa Marta también es bañada por los ríos Piedras, Guachaca, Mendiguaca, Buritaca, Don Diego, y Palomino, que hace de límite natural con el departamento de [La Guajira](#), al este y al sur por los ríos Toribio y Córdoba el cual hace de límite natural en su último tramo con el Municipio de [Ciénaga](#).

Mapa 7. Cuencas fluviales en la zona de Santa Marta



Fuente: IDOM-IHC, 2016

1.1.2.4 Zonas de riesgo

Zonas de riesgo por avenidas torrenciales e inundación.

1.1.2.4.1 Área Urbana: Son áreas de inundación las siguientes:

- **Por drenaje deficiente:** El Centro Histórico, Pescaíto, San Martín, Zona Poza Bastidas, Zona de Nacho Vives, Chimila I, Fundadores, Ondas del Caribe, El Paraíso, El Pantano Sector Miguel Pinedo, Santa Fe, Luis Carlos Galán, María Cristina, El Oasis.
- **Por ronda del Río Manzanares:** Malvinas, Villa del Río, Salamanca, Simón Bolívar, Tayrona, Tayronita, Perehuetano, Minuto de Dios, El Mayor y Villa del Carmen, San Pedro Alejandrino, El Bosque, Urbanización Alejandrina; Bulevar del Río, Mamatoco, Nueva Mansión.
- **Antinarcóticos.**
- **Por ronda Quebrada Tamacá:** 19 de Abril, Curinca, Luz del Mundo y áreas de la Troncal del Caribe
- **Por ronda Río Gaira:** Zona Sur de Gaira, El Paraíso.
- **Por ronda Quebrada Bureche:** Avenida Tamacá, Calle 2 Gaira, Zona Este de Gaira y La Quemada.

A continuación, se presenta resumen del estudio realizado por el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, elaborado por CMGRD, a fecha de diciembre 2012 sobre las condiciones de riesgo en el Distrito.

Tabla 5. Escenario de Riesgo Asociados a fenómenos de Origen Hidrometereológicos

Escenario de Riesgo Asociado a:		Región Afectada	Tipo de Daños Probables
Fenómenos de origen Hidrometereológicos.	Inundaciones y Avenidas Torrenciales.	Urbanos y Rural.	En Personas: Pérdidas de vidas humanas. Psicosociales y salud de las personas. En Bien Particulares: Daños en viviendas expuestas. Muebles y enseres. En Bienes Colectivos. Red de acueducto y Alcantarillados. Red de gas natural. Red eléctrica. Red vial y puentes. Afectación de centros de salud y educativos. En Bienes de Producción. Infraestructuras Agrícola, Cultivos y Pecuaria. En Bienes Ambientales. Inestabilidad y pérdida de suelo. Deforestaciones de las riberas. Aumenta los niveles de material particulado en diversas áreas inundadas.

FUENTE: Estudio del Distrito De Santa Marta por CMGRD DE 2012

Tabla 6. Escenario de Riesgo Asociados a fenómenos de Origen Geológicos Remoción en Masa

Escenario de Riesgo Asociado a:		Región Afectada:	Tipos de Daños Probables:
Fenómenos de Origen Geológicos:	Remoción en Masa.	Urbano y Rural.	En Personas. Pérdidas de vidas humanas. Psicosociales y salud de las personas. En Bien Particulares: Daños en viviendas expuestas. Muebles y enseres. En Bienes Colectivos: Red de acueducto y Alcantarillados. Red de gas natural. Red eléctrica. Red vial y puentes. Afectación de centros de salud y educativos. En Bienes de Producción: Infraestructuras Agrícola, Cultivos y Pecuaria. En Bienes Ambientales: Inestabilidad y pérdida de suelo.

FUENTE: Estudio del Distrito De Santa Marta por CMGRD DE 2012

Durante el año 2022 se mantuvieron los deslizamientos de los cerros en la zona urbana en sectores ubicados en el cerro del Ziruma, barrios como Rafael Ibáñez, Nacho Vives. Con derrumbé de viviendas, los Laureles, Bonda, Pantano, la Avenida del río, de la calle 22 con carreras 13 y con Kra 24 deslizamientos en los cerros de: la calle 22 con Kra 12, mientras que, en la zona rural en la vía a Minca, Guachaca, Taganga. Rural se ha presentado en la vía a Minca, Guachaca, Taganga.

Tabla 7. Escenario de Riesgo Asociados a fenómenos de Origen Geológicos - Sismo

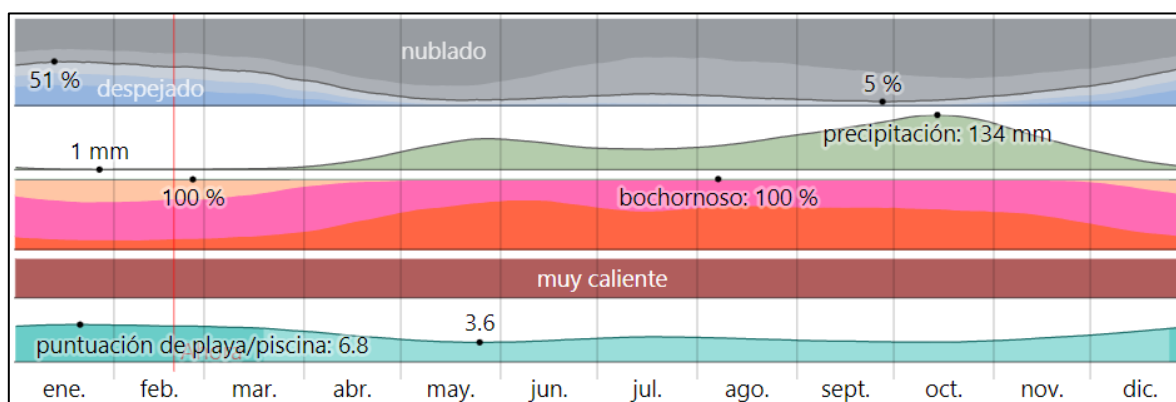
Escenario de Riesgo Asociado A:		Región Afectada:	Tipos de Daños Probables.
Fenómenos de Origen Geológicos.	Sismo.	Rural y Urbano.	En Personas. Pérdidas de vidas humanas. Psicosociales y salud de las personas. En Bien Particulares: Daños en viviendas expuestas. Muebles y enseres. En Bienes Colectivos. Red de acueducto y Alcantarillados. Red de gas natural.

			Red eléctrica. Red vial y puentes. Afectación de centros de salud y educativos. En Bienes de Producción. Sector Industrial y Hotelero.

FUENTE: Estudio del Distrito De Santa Marta por CMGRD DE 2012

1.1.2.5 Temperatura y Humedad: posee un clima cálido y seco, con humedad relativa del 81.5 y rango de temperatura entre los 24° a 31°C y rara vez baja a menos de 23 °C o sube a más de 33°C, no presenta salinidad ambiental, debido al sentido de los vientos que soplan de la Sierra Nevada hacia el mar. Una pequeña franja litoral, por debajo de los 500 m.s.n.m presenta un piso térmico cálido con precipitaciones escasas. A partir de la cota 500, el clima varía desde el cálido al frío glacial y el régimen de lluvias incrementa hasta los 4000 mm anuales.

Figura 2. Variación del clima durante los meses del año



Fuente: IDOM-IHC, 2022 - Santa Marta Sostenible

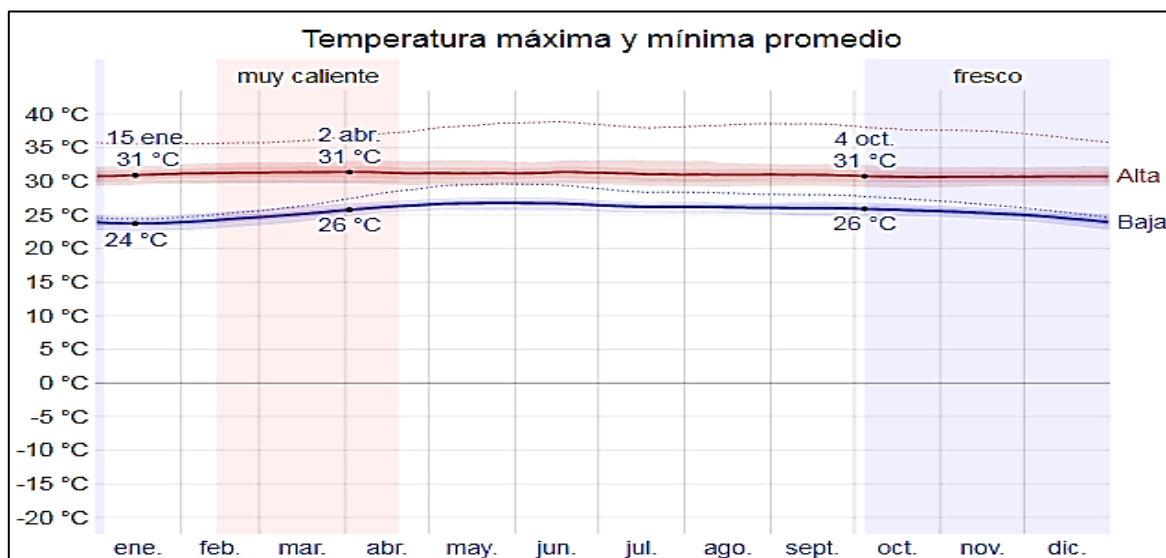
La temporada más mojada dura 6,3 meses, de 8 de mayo a 18 de noviembre, con una probabilidad de más del 25 % de que cierto día será un día mojado. La probabilidad máxima de un día mojado es del 50 % el 18 de octubre.

La temporada más seca dura 5,7 meses, del 18 de noviembre al 8 de mayo. La probabilidad mínima de un día mojado es del 0 % el 18 de enero.

La temporada de lluvia dura 8,5 meses, del 8 de abril al 24 de diciembre, con un intervalo móvil de 31 días de lluvia de por lo menos 13 milímetros. La mayoría de la lluvia cae durante los 31 días centrados alrededor del 14 de octubre, con una acumulación total promedio de 134 milímetros.

El periodo del año sin lluvia dura 3,5 meses, del 24 de diciembre al 8 de abril. La fecha aproximada con la menor cantidad de lluvia es el 27 de enero, con una acumulación total promedio de 1 milímetros. (Texto extraído de: IDOM-IHC, 2016 - Santa Marta Sostenible).

Figura 3. Temperatura y humedad durante los meses del año 2022



Fuente: IDOM-IHC, 2022 - Santa Marta Sostenible

Con humedad relativa del 81.5 y rango de temperatura entre los 24° a 31°C, la temporada calurosa dura 2,2 meses, del 13 de febrero al 20 de abril, y la temperatura máxima promedio diaria es más de 31 °C. El día más caluroso del año es el 2 de abril, con una temperatura máxima promedio de 31 °C y una temperatura mínima promedio de 26 °C.

La temporada fresca dura 3,0 meses, del 4 de octubre al 4 de enero, y la temperatura máxima promedio diaria es menos de 31 °C. El día más frío del año es el 15 de enero, con una temperatura mínima promedio de 24 °C y máxima promedio de 31 °C. (Texto extraído de: IDOM-IHC, 2016 - Santa Marta Sostenible).

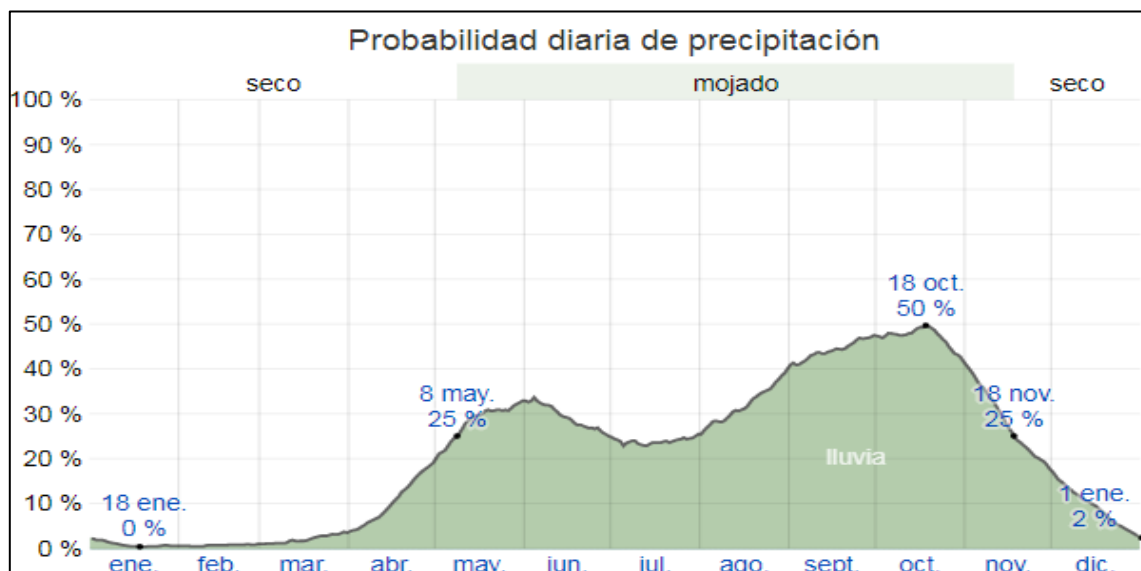
Precipitación

La temporada más mojada dura 6,3 meses, de 8 de mayo a 18 de noviembre, con una probabilidad de más del 25 % de que cierto día será un día mojado. La probabilidad máxima de un día mojado es del 50 % el 18 de octubre.

La temporada más seca dura 5,7 meses, del 18 de noviembre al 8 de mayo. La probabilidad mínima de un día mojado es del 0 % el 18 de enero.

Entre los días mojados, distinguimos entre los que tienen solo lluvia, solamente nieve o una combinación de las dos. En base a esta categorización, el tipo más común de precipitación durante el año es solo lluvia, con una probabilidad máxima del 50 % el 18 de octubre. (Texto extraído de: IDOM-IHC, 2022 - Santa Marta Sostenible).

Figura 4. Probabilidad de precipitación diaria durante los meses del año 2013-2021



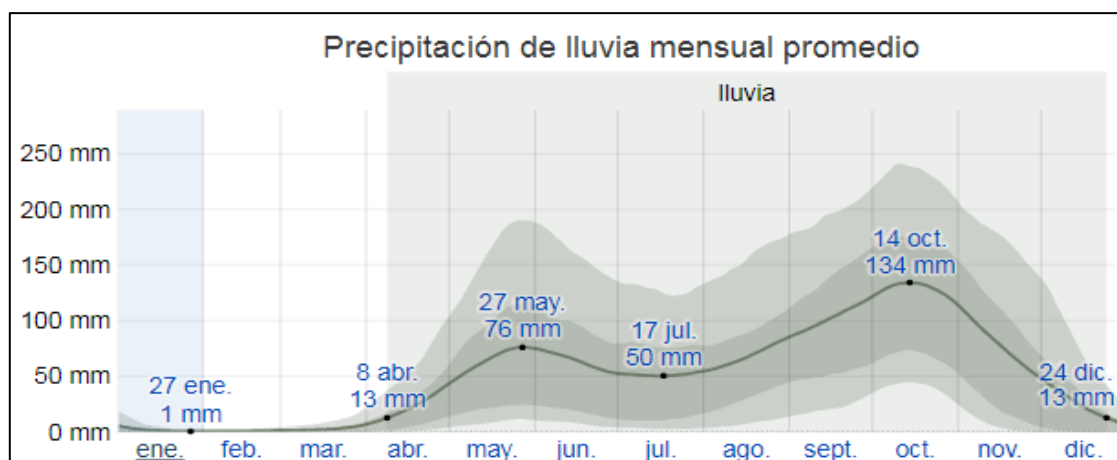
Fuente: IDOM-IHC, 2022 - Santa Marta Sostenible

Lluvia

La temporada de lluvia dura 8,5 meses, del 8 de abril al 24 de diciembre, con un intervalo móvil de 31 días de lluvia de por lo menos 13 milímetros. La mayoría de la lluvia cae durante los 31 días centrados alrededor del 14 de octubre, con una acumulación total promedio de 134 milímetros.

El periodo del año sin lluvia dura 3,5 meses, del 24 de diciembre al 8 de abril. La fecha aproximada con la menor cantidad de lluvia es el 27 de enero, con una acumulación total promedio de 1 milímetros. (Texto extraído de: IDOM-IHC, 2016 - 2021 Santa Marta Sostenible).

Figura 5. Precipitación de lluvia mensual promedio 2016-2022



Fuente: IDOM-IHC, 2016

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población

El Distrito de Santa Marta para el primer año de la serie 2005 contaba con una población de 415.404 habitantes, el censo DANE 2018, proyectado a 2023 muestran un crecimiento poblacional del 34.17% con 557.388 habitantes. Esta población en los 19 años analizados 2005-2023 observó una tendencia creciente de 1.66% con respecto al año. El distrito registra una densidad poblacional de 230,80 habitantes por kilómetro cuadrado, con una fuerte influencia de la zona rural y una concentración en la zona urbana.

Tabla 8. Tamaño de la población 2023 y su cambio con respecto a 2005

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	415.404	421.603	428.018	434.539	441.198	447.963	454.860	461.900	469.066	476.385	483.865	491.535	499.391	499.192	521.239	538.612	546.979	552.391	555.030
Hombre	200.587	203.777	207.120	210.563	214.052	217.568	221.149	224.789	228.508	232.287	236.162	240.119	244.179	241.667	252.577	261.158	265.281	267.954	269.155
Mujeres	214.817	217.826	220.898	223.976	227.146	230.395	233.711	237.111	240.558	244.098	247.703	251.416	255.212	257.525	268.662	277.454	281.698	284.437	285.875

Fuente: Censo DANE 2018 y proyecciones a 2023

Población por área de residencia urbano/rural del distrito

Población por área de residencia urbano/rural del distrito: El distrito de Santa Marta en 2023 cuenta con una población según censo DANE 2018 y proyectada a 2023 es de 557.388 Hb, sin embargo, la población PostCOVID-19 para el mismo año es de 555.030 habitantes, de los cuales el 90% (496.778 Hb) reside en la zona urbana, con nueve (9) comunas de las tres localidades y el 10% habitan en la zona rural (58.252 Hb) en los 4 Corregimientos de las tres localidades: Bonda, Taganga, Minca y Guachaca. El grado de urbanización del distrito de Santa Marta es de 89,50%.

Tabla 9. Población PostCOVID-19 por área de residencia en el distrito de Santa Marta 2023

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Santa Marta	496.778	90	58.252	10	555.030	89,50

Fuente: Actualización post covid-19 - proyecciones de población municipal por área, sexo y edad- DANE

Mapa 8. Población por área de residencia en Santa Marta



Fuente: Estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo 2012

Población con pertenencia a pueblos y comunidades étnicas

La población de acuerdo al censo de las etnias reconocidas en Colombia, registra una distribución en el Distrito de: población indígena el 1.95% (10.847 Hb - Dane), afrocolombiana (Negro(a), mulato(a), afrodescendiente con 3,55% (19.706 Hb), raizal 0.01 (73 Hb), ROM o gitana con 0.0070% (24) y ningún grupo étnico el 94,47% (524.341, mientras que País registra una población indígena el 4,31% (1.905.617 Hb - Dane), afrocolombiana (Negro(a), mulato(a), afrodescendiente con 6,68% (2.950.072 Hb), raizal 0.06 (25.515 Hb), ROM o gitana con 0.01% (2.649).

Tabla 10. Población por pertenencia étnica del Distrito, 2023

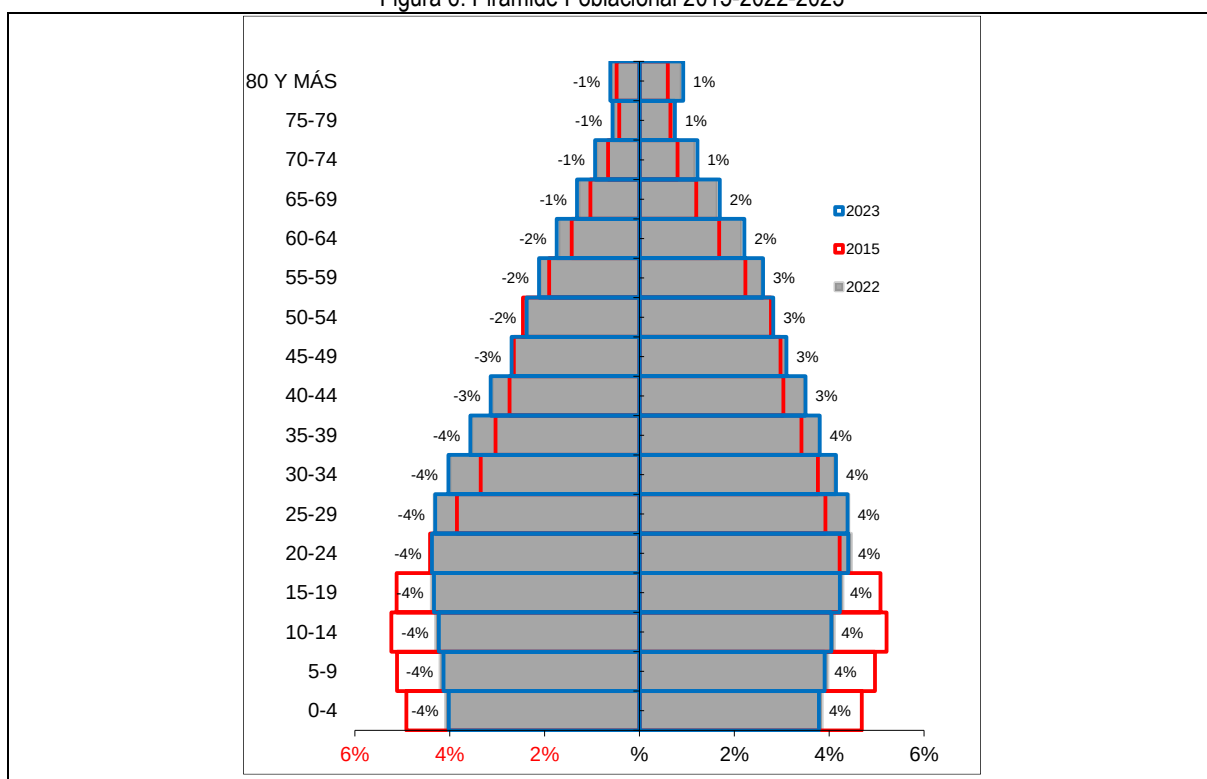
ÁREA GEOGRÁFICA	Total	Indígena	Gitano(a) o Rrom	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Palenquero(a) de San Basilio	Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	Ningún grupo étnico-racial
Cabecera Municipal	496.778	1.592	21	54	35	17.828	477.248
Centros Poblados y Rural Disperso	58.252	9.255	3	19	4	1.878	47.093
Total	555.030	10.847	24	73	39	19.706	524.341
participación %		1,95	0,0043	0,0132	0,0070	3,55	94,47

Fuente: PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPAL POR ÁREA Y PERTENENCIA ÉTNICO-RACIAL 2023

1.2.1 Estructura demográfica

La pirámide poblacional del Distrito de Santa Marta para el año 2023, muestra una concentración del 48,4% en la población hombre y mujer entre 0 y 28 años, lo cual coloca a la población por curso de vida de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud como la mayoritaria, con mayor presencia de sexo masculino hasta los 44 años. La persona mayor (60 años y más) sólo representa el 11,5% del total de la población observándose una figura piramidal progresiva, con un estrechamiento en la base en los años comparativos, con mayor población hasta el cuarto curso de vida (juventud) en 2022, situación similar se observa en la proyección a 2023 que superan el 80%. La tasa bruta de natalidad en la serie 2005-2021, sigue Mostrando una tendencia decreciente para País de 0,24, lo mismo para el Distrito de Santa Marta presenta una disminución del 2,64 con respecto a 2020. En el Distrito de Santa Marta se registraron 15 nacidos vivos por cada 1.000 personas, comparado con 22 nacidos vivos presentados en el año 2005.

Figura 6. Pirámide Poblacional 2015-2022-2023



Fuente: DANE- Cálculo propio con apoyo de herramienta pirámide poblacional ASIS 2023

Tabla 11. Población por grupos quinquenales (Pirámide poblacional) 2015-2022-2023 – Pos covid 19

Grupo de edad	Año					
	2015		2022		2023	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	236.162	247.703	267.954	284.437	269.155	285.875
0-4	23.780	22.682	22554	21262	22.304	21.002
5-9	24.733	24.016	23192	21920	22.919	21.653
10-14	25.314	25.213	23707	22673	23.468	22.447
15-19	24.779	24.586	24213	23654	24.055	23.449

20-24	21.362	20.421	24417	24648	24.294	24.420
25-29	18.623	18.972	23891	24349	23.896	24.351
30-34	16.191	18.191	22080	22725	22.364	23.005
35-39	14.686	16.527	19558	20955	19.779	21.103
40-44	13.257	14.686	17157	19214	17.407	19.423
45-49	12.817	14.385	14721	16966	14.957	17.196
50-54	11.878	13.414	13114	15592	13.204	15.660
55-59	9.223	10.795	11581	14255	11.750	14.453
60-64	6.916	8.126	9413	11905	9.688	12.281
65-69	5.005	5.780	7073	9061	7.308	9.401
70-74	3.197	3.877	5000	6458	5.206	6.772
75-79	2.058	3.150	2995	3911	3.150	4.148
80 Y MÁS	2.343	2.882	3.288	4.889	3.405	5.111

Fuente: Cálculo propio con apoyo de plantilla ASIS e información censo DANE 2018, proyectada a 2023

La población por grupos quinquenales mantiene su mayor representación entre 20 y 24 años con el 9.11% y con Mayor peso en hombres.

Tabla 22. Población por Ciclo Vital del Distrito de Santa Marta 2015, 2022 y 2023 - Pos COVID 19

ciclo vital	2015		2022		2023	
	Número absoluto	frecuencia relativa	Número absoluto	frecuencia relativa	Número absoluto	frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	56009	11,6	52740	9,55	52116,5869	9,4
Infancia (6 a 11 años)	59301	12,3	54576	9,88	53947,8071	9,7
Adolescencia (12 a 18 años)	70441	14,6	66148	11,97	65605,2813	11,8
Juventud (14 a 26 años)	116747	24,1	125808	22,78	125007,914	22,5
Adultez (27 a 59 años)	188201	38,9	236669	42,84	239065,35	43,1
Persona mayor (60 años y más)	43334	9,0	63993	11,58	66468,6135	12,0
población Total	483.865		552.391		555.030	

Fuente: Cálculo propio con apoyo de plantilla ASIS e información proyectada DANE 2018 a 2023

La población por ciclo vital que registra la mayor frecuencia relativa es la adultez con el 43,1% en 2023, tendencia estable con respecto a 2022, la frecuencia más baja la registró el curso de vida de primera infancia con 9,4% en 2023 y con tendencia estable con respecto a 2022, con un decrecimiento en la serie 2015-2023 del 2%. La población por curso de vida que registra la mayor frecuencia relativa es la adultez con el 39,6% en 2023 tendencia creciente para 2023, la frecuencia más baja la registró la primera infancia con 9,4%% en 2023 y con tendencia decreciente para 2023 con el 9,4%, con un decrecimiento en la serie 2015-2022 del 2%. La primera infancia y la infancia para la población por ciclo y curso de vida muestran descenso en la proyección de sus frecuencias relativas entre 2015 y 2022, lo mismo para la proyección de 2023.

Tabla 13. Población de Santa Marta por Curso de vida 2015-2022-2023 – Pos COVID 19

Curso de vida	2015		2022		2023	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	56009	11,6	52740	9,55	52.117	9,4
Infancia (6 a 11 años)	59301	12,3	54576	9,88	53.948	9,7
Adolescencia (12 a 17 años)	60711	12,5	56506	10,23	56.038	10,1
Juventud (18 a 28 años)	91213	18,9	107175	19,40	106.647	19,2
Adultez (29 a 59 años)	173297	35,8	217401	39,36	219.812	39,6
Persona mayor (60 años y más)	43334	9,0	63993	11,58	66.469	12,0
población Total	483.865		552.391		555.030	

Fuente: Cálculo propio con apoyo de plantilla ASIS e información proyectada DANE 2018, proyectada a 2023

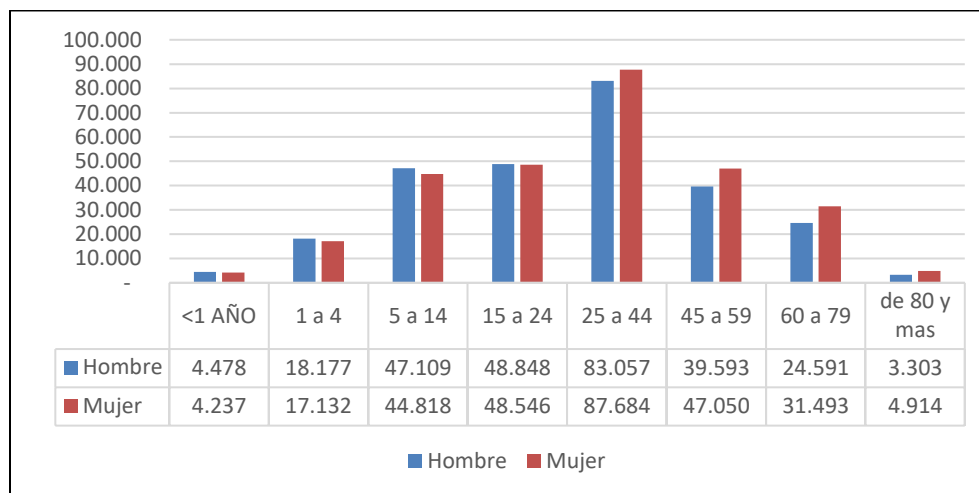
La población por sexo y edad en el Distrito evidencia como los grupos poblacionales de 0 a 24 años representan el 42.1% del total de la población, siendo los hombres en este grupo los mayoritarios con el 52%% del total de ese grupo, a partir de los 25 años en adelante se invierte la tendencia presentando un mayor crecimiento sostenido en la población de mujeres, las cuales representan el 59,87% de ese grupo, esto se explica en parte en la mayor proporción de muertes por causas externas que se presenta en hombres de esas edades.

Tabla 14. Población por sexo y edad del Distrito de Santa Marta 2023 – Post COVID 19

POBLACION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO			
GRUPOS	TOTAL	Hombre	Mujer
<1 AÑO	8.715	4.478	4.237
1 a 4	35.309	18.177	17.132
5 a 14	91.928	47.109	44.818
15 a 24	97.394	48.848	48.546
25 a 44	170.741	83.057	87.684
45 a 59	86.642	39.593	47.050
60 a 79	56.084	24.591	31.493
de 80 y mas	8.216	3.303	4.914
TOTAL	555.030	269.155	285.875
%		48	52

Fuente: Cálculo propio con apoyo de plantilla ASIS e información proyectada DANE 2018

Figura 7. Población por sexo y edad del Distrito de Santa Marta 2023 – Post COVID 19



Fuente: Cálculo propio con apoyo de plantilla ASIS e información proyectada DANE 2018 a 2023

La distribución de la población en el distrito de Santa Marta muestra un comportamiento similar en las últimas décadas observándose una gran concentración de habitantes en la zona urbana (89.5%) y una muy baja concentración de población en la zona rural (10%). Esta situación refleja el gran desplazamiento de la población rural a la zona urbana en las dos primeras décadas de este siglo, afectados principalmente por la presencia de grupos al margen de la ley, los cuales han sembrado el temor en la zona a los campesinos e incluso a la población indígena, arraigada a su tierra y a sus costumbres, a vivir en la ciudad u otros asentamientos periféricos. El 48% de la población del Distrito son hombres y el 52% son mujeres, la relación Hombre/Mujer para el año 2023 es 94%, En el año 2015 por cada 95 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 94 hombres, había 100 mujeres. Además, se observa que aun cuando la población de mujeres es mayor con un 52%, en los grupos de 0 a 19 años se observa lo contrario.

3 Población por área

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Santa Marta	496.778	90	58.252	10	555.030	89,50

Otros indicadores demográficos

Tabla 15. Otros indicadores de estructura demográfica en el Distrito de Santa Marta, 2015, 2022, 2023

Índice Demográfico	Año		
	2015	2022	2023
Población total	483.865	552.391	555.030

Población Masculina	236.162	267.954	269.155
Población femenina	247.703	284.437	285.875
Relación hombres: mujer	95,34	94,21	94
Razón niños: mujer	36	29	28
Índice de infancia	30	24	24
Índice de juventud	27	26	26
Índice de vejez	9	12	12
Índice de envejecimiento	30	47	50
Índice demográfico de dependencia	56,17	47,54	47,33
índice de dependencia infantil	47,04	36,14	35,51
índice de dependencia mayores	9,13	11,40	11,81
índice de Friz	161,59	119,43	116,79

Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuesto en proyecciones del Censo DANE 2018

Tabla 16. Análisis de otros indicadores de estructura demográfica en el Distrito de Santa Marta, 2015, 2022, 2023

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2015 por cada 95 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 94 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2015 por cada 36 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2023 por cada 28 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
índice de infancia	En el año 2015 de 100 personas, 30 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 24 personas
índice de juventud	En el año 2015 de 100 personas, 27 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 26 personas
índice de vejez	En el año 2015 de 100 personas, 9 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 12 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2015 de 100 personas, 30 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 50 personas

Índice demográfico de dependencia	En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 56 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 47 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2015, 47 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 36 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2015, 9 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 12 personas
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. Para el caso de Santa Marta el índice es de 116,79 lo cual indica que se cuenta con una población joven en el año 2023

Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuesto en proyecciones de población DANE 2018, proyectado a 2022

1.2.2 Dinámica demográfica

Mortalidad General

El Distrito de Santa Marta en la figura muestra una tasa bruta de mortalidad de 8,35 para 2021 para el 2021, lo cual se traduce en 8 defunciones por cada 1.000 Hab, con una tendencia creciente en los dos últimos años del 32%. En el caso de País, este presenta igualmente una tendencia creciente, con incremento en la serie 2005-2021 de 43,6; el mayor incremento lo mostró el País en 2021 con una tasa de 7,11.

Natalidad:

La tasa bruta de natalidad en la serie 2005-2021, muestran una tendencia decreciente para País DEL 14,57 X1000 NV y para el Distrito de Santa Marta del 12,08X1000 NV. La tasa bruta de natalidad en la serie 2005-2021, sigue Mostrando una tendencia decreciente para País de 0,24, lo mismo para el Distrito de Santa Marta presenta una disminución del 2,64 con respecto a 2020. En el Distrito de Santa Marta se registraron 15 nacidos vivos por cada 1.000 personas, comparado con 22 nacidos vivos presentados en el año 2005.

Figura 8. Tasas de Mortalidad General y de Natalidad 2005-2021

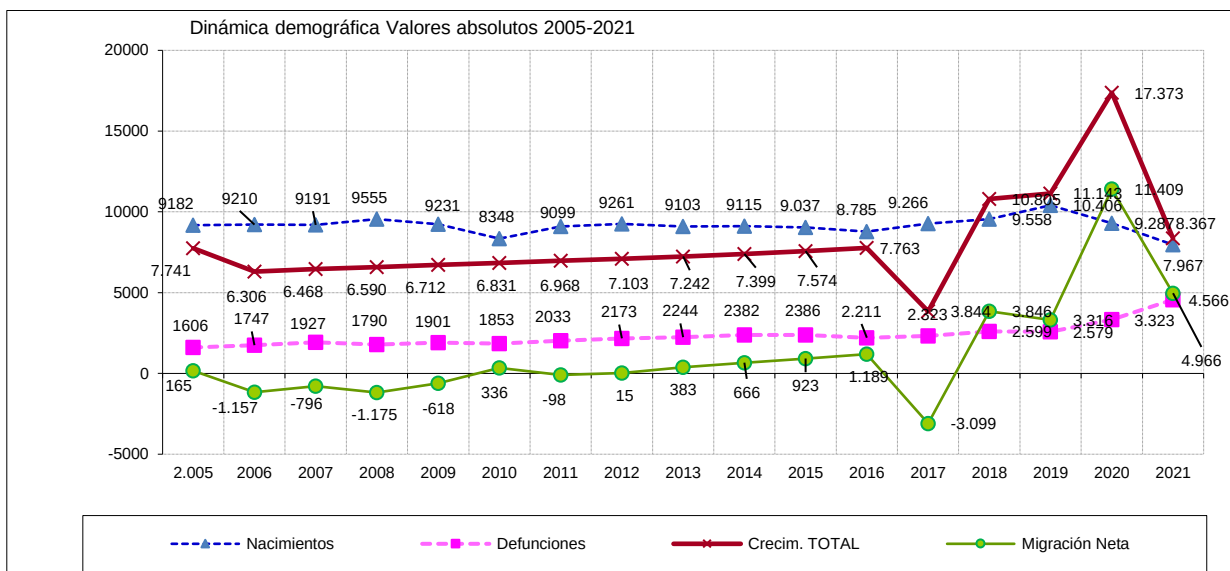


Fuente: DANE dispuesto en el cubo EEVV- SISPRO 2023 - MINSALUD

Crecimiento Total y Migración Neta

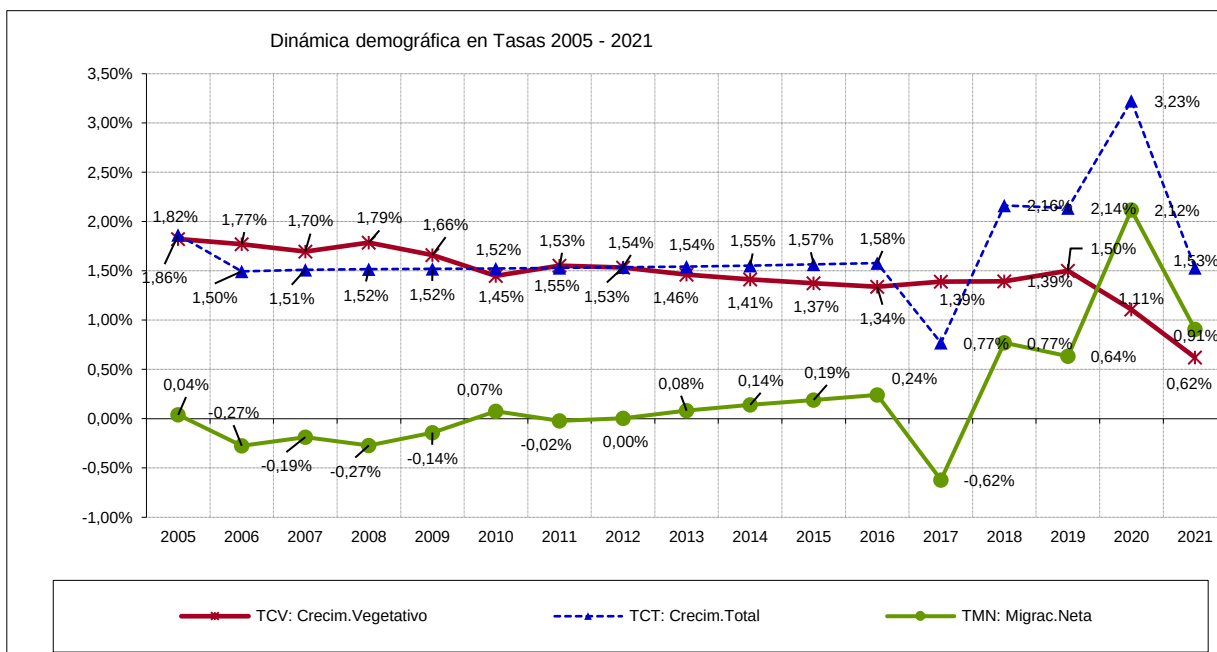
Las figuras, muestran una tendencia creciente de los nacimientos en la zona urbana y decreciente para la zona rural durante la serie 2005-2021, pasando en total de 9.182 en 2005 a 7.967 en 2021; siendo este año su mayor caída en la serie, entre tanto las defunciones presentaron un incremento con respecto a 2020 en la zona urbana y rural, pasando de 3.323 defunciones en 2020 a 4.566 defunciones en 2021; el crecimiento total en la serie presentó un incremento, pasando de 1.606 defunciones en 2005 a 4.566 en 2021. La migración neta en el Distrito muestra desde 2006 hasta 2009 una migración negativa entre -618 y -1.157, lo mismo que en los años 2011 y 2017, mientras que en los últimos cuatro (4) años su comportamiento ha sido positivo. La serie muestra que la migración neta pasa de 165 en 2005 a 4966 en 2021. La migración neta en la zona urbana presenta un comportamiento positivo en 14 años de la serie mientras que la zona rural solo presenta migración positiva en solo cuatro años de la serie. Esta situación tiene entre otras causas los conflictos armados fuertes en la zona rural. Se concluye que si bien la zona rural presentó mayor flujo migratorio fue compensado por la zona urbana como receptora de ese sector y de otros Municipios del Departamento del Magdalena y de la Región.

Figura 9. Crecimiento Total y Migración Neta 2005-2021



Fuente: Cálculo propio con apoyo de información DANE 2005 - 2021

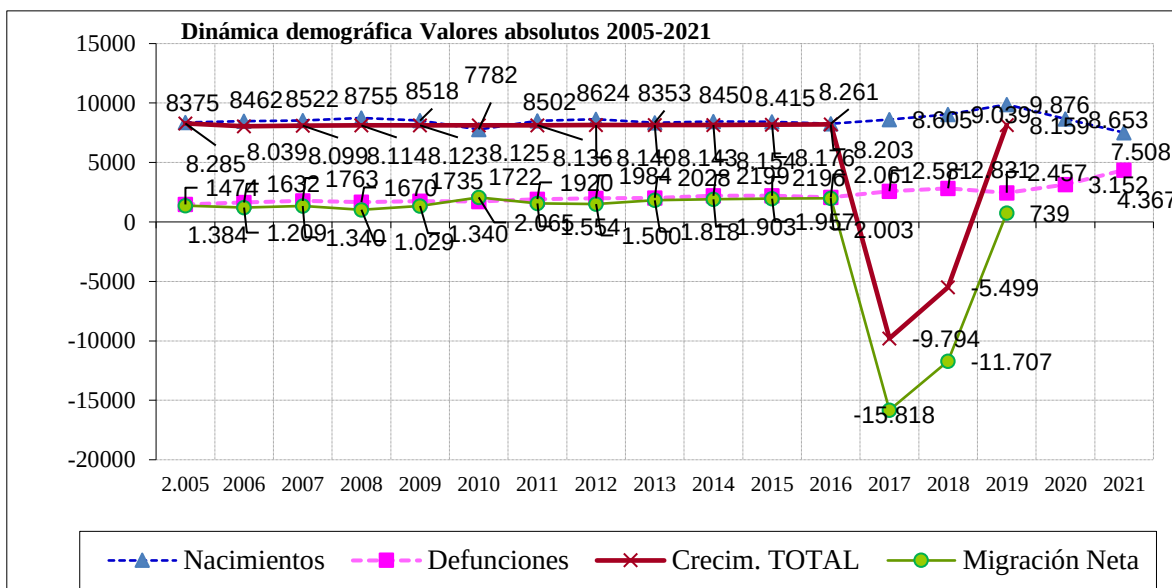
Figura 10. Tasas de Crecimiento Vegetativo, Total y de Migración Neta 2005-2021



Fuente: Cálculo propio con apoyo de información DANE 2005 - 2021

Zona Urbana

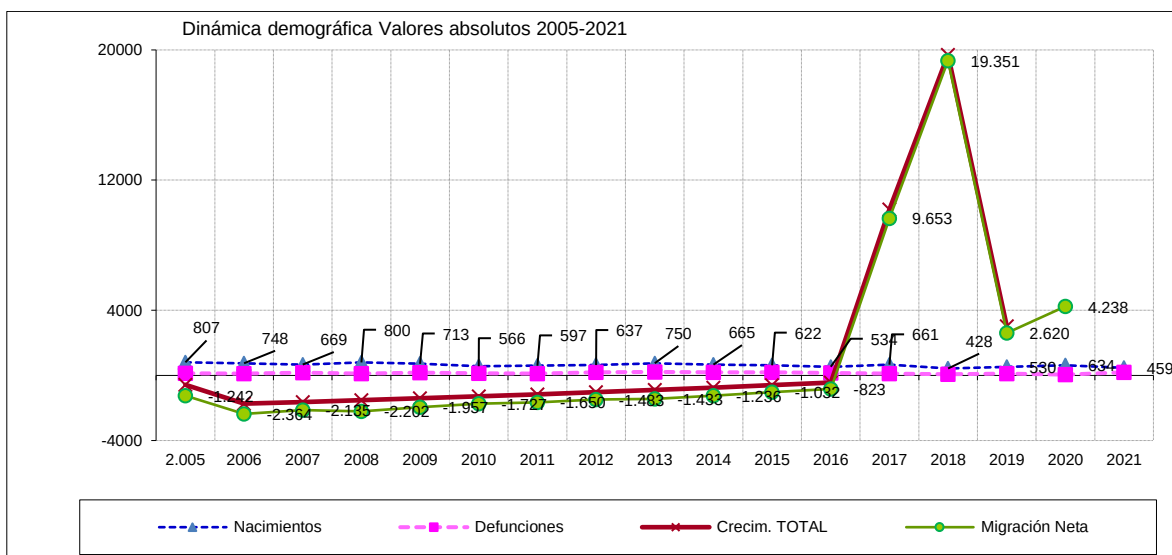
Figura 11. Tasas de Crecimiento Total y Migración Neta 2005-2021



Fuente: Cálculo propio con apoyo de información DANE 2005-2018

Zona Rural

Figura 12. Tasas de Crecimiento Total y Migración Neta 2005-2021



Fuente: Cálculo propio con apoyo de información DANE 2005-2018

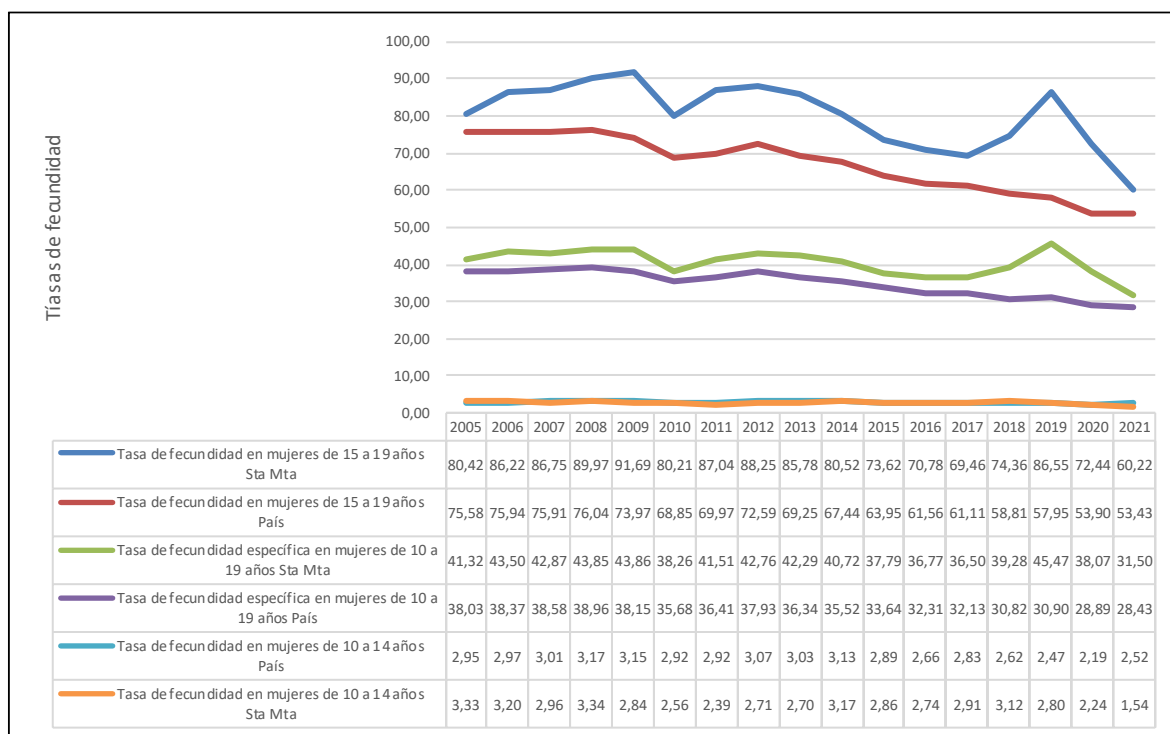
Fecundidad:

Las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años para el caso de Santa Marta en 2005 fue de 3,33x1000 mujeres, disminuyendo a 1,54x1000 mujeres en 2021, con tendencia decreciente en los tres últimos años, para el caso de País, pasó de 2,95x1000 mujeres en 2005 a 2,52x1000 mujeres en 2021, con tendencia creciente con respecto al año 2020.

Las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 a 19 años para el caso de Santa Marta en 2005 fue de 80,42x1000 mujeres, pasando a 60,22 x1000 mujeres en 2021, con tendencia decreciente en los dos últimos años, para el caso de País, sigue mostrando una tendencia decreciente desde 2012, pasando de 75,58x1000 mujeres en 2005 a 53,43x1000 mujeres.

Las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 a 19 años para el caso de Santa Marta en 2005 fue de 41,32x1000 mujeres, pasando a 31,50 x1000 mujeres en 2021, con tendencia decreciente en los dos últimos años, para el caso de País, sigue mostrando una tendencia decreciente en la serie entre 2005 a 2021, pasando de 38,03 x1000 mujeres en 2005 a 28,43 x1000 mujeres.

Figura 13. Tasas específicas de Fecundidad 2005-2021



Fuente: Cálculos dispuestos en SISPRO 2022 – MINSALUD

1.2.3 Movilidad forzada

Un desplazado en Colombia se define de acuerdo con la Ley 387 de 1997 como: Cualquier persona que ha sido forzada a migrar dentro de los límites nacionales dejando su lugar de residencia habitual o sus actividades económicas usuales, porque su vida, integridad física, seguridad o libertad personal ha sido violada o directamente amenazada por una de las siguientes situaciones: conflicto, revueltas, violencia general, violencia masiva, violaciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias que pueden o no alterar drásticamente el orden público (Congreso de la República, 1997).

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. Como consecuencia del conflicto armado interno en Colombia en el distrito de Santa Marta se estimaba según (RUV) que había un total de 126.589 (incluidos no reportados), de los cuales 118.406 personas se encontraban clasificadas en condición de desplazamiento y víctimas de este conflicto reportadas, de los cuales el 52,59% son mujeres y el 47,41% son hombres. Según artículo publicado, la instauración de la violencia en los caminos de la Sierra obedeció a la estimación estratégica (interrupción de la movilidad por parte de los diferentes grupos al margen de la ley o insurgencia asentados entre la Serranía del Perijá, la Sierra Nevada de Santa Marta y la Ciénaga grande del Magdalena) y el uso de las tierras de ese corredor para la movilidad en estos terrenos para el acceso y por la conexión con otros departamentos. “confluencia de diversos grupos armados frente al auge de actividades económicas ilícitas que hicieron de la Sierra Nevada de Santa Marta un extenso escenario de la actividad armada”. En donde la población fue víctima de la aplicación de la violencia tanto de los grupos de autodefensas como de las guerrillas como el principal medio para acceder al control territorial.

El 47% de la población se concentra en los primeros cuatro (4) cursos de vida, con edades de 0-29 años, con mayor presencia de hombre con el 50,25%.

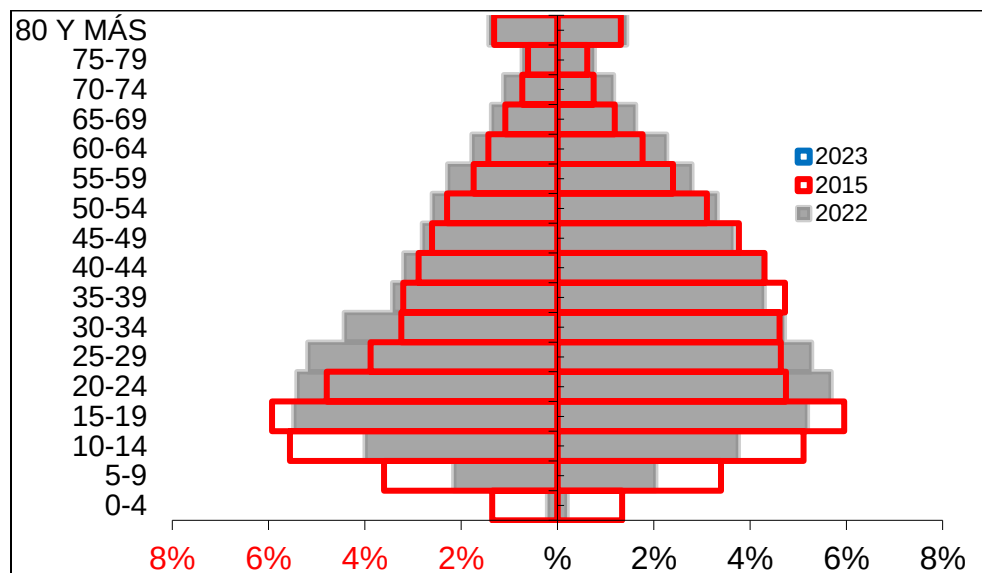
Tabla 17. Población victimizada de desplazamiento grupo de edad, sexo en el distrito de Santa Marta, 2022

Grupo de edad	Año			
	2015		2022	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	51.029	59.284	59.922	66.099
0-4	1.493	1.478	261	248
5-9	3.970	3.745	2.711	2.570
10-14	6.131	5.636	5.034	4.730
15-19	6.543	6.567	6.901	6.539
20-24	5.288	5.232	6.814	7.166
25-29	4.283	5.118	6.530	6.655
30-34	3.574	5.090	5.577	5.937
35-39	3.536	5.215	4.310	5.415
40-44	3.185	4.742	4.017	5.396
45-49	2.870	4.155	3.534	4.604
50-54	2.530	3.428	3.278	4.180
55-59	1.918	2.650	2.873	3.516
60-64	1.585	1.949	2.240	2.858

65-69	1.194	1.315	1.725	2.047
70-74	804	830	1.406	1.470
75-79	676	679	920	962
80 y MÁS	1.449	1.455	1.791	1.806

Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD 2022

Figura 14. Pirámide de la población en condición de víctima por grupo de edad, sexo, Santa Marta, Magdalena 2022



Fuente: SISPRO 2022

Tabla 18. Índice Demográfico del Distrito de Santa Marta - 2022

Índice Demográfico	Año	
	2015	2022
Población total	110.313	126.021
población Masculina	51.029	59.922
población femenina	59.284	66.099
Relación hombres: mujer	86,08	90,65
Razón niños: mujer	8	1
índice de infancia	20	12
índice de juventud	30	32
índice de vejez	11	14
índice de envejecimiento	53	111
índice demográfico de dependencia	38,83	28,15
índice de dependencia infantil	28,26	15,82
índice de dependencia mayores	10,57	12,33
índice de Friz	109,87	74,75

Fuente: SISPRO 2022

Tabla 19. Análisis de índices Demográficos del Distrito de Santa Marta - 2022

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2015 por cada 86 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2022 por cada 91 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2015 por cada 8 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2022 por cada 1 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
índice de infancia	En el año 2015 de 100 personas, 20 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 12 personas
índice de juventud	En el año 2015 de 100 personas, 30 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 32 personas
índice de vejez	En el año 2015 de 100 personas, 11 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 14 personas
índice de envejecimiento	En el año 2015 de 100 personas, 53 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 111 personas
índice demográfico de dependencia	En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 39 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 28 personas
índice de dependencia infantil	En el año 2015, 28 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2022 fue de 16 personas
índice de dependencia mayores	En el año 2015, 11 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2022 fue de 12 personas
índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

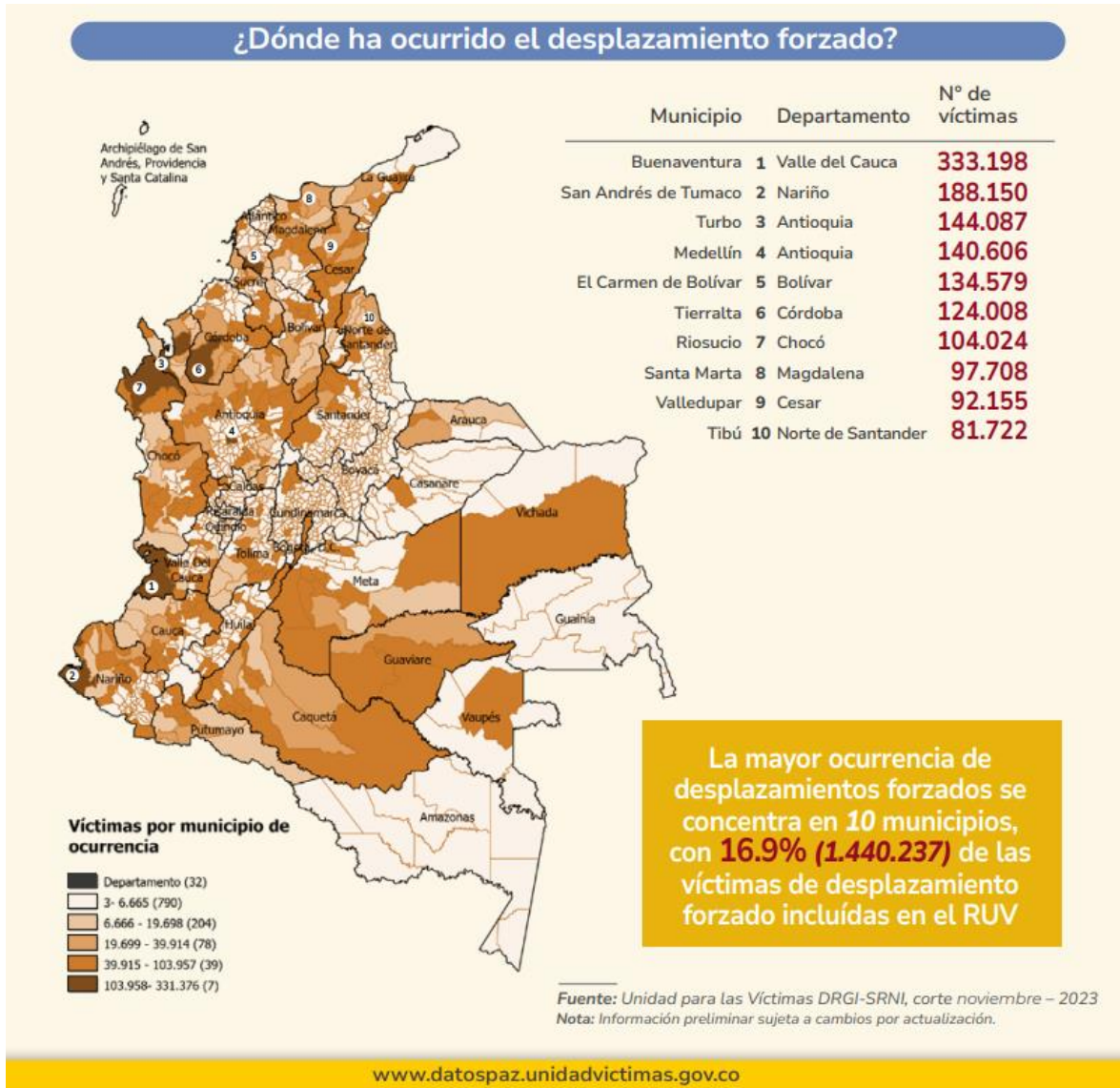
Fuente: SISPRO

Para el año 2023, el panorama que muestra el boletín No.9 de víctimas incluido el RUV hasta noviembre de 2023 registra como Santa Marta para esa fecha presenta por sitio de ocurrencia 97.708 víctimas por desplazamiento forzado con el 6,78% de los 10 municipios con mayor ocurrencia en Colombia (16,9% - 1.440.237) refleja en resumen la situación existente en el territorio.

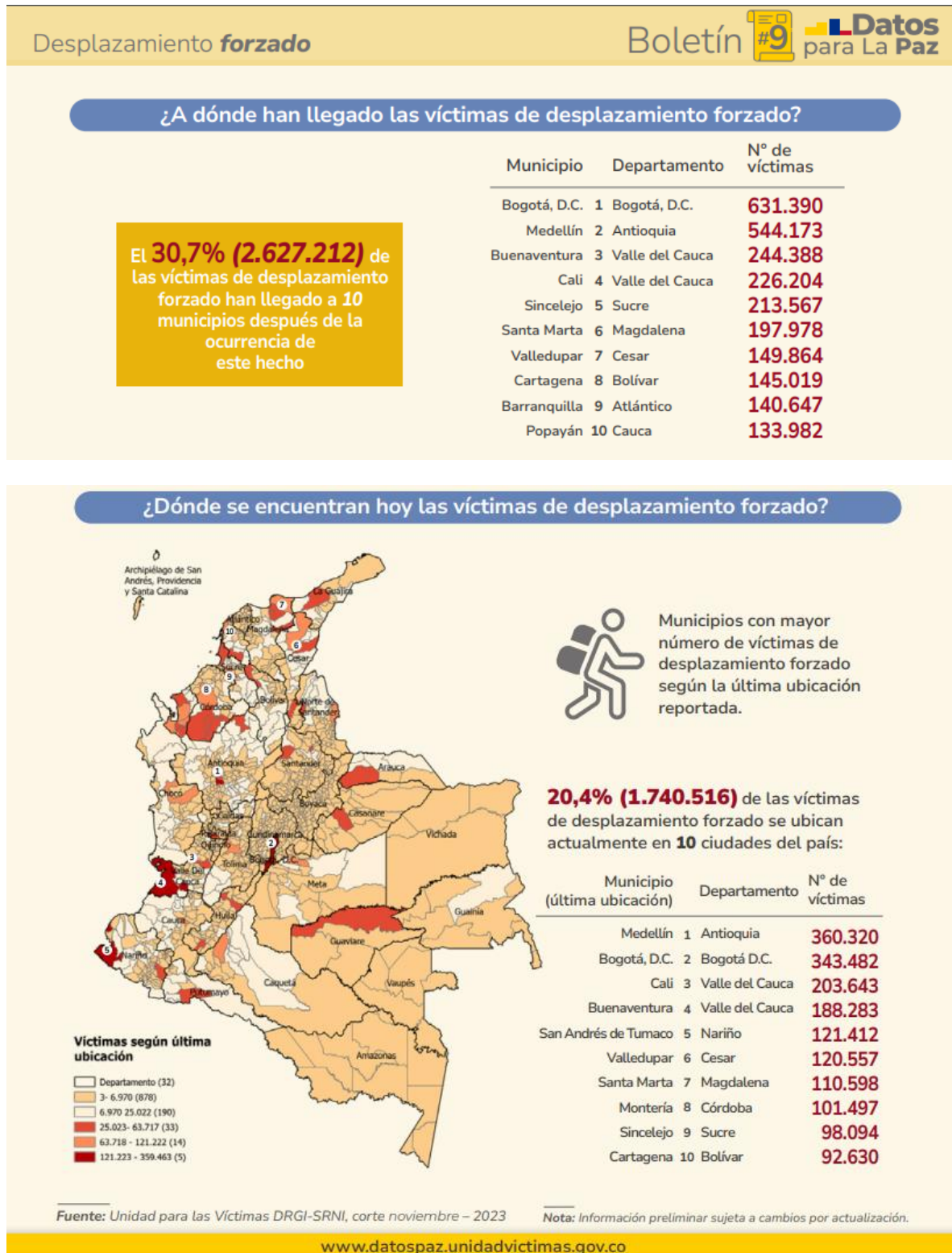
Al analizar a donde han llegado las víctimas del desplazamiento forzado, se observa que a Santa Marta concentra el 7,54% de los 10 Municipios que representan el 30.7% (2.627.212), luego de haber ocurrido el hecho victimizante.

Hoy Santa Marta concentra el 6,35% de las víctimas de los 10 Municipios con mayor número de víctimas según última ubicación, los cuales concentran el 20,4% (de un total de 1.740.516)

Mapa 9. Reporte de víctimas Origen – Nov de 2023



Mapa 10. Reporte de víctimas sitio desplazamiento – Nov de 2023



1.2.4 Población LGBTIQ+

La Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) tiene como objetivo principal proporcionar información sobre indicadores de mercado laboral, pobreza monetaria y características sociodemográficas de la población.

A partir del proceso de rediseño de la GEIH (2019-2021), el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) incluyó dentro de sus objetivos el de promover la visibilidad estadística de grupos poblacionales priorizados, que han sido históricamente discriminados y no se hacían visibles en la información estadística oficial. Esto con el fin de disminuir los costos sociales para el país (OCDE, 2019) y dar cumplimiento a lo dispuesto en el Plan Nacional De Desarrollo 2018-2022.

Respecto a la conceptualización, la Guía para la inclusión del Enfoque Diferencial e Interseccional en la Producción Estadística del Sistema Estadístico Nacional -SEN- del DANE, orientación sexual se entiende como “la atracción sexual, afectiva y erótica que una persona siente hacia otras de su mismo género, del género opuesto, de ambos o que no sienten atracción por ninguno de los géneros. También hace referencia a la capacidad de mantener relaciones afectivas y sexuales con esas personas. Por lo tanto, se habla de mujeres lesbianas, hombres gays y de personas heterosexuales, homosexuales, bisexuales o asexuales. (Decreto 762 de 2018. Artículo 2.4.4.2.1.10)”.

El boletín técnico de la gran encuesta integrada de hogares (GEIH) de marzo de 2023, registra la información del mercado laboral del año 2022, con una tasa global de participación del 78,8%, una tasa de ocupación del 67,3% y una tasa de desempleo del 14,6%.

Durante el año móvil febrero 2022 - enero 2023, para el total nacional en la GEIH se estima un total de 471 mil personas lesbianas, gays, bisexuales, Trans y no binarias (LGBT) que equivale al 1,3% de la población mayor de edad en el país.

Por su parte, en el mismo periodo para las 23 ciudades y áreas metropolitanas, incluida Santa Marta, se observa que la población LGBT fue de 317 mil personas, correspondientes a una proporción de 1,7% de las personas de 18 años y más para este dominio. Con estos parámetros se infiere estadísticamente que Santa Marta cuenta con un aproximado de 5.389 LGBT (GEIH-2023).

La población ocupada por rama de actividad registra que el 17 realiza actividades de Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana, el 16,2 comercio y reparación de vehículos, el 12,5 a Actividades artísticas, entretenimiento recreación y otras actividades de servicios, el 12,3% a Actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos, el 10,6% a Industrias manufactureras y el 10,4% a las actividades de alojamiento y servicios de comida.

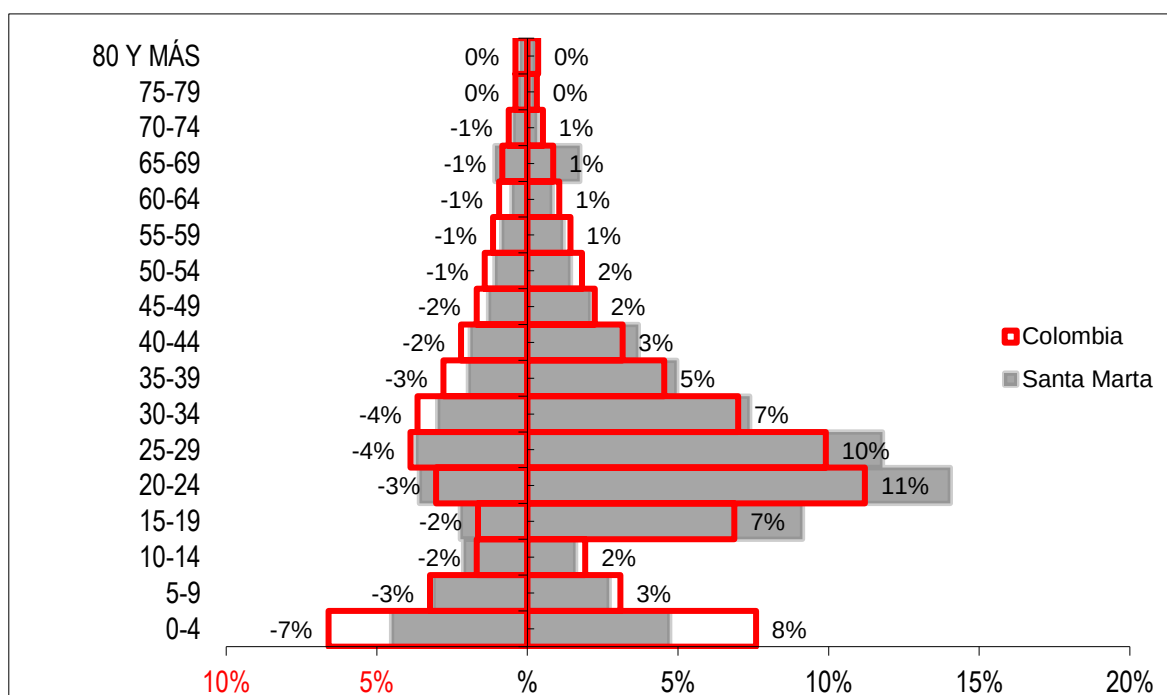
La población ocupada según posición ocupacional de 18 años y más registra que los obreros, empleado particular ocupan el 54,7% y trabajador por cuenta propia el 35,3%.

Las medidas de calidad de vida muestran a Santa Marta con un porcentaje de cobertura del de hogares esperados del 96,1% (969 hogares esperados y 931 hogares completos).

1.2.5 Población Migrante

Los datos para pirámide de población atendida extranjera asentada en Santa Marta están hasta el año asentada, muestra una concentración en los grupos entre 0 y 29 años con el 63% y del 61% para País, el 70% son mujeres y el 30% son hombres, lo cual coloca al mayor número de población atendida entre los primeros cursos de vida de primera infancia, infancia y juventud. La base de la Pirámide de 0 a 19 años sólo representa el 30% para Santa Marta y del 33% para País. La persona mayor de 60 años y más para Distrito representa el 6% del total de la población atendida y para País representa el 6%. El registro muestra 469 nacimientos para el Distrito y 31.509 para País en 2021. El 87% de la población extranjera atendida en el Distrito de Santa Marta en el año 2021 tiene procedencia de la República Bolivariana de Venezuela.

Figura 15. Pirámide Población Extranjera en Santa Marta y Colombia 2021



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 11/07/2022.

Tabla 20. Población Migrantes Atendidos e índices demográficos en Santa Marta y Colombia 2021

Índice Demográfico	Año 2021	
	Santa Marta	Colombia
Población total	14.712	807.057
Población Masculina	4.695	291.808
Población femenina	10.017	515.249
Relación hombres: mujer	46,87	57
Razón niños: mujer	17	32
Índice de infancia	19	24

Índice de juventud	44	37
Índice de vejez	6	6
Índice de envejecimiento	32	26
Índice demográfico de dependencia	30,61	39,70
Índice de dependencia infantil	24,55	33,71
Índice de dependencia mayores	6,06	6,00
Índice de Friz	114,90	119,79

Fuente: Elaboración propia basado en datos SISPRO - 2022

Relación hombres/mujer. - En el municipio Santa Marta para el año 2021 por cada 47 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, mientras que para Colombia en el año 2018 por cada 57 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud.

Razón niños mujer. - En Santa Marta para el año 2021 por cada 17 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49años) que recibieron atenciones en salud, en contraste Colombia para el año 2021 por cada 32 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud.

Índice de infancia. - En Santa Marta en el año 2021 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 19 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en Colombia para el año 2021 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 24 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de juventud. - En Santa Marta en el año 2021 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 44 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en Colombia en el año 2021 este grupo poblacional fue de 37 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de vejez. - En Santa Marta en el año 2021 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 6 correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en Colombia en el año 2021 este grupo poblacional fue de 6 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de envejecimiento. - En Santa Marta en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 32 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 26 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice demográfico de dependencia. - En Santa Marta de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años que recibieron atenciones en salud, hubo 31 personas migrantes menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que en Colombia este grupo poblacional fue de 40 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia infantil. - En Santa Marta, 25 personas migrantes que recibieron atenciones en salud menores de 15 años dependían de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años, mientras que en Colombia fue de 34 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia mayor. - En Santa Marta, 6 personas migrantes que recibieron atenciones en salud de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que en Colombia fue de 6 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de Friz. - Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

De acuerdo con los datos de Migración Colombia a corte octubre del 2022, en Colombia el número total de personas migrantes fue de 2.894.593, de los cuales 2.479.014 cuentan con pre-registro de estatuto temporal, 2.403.965 personas migrantes tienen PPT. El Ministerio de Salud por medio de la plataforma del SISPRO a corte de septiembre del 2023 reporta que el 47% del total de personas migrantes con PPT se encuentran afiliados al sistema de salud correspondiente a 1.356.936, de estas 1.066.580 personas se encuentran afiliados al régimen subsidiado que corresponde al 79%, y el 21% restante hace referencia a 290.356 personas afiliadas al régimen contributivo. (Migración Colombia, 2022).

En relación con el número total de personas migrantes venezolanas en el departamento del Magdalena se encuentran 83.712 personas de las cuales 60.522 se encuentran en Santa Marta, referente al número de personas migrantes con pre-registro de estatuto temporal en el Magdalena se han realizado 79.218 y se encuentra 54.117 personas migrantes con PPT. (Migración Colombia, octubre 2022).

Con respecto a la población migrante que se encuentra afiliada al Sistema de Salud se evidencia que 30.045 personas migrantes del total que se encuentra en Santa Marta están afiliadas al sistema de salud (50%), de estas 27.385 personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado con un 91%, y el 9% restante corresponde a 2.660 afiliadas al régimen contributivo. (Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, septiembre 2023).

1.2.6 Población Campesina

La Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) tiene como objetivo principal proveer información estadística relacionada con mercado laboral, ingresos y pobreza monetaria, así como medir las características sociodemográficas (sexo, estado civil, educación, salud y vivienda, entre otros) de la población residente en el país.

Igualmente, por medio de la encuesta se clasifica a las personas según su fuerza de trabajo en ocupadas, desocupadas o población fuera de la fuerza de trabajo. De esta forma, es posible estimar los principales indicadores del mercado laboral, como son: la Tasa Global de Participación (TGP), la Tasa de Ocupación (TO) y la Tasa de Desempleo (TD). En 2021 una de las mejoras aplicadas a la GEIH dentro del proceso de rediseño fue la actualización del marco muestra a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2018, además esta nueva metodología incluyó dentro de sus objetivos el de promover la visibilidad estadística de grupos poblacionales priorizados que han sido históricamente discriminados y no visibles en la información

estadística oficial. Para la inclusión de esta nueva población de interés se realizan preguntas a la población de 15 años y más y, a partir de ellas, se identifica como campesino(a) aquella persona que subjetivamente se considera como campesino(a) y que adicionalmente vive en una comunidad campesina. El presente boletín se construyó con la información de la GEIH marco 2018.

Proporción de la población En el trimestre enero - marzo de 2023, el total de la población campesina fue de 15.226 mil personas que se identificaron subjetivamente como campesinas, para el total nacional. El 14,2% de la población que reside en cabeceras son campesinos, equivalente a 5.582 mil personas. El 83,1% de la población que se encuentra ubicada en centros poblados y rural disperso son campesinos (9.644 mil personas), frente al 16,6% que no se consideran campesinos (1.925 mil personas).

En el trimestre enero - marzo de 2023, los indicadores del mercado laboral para la población campesina presentaron la siguiente dinámica: la tasa global de participación fue de 61,4% mostrando una diferencia de -3,5 p.p. respecto a la población no campesina, la tasa de ocupación fue del 55,7% representando una diferencia de -1,0 p.p. comparado con la población no campesina. Por su parte, la tasa de desempleo fue 9,3% presentando una diferencia de -3,4 p.p. con respecto a la población no campesina.

En el trimestre enero - marzo de 2023, los indicadores del mercado laboral por sexo para la población campesina presentaron la siguiente dinámica: la tasa global de participación fue de 79,3% para los hombres frente al 43,0% de las mujeres, evidenciando una diferencia de 36,3 p.p., la tasa de ocupación para los hombres fue 74,4% frente al 36,5% de las mujeres, lo que representó una diferencia de 37,9 p.p. Con relación a la tasa de desempleo, los hombres presentan una tasa del 6,2% y las mujeres de 15,2%, presentando una diferencia de -9,0 p.p.

En el trimestre enero - marzo de 2023, la rama de actividad con mayor participación de población campesina ocupada fue Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (42,7%), seguida de Comercio y reparación de vehículos (12,5%). Las ramas de actividad que menor participación presentaron fueron Actividades financieras y de seguros e Información y comunicaciones con 0,3% cada una.

En el trimestre enero - marzo de 2023, el 54,4% del total de la población campesina ocupada se encontraba trabajando como Trabajador por cuenta propia, seguido por la posición ocupacional de Obrero o empleado de empresa particular con 24,7%. La posición ocupacional con menor participación fue Obrero o empleado del gobierno con 2,2%.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

El territorio cuenta con herramientas para implementar la normatividad dirigida a favorecer la salud de los pobladores a través estrategias consolidadas del programa médico en tu casa, con equipos territoriales que desarrollan actividades en las tres localidades del Distrito de Santa Marta, con apoyo de las AEPB e IPS.

El gobierno local tiene la fuerza política para generar acuerdos dirigidos a transformar realidades sociales que dañan la salud de las poblaciones con planes de desarrollo concertados con comunidades a través de asambleas comunitarias con priorización documentadas.

La Entidad Territorial cuenta con recursos y mecanismos para favorecer la participación social en salud en el territorio habiendo realizado acciones en la pandemia con el programa Santa Marta es Salud y vida, con un trabajo casa a casa, las ferias de la equidad, las escuelas de líderes, jornadas integrales y salud al barrio médico en tu casa.

Se tienen los lazos de confianza con centros poblados y comunidades en general para dinamizar la participación social en salud en la realización de las grandes y menores obras del cambio realizadas se crearon comités comunitarios y se trabaja con las juntas comunales.

La oferta institucional respecto de la protección social y en particular la oferta en salud está representada en instituciones de jubilación y pensión de vejez, entre otras.

El distrito cuenta 9 EAPB distribuidas en el territorio.

Actualmente el Distrito cuenta con 782 prestadores de servicios de salud registrados ante el Registro Especial de Prestadores de los cuales el 67% son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y el 33% son prestadores independientes. Se puede observar que, en la oferta de servicios a la red de prestadores del distrito, ocupa mayor proporción las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS. Los profesionales independientes, aunque su proporción es menor, tienen una participación considerable dentro de la red.

Las barreras más comunes de acceso a los servicios de salud que reportan las comunidades tienen que ver con:

Oferta de servicios especializados: Uno de los problemas es la oferta de medicina especializada. Se nos refiere que Hoy en Colombia tiene un déficit de médicos generales y médicos especialistas, y esto se agrava aún más en los territorios porque generalmente los profesionales están en las capitales o en los centros poblados. Hay zonas en las que no hay internistas, ginecólogos u oftalmólogos, y eso hace que haya una mayor demanda que la oferta no puede garantizar. Ese es uno de los retos estructurales que tiene el sistema de salud colombiano.

Falta de talento humano: Actualmente en las EAPB no existen un equipo como tal para conformar la parte de rutas integrales ya al momento de realizar las visitas se pudo comprobar que estas solo las manejaba una sola persona a cargo que muchas veces son las mismas encargadas de PYP Y de riesgos. Entonces manifestaban que muchas veces la falta de personal hace que no se puedan realizar los procesos y seguir ejecutándose.

Insuficiencia de recursos económicos: Esta es una de las barreras más determinantes encontradas que se nos dijo que si no tiene recursos no pueden tener más talento humano, y proporcionar servicio de salud ya que como se conocen muchas EAPB sufren por desequilibrios económico en la actualidad y además muchos de estos recursos que ya poseen lo tienen destinados a gastos o servicios.

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

Gobernanza Participativa para la salud y la Vida (1.3.1)

La Administración Distrital desarrollará acciones tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los ciudadanos, para esto proyectado trabajar a través del Programa: Equidad y Dignidad en Salud y cuatro subprogramas: 1. Gobernanza participativa para la salud y la vida; 2. Vigilancia integral de la salud, 3. Enfoque territorial, poblacional y de salud ambiental y 4. Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización.

En Gobernanza participativa se estableció una meta en el plan de desarrollo “Santa Marta Corazón del Cambio”, con la cual se busca el acceso a la atención y prestación de los servicios de salud debe ser un proceso continuo de mejoramiento, se adecuará el sistema de prestación de servicios de salud de acuerdo con las necesidades de la población, procurando la equidad en el acceso a los servicios y contribuyendo a la disminución de las barreras de acceso.

Conclusiones Capítulo I

El Distrito de Santa Marta estableció una nueva división político-administrativa, organizada en tres (3) localidades que concentran las nueve comunas y cuatro corregimientos.

El Distrito de Santa Marta para el primer año de la serie 2005 contaba con una población de 415.404 habitantes, el censo DANE 2018, proyectado a 2023 muestran un crecimiento poblacional del 25% con 550.030 habitantes (población post COVID 19). Esta población en los 19 años analizados 2005-2023 observó una tendencia creciente promedio de 1,6%. El distrito registra una densidad poblacional de 232 habitantes por kilómetro cuadrado, con una fuerte influencia de la zona rural por la sierra nevada y una concentración en la zona urbana.

En lo relacionado con las zonas de riesgo, se observaron zonas de riesgo por deslizamientos en los cerros en la zona urbana en sectores ubicados en distintos sectores como: el cerro del Ziruma, barrios como Rafael Ibáñez, Nacho Vives, los Laureles, Bonda, pantano, la avenida del río, de la calle 22 con carreras 13 y con Kra 24, en los cerros de: la calle 22 con Kra 12, mientras que, en la zona rural en la vía a Minca, Guachaca, Taganga.

La tasa bruta de natalidad en la serie 2005-2021, sigue Mostrando una tendencia decreciente para País de 0,24, lo mismo para el Distrito de Santa Marta presenta una disminución del 2,64 con respecto a 2020. En el Distrito de Santa Marta se registraron 15 nacidos vivos por cada 1.000 personas, comparado con 22 nacidos vivos presentados en el año 2005.

El Distrito de Santa Marta en la figura muestra una tasa bruta de mortalidad de 8,35 para 2021 para el 2021, lo cual se traduce en 8 defunciones por cada 1.000 Hab, con una tendencia creciente en los dos últimos años del 32%. En el caso de País, este presenta igualmente una tendencia creciente, con incremento en la serie 2005-2021 de 43,6; el mayor incremento lo mostró el País en 2021 con una tasa de 7,11.

Las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años para el caso de Santa Marta disminuyó a 1,54x1000 mujeres en 2021, con tendencia decreciente en los tres últimos años, para el caso de País, pasó de 2,95x1000 mujeres en 2005 a 2,52x1000 mujeres en 2021, con tendencia creciente con respecto al año 2020.

Las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 a 19 años para el caso de Santa Marta en 2005 fue de 80,42x1000 mujeres, pasando a 60,22 x1000 mujeres en 2021, con tendencia decreciente en los dos últimos años, para el caso de País, sigue mostrando una tendencia decreciente desde 2012, pasando de 75,58x1000 mujeres en 2005 a 53,43x1000 mujeres.

Las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 a 19 años para el caso de Santa Marta en 2005 fue de 41,32x1000 mujeres, pasando a 31,50 x1000 mujeres en 2021, con tendencia decreciente en los dos últimos años, para el caso de País, sigue mostrando una tendencia decreciente en la serie entre 2005 a 2021, pasando de 38,03 x1000 mujeres en 2005 a 28,43 x1000 mujeres.

El análisis de series muestra una tendencia creciente de los nacimientos en la zona urbana y decreciente para la zona rural durante la serie 2005-2021, pasando en total de 9.182 en 2005 a 7.967 en 2021; siendo este año su mayor caída en la serie, entre tanto las defunciones presentaron un incremento con respecto a 2020 en la zona urbana y rural, pasando de 3.323 defunciones en 2020 a 4.566 defunciones en 2021; el crecimiento total en la serie presentó un incremento, pasando de 1.606 defunciones en 2005 a 4.566 en 2021. La migración neta en el Distrito muestra desde 2006 hasta 2009 una migración negativa entre -618 y -1.157, lo mismo que en los años 2011 y 2017, mientras que en los últimos cuatro (4) años su comportamiento ha sido positivo. La serie muestra que la migración neta pasa de 165 en 2005 a 4966 en 2021. La migración neta en la zona urbana presenta un comportamiento positivo en 14 años de la serie mientras que la zona rural solo presenta migración positiva en solo cuatro años de la serie.

La relación con los índices demográficos, la relación hombres/mujer, para el año 2015 por cada 95 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 94 hombres, había 100 mujeres, índice de infancia, para el año 2015 de 100 personas, 30 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 24 personas, el índice de vejez en el año 2015 de 100 personas, 9 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 12 personas, índice de envejecimiento para el año 2015 de 100 personas, 30 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 50 personas, índice demográfico de dependencia para el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 56 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 47 personas y el índice de Friz representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Para el caso de Santa Marta el índice es de 116,79 lo cual indica que se cuenta con una población joven en el año 2023.

2 CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONOMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVAS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES

Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

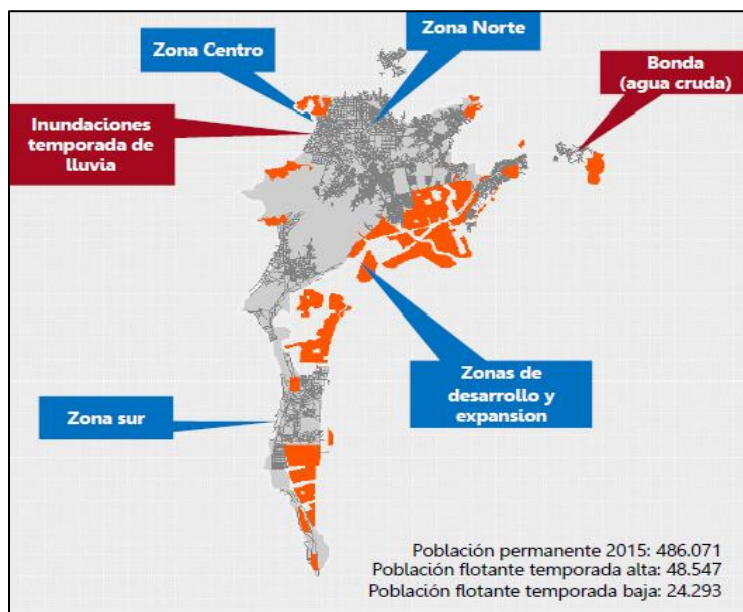
Condiciones de vida

Los servicios públicos en el Distrito de Santa Marta durante 2021 mantuvieron un comportamiento estable, se valoró la información DANE sobre cobertura y se prefirió dejar la información de la fuente anterior para acueducto y alcantarillado.

•**Cobertura de servicios de electricidad:** Las coberturas de electricidad distrital para 2021 alcanzaron el 99,30%, por encima de País que registro el 96.81%, registró color amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el distrito y el País.

•**Cobertura de acueducto.** - Las coberturas de acueducto distrital fue del 90%, por encima del País que registró el 88,5%, registró color amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el distrito y el País. Es de anotar que en los datos suministrados en la base de datos 2021 de Minsalud Santa Marta se registra una cobertura para 2020 de 47,55 y País de 61,07, pero al final de la tabla hay una nota “4. SD: Sin Dato, el municipio no tiene certificada la información en el SUI”, razón por lo cual siguen los datos del estudio que se relaciona en la fuente del mapa 11.

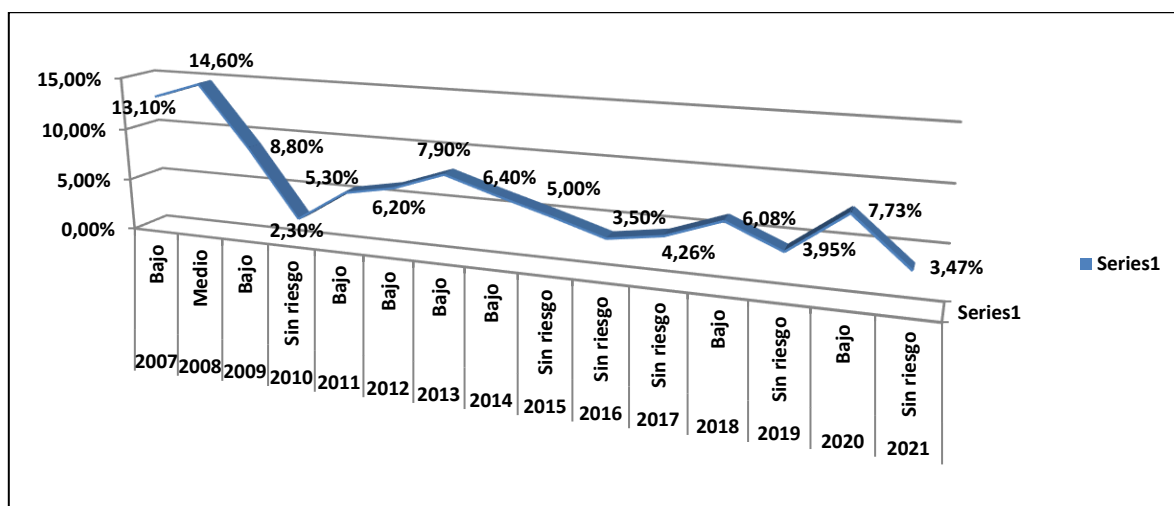
Mapa 11. Acueducto y Alcantarillado



Fuente: SSPD, DNP – Estudio de Acueducto y Alcantarillado - Santa Marta Sostenible, 2016

- **Cobertura de alcantarillado.** - Las coberturas de alcantarillado distrital alcanzaron el 78%, por encima del País que registró el 75,9%, registró color amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el distrito y el País.
Es de anotar que en los datos suministrados en la base de datos 2021 de Minsalud Santa Martas registra una cobertura para 2020 de 44,05 y País de 43,0, pero al final de la tabla hay una nota "4. SD: Sin Dato, el municipio no tiene certificada la información en el SUI", razón por lo cual siguen los datos del estudio que se relaciona en la fuente del mapa 11
- **Servicios de recolección de basuras.** - Con 84,65%
- **Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA),** para distrito presentó una tendencia decreciente para 2021, pasando de 7,73% a 3,47 en 2021, semáforo verde, bajando a la escala de sin riesgo en 2021. Para el caso de País el último registro en 2021 fue de 10,3%. según la información publicada en el portal Web SIVICAP del INS en su boletín de diciembre de 2021

Figura 16. Índice de Calidad de Agua 2021



Fuente: elaboración propia a partir de datos en SIVICAP - SISPRO- MINSALUD

- **Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada.** - El cual alcanzó para el País un porcentaje de 11,7% tendencia decreciente frente al distrito que fue de 18,40% y tendencia decreciente frente a 2019, con semáforo amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el distrito y el País.
- **Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas.** - Para el distrito fue de 13,90% con tendencia decreciente, mientras que País presentó 12% y tendencia decreciente, con semáforo color amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el distrito y el País.

Tabla 21. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Distrito de Santa Marta, 2015-2021

Determinantes intermedios de la salud	Colombia 2021	Santa Marta 2021
Cobertura de servicios de electricidad	96,81	99,30
Cobertura de acueducto	88,5	90,00
Cobertura de alcantarillado	75,9	78,00
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	10,32	3,47
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	11,7	18,40
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	12	13,90

Fuente: Determinantes sociales - Índice de pobreza Multimodal –IRCA – SISPRO 2020
Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI-Superservicios

Disponibilidad de alimentos

- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer es de 9,18% para el País con tendencia decreciente y de 9,39% para el distrito en 2020, con una tendencia decreciente para el último año analizado.

Tabla 22. Determinantes intermedios de la salud – Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el Distrito de Santa Marta, 2006-2020

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia 2020	Santa Marta 2020	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9,18	9,39	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV –DANE dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Condiciones factores, psicológicos y culturales

- Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar en 2021 para el distrito fue de 45,52, tendencia creciente frente al 2020, semáforo amarillo, lo cual demuestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador País que fue de 35,34
- Tasa de incidencia de violencia contra la mujer 2021 para el Distrito fue de 51,47, presenta una tendencia creciente comparado con 2020, pasó a semáforo en amarillo. El indicador para el País fue de 41,00 en 2020.

Tabla 23. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del distrito de Santa Marta, 2011-2021

Determinantes intermedios de la salud	Colombia 2021	Santa Marta 2021	Comportamiento														2019	2020	2021
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018				
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	35,34	45,52	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	41	51,47	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INMLCF dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Sistema sanitario

- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia en 2021.- En los determinantes intermedios de la salud se observaron para País del 7,9% y para el distrito fue de 2,5%, con semáforo amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el Distrito y el País.
- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud. - En los determinantes intermedios de la salud se observaron para País el 5,5% y para el distrito de Santa Marta 3,7%, semáforo amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el Distrito y el País.
- Cobertura de afiliación al SGSSS 2021.- En los determinantes intermedios de la salud se observaron para País una cobertura del 98,05% y para el distrito fue de 103.800%, se presenta semáforo en amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el Distrito y el País en 2021 sin embargo, Santa Marta tiene cobertura universal de acuerdo con los datos.
- Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos. - En los determinantes intermedios de la salud se observaron para País del 86,98% y para el distrito de 105,31%, semáforo en verde, lo cual indica que el indicador es significativamente superior al de País en 2021.
- Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año. - En los determinantes intermedios de la salud se observaron para País del 86,48% y para distrito 85,72%, con semáforo en amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el Distrito y el País en 2021.

- Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año. - En los determinantes intermedios de la salud se observaron para País coberturas del 86,060% y para el distrito 85,39%, con semáforo en amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el Distrito y el País en 2021.
- Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año. - En los determinantes intermedios de la salud se observaron para País del 88,49% y para el distrito del 91,59%, con semáforo en amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el Distrito y el País en 2021.
- Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal. - En los determinantes intermedios de la salud se observaron para País del 80,18% y para distrito 71,59% en 202, con semáforo en amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el municipio y el País.
- Cobertura de parto institucional. - En los determinantes intermedios de la salud se observaron para 2021, País del 97,26% y Distrito 99,66%, con semáforo en amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el Distrito y el País.
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado. - En los determinantes intermedios de la salud se observaron para 2021 País del 97,41% y para Distrito 99,70%, con semáforo en amarillo, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el Distrito y el País. En la tabla a continuación se observan las tendencias para cada año.

Tabla 24. Determinantes intermedios de la salud -Sistema Sanitario del Distrito de Santa Marta, 2006-2021

Determinantes intermedios de la salud	Colombia 2021	Santa Marta 2021	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	7,9	2,50													-					
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE)	5,5	3,70													-					
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	98,051	103,80				-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	86,98	105,31	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	86,48	85,72	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	86,06	85,39	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	88,49	91,59	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	80,18	71,59	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	97,26	99,66	↗	-	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	97,41	99,70	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos en SISPRO- MINSALUD.

Caracterización EAPB

El Distrito de Santa Marta Para 2021 contaba con 35 EAPB, distribuidas con el 46% para el régimen contributivo, el 14% de excepción y el 40% subsidiados, las cuales han presentado una reducción del 20% entre 2015 y 2021.

Tabla 25. Número de EAPB por Régimen en el Distrito de Santa Marta, 2015-2021

AÑOS	CONTRIBUTIVO	EXCEPCIÓN	SUBSIDIADO	TOTAL, POR AÑO
2015	23	3	18	44
2016	22	4	16	42
2017	21	4	16	41
2018	24	5	16	45
2019	20	5	18	43
2020	20	5	16	41
2021	16	5	14	35

Fuente: Consulta 12/09/2022 Fuente BDUA

La población afiliada por EAPB en 2021 asciende a 567.750 habitantes, la cual se concentra en un 57% en cuatro (4) EAPB, Sanitas con el 15,46%, Nueva EPS14, 58%, COOSALUD E.S.S.-CM con el 14,57% y Mutua ser con el 11,15%.

Tabla 26. Número de afiliados por EAPB en el Distrito de Santa Marta, 2020-2022

Nombre Entidad	Años			%
	2020	2021	2022	
ALIANSA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	10	7	8	0,00
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI-CM	30	41	63	0,01
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI	7.087	7.089	7.226	1,25
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	7.213			-
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.-CM	247			-
ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EPS-S MUTUAL SER EPS-S	1.497	3.521	4.859	0,62
ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EPS-S MUTUAL SER EPS-S - CM	145	275	414	0,05
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	60.434	63.301	62.925	11,15
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS-CM	7.888	6.817	7.116	1,20
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	38.251	39.956	40.097	7,04
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO-CM	2.667	2.811	3.203	0,50
CAPRUIS	2	1		0,00
COMPENSAR E.P.S.	1			-
COOMEVA E.P.S. S.A.	11.653	8.310		1,46
COOMEVA E.P.S. S.A.-CM	5.108	4.732		0,83
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	30.475			-
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA-CM	1.432			-
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA – COOSALUD	3.877	3.632	4.322	0,64
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA - COOSALUD -CM	433	947	1.232	0,17
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	78.034	82.707	82.577	14,57
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.-CM	5.490	5.259	5.437	0,93
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	10.184	11.164	11.501	1,97
E.P.S. FAMISANAR LTDA.- CM	4.842	6.884	7.694	1,21
E.P.S. SANITAS S.A.	78.550	87.779	89.352	15,46
E.P.S. SANITAS S.A.-CM	6.858	11.492	15.947	2,02
ECOPETROL	290	257	259	0,05
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.	6	3	4	0,00

EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.-CM	1	1	1	0,00
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A.	1.033	2.867	3.894	0,50
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A-CM	1.550	3.646	4.086	0,64
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES	4.279	4.042	3.950	0,71
LA NUEVA EPS S.A.	75.510	82.754	86.713	14,58
LA NUEVA EPS S.A.-CM	1.621	3.243	3.795	0,57
MAGISTERIO	12.598	13.543	13.413	2,39
MEDIMAS	9			-
NUEVA EPS S.A. -CM	5.196	4.880	5.616	0,86
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	77.078	87.206	82.404	15,36
SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	15.471	18.563	27.839	3,27
UCORDOBA	2	2	2	0,00
UNISALUD	22	18	17	0,00
TOTAL	557.074	567.750	575.966	100,00

Fuente: Consulta 12/09/2022 Fuente BDUA

Caracterización de la mortalidad por EAPB y Régimen

Tasa de Mortalidad Perinatal

Este indicador muestra que la Tasa de Mortalidad Perinatal por EAPB en el régimen Contributivo a Coomeva EPS como la que mayor peso presentó con una tasa de 37,04x1000 NV en primer lugar, seguida por Famisanar con una tasa de 22,73x1000 NV y en tercer lugar la EPS Ambuq con 20,20x1000 NV. Es de anotar la primera y la tercer EPS ya no están en operación.

Figura 17. Tasa de Mortalidad perinatal 2020- Régimen Contributivo por EAPB

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	14,95	
MAGDALENA	14,05	
SANTA MARTA	12,49	
ESS133 - COMPARTA	2,77	
CCF055 - CAJACOPI	3,86	
ESS024 - COOSALUD E.S.S.	5,24	
ESS207 - MUTUAL SER	11,54	
EPSS41 - NUEVA EPS SA	11,85	
ESS076 - AMBUQ	20,20	
EPSS17 - EPS FAMISANAR LTDA	22,73	
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	37,04	

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las EAPB- Epidemiología - Minsalud

Para el régimen subsidiado la de mayor relevancia es la EPS Medimas (fuera de operación) con una tasa de 20,41x1000 NV, seguida por Famisanar con 11,49x1000 NV y en el tercer lugar Salud total con el 9,69x1000

NV. Al comparar el Distrito de Santa Marta (tasa de 12,49x1000 NV) con País (tasa de 14,95x1000 NV) se observa una diferencia de 2,46x1000 NV en la tasa de mortalidad perinatal por debajo de País en el año 2020.

Figura 18. Tasa de Mortalidad perinatal 2020 - Régimen Subsidiado por EAPB

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	14,95	
MAGDALENA	14,05	
SANTA MARTA	12,49	
EPS005 - SANITAS	3,11	
EPS037 - NUEVA EPS	3,18	
EPS002 - SALUD TOTAL	9,69	
EPS017 - FAMISANAR	11,49	
EPS044 - MEDIMAS Contributivo	20,41	

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las EAPB- Epidemiología - Minsalud

Razón de Mortalidad Materna a 42 días 2020

Para la Razón de mortalidad materna a 42 días del régimen contributivo, se observa que Salud Total es la de mayor peso en la tasa con 295,57x100.000 NV, seguida por Sanitas con 96,43x100.000 NV, siendo las únicas EAPB con reporte en SISPRO.

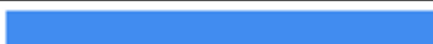
Figura 19. Razón de Mortalidad Materna a 42 días 2020 - Régimen Contributivo por EAPB

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	65,78	
MAGDALENA	116,46	
SANTA MARTA	86,14	
EPS005 - SANITAS	96,43	
EPS002 - SALUD TOTAL	295,57	

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las EAPB- Epidemiología - Minsalud

Por el régimen Subsidiado se observa que la EPS Dusakawi presenta mayor razón de materna con el 3.448,20x100.000 NV, seguida por la Nueva EPS con una razón de 228,83x100.000 NV y en el tercer lugar la EPS Mutual Ser comuna razón de 111,11x100.000 NV.

Figura 20. Razón de Mortalidad Materna a 42 días 2020 - Régimen Subsidiado por EAPB

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	65,78	
MAGDALENA	116,46	
SANTA MARTA	86,14	
ESS207 - MUTUAL SER	111,11	
EPSS41 - NUEVA EPS SA	228,83	
EPSI01 - DUSAKAWI E.P.S.I.	3.448,28	

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las EAPB- Epidemiología - Minsalud

Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer

El indicador de Mortalidad por Tumor maligno de mama de la mujer muestra a la Nueva EPS como la de mayor tasa con 21,45x100.000 HB, en segundo lugar, la EPS Salud Total con el 9,08x100.000 HB y en tercer lugar la EPS Sanitas con el 2,66x100.000 HB, en el régimen contributivo.

Figura 21. Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (Lista 6/67) - 2020- Régimen Contributivo por EAPB

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	12,33	
MAGDALENA	11,47	
SANTA MARTA	15,73	
EPS005 - SANITAS	2,66	
EPS002 - SALUD TOTAL	9,08	
EPS037 - NUEVA EPS	21,45	

Fuente: Fuente: Caracterización de la población afiliada a las EAPB- Epidemiología - Minsalud

Para el régimen subsidiado la EAPB que presenta la mayor tasa es Ambuq con 72,64x100.000 HB, seguida de Coomeva EPS con una tasa de 40,07x100.000 HB y en el tercer lugar la EPS Comparta con una tasa del 24,40x100.000 HB para el año 2020. Las dos primeras ya no están operando en el distrito.

Figura 22. Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (Lista 6/67) - 2020. Régimen Subsidiado por EAPB

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	12,33	
MAGDALENA	11,47	
SANTA MARTA	15,73	
EPSS02 - SALUD TOTAL	12,28	
EPSS41 - NUEVA EPS SA	12,59	
CCF055 - CAJACOPI	16,38	
ESS207 - MUTUAL SER	17,15	
ESS024 - COOSALUD E.S.S.	19,49	
ESS133 - COMPARTA	24,40	
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	40,07	
ESS076 - AMBUQ	72,64	

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las EAPB- Epidemiología - Minsalud

Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero

La tasa de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino presenta la tasa mayor en la EPS Comparta con 315,71x100.000 mujeres, seguida por la EPS Famisanar con tasa de 24,78x100.000 mujeres y en el tercer lugar la EPS Ferrocarriles Nacionales con tasa de 18,69x100.000 HB, para el régimen contributivo

Figura 23. Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (Lista 6/67) - 2020 - Régimen Contributivo por EAPB

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	6,22	
MAGDALENA	8,61	
SANTA MARTA	7,91	
EPS037 - NUEVA EPS	2,04	
EPS002 - SALUD TOTAL	2,43	
EAS027 - FERROCARRILES NALES	18,69	
EPS017 - FAMISANAR	24,78	
ESSC33 - COOP. DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA	315,71	

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las EAPB- Epidemiología – Minsalud

Para el régimen subsidiado la EPS de mayor valor peso fue Ambuq con el 26,03x100.000 HB, seguida por Comparta con tasa de 20,13x100.000 HB y en el tercer lugar Mutual Ser con tasa de 13,35x100.000 HB. Las dos primeras ya no están operando en Colombia.

Figura 24. Tasa ajustada de Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (Lista 6/67) - 2020 - Régimen Subsidiado por EAPB

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	6,22	
MAGDALENA	8,61	
SANTA MARTA	7,91	
ESS024 - COOSALUD E.S.S.	4,01	
EPSS41 - NUEVA EPS SA	4,72	
CCF055 - CAJACOPI	5,22	
ESS207 - MUTUAL SER	13,35	
ESS133 - COMPARTA	20,13	
ESS076 - AMBUQ	26,03	

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las EAPB- Epidemiología – Minsalud

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitada por servicios

En el Distrito de Santa Marta la red pública y privada prestan 5.711 servicios clasificados por: apoyo diagnóstico, consulta externa, internación, otros servicios, protección específica y detección temprana, quirúrgicos, transporte asistencial y urgencias. Entre los años 2015 y 2021 se ha presentado un incremento general del 9,4%, el servicio que mayor variación positiva presentó fueron los servicios quirúrgicos con 16,86%, seguido por consulta externa con 12,06% y en tercer lugar el apoyo diagnóstico y complementación terapéutica con el 8,86%. En cuanto a la proporción de servicios habilitados los encabeza la consulta externa con un 50,48%, seguida de apoyo diagnóstico con el 19%, en tercer lugar, protección específica y detección temprana con el 17,16%, estos concentran el 86.64% de los servicios en el Distrito.

El servicio de transporte asistencia básico y medicalizado cuenta con 50 IPS habilitadas y se ha mantenido entre 2015 y 2021 con un promedio de 47, las IPS habilitadas con servicios de ambulancia básica ocupa el 60% y el 40% son las medicalizadas.

Los servicios de urgencias cuentan con 33 IPS en 2021, una variación estable y una participación por servicio de 0,58.

Actualmente el Distrito tiene 1.174 prestadores de servicios de salud registrados ante el Registro Especial de Prestadores de los cuales el 67% son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y el 33% son profesionales independientes.

El 67% (788) son instituciones prestadoras de servicios de salud IPS y el 33% (386) son profesionales independientes. El 90,7% corresponde a la red privada y el 9.3% a la red pública.

Tabla 27. Número de IPS habilitada por servicios

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA 2021

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x Serv
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	20	28	34	32	37	38	36	- 5,26	0,63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	5	5	5	4	4	4	4	-	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	11	13	14	12	12	12	12	-	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	20	22	28	28	33	36	37	2,78	0,65
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	5	5	5						-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	10	11	12	11	11	12	12	-	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	23	23	20	17	18	18	17	- 5,56	0,30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	58	58	62	74	80	85	98	15,29	1,72
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	47	49	48	58	60	65	73	12,31	1,28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodíalisis	4	4	4	4	4	5	6	20,00	0,11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	7	7	8	8	9	9	9	-	0,16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	11	11	11	11	11	11	12	9,09	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	51	53	53	50	51	54	61	12,96	1,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología		1	1	1	1	1	1	-	0,02
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	5	6	7	6	6	7	6	- 14,29	0,11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	8	8	8	6	7	7	7	-	0,12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	3	3	3	3	3	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	5	5	5	5	5	5	5	-	0,09
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	1	2	2	3	4	6	6	-	0,11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	10	10	10	9	9	9	12	33,33	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	50	52	50	47	49	49	48	- 2,04	0,84
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	3	3	3	3	3	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	75	78	87	89	90	92	107	16,30	1,87
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	55	57	60	66	72	75	75	-	1,31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	2	2	2	2	2	2	2	-	0,04
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros	2	2	2	2	2	2	2	-	0,04
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	3	2	2	3	4	4	4	-	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	36	41	47	60	67	71	86	21,13	1,51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	37	38	43	47	53	58	63	8,62	1,10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	54	53	50	47	48	47	47	-	0,82
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	98	101	107	107	111	117	141	20,51	2,47
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	22	24	25	25	28	27	28	3,70	0,49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	16	16	15	12	13	13	13	-	0,23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	36	37	38	38	46	50	50	-	0,88
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	6	6	7	7	7	8	8	-	0,14
	SUBTOTAL	799	836	878	897	960	1.005	1.094	8,86	19,16

CONSULTA EXTERNA

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	23	30	29	30	33	36	40	11,11	0,70
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	29	34	34	35	39	46	45	- 2,17	0,79
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	9	15	14	17	20	25	25	-	0,44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	9	11	12	13	15	16	18	12,50	0,32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	1	5	8	9	9	9	12	33,33	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	11	13	16	17	16	18	19	5,56	0,33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	6	9	9	8	9	9	11	22,22	0,19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	12	13	14	12	13	16	17	6,25	0,30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	3	4	5	7	7	7	7	-	0,12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	9	12	11	12	12	14	14	-	0,25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	45	51	51	50	51	54	61	12,96	1,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	5	5	5	4	5	7	10	42,86	0,18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	13	19	23	25	24	32	35	9,38	0,61
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	13	16	17	16	15	15	15	-	0,26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	12	16	16	13	14	14	16	14,29	0,28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	1	1	1	1	1	1	2	100,00	0,04
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	13	14	15	17	18	21	26	23,81	0,46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	17								-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	3	3	3	3	3	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	19	23	27	27	29	32	39	21,88	0,68
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	20	23	22	21	22	26	30	15,38	0,53
	Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	2	6	6	6	6	8	11	37,50	0,19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	21	29	34	36	43	46	45	- 2,17	0,79
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	18	24	29	35	39	43	49	13,95	0,86
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología oncológica							1		0,02
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	7	14	19	19	22	26	30	15,38	0,53
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	3	3	3	2	2	2	2	-	0,04
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	20	25	25	30	32	39	40	2,56	0,70
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	36	37	36	35	34	35	37	5,71	0,65
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	112	122	120	126	127	136	166	22,06	2,91
Grupo Servicio	Indicador								% Var	Participación x
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	4	6	4	4	4	5	5	-	0,09
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	41	38	39	37	35	35	35	-	0,61
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	38	33	29	26	24	24	24	-	0,42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	20	27	25	28	30	34	34	-	0,60
	Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	2	5	5	10	12	12	15	25,00	0,26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	1	4	5	4	5	5	6	20,00	0,11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología	55	64	64	67	68	70	83	18,57	1,45
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	10	11	12	12	12	12	14	16,67	0,25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	17	24	23	24	25	26	29	11,54	0,51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	3	4	4	5	5	5	6	20,00	0,11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	10	7	5	4	4	4	4	-	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	22	29	31	33	35	39	39	-	0,68
	Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	5	7	8	12	13	13	15	15,38	0,26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	20	21	23	23	25	25	28	12,00	0,49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	3	3	3	2	3	2	4	100,00	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	7	9	10	13	17	20	24	20,00	0,42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	3	3	4	5	5	5	5	-	0,09
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	22	24	29	33	37	40	49	22,50	0,86
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	141	152	148	155	154	162	193	19,14	3,38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	69	79	80	83	85	89	108	21,35	1,89
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	1	3	3	3	4	5	5	-	0,09
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	5	5	5	5	5	5	5	-	0,09
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	5	5	5	5	5	5	5	-	0,09
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	3	3	3	3	3	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	18	24	27	26	30	35	37	5,71	0,65
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	1	4	5	11	13	17	18	5,88	0,32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	5	6	8	8	9	10	9	- 10,00	0,16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	19	25	26	27	28	32	38	18,75	0,67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	4	6	7	11	11	12	12	-	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	18	20	24	26	30	33	34	3,03	0,60
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	27	33	33	35	35	41	47	14,63	0,82

Grupo Servicio	Indicador								% Var	Participación x
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropsiquiatría	12	14	20	24	26	29	32	10,34	0,56
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	87	92	92	98	106	112	126	12,50	2,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	95	92	92	93	95	98	110	12,24	1,93
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	23	23	22	23	22	26	26	-	0,46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	17	17	18	17	17	16	17	6,25	0,30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	19	20	18	18	19	19	21	10,53	0,37
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	6	6	4	4	5	6	9	50,00	0,16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	28	23	26	26	29	29	32	10,34	0,56
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	31	31	30	30	29	32	34	6,25	0,60
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia infantil	2	2	2	2	2	2	2	-	0,04
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia oncológica	4	5	5	6	6	6	8	33,33	0,14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	5	5	7	7	7	7	14	100,00	0,25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	39	46	49	46	49	54	65	20,37	1,14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	24	26	26	25	27	31	34	9,68	0,60
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	49	52	55	60	60	67	74	10,45	1,30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	62	74	76	82	85	88	99	12,50	1,73
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	31	31	30	29	27	31	32	3,23	0,56
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	104	109	113	126	134	143	163	13,99	2,85
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	30	35	38	46	47	51	60	17,65	1,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	2	3	3	3	3	3	4	33,33	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	1	1						-	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	33	32	31	31	31	33	35	6,06	0,61
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	12	17	23	29	30	34	38	11,76	0,67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	20	18	17	16	15	15	15	-	0,26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	33	31	31	28	27	27	27	-	0,47
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología		3	3	3	3	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	27	30	32	35	35	40	40	-	0,70
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica	1	1	1	1	1	1	3	200,00	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	1	1	1	1	1	1	1	-	0,02
SUBTOTAL		1.889	2.101	2.166	2.275	2.369	2.565	2.883	12,40	50,48

INTERNACIÓN

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente		2	3	3	3	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico	1	2	2	2	2	2	2	-	0,04
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	1	1	1	1	1	1	1	-	0,02
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal		8	9	8	8	8	8	-	0,14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	13	13	12	9	11	11	12	9,09	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	11	11	10	7	8	8	8	-	0,14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	8	8	8	6	6	6	6	-	0,11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	14	14	13	11	13	13	14	7,69	0,25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	1	1	1	1	1	1	1	-	0,02
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	11	11	10	7	8	8	8	-	0,14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	7	7	7	6	6	6	6	-	0,11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	16	16	16	14	17	17	17	-	0,30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	12	12	12	9	11	11	11	-	0,19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	2	3	4	6	7	7	7	-	0,12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias	3	3	4	11	13	14	14	-	0,25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas	1	2	3	9	12	13	13	-	0,23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	2	2	3	4	5	5	5	-	0,09
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	23	24	23	19	20	20	20	-	0,35
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	5	5	5	5	4	4	4	-	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados adultos	1	1	1	1	1	1	1	-	0,02
SUBTOTAL		132	146	147	139	157	159	161	1,26	2,82

NO DEFINIDO

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	8						8		0,14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			72				72		1,26
SUBTOTAL		8		72				80		1,40

OTROS SERVICIOS

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	6	8	8	12	15	15	15	-	0,26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente agudo	14	16	19	24	28	34	35	2,94	0,61
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico con ventilador	5	5	6	9	13	14	14	-	0,25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico sin ventilador	20	23	26	30	33	40	41	2,50	0,72
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de	3	4	6	11	17	17	17	-	0,30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	3	5	6	5	10	10	10	-	0,18
SUBTOTAL		51	61	71	91	116	130	132	1,54	2,31

PROCESOS

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	60	66		72	78	79	78	- 1,27	1,37

PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	71	68	62	60	57	56	55	- 1,79	0,96
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	67	66	66	68	70	71	71	-	1,24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y	69	69	69	71	71	72	73	1,39	1,28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven	68	67	67	70	69	72	73	1,39	1,28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	70	69	70	73	71	73	74	1,37	1,30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a	71	71	71	72	71	74	75	1,35	1,31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	59	58	58	59	58	57	59	3,51	1,03
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	59	57	58	60	60	61	62	1,64	1,09
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	59	55	51	50	47	46	45	- 2,17	0,79
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	84	79	72	69	67	66	65	- 1,52	1,14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	29	29	28	30	33	34	35	2,94	0,61
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	16	17	17	16	20	20	20	-	0,35
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar	70	69	70	73	76	78	78	-	1,37
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	78	75	75	76	78	79	78	- 1,27	1,37
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	60	64	65	66	68	67	66	- 1,49	1,16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	60	59	56	54	53	52	51	- 1,92	0,89
SUBTOTAL		990	972	955	967	969	978	980	0,20	17,16

QUIRÚRGICOS

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	4	4	4	3	4	4	4	-	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	2	3	3	2	2	2	3	50,00	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	9	10	10	9	9	10	12	20,00	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	8	9	9	6	7	7	7	-	0,12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	6	6	6	3	4	4	4	-	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	4	5	5	3	3	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía endovascular neurológica	2	2	2	2	2	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	7	8	8	7	7	7	8	14,29	0,14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	19	20	19	16	18	18	25	38,89	0,44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	14	14	14	11	12	13	15	15,38	0,26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	15	16	16	11	12	14	19	35,71	0,33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	13	14	13	10	11	12	12	-	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	12	14	15	14	15	15	15	-	0,26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	9	10	10	7	8	8	9	12,50	0,16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	-	0,02
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	10	9	9	9	9	9	12	33,33	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	15	16	16	13	16	15	24	60,00	0,42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	13	14	13	10	12	12	14	16,67	0,25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	13	35	34	34	33	37	36	- 2,70	0,63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	2	2	2	2	2	2	2	-	0,04
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	14	15	17	14	15	15	22	46,67	0,39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	15	16	15	12	15	14	17	21,43	0,30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiología	13	13	13	10	12	12	12	-	0,21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	6	6	6	5	5	6	7	16,67	0,12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de piel y componentes de la piel	2	3	3	3	3	3	3	-	0,05
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejido osteomuscular	4	5	5	3	4	4	4	-	0,07
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejidos cardiovasculares	2	2	2	1	1	1	1	-	0,02
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	2	2	2	2	3	4	4	-	0,07
SUBTOTAL		236	274	272	223	245	255	298	16,86	5,22

TRANSPORTE ASISTENCIAL

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	23	26	28	29	28	30	30	-	0,53
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	17	18	20	19	20	20	20	-	0,35
SUBTOTAL		40	44	48	48	48	50	50		0,88

URGENCIAS

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Var	Participación x
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	33	32	31	30	35	33	33	-	0,58
SUBTOTAL		33	32	31	30	35	33	33	0,00	0,58

Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos en SISPRO- MINSALUD

Otros indicadores de sistema sanitario en el Distrito de Santa Marta, 2020

En la tabla anterior, se aprecia que la razón de camas de adultos ha presentado un incremento considerable en la serie, pasando de 1,45 x 1000 Hb en 2015 a 5,29 x 1000 hb en 2021, la razón camas por 1000 habitantes pasó de 3,28 camas por 1000 Hb en 2015 a 7,95 camas por 1000 Hb en 2021. La razón ambulancias básicas pasó de 0.05 por 1000 Hb en 2015 a 0,30 por 1000 Hb en 2021, la razón ambulancias medicalizadas pasó de 0,03 por 1000 Hb en 2015 a 1,10 x 1000 Hb en 2021 y la razón ambulancias por 1000 Hb pasó de 0,09 por 1000 Hb en 2015 a 0,39 por 1000 Hb en 2021.

Oferta Prestadores-Capacidad Instalada

Tabla 28. Otros indicadores de sistema sanitario en el Distrito de Santa Marta, 2021

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,05	0,06	0,07	0,07	0,06	0,06	0,30
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,03	0,04	0,04	0,03	0,03	0,02	0,10
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,09	0,10	0,11	0,10	0,10	0,09	0,39
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	1,45	1,45	1,53	1,22	1,42	1,26	5,29
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,40	0,41	0,39	0,27	0,32	0,34	0,15
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,31	0,31	0,29	0,21	0,23	0,19	0,12
Razón de camas por 1.000 habitantes	3,28	3,42	3,58	3,27	3,68	3,47	7,95

Fuente: SISPRO- MINSALUD

Cobertura de la vacunación contra el COVID-19.- Santa Marta cuenta con esquema completo de vacunación, con corte a 17 de enero de 2023 de las dosis aplicadas se presentan de la siguiente manera: 994.275 dosis aplicadas En cobertura de primera dosis se aplicaron a 259.884 personas un número similar con una cobertura del 47,05% y en esquema completo alcanzó 193.200 dosis con cobertura del 35%.

A la fecha Colombia reporta 6.309.716 casos (548 casos nuevos 21 al 27 de octubre) con un incremento nacional del 0,01% y 141.837 defunciones (10 muertes nuevas del 21 al 27 de octubre) con un aumento nacional del 0,05%

En cuanto a la aplicación del programa PRASS, se ha realizado 6.416 rastreos, de los cuales el 45,9% (n=1199) han correspondido a casos sospechosos, el 32,4% (n=847) a búsqueda activa, el 12,7% (n=332) ha casos confirmados y el 9% (n=236) a contactos estrechos y convivientes, con predominio del sexo femenino del 57,1% (n=2719) en el total de los casos rastreados. Los grupos de edad con mayor frecuencia al momento de rastreo corresponden entre los 20 y los 44 años, con énfasis en el ingreso de viajeros reportados por el CCNR, con el 28,2% (n=1148) de los casos provenientes del CCNR han correspondido a casos de viajeros provenientes en su mayoría de otras ciudades a nivel nacional (32,5% n=549), seguido de viajeros provenientes de los Estados Unidos (28,6% n=483).

Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

Educación

Tasa de Repitencia del sector oficial en educación básica y media (Desde transición hasta once)

La tasa de Repitencia del sector oficial para el Distrito en 2019 fue de 0,92%, mientras que para País fue de 1,01%, situándose Santa marta por debajo del referente País.

Tasa de deserción intra-anual del Sector Oficial del Distrito

La de la tasa de deserción intra-anual del sector oficial en educación básica y media (Desde transición hasta once) en el Distrito de Santa Marta fue de 3,74%, observó una magnitud baja y una tendencia decreciente en la serie. Para el caso de País en 2011 la tasa era de 4,53% y para el año 2019 descendió a 2,99%.

Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE), muestra para distrito un 4,20%, con diferencia relativa de 0,45, semáforo en amarillo, Para el caso de País presenta un promedio de 9,3%.

Tasa de cobertura en educación:

Las Tasa de coberturas de educación neta total para Santa Marta fue del 102,86%, ubicándose por encima del referente País que presenta un 98,21%, para educación primaria Santa Marta registra 120,025% y País 107,41%, en la secundaria Distrito 122,46% y país 105,26%, en la media Distrito 99,07 y País 81,96%.

En lo que corresponde a tasas de cobertura bruta de educación, se analizan y detallan a continuación:

Tabla 29. Tasa de cobertura bruta de educación del distrito de Santa Marta, 2003 – 2021

Indicadores	Colombia 2021	Santa Marta 2021	Comportamiento																		
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	9,3	4,20			-													↗			
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	107,41%	120,02%	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	105,26%	122,46%	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	81,96%	99,07%	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE 2021

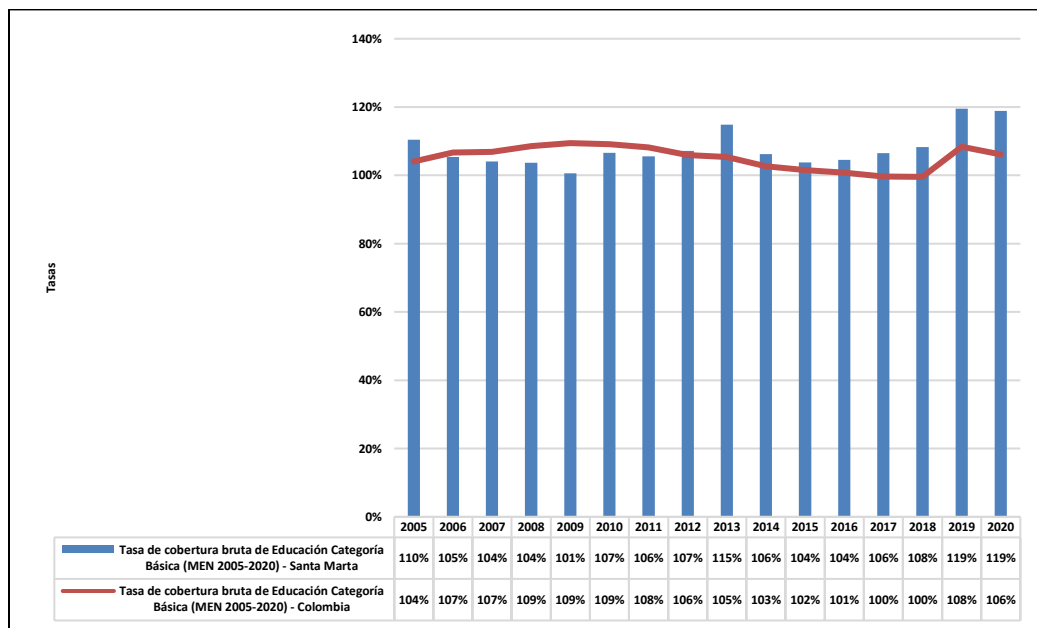
Tasa de cobertura neta en transición

Las tasas de cobertura bruta de educación en transición para el Distrito de Santa Marta muestran una tasa, para 2021 de 106,13%.

Tasa de cobertura bruta de educación básica

Las tasas de cobertura bruta de educación básica para el Distrito de Santa Marta se mantienen la del año anterior debido a que la base de datos no contempló la básica. En esta el distrito muestran una magnitud alta, con tendencia creciente en la serie, para 2005 alcanzó 110%, creció para 2020 con 119%, no registra dato en 2020, mientras que el País observó magnitud alta de 104% en 2005, creció a 106% en 2020.

Figura 25. Tasa de cobertura bruta de educación básica Distrito de Santa Marta, 2005 -2020

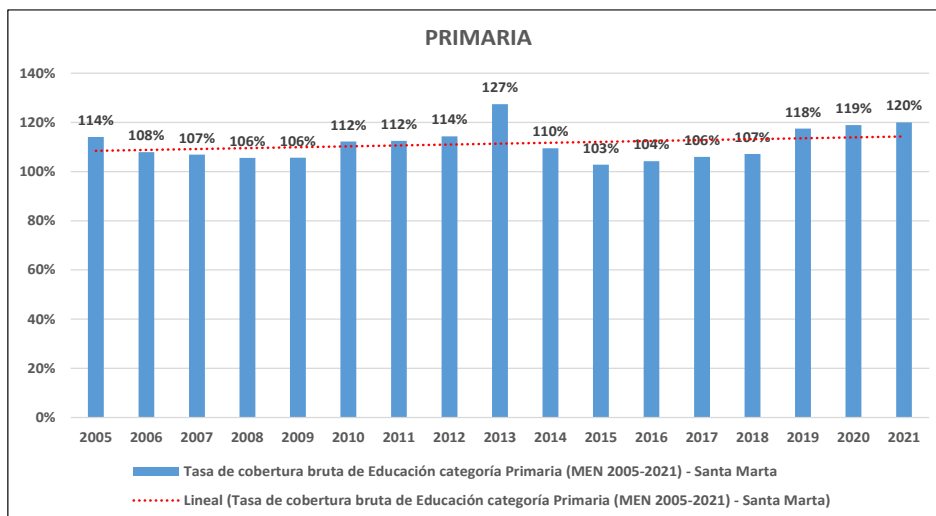


Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE

Tasa de cobertura bruta de educación primaria

Las tasas de cobertura bruta de educación primaria para el Distrito de Santa Marta muestran una magnitud alta, con tendencia creciente en la serie, para 2005 alcanzó 114 y para 2021 de 120%, repuntando con respecto a los dos últimos años.

Figura 26. Tasa de cobertura bruta de educación primaria Distrito de Santa Marta, 2005 -2021

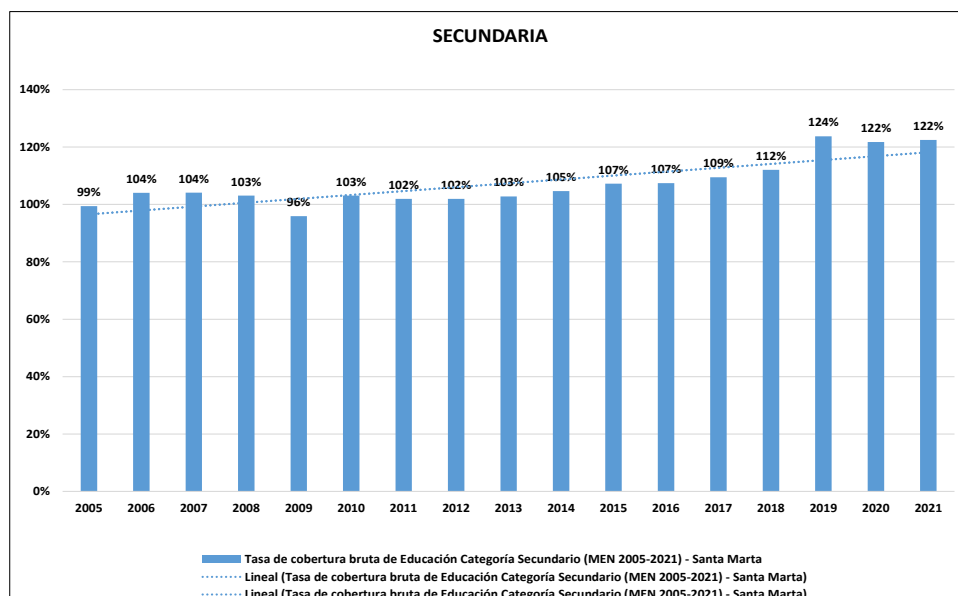


Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE

Tasa de cobertura bruta de educación secundaria

Las tasas de cobertura bruta de educación secundaria para el Distrito de Santa Marta muestran una magnitud alta, con tendencia estable en la serie 2005 a 2021, manteniéndose en 122%.

Figura 27. Tasa de cobertura bruta de educación secundaria Distrito de Santa Marta, 2005 -2021

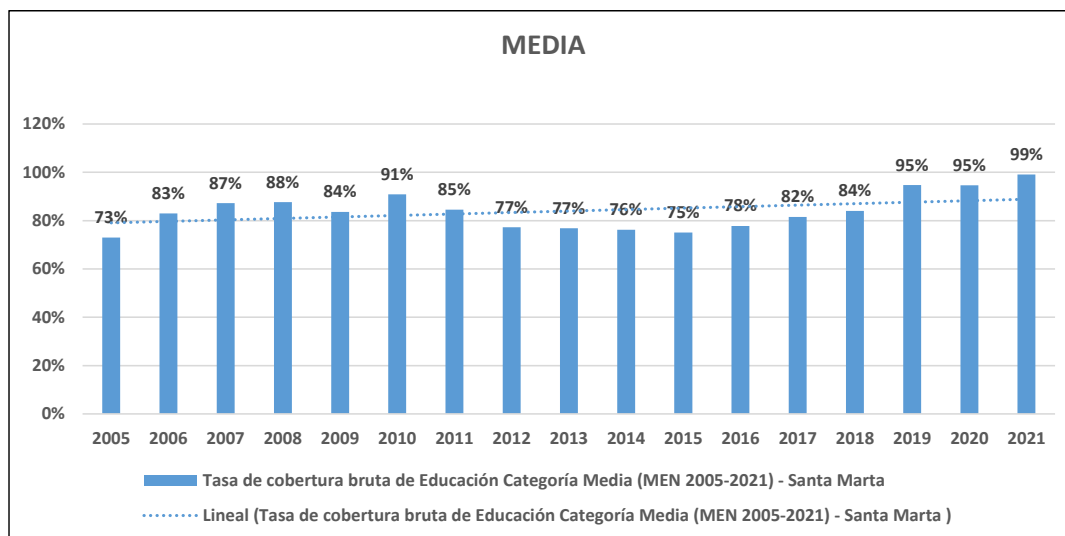


Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE

Tasa de cobertura bruta de educación media

La tasa bruta de educación media en el distrito de Santa Marta presenta magnitud alta, tendencia creciente con porcentajes que van desde 73% en 2005, para situarse en 99% en 2021.

Figura 28. Tasa de cobertura bruta de educación media, Distrito de Santa Marta, 2005 -2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE

2.1 Condiciones de vida del territorio

Análisis relacionado con las viviendas y sus características

El Censo DANE 2018 registra para el Distrito de Santa Marta un total de 134.698 viviendas ocupadas, de los cuales 123.368 (92%) se ubican en la cabecera y 11.330 (8%) en el resto; para el año 2022 registra un incremento en el número de viviendas del 18% con 159.375. Al analizar la proporción de hogares censales con carencias habitacionales por área, se observa que el distrito presenta un déficit cuantitativo del 7,37% y País del 9,81%, el déficit cuantitativo en el distrito es del 40, 75% y País del 26,78%, mientras que el déficit habitacional de Santa Marta es del 48,11% y País del 36,59%.

Tabla 30. Proyección de la vivienda por área de residencia en el distrito de Santa Marta 2018- 2023

Área	Año de la proyección de viviendas ocupadas					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	134.698	142.691	149.797	154.897	159.375	163.827
Cabecera	123.368	129.760	135.504	140.074	144.059	148.006
Centros Poblados y Rural Disperso	11.330	12.931	14.293	14.823	15.316	15.821

Fuente: CENSO DANE 2018, proyectado

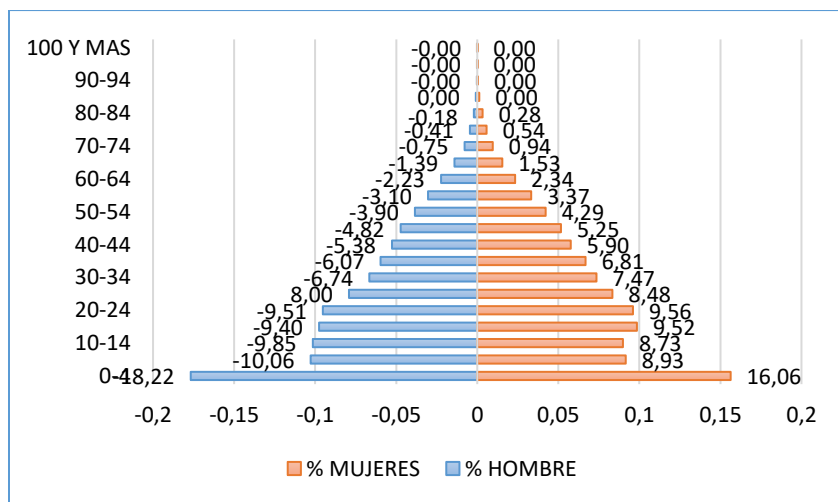
Tabla 31. Población Sisbenizada por sexo y rango de edad en el Distrito de Santa Marta 2022

GRUPO EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	% HOMBRE	% MUJERES
0-4	35705	33845	69550	18,22%	16,06%
5-9	19713	18814	38527	10,06%	8,93%
10-14	19306	18406	37712	9,85%	8,73%
15-19	18423	20063	38486	9,40%	9,52%
20-24	18633	20139	38772	9,51%	9,56%
25-29	15686	17867	33553	8,00%	8,48%
30-34	13219	15748	28967	6,74%	7,47%
35-39	11887	14345	26232	6,07%	6,81%
40-44	10539	12425	22964	5,38%	5,90%
45-49	9453	11064	20517	4,82%	5,25%
50-54	7641	9044	16685	3,90%	4,29%
55-59	6070	7095	13165	3,10%	3,37%
60-64	4363	4929	9292	2,23%	2,34%
65-69	2718	3223	5941	1,39%	1,53%
70-74	1478	1986	3464	0,75%	0,94%
75-79	807	1146	1953	0,41%	0,54%
80-84	350	600	950	0,18%	0,28%
85-89	0	0	0	0,00%	0,00%
90-94	0	0	0	0,00%	0,00%
95-99	0	0	0	0,00%	0,00%
100 y MAS	0	0	0	0,00%	0,00%
Total general	195991	210739	406730	100,00%	100,00%

Fuente: Cálculos propios con Base de datos de Sisben de Santa Marta 2022

Nota: La nueva base de datos no aporta datos actualizados por estar en actualización.

Figura 29. Pirámide Poblacional Registro SISBEN - Corte junio 2022



Fuente: Cálculos propios con Base de datos de Sisbén de Santa Marta 2022

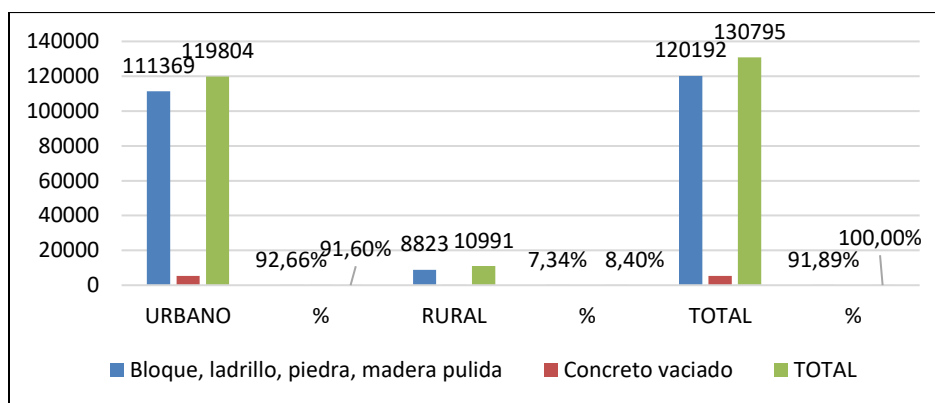
En lo relacionado con el material predominante de las paredes de las viviendas, se observa que el 91,89% de estas están construidas en Bloque, ladrillo, piedra y madera pulida, el 4,10% en concreto vaciado y el resto en otros materiales.

Tabla 32. Material predominante en las paredes – 2022

MATERIAL PREDOMINANTE DE PARED POR ZONA						
	URBANO	%	RURAL	%	TOTAL	%
Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	1369	92,66%	8823	7,34%	120192	91,89%
Tapia pisada, bareque, adobe	111	14,84%	637	85,16%	748	0,57%
Caña, esterilla, otros vegetales	28	25,93%	80	74,07%	108	0,08%
Material prefabricado	272	87,46%	39	12,54%	311	0,24%
Madera burda, tabla, tablón	1872	75,24%	616	24,76%	2488	1,90%
Guadua, caña, esterilla, otro vegetal	12	33,33%	24	66,67%	36	0,03%
Zinc, tela lona, cartón, latas, desechos plásticos	884	82,46%	188	17,54%	1072	0,82%
Concreto vaciado	5256	98,00%	107	2,00%	5363	4,10%
TOTAL	119804	91,60%	10991	8,40%	130795	100,00%

Fuente: DANE, Censo de población y vivienda 2018

Figura 30. Material predominante en las paredes – 2022



Fuente: DANE, Censo de población y vivienda 2018

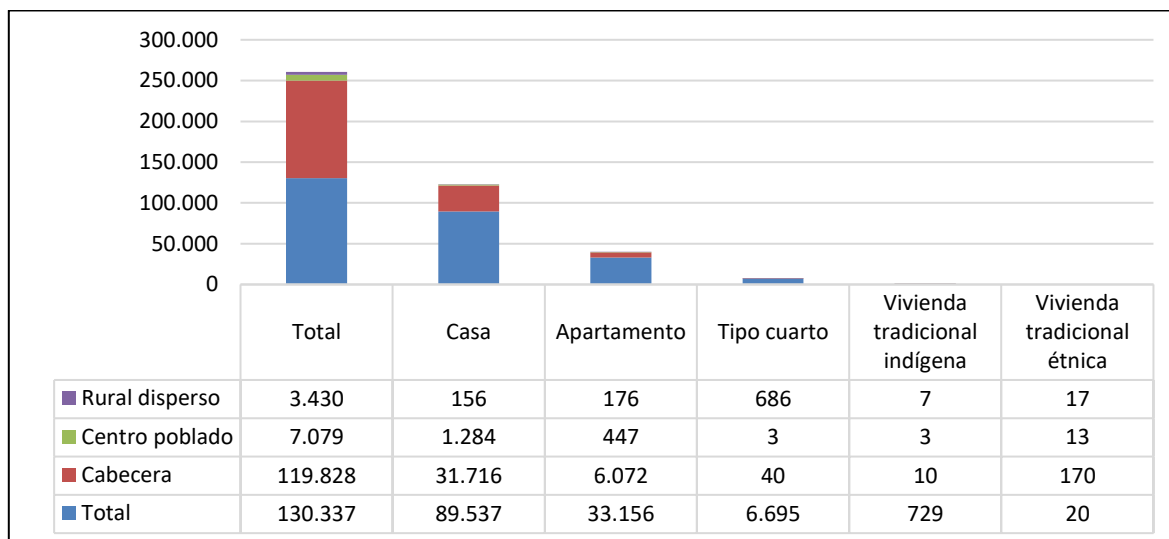
En cuanto al material predominante en los pisos, el 62% de las viviendas cuentan con pisos de Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, laminado, el 32% en cemento o gravilla, el 3% en tierra, arena o barro y el 2% en Mármol, parqué, madera pulida y el resto en otro material.

Tabla 33. Material predominante de los pisos – 2022

Area	Tipo de vivienda	Total	Materiales predominantes de los pisos					
			Mármol, parquet, madera pulida o lacada	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, laminado	Alfombra	Cemento, gravilla	Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal	Tierra, arena, barro
Total municipal	Total	130.337	3.233	81.135	64	41.310	528	4.067
		100	2	62	0	32	0	3
	Casa	89.537	2.000	55.377	35	29.546	341	2.238
	Apartamento	33.156	1.091	23.328	21	8.301	67	348
	Tipo cuarto	6.695	112	2.360	5	3.425	91	702
	Vivienda tradicional indígena	729	7	1	1	7	20	693
	Vivienda tradicional étnica	20	0	7	0	6	0	7
	Otro tipo de vivienda (1)	200	23	62	2	25	9	79
Cabecera	Total	119.828	3.175	77.644	60	35.818	436	2.695
	Casa	81.820	1.956	52.610	34	25.276	282	1.662
	Apartamento	31.716	1.084	22.716	21	7.518	64	313
	Tipo cuarto	6.072	112	2.256	5	2.996	82	621
	Vivienda tradicional indígena	40	0	0	0	3	0	37
	Vivienda tradicional étnica	10	0	6	0	3	0	1
	Otro tipo de vivienda (1)	170	23	56	0	22	8	61
Centro poblado	Total	7.079	33	2.911	3	3.874	26	232
	Casa	5.329	29	2.260	1	2.849	20	170
	Apartamento	1.284	4	556	0	701	0	23
	Tipo cuarto	447	0	89	0	319	5	34
	Vivienda tradicional indígena	3	0	1	0	1	0	1
	Vivienda tradicional étnica	3	0	1	0	2	0	0
	Otro tipo de vivienda (1)	13	0	4	2	2	1	4
Rural disperso	Total	3.430	25	580	1	1.618	66	1.140
	Casa	2.388	15	507	0	1.421	39	406
	Apartamento	156	3	56	0	82	3	12
	Tipo cuarto	176	0	15	0	110	4	47
	Vivienda tradicional indígena	686	7	0	1	3	20	655
	Vivienda tradicional étnica	7	0	0	0	1	0	6
	Otro tipo de vivienda (1)	17	0	2	0	1	0	14

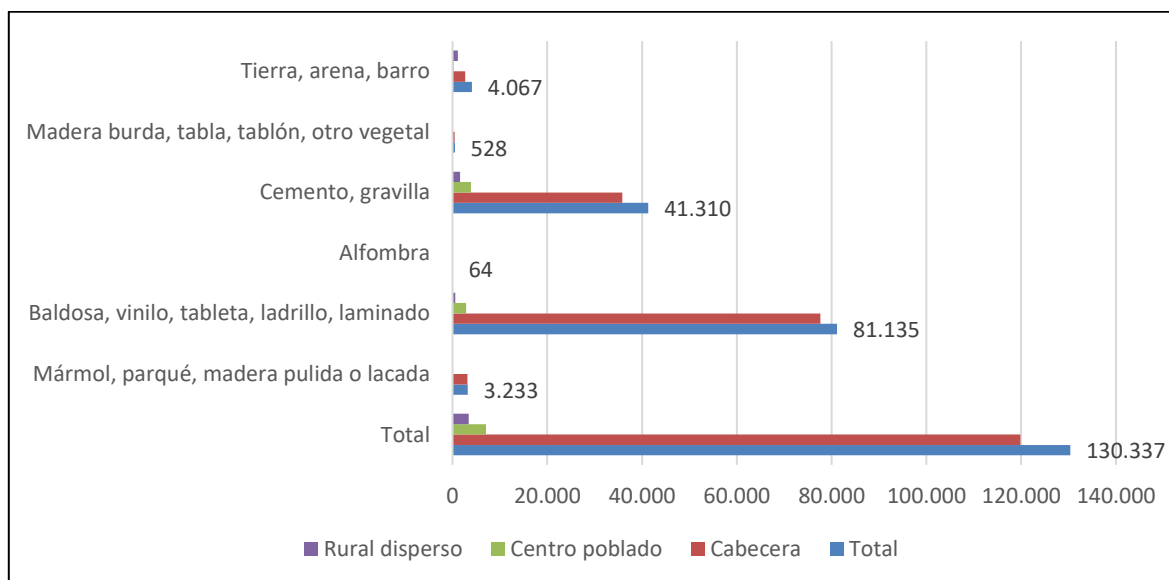
Fuente: DANE Censo de población y vivienda 2018 proyectado

Figura 31. Tipo de unidad de vivienda por área – 2022



Fuente: DANE Censo de viviendas 2018 proyectado

Figura 32. Material predominante de los pisos –2022



Fuente: DANE Censo de viviendas 2018

Para la eliminación de basuras, el 91% (118.205) de las viviendas cuentan con el servicio, el 9% no cuenta con el servicio de recolección de basuras y el resto utiliza otros medios para su eliminación o trasladar sus desechos.

Tabla 34. Disponibilidad de recolección de basuras – 2022

Área	Total	Recolección de basuras			
		Si	%	No	%
Total, municipal	130.337	118.205	90,69	12.132	9,31
Cabecera	119.828	110.549	92,26	9.279	7,74
Centro poblado	7.079	6.693	94,55	386	5,45
Rural disperso	3.430	963	28,08	2.467	71,92

Fuente: DANE, Censo de población y vivienda 2018

Número de hogares y Mapa

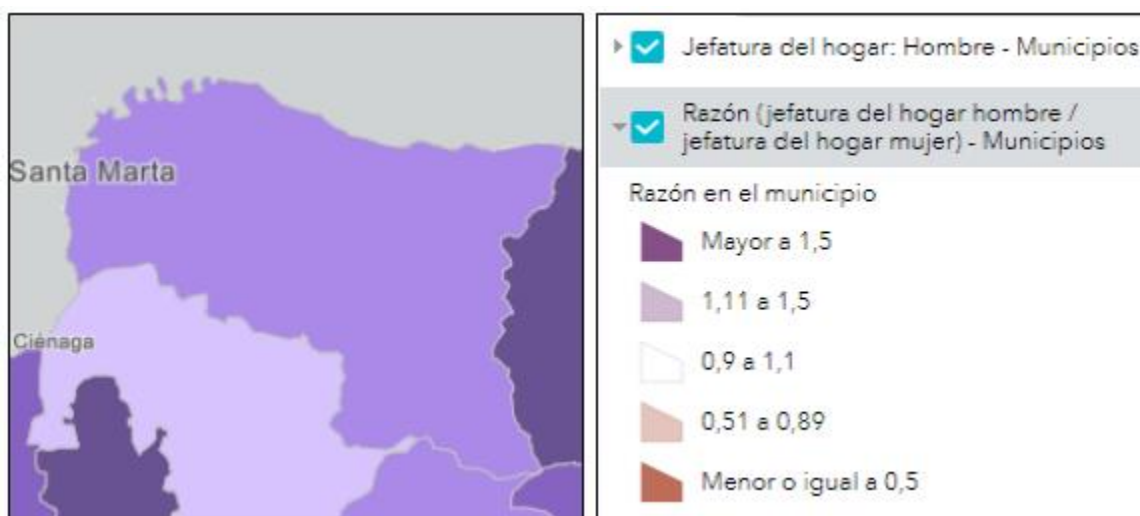
Según registros del Censo DANE 2018, el distrito de Santa Marta para ese año contaba con 137.329 hogares, de los cuales la zona urbana agrupa a 125.871 hogares con el 92%, la zona rural y rural disperso con 11.458 hogares con el 8%; la proyección a 2022 muestra un incremento de los hogares en un 18%, pasando a 161.362. El 57,1% son Hogares con jefes Hombre y el 42,9% son Hogares con jefes Mujer. La razón jefatura del hogar entre hombres y mujeres se ubica entre 1,11 a 1,5 y de 0,9 a 1,1.

Tabla 35. Número de hogares

Área	Años de la proyección de hogares					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	137.329	145.131	152.071	157.016	161.362	165.700
Cabecera	125.871	132.102	137.701	142.140	146.018	149.876
Centros Poblados y Rural Disperso	11.458	13.029	14.370	14.876	15.344	15.824

Fuente: DANE 2018 y proyecciones

Mapa 12. Razón Jefatura de Hogar en Santa Marta



Fuente: DANE 2018 – Enfoque de Género- Jefatura de Hogar

Ingresos

Los recursos asignados por distintas fuentes para financiar las 10 dimensiones salud pública en el Distrito de Santa Marta para el periodo 2020-2023 ascienden a un monto de \$1.123.313.902.624, los cuales serán invertidos dando cumplimiento a la normatividad, el monto puede variar de acuerdo con el comportamiento de los ingresos por SGP, transferencia nacional, propios y otros aportes y rendimientos financieros.

Tabla 36. Ingresos proyectados 2020-2023

Ingresos para financiar dimensiones en Salud

2020	2021	2022	2023	Total 2020-2023
280.828.475.656,00	280.828.475.656,00	280.828.475.656,00	280.828.475.656,00	1.123.313.902.624

Fuente: Plan financiero – COAI Armonizado 2020-2023

Tabla 37. Planeación Indicativa 2020-2023

Fuentes de Financiación del PAS 2020-2023	AÑOS			
	2020	2021	2022	2023
Continuidad del Aseguramiento	275.265.824.927,00	275.265.824.927,00	275.265.824.927,00	275.265.824.927,00
Transferencias nacionales - Salud Pública	430.797.627	430.797.627	430.797.627	430.797.627
SGP Salud Pública	4.581.853.102	4.581.853.102	4.581.853.102	4.581.853.102
Recursos Propios- Salud Pública	550.000.000	550.000.000	550.000.000	550.000.000
TOTAL	280.828.475.656	280.828.475.656	280.828.475.656	280.828.475.656

Fuente: Salud Distrital de Santa Marta

Inversión en Salud Pública:

Criterios para la determinación de los recursos de salud pública

1. Se analizó el comportamiento de las variables asociadas a las distintas dimensiones definidas en el PST, se determinaron las patologías de mayor prevalencia para la asignación de recursos, luego se realizó una distribución de recursos que apuntaran a dar respuesta con acciones que permitieran disminuir los riesgos y el impacto sobre población vulnerable del Distrito.
2. La asignación de recursos de transferencias nacionales a los programas de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis y lepra, los cuales contribuyen con la financiación de acciones fundamentales de Salud Pública.
3. De acuerdo con la distribución de los recursos de SGP, la disponibilidad de recursos propios y las prioridades del Plan de Desarrollo Distrital.
4. En Inspección, vigilancia y control de eventos de interés en salud pública, de acuerdo con lo establecido en el decreto 3518 de 2006, el cual establece la vigilancia obligatoria de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

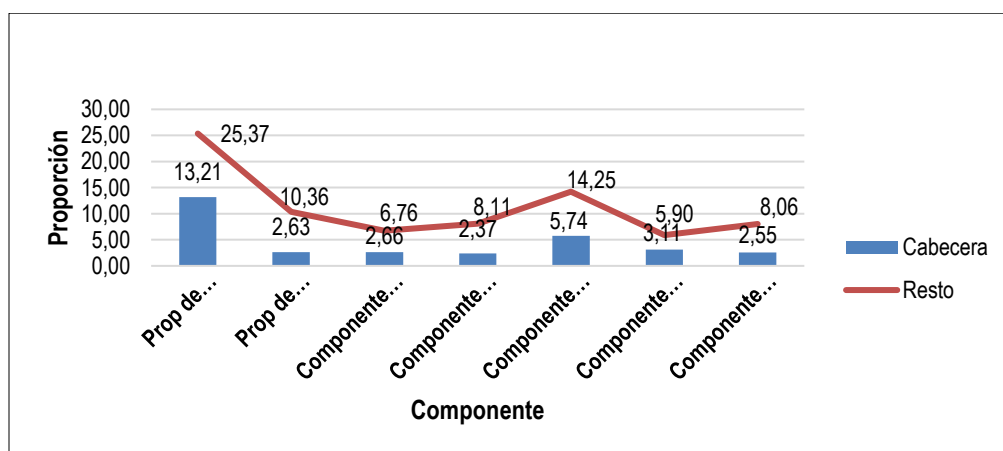
- ❖ Proyecciones por Fuentes de Financiación. En este ítem se indican los supuestos utilizados en la proyección de cada fuente destinada al desarrollo de las estrategias (PIC, intersectoriales a cargo del sector salud y las de gestión de la salud pública). Así mismo, se identifican y determinaron los valores de cada una de las fuentes de recursos de funcionamiento e inversión de obligatoria o libre destinación asignadas a salud pública.
- ❖ Los recursos para el año base se determinaron teniendo en cuenta los asignados en el COAI y Plan de Acción durante la vigencia 2020 (presupuesto) armonización Plan Decenal de Salud Pública, distribuidos por dimensiones, componentes y actividades, de acuerdo con las distintas fuentes de financiación, SGP, Transferencias nacionales y recursos propio:

Los recursos asignados para inversión en salud en el cuatrienio para la planeación indicativa en las 10 dimensiones en salud pública del Distrito de Santa Marta para el periodo comprendido entre el 1° de enero del año 2020 y el 31 de diciembre de 2023 alcanza una cifra de \$1.123.313.902.624, con una inversión anual de acuerdo con la distribución registrada a continuación. Las fuentes de financiación están compuestas por recursos del sistema general de participaciones (SGP) y transferencias nacionales, recursos propios y otras fuentes.

Proporción de población en Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI

El Distrito para 2018 registra un NBI del 14,23%, en este sentido la zona urbana presenta un NBI de 13.21%, muy por debajo del total distrital, mientras que la zona rural registra un NBI del 25.37%, se puede observar que esta cifra duplica el NBI a la zona urbana. En el caso de País presenta un NBI 14,13%, las zonas urbanas el 9,42% y el resto un 30,22%.

Figura 33. Necesidades Básicas insatisfechas - NBI en el Distrito de Santa Marta, 2018



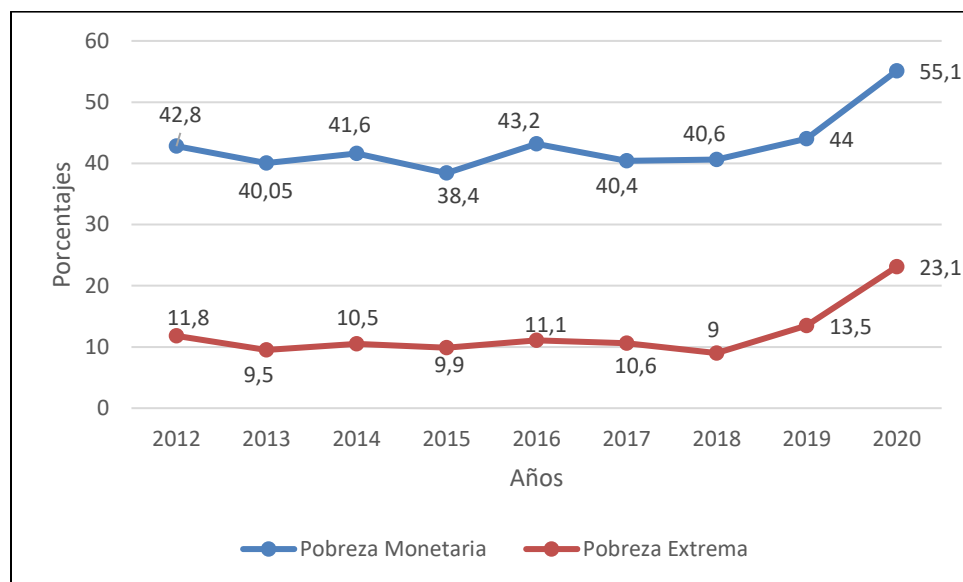
Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE 2018

Otros indicadores de indicadores de Ingreso

Índice de Pobreza Monetaria:

En la figura a continuación se presenta la incidencia de la pobreza Monetaria, en la cual se registra al Distrito de Santa Marta con el 55,1%, tendencia creciente para 2020 y País registra una pobreza monetaria del 42,5%, con tendencia creciente con referencia del año anterior y para pobreza extrema del 23,1%, igual con tendencia creciente en el año 2020.

Figura 34. Incidencia de Pobreza Monetaria y Pobreza extrema 2020



Fuente: Fuente: DANE - Incidencias de Pobreza Monetaria y Pobreza Monetaria Extrema 23 ciudades y Áreas Metropolitanas (A.M.) (2012 - 2020).

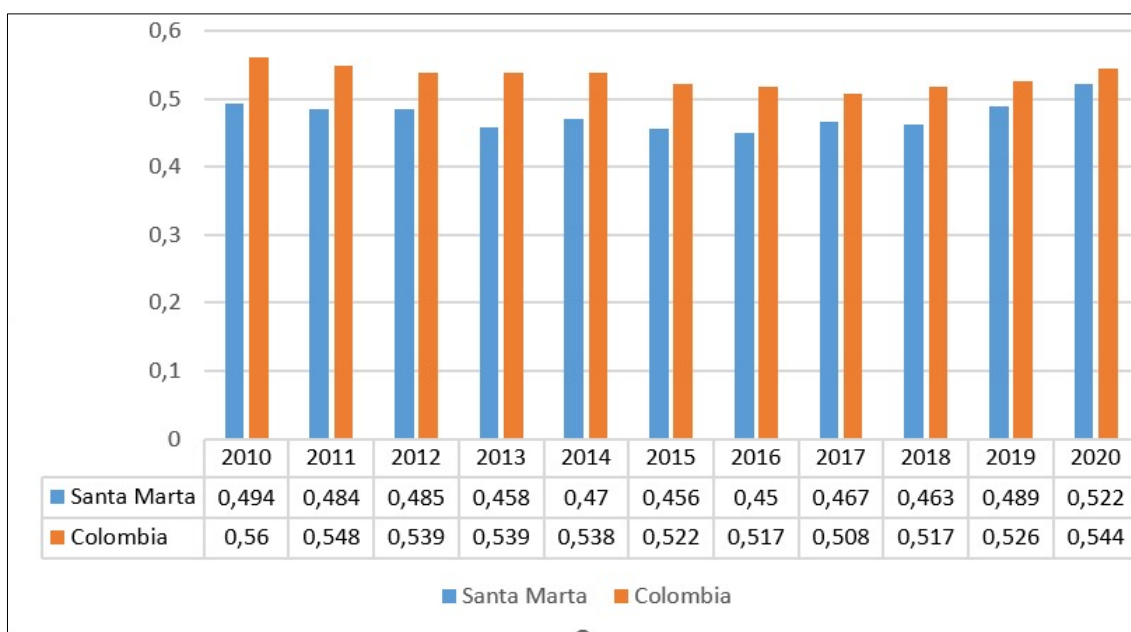
Coefficiente de GINI. - Este indicador muestra el grado de desigualdad en la distribución del ingreso entre la población. El índice de GINI en Santa Marta se encuentra por debajo de Colombia, presentándose una brecha considerable en términos de desigualdad de ingresos, lo cual se evidencia en su comportamiento, presentando un incremento con respecto a 2019, pasando de 0,489 en 2019 a 0,522 en 2020. Colombia ha presentado un comportamiento por encima de Santa Marta, con 0,544% y con tendencia creciente.

Tabla 38. Coeficiente de Gini, Distrito de Santa Marta, periodo 2010 – 2020

Ente	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Santa Marta	0,494	0,484	0,485	0,458	0,47	0,456	0,45	0,467	0,463	0,489	0,522
Colombia	0,56	0,548	0,539	0,539	0,538	0,522	0,517	0,508	0,517	0,526	0,544

Fuente: DANE - Coeficiente de Gini- Principales Dominios y 13 Ciudades y Áreas Metropolitanas (A.M.) 2010 - 2020

Figura 35. Coeficiente de GINI, Distrito de Santa Marta, periodo 2010 – 2020



Fuente: DANE - Coeficiente de Gini- Principales Dominios y 13 Ciudades y Áreas Metropolitanas (A.M.) 2010 - 2020

Población por estrato socioeconómico

En el Distrito de Santa Marta se maneja una estratificación para servicios públicos, El 44,92% de la población incluida en la tabla no se encuentra clasificada por estrato, el 47,14% de la población se encuentra en los estratos 1 y 2 se encuentra en estrato 1 y el 7,95% en los estratos 3, 4, 5 y 6.

Tabla 39. Población por estrato, Distrito de Santa Marta

Area		Estrato de energia								
		Perosnas en hogares particulares	Sin servicio de energia eléctrica	No tiene	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6
Total	477.257	13.321	8.200	204.695	92.436	122.381	22.392	5.643	7.743	446
Cabecera	437.204	7.861	6.002	179.692	85.919	121.629	22.373	5.620	7.702	406
Centro poblado	26.511	160	1.075	18.425	6.164	591	14	22	35	25
Rural disperso	13.542	5.300	1.123	6.578	353	161		1	6	15
%				44,92	20,28	26,85	4,91	1,24	1,70	0,10

Fuente: Datos de la empresa de energía

Ocupación

Población económicamente activa e inactiva

En el trimestre móvil septiembre-noviembre 2020, la ciudad de Santa Marta con una tasa de desempleo del 17,4%, ocupa la sexta posición entre las menores tasas de desempleo en Colombia, de acuerdo con los datos reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, con un aumento de 5,4 puntos respecto al año 2019, se evidencia el impacto que ha generado el advenimiento de la pandemia por el virus de COVID-19 sobre el empleo. La tasa global de participación en el 2020 se ubicó en un 56,2%, lo que representó respecto al año inmediatamente anterior, una disminución de 3.1 puntos porcentuales donde también se aprecian las consecuencias de la emergencia sanitaria.

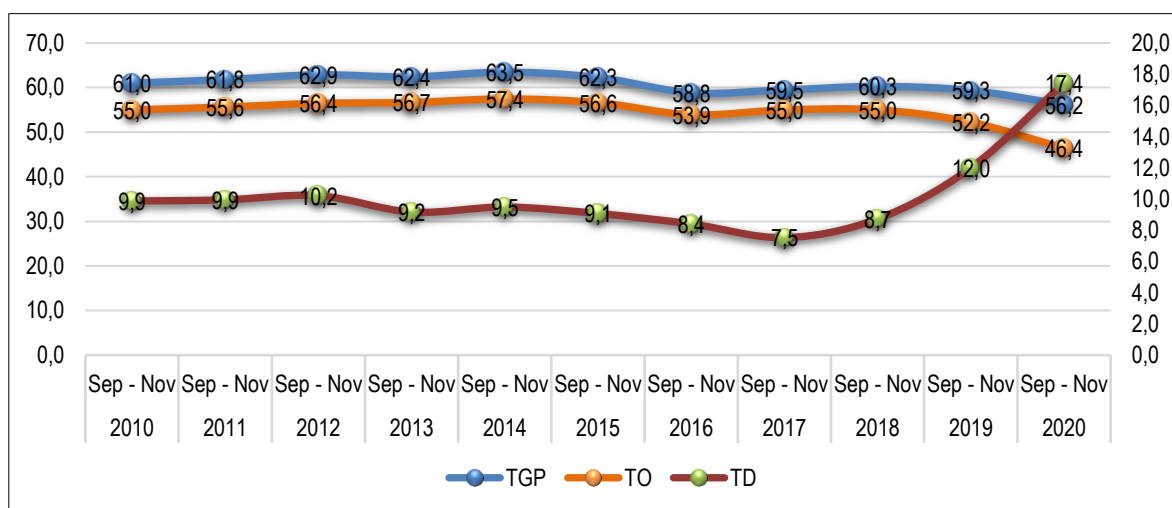
Tabla 40. Población económicamente activa Santa Marta, 2010 -2020

CONCEPTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
% POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR	74,5	74,9	75,3	75,7	76,1	76,5	76,9	77,3	77,6	77,9	78,2
TGP	61,0	61,8	62,9	62,4	63,5	62,3	58,8	59,5	60,3	59,3	56,2
TO	55,0	55,6	56,4	56,7	57,4	56,6	53,9	55,0	55,0	52,2	46,4
TD	9,9	9,9	10,2	9,2	9,5	9,1	8,4	7,5	8,7	12,0	17,4
POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR	318,9	326,7	334,7	342,7	350,7	358,7	366,9	375,0	383,0	390,9	398,6
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA	194,5	201,9	210,4	213,7	222,6	223,3	215,9	223,0	230,8	231,9	223,9
OCUPADOS	175,3	181,8	188,9	194,2	201,4	203,1	197,7	206,2	210,7	204,1	184,9
DESOCUPADOS	19,2	20,1	21,5	19,6	21,1	20,3	18,1	16,8	20,1	27,8	39,0
INACTIVOS	124,4	124,9	124,3	128,9	128,1	135,4	151,0	152,0	152,2	158,9	174,7

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE- GEIH – Cortes anuales Sept-Nov

La población ocupada de Santa Marta en el mismo trimestre de 2020 fue aproximadamente 184,9 mil, las ramas económicas que tuvieron mayor participación fueron: Comercio y reparación de vehículos, Otras ramas, Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana, transporte y almacenamiento, Actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios, construcción, para un total 86,0 % de ocupación en el Distrito, según lo indica el DANE.

Figura 36. Tasa global de participación, ocupación y desempleo Santa Marta Octubre - Diciembre (2010 - 2020)



Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE- GEIH

Tabla 41. Población ocupada, desocupada e inactiva Santa Marta y Colombia septiembre-noviembre (2019 -2020)

Indicador	Septiembre - noviembre 2019		Septiembre - noviembre 2020	
	Total Nacional	Santa Marta	Total Nacional	Santa Marta
TGP (%)	63,5	59,3	61,3	56,2
TO (%)	57,3	52,2	52,3	46,4
TD (%)	9,8	12,0	14,6	17,4
OCUPADOS (MILES)	22.639	204	20.940	185
DESOCUPADOS (MILES)	2.451	28	3.571	39
INACTIVOS (MILES)	14.411	159	15.490	175

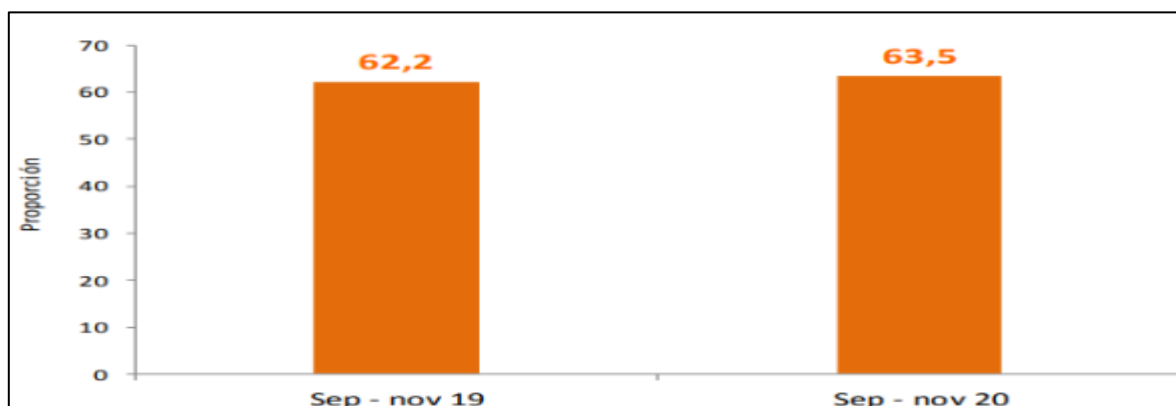
Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE- GEIH

Figura 37. Distribución porcentual y variación de la población ocupada, según ramas de actividad 2019 – 2020

Rama de actividad	Distribución (%)	Variación (%)	Contribución (p.p)
Santa Marta	100,0	-9,4	-9,4
Actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios	9,5	-28,9	-3,5
Otras ramas	18,0	-13,5	-2,5
Construcción	8,7	-18,5	-1,8
Industria manufacturera	7,6	-17,0	-1,4
Actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos	6,5	-12,7	-0,9
Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana	12,6	-1,5	-0,2
Transporte y almacenamiento	11,7	-1,0	-0,1
Comercio y reparación de vehículos	25,5	4,4	1,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE- GEIH *Otras ramas: Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca; explotación de minas y canteras, suministro de electricidad, gas y agua e intermediación financiera.

Figura 38. Proporción del empleo informal en la población ocupada Santa Marta 2019-2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE- GEIH

2.2 Dinámicas de convivencia en el territorio

Existencia de Grupos Armados Ilegales:

En el territorio de Santa Marta, se identifica la presencia de grupos armados ilegales que afectan la convivencia. Estos grupos pueden estar involucrados en violaciones de derechos humanos, generando un impacto negativo en la seguridad y el bienestar de la población local. Además, se debe explorar la existencia de micro territorios específicos donde la presencia de estos grupos sea más significativa, para comprender la magnitud del problema en áreas específicas de la ciudad.

Violencias de Género y contra Grupos Vulnerables:

Es crucial analizar y describir las violencias de género presentes en Santa Marta, así como aquellas dirigidas contra niños, niñas, adolescentes y personas mayores. Esto implica examinar las tasas de violencia doméstica, abuso sexual, maltrato infantil y cualquier forma de violencia que afecte desproporcionadamente a ciertos grupos demográficos. También es relevante considerar las dinámicas de discriminación y violencia contra la comunidad LGBTIQ+ en el territorio.

Otras Formas de Conflictividad Social:

Además de la violencia asociada con grupos armados, es necesario explorar otras formas de conflictividad social en Santa Marta. Esto podría incluir tensiones intercomunitarias, disputas por recursos, conflictos laborales, entre otros. Identificar las raíces de estos conflictos contribuirá a desarrollar estrategias para promover la paz y la armonía en el territorio.

Organizaciones Sociales:

Se debe investigar la presencia y el papel de diversas organizaciones sociales en Santa Marta. Esto puede abarcar desde grupos de víctimas hasta organizaciones de mujeres, comunidades LGBTIQ+ y defensoras de derechos humanos. Describir sus acciones, áreas de enfoque y relaciones con las autoridades locales proporcionará una comprensión más completa de la dinámica social en el territorio.

El análisis de las dinámicas de convivencia en Santa Marta debe abordar la presencia de grupos armados ilegales, las violencias de género y contra grupos vulnerables, otras formas de conflictividad social y la participación de organizaciones sociales en la construcción de una convivencia pacífica y justa en la ciudad.

3 CAPÍTULO III. SITUACION DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO. MORBILIDAD. MORTALIDAD. PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

3.1 Análisis de la morbilidad

3.1.1 Principales causas y Subcausas de morbilidad

Principales causas de morbilidad

Morbilidad atendida

Para analizar de la morbilidad atendida se utilizó una serie de catorce (14) años 2009-2022, decreciente en el último año, arrojando un total por sexo de 1.693.156 registros de atenciones en 2022, con incremento del 19,27% con respecto al año 2021. Los adultos de 29 a 59 años reportan el 41,94% de todas las atenciones procesadas en 2022, seguido por la persona mayor de 60 años con el 27,95%, disminuyendo este último con respecto al año inmediatamente anterior, lo cual muestra una concentración del 42,51% en los grupos poblacionales mayores a 29 años. La infancia presentó el porcentaje más bajo con el 4,53% en 2022.

Tabla 42. Número de Atenciones por curso de vida 2009-2022

Curso de Vida	Cantidad de atenciones en el total de la población																													
	Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones		Atenciones			
	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%	Promedio 2009-2022	%
Primera Infancia (0-5 años)	91823	14,1	89503	14,0	109145	11,5	96374	8,4	108610	11,7	156199	9,7	142378	10,4	72358	9,0	83777	7,7	121347	7,7	162549	8,6	72150	6,3	81331	5,73	120551	7,12	105.429,08	5,73
Infancia (6-11 años)	44634	6,9	40181	6,3	60986	6,4	69308	6,0	72378	7,8	101318	6,3	84443	6,2	40340	5,0	52393	4,8	87448	5,5	103422	5,5	45188	3,9	57247	4,03	76629	4,53	65.390,46	4,03
Adolescencia (12-17 años)	39865	6,1	36662	5,8	59192	6,3	75425	6,4	76456	8,2	112614	7,0	91999	6,7	50510	6,3	64999	6,0	97561	6,2	124697	6,6	62607	5,5	78476	5,53	95079	5,62	104.481,00	5,53
Juventud (18-28 años)	104428	16,0	96468	15,6	124623	13,1	166877	14,5	165177	17,8	248773	15,4	221141	16,1	119783	14,9	150950	14,0	215253	13,7	301571	15,9	155830	13,6	186916	13,17	217539	12,85	173.425,92	13,17
Adultez (29-59 años)	292334	44,9	281288	44,1	428345	45,3	539335	46,9	507048	54,5	708703	43,8	603857	44,0	360045	44,8	461314	42,3	666083	42,3	788897	41,7	494232	43,3	603475	42,51	710149	41,94	478.381,92	42,51
Vejez (60 años y más)	78388	12,0	90177	14,2	164361	17,4	204964	17,8	204250	22,0	290103	17,9	227711	16,6	160135	19,9	275393	25,2	388182	24,6	411017	21,7	314797	27,5	412238	29,04	473209	27,95	241.458,31	29,04
TOTAL ATENCIONES	651472	100,0	637260	100,0	946183	100,0	1150283	100,0	929669	100,0	1617709	100,0	1371529	100,0	803171	100,0	1090827	100,0	1575874	100,0	1892153	100,0	1144804	100,0	1419683	100,00	1693156	100,00	1.152.855,15	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

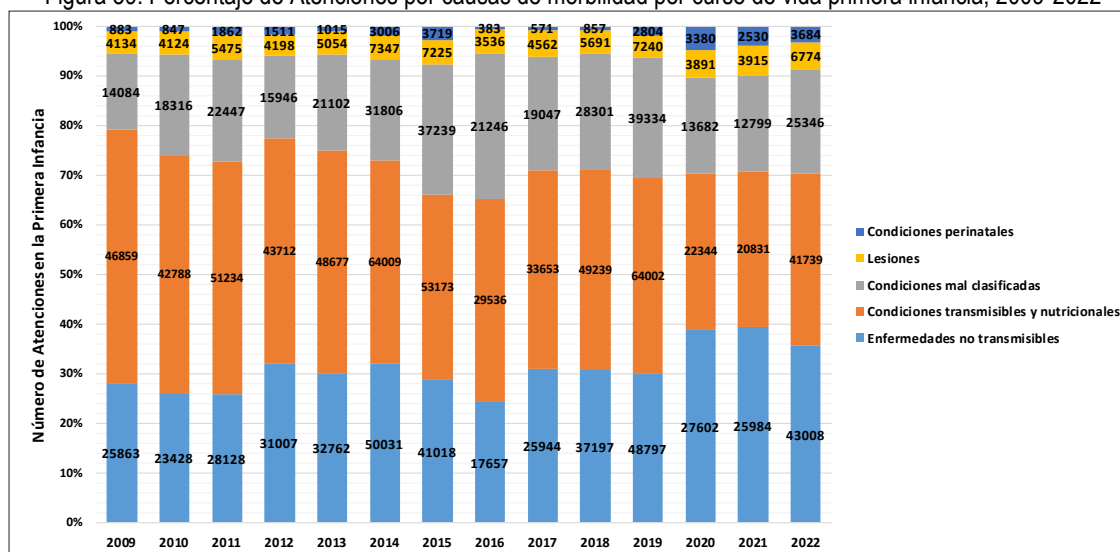
La primera infancia (0-5), El primer lugar lo ocupa las condiciones no transmisibles, para este curso de vida generó su mayor impacto en el año 2021, representando el 35,68% del total. Seguida por las condiciones transmisibles y nutricionales con un impacto con el 34,62% de la morbilidad. Las Condiciones Perinatales muestran una disminución, representando el 3,06%, marcando un descenso del -0,94% con respecto al año 2021. Las Lesiones presentan una ligera disminución, representando el 5,62%, con una variación descendente del -0,50%. Por último, las Condiciones Mal Clasificadas muestran una tendencia creciente, alcanzando el 21,03%, con un aumento del 1,35% respecto al año 2021.

Tabla 43. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida primera infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	51.03	47.81	46.94	45.36	44.82	40.98	37.35	40.82	40.17	40.59	38.44	31.25	31.39	34.62	3.23
	Condiciones perinatales	0.96	0.95	1.71	1.57	0.93	1.92	2.61	0.53	0.68	0.71	1.74	5.07	4.00	3.06	-0.94
	Enfermedades no transmisibles	28.17	26.18	25.77	32.17	30.16	32.03	28.81	24.40	30.97	30.66	30.12	38.98	38.82	35.68	-3.15
	Lesiones	4.50	4.61	5.02	4.36	4.65	4.70	5.08	4.89	5.45	4.69	4.46	5.47	6.11	5.62	-0.50
	Condiciones mal clasificadas	15.34	20.46	20.57	16.55	19.43	20.36	26.16	29.36	22.74	23.35	24.25	19.23	19.68	21.03	1.35

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Figura 39. Porcentaje de Atenciones por causas de morbilidad por curso de vida primera infancia, 2009-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

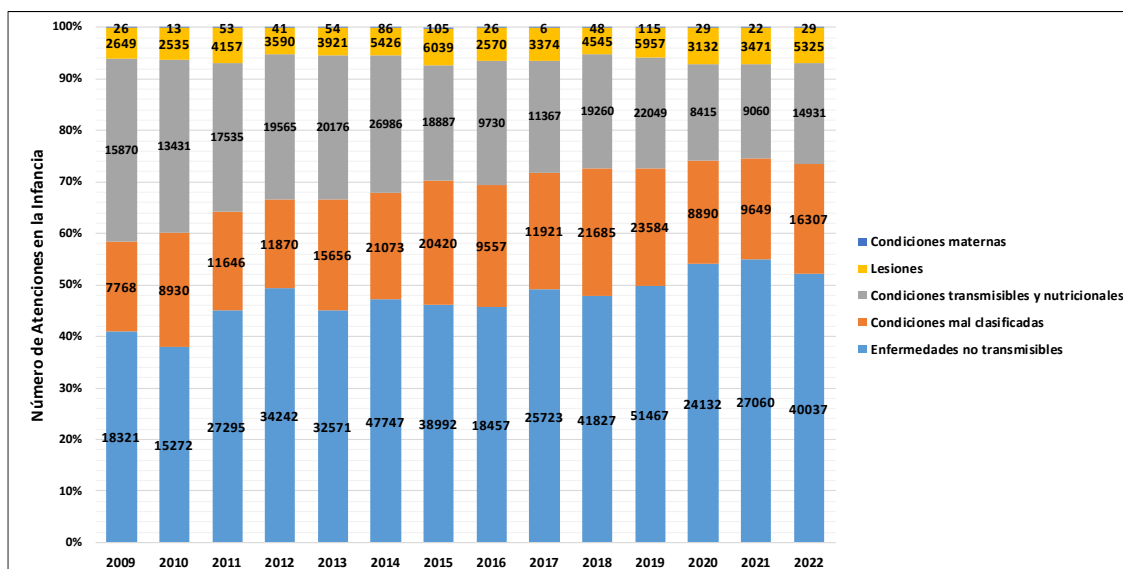
La infancia (6-11), las Enfermedades no Transmisibles han consolidado su posición como la causa más prevalente, representando el 52,25% en 2022. Aunque este porcentaje muestra una disminución del 2,97% con respecto a 2021, su pico máximo se registró en ese año, marcando una tendencia relevante, en segundo lugar, las Condiciones mal clasificadas ocupan el segundo lugar, constituyendo el 21,28% en 2022. Este porcentaje refleja un leve incremento del 0,30% en comparación con 2021, indicando una tendencia al alza. Las Condiciones transmisibles y nutricionales muestran una tendencia descendente, representando el 19,48% en 2022. Esta cifra refleja una disminución desde el año 2020, las Lesiones ocupan el cuarto lugar, con un 6,95% en 2022. Aunque se observa una tendencia ascendente con un incremento del 0,83% en comparación con 2021, su impacto sigue siendo relativamente moderado. Por último, las Condiciones maternas representan una proporción mínima del 0,04% en 2022, indicando una leve disminución en comparación con el año anterior. Estas tendencias subrayan la importancia de monitorear y abordar las Enfermedades no Transmisibles en la infancia, así como la necesidad de estar alerta a posibles cambios en las otras categorías de morbilidad.

Tabla 44. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35,56	38,43	28,89	28,23	27,88	26,63	22,37	24,12	21,70	22,04	21,36	18,89	18,62	19,48	0,86
	Condiciones maternas	0,06	0,03	0,09	0,06	0,07	0,08	0,12	0,06	0,01	0,05	0,11	0,06	0,06	0,04	-0,02
	Enfermedades no transmisibles	41,05	38,01	44,98	49,41	45,00	47,13	46,18	45,75	49,10	47,84	49,88	54,13	54,22	52,25	-1,97
	Lesiones	5,93	6,31	6,85	5,18	5,42	5,36	7,15	6,37	6,44	5,21	5,77	7,02	7,12	6,95	-0,17
	Condiciones mal clasificadas	17,40	22,22	19,19	17,13	21,63	20,80	24,18	23,69	22,75	24,86	22,88	19,89	19,98	21,28	1,30

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Figura 40. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida infancia, 2009-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

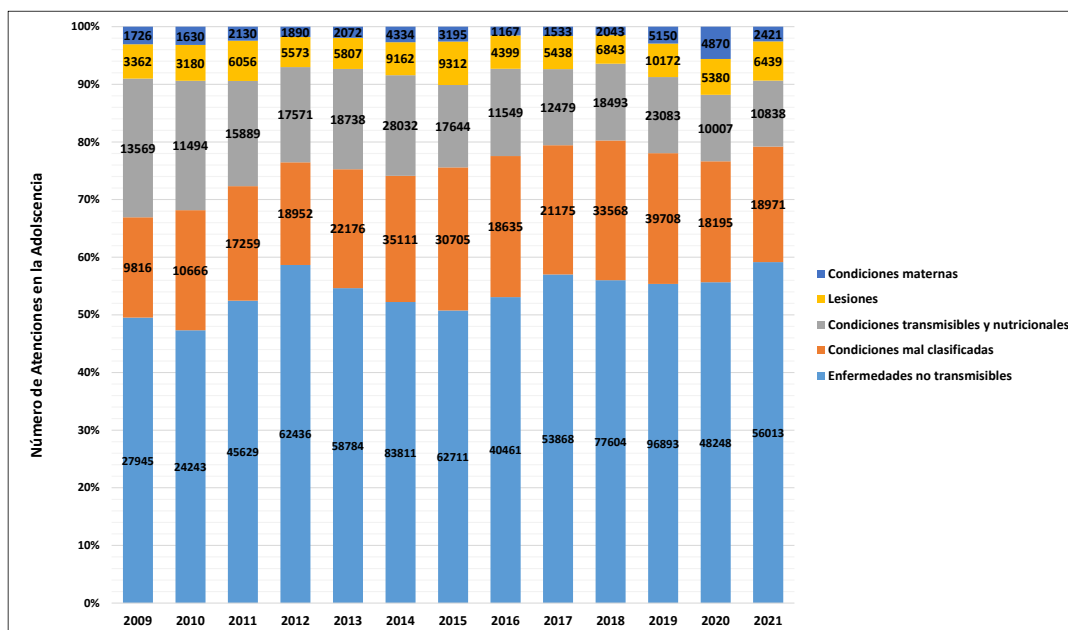
La Adolescencia (12 -18 años), en primer lugar, enfermedades no transmisibles las cuales representaron el 56,59% en 2022, mostrando una tendencia decreciente del 3,51% en rojo con respecto a 2020. Aunque tuvieron variaciones, mantuvieron un papel predominante, las condiciones mal clasificadas ocuparon el segundo lugar con un 22,06% en 2022, con una variación negativa del -0,95%, reflejando una tendencia decreciente en verde. Su impacto se ha mantenido significativo, las Condiciones Transmisibles y Nutricionales se ubicaron en tercer lugar con un 11,17% en 2022, experimentando una tendencia decreciente del -0,10% en comparación con 2020, las lesiones representaron el 7,32% en 2022, mostrando una variación en rojo del 0,60%. Predominan traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, las condiciones Maternas ocuparon el quinto lugar con un 2,86% en 2022, evidenciando una tendencia decreciente entre 2021 y 2022.

Tabla 45. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adolescencia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total															Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Adolescencia (12-18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,84	22,19	18,62	17,00	20,66	17,79	13,47	15,37	13,46	13,55	13,66	11,68	11,79	11,17	15,35	
	Condiciones maternas	3,86	4,31	2,92	2,03	2,22	2,91	3,01	1,73	1,84	1,76	3,23	6,01	3,17	2,86	2,90	
	Enfermedades no transmisibles	49,05	46,54	51,72	58,13	51,93	52,00	48,14	52,68	56,11	55,30	54,36	55,07	57,30	56,59	53,81	
	Lesiones	5,97	6,11	6,87	5,18	5,29	5,63	6,98	5,86	5,82	4,83	5,87	6,24	7,15	7,32	6,07	
	Condiciones mal clasificadas	17,29	20,84	19,86	17,66	19,91	21,66	28,40	24,47	22,77	24,56	22,87	20,99	20,59	22,06	22,07	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Figura 41. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida, adolescencia 2009-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

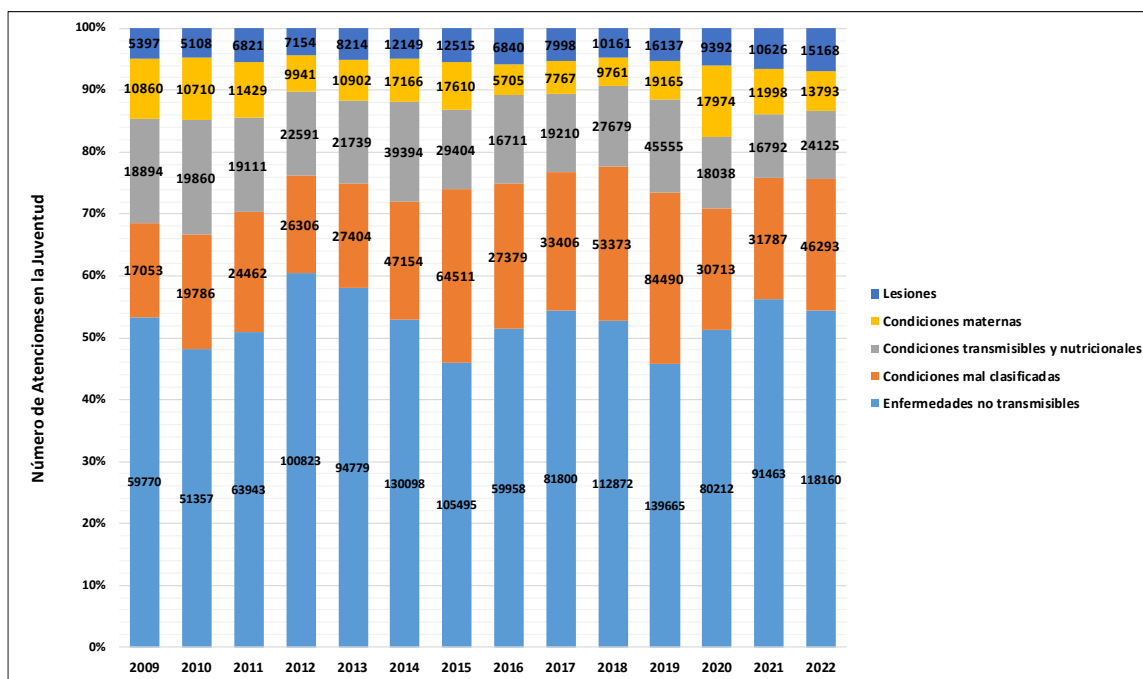
Juventud (14 - 26 años), para este grupo de edad, la primera causa de morbilidad la encabeza Enfermedades no Transmisibles las cuales representaron el 54,32% en 2022, mostrando una variación positiva del 1,87% en verde con respecto a 2021. Aunque han experimentado fluctuaciones, su impacto sigue siendo predominante, en segundo lugar, están las condiciones mal clasificadas con un 21,28% en 2022, evidenciando una variación positiva del 1,00%. Este grupo ha mantenido una presencia significativa en la morbilidad de la juventud, las Condiciones Transmisibles y Nutricionales se ubicaron en tercer lugar con un 11,09% en 2022, experimentando una tendencia decreciente del -2,91% en comparación con 2020. Este grupo incluye Infecciones Respiratorias, Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, y Deficiencias Nutricionales, las lesiones representaron el 6,97% en 2022, mostrando una variación positiva del 1,15%. Predominan traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, respecto a las condiciones maternas ocuparon el quinto lugar con un 6,34% en 2022, evidenciando una variación negativa del -4,42% en verde entre 2020 y 2021.

Tabla 46. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en juventud, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total															Δ pp 2022 2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,09	19,09	15,74	14,10	14,00	15,99	13,06	14,31	12,76	12,93	14,01	10,90	10,14	11,09	0,95	
	Condiciones maternas	8,83	9,14	7,59	5,14	5,66	6,19	6,86	4,13	4,37	3,88	5,81	10,76	6,98	6,34	-0,64	
	Enfermedades no transmisibles	52,44	47,80	51,23	59,96	57,41	52,82	46,83	51,85	55,15	53,73	47,98	52,45	55,96	54,32	2,62	
	Lesiones	4,91	4,98	5,93	4,51	5,11	5,11	5,89	5,82	5,33	4,66	5,35	5,82	6,66	6,97	0,31	
	Condiciones mal clasificadas	15,72	18,98	19,52	16,29	17,83	20,09	27,36	24,08	22,39	24,79	25,85	20,06	20,28	21,28	1,00	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Figura 42. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en juventud 2009-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

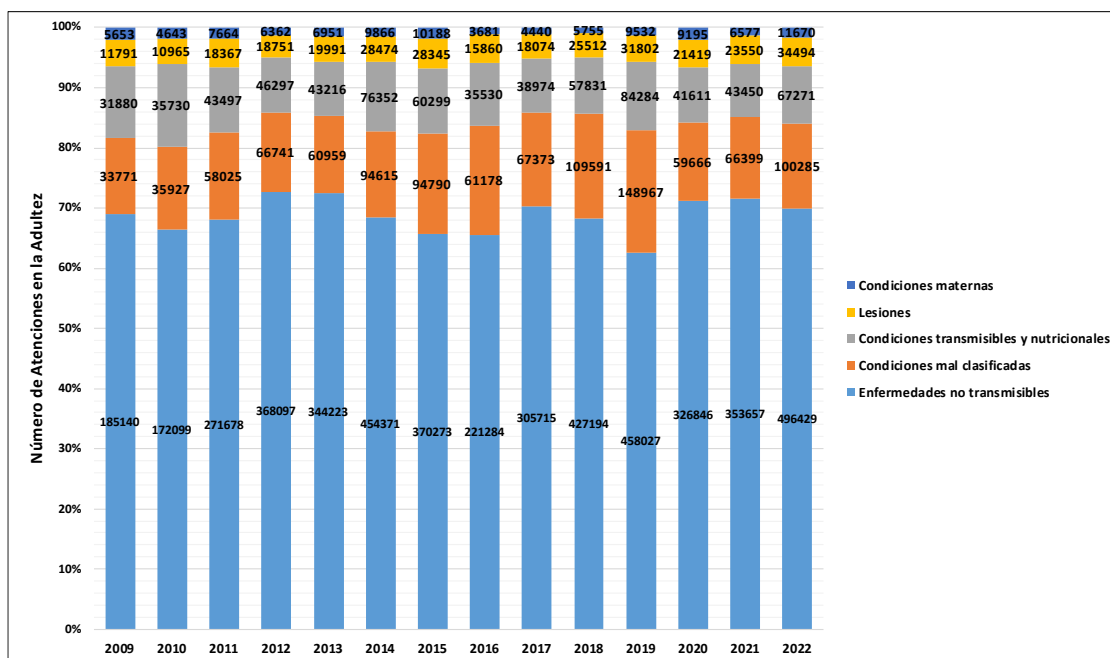
La **Adultez (27 - 59 años)**, las enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 69,90% de las atenciones y mostrando una ligera variación negativa del -0,65% en rojo. En segundo lugar, las Condiciones Mal Clasificadas ocupan el 14,12%, con una variación positiva del 0,35% en verde, incluyendo afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales se sitúan en el tercer lugar con el 9,47%, presentando una variación negativa del -0,42%, destacándose por Infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales. Las Lesiones No Intencionales ocupan el cuarto lugar con el 4,86%, mostrando una leve variación negativa del -0,10% en rojo, abarcando traumatismos y otras lesiones no intencionales. En quinto lugar, las Condiciones Maternas representan el 1,64%, con una variación negativa del -0,18% en rojo.

Tabla 47. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adultez, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,30	14,21	11,18	9,38	9,37	11,85	10,94	10,80	9,19	9,47	11,89	9,42	8,89	9,47	0,58
	Condiciones maternas	2,56	2,24	2,35	1,51	1,75	1,79	2,16	1,31	1,27	1,13	1,58	2,42	1,82	1,64	-4,18
	Enfermedades no transmisibles	67,91	65,09	66,98	72,05	71,64	67,56	64,69	64,79	69,49	67,30	61,28	70,07	70,55	69,90	-0,65
	Lesiones	4,46	4,29	4,62	3,74	4,25	4,34	5,09	4,77	4,25	4,18	4,41	4,79	4,96	4,86	-0,10
	Condiciones mal clasificadas	12,77	14,17	14,87	13,32	12,99	14,46	17,12	18,33	15,81	17,93	20,84	13,29	13,77	14,12	0,35

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Figura 43. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adultez 2009-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

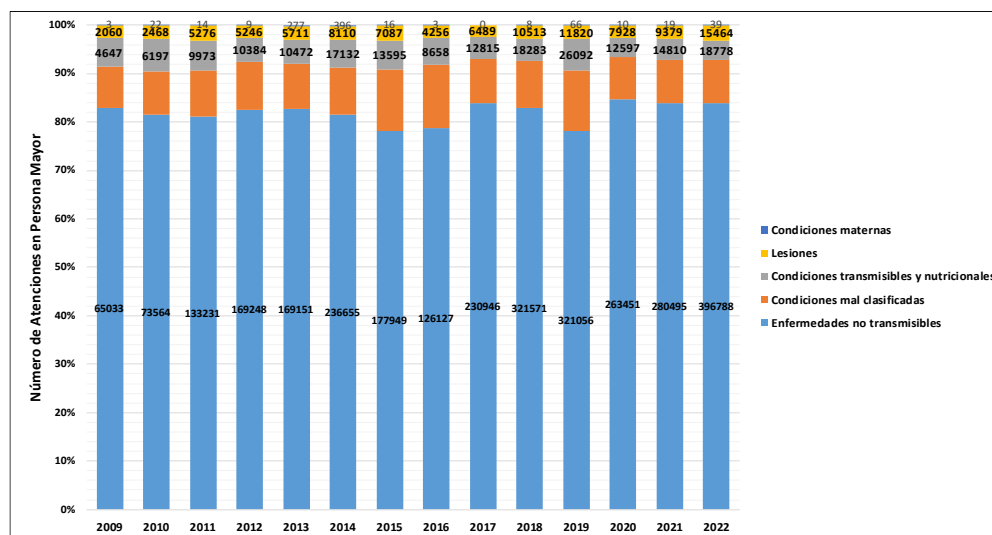
La **Personas mayores (> 60 años)**, las Enfermedades No Transmisibles se mantienen como la principal causa de morbilidad, representando el 83,85% de las atenciones y registrando una variación positiva del 0,91% en verde. Este grupo abarca diversas enfermedades, destacándose condiciones cardiovasculares, respiratorias y musculoesqueléticas. En segundo lugar, las Condiciones Mal Clasificadas ocupan el 8,91%, con una variación positiva del 0,23% en verde, incluyendo afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales se sitúan en el tercer lugar con el 3,97%, presentando una variación negativa del -0,39%, y se caracterizan por infecciones y deficiencias nutricionales. Las Lesiones representan el 3,27% en 2022, con una variación positiva del 0,38% en verde, abarcando traumatismos y otras lesiones. En último lugar, las Condiciones Maternas muestran una proporción del 0,01%, con variación mínima en 2022.

Tabla 48. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en persona mayor, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022-2021
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,93	6,87	6,07	5,07	5,13	5,91	5,97	5,41	4,65	4,71	6,36	4,08	4,36	3,97	-0,28
	Condiciones maternas	0,00	0,02	0,01	0,00	0,14	0,14	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00
	Enfermedades no transmisibles	82,96	81,58	81,05	82,57	82,82	81,58	78,15	78,76	83,86	82,85	78,23	84,68	83,94	83,85	0,74
	Lesiones	2,63	2,74	3,21	2,56	2,80	2,80	3,11	2,66	2,36	2,71	2,89	2,56	2,89	3,27	0,02
	Condiciones mal clasificadas	8,48	8,79	9,67	9,80	9,13	9,59	12,76	13,17	9,13	9,72	12,51	8,68	8,81	8,91	0,13

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Figura 44. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en persona mayor, 2009-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Principales causas de morbilidad en hombres

Las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad en el ámbito distrital para hombres por Curso de vida presentan la siguiente situación:

La primera infancia (0-5), La primera infancia en hombres de (0-5), las Enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 36,14% de las atenciones en ese año, con una variación positiva del 3,18% en rojo con respecto a 2021. Este grupo abarca diversas enfermedades, incluyendo condiciones cardiovasculares, respiratorias y musculoesqueléticas. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el segundo lugar con un 33,69% en 2022, mostrando una variación negativa del -2,47% en verde. Las Condiciones Mal Clasificadas se sitúan en el tercer lugar con un 20,82%, evidenciando una variación positiva del 1,73% en rojo. Las Condiciones Perinatales presentan una proporción del 3,40%, con una variación positiva del 0,22% en rojo. Las Lesiones representan el 5,95% en 2022, con una variación negativa del -0,66% en verde, abarcando traumatismos y otras lesiones no intencionales.. Este grupo incluye afecciones en las cuales la información disponible es insuficiente para su clasificación precisa.

Tabla 49. Porcentaje de personas atendidas en hombres en primera infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022-2021
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	51,05	48,37	46,74	45,33	44,85	41,14	38,07	40,73	40,12	40,56	39,85	31,77	31,16	33,69	-2,52
	Condiciones perinatales	0,98	0,92	1,59	1,40	0,81	1,95	2,30	0,54	0,66	0,74	1,46	4,73	4,18	3,40	0,78
	Enfermedades no transmisibles	28,05	25,58	25,74	31,84	29,94	31,75	28,11	24,56	30,97	30,38	30,16	39,18	38,96	36,14	3,81
	Lesiones	4,80	5,07	5,22	4,89	5,08	5,09	5,44	5,23	5,93	4,96	4,83	5,90	6,61	5,95	-0,67
	Condiciones mal clasificadas	15,12	20,06	20,72	16,54	19,33	20,07	26,08	28,94	22,33	23,35	23,70	18,42	19,09	20,82	2,29

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

La infancia (6-11) en hombres, mostró su mayor impacto en primer lugar las Enfermedades No Transmisibles manteniéndose como la principal causa de morbilidad, alcanzando el 51.96% en 2022, con una variación positiva de 2.12% en rojo en comparación con el año anterior. Este grupo ha experimentado una tendencia creciente desde 2017, con un aumento acumulado del 11.16% en rojo. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el segundo lugar con un 19.09% en 2022, mostrando una disminución del -2.12% en verde en comparación con 2021. Las Condiciones Maternas tienen una presencia mínima del 0.04% en 2022, manteniéndose relativamente constante a lo largo de los años. Las Lesiones se sitúan en el cuarto lugar con un 8.29% en 2022, evidenciando una variación positiva del 0.01% en rojo. Finalmente, las Condiciones Mal Clasificadas ocupan el quinto lugar con una proporción del 20.62% en 2022, mostrando una variación positiva del 0.08% en rojo y señalando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones.

Tabla 50. Porcentaje de personas atendidas en hombres en infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35.52	33.41	28.77	27.69	27.48	26.27	20.91	23.90	21.47	22.13	21.19	18.61	18.06	19.09	1.03
	Condiciones maternas	0.03	0.04	0.04	0.05	0.04	0.07	0.14	0.12	0.00	0.02	0.07	0.02	0.04	0.04	0.00
	Enfermedades no transmisibles	40.40	36.69	43.64	49.02	44.30	46.56	47.33	45.44	48.60	47.27	49.51	53.28	53.08	51.96	1.13
	Lesiones	6.91	7.69	8.53	6.34	6.60	6.47	8.34	7.05	7.45	6.07	6.85	8.37	8.28	8.29	0.02
	Condiciones mal clasificadas	17.14	22.17	19.02	16.90	21.58	20.63	23.28	23.48	22.47	24.51	22.38	19.72	20.54	20.62	0.08

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

La Adolescencia (12 -18 años) en hombres para 2021, mostró su mayor impacto en primer lugar en las enfermedades No Transmisibles las cuales continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 55.99% de las atenciones en 2022, con una tendencia creciente sostenida desde 2017. Se observa una disminución de -0.41% en comparación con 2021, pero sigue resaltando su impacto en este grupo de edad. . Las Condiciones Mal Clasificadas ocupan el segundo lugar con una proporción del 20.48% en 2022 , indicando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones y mostrando una variación negativa del -0.10% en verde con respecto a 2021. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el tercer lugar con un 12.51% en 2022, mostrando una ligera disminución del -0.72% en verde en comparación con el año anterior. Las Lesiones se sitúan en el Cuarto lugar con un 10.93% en 2022, evidenciando un incremento del 1.15% en rojo, resaltando la importancia de abordar traumatismos y otras lesiones intencionales en este grupo

Tabla 51 Porcentaje de personas atendidas en hombres en adolescencia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	27.38	25.41	20.84	19.65	26.53	20.41	15.35	17.50	15.55	15.30	15.25	13.30	13.23	12.51	-0.72
	Condiciones maternas	0.18	0.10	0.05	0.01	0.04	0.11	0.14	0.01	0.02	0.02	0.09	0.10	0.08	0.09	0.01
	Enfermedades no transmisibles	46.28	44.01	50.47	55.49	46.66	50.42	49.99	51.46	55.17	55.42	54.79	57.43	56.40	55.99	-0.41
	Lesiones	9.06	9.52	10.78	8.00	7.85	8.49	11.19	9.21	8.67	7.18	9.10	9.56	10.78	10.93	0.16
	Condiciones mal clasificadas	17.10	20.96	17.86	16.85	18.91	20.56	23.33	21.82	20.60	22.08	20.78	19.60	19.51	20.48	0.96

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

Juventud (14 - 26 años) en hombres, mostró en primer lugar las enfermedades No Transmisibles, manteniéndose como la principal causa de morbilidad en 2022 con un 55.15% de las atenciones. Aunque se observa una disminución del -1.91% en comparación con el año anterior, este grupo de afecciones sigue siendo motivo de preocupación significativa para este segmento de la población. Las Condiciones Mal Clasificadas ocupan el segundo lugar con una proporción del 17.43% en 2022, señalando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el

tercer lugar con un 14.63% en 2022, mostrando un aumento del 1.10% en verde en comparación con el año 2021, indicando la necesidad de abordar factores nutricionales y enfermedades infecciosas. Las Lesiones ocupan el cuarto lugar con un 12.48% en 2022, evidenciando un aumento del 0.50% en rojo, subrayando la importancia de abordar traumatismos y otras lesiones intencionales en esta etapa de la vida.

Tabla 52 Porcentaje de personas atendidas en hombres en juventud, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,24	24,89	19,38	17,54	17,31	20,40	17,03	17,75	16,04	15,99	16,56	14,99	13,53	14,63	1,10
	Condiciones maternas	0,30	0,44	0,10	0,04	0,10	0,10	0,13	0,04	0,02	0,02	0,07	0,12	0,11	0,31	0,20
	Enfermedades no transmisibles	50,94	47,39	52,81	59,12	56,35	52,16	49,66	51,46	55,61	54,39	46,58	56,87	57,07	55,15	1,91
	Lesiones	9,38	9,71	11,29	8,39	9,38	9,18	11,55	11,11	9,76	8,66	8,91	11,03	11,97	12,48	0,50
	Condiciones mal clasificadas	15,14	17,57	16,42	14,92	16,86	18,16	21,63	19,64	18,58	20,95	27,88	16,98	17,32	17,43	0,12

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

La **Adultez (27 - 59 años)** en hombres este grupo sigue siendo fuertemente impactado por las Enfermedades No Transmisibles, que continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 67.12% de las atenciones en 2022. Aunque se observa una disminución del 0.59% en comparación con el año anterior, se destaca la relevancia persistente de las enfermedades cardiovasculares, condiciones orales, enfermedades genitourinarias y las enfermedades musculoesqueléticas en este grupo. Las Condiciones Mal Clasificadas, que incluyen afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa, se sitúan en el tercer o lugar con un 12.17% en 2022, subrayando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones en este segmento de la población adulta. Las Lesiones ocupan el cuarto lugar con un 7.74% en 2022, mostrando una leve variación positiva del 0.01% en rojo. Estos resultados se basan en la serie de datos hasta 2022, proporcionando una visión integral de las tendencias de morbilidad y áreas de enfoque para la salud en la Adultez masculina.

Tabla 53 Porcentaje de personas atendidas en hombres en adultez, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,99	18,41	13,29	11,18	10,87	14,60	13,48	12,98	10,93	11,44	14,06	12,48	11,92	12,96	1,04
	Condiciones maternas	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,03	0,01	0,01	0,01
	Enfermedades no transmisibles	65,26	61,75	65,83	71,45	71,20	65,81	64,16	64,11	69,29	66,44	57,71	68,47	67,71	67,12	0,59
	Lesiones	7,35	7,16	7,43	5,72	6,43	6,83	7,97	7,64	6,24	6,54	6,70	7,70	7,73	7,74	0,01
	Condiciones mal clasificadas	12,38	12,67	13,45	11,65	11,49	12,75	14,37	15,26	13,53	15,57	21,52	11,32	12,63	12,17	0,46

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

La **Persona mayor (> 60 años)** en hombres, se muestra que las Enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 83.12% de las atenciones en 2022. Aunque se observa un ligero aumento del 0.48% en comparación con el año anterior, estas enfermedades, que incluyen diversas condiciones relacionadas con la edad, siguen siendo de alta relevancia en este grupo. Las Condiciones Mal Clasificadas, que incluyen afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa, ocupan el segundo lugar con un 9.03% en 2022. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el tercer lugar con un 4.38% en 2022, mostrando una disminución del -0.64% en rojo en comparación con el año 2021. Las Lesiones se sitúan en el cuarto lugar con un 3.47% en 2022, evidenciando un aumento del 0.30% en rojo, subrayando la importancia de abordar traumatismos y otras lesiones en la población mayor.

Tabla 54. Porcentaje de personas atendidas en hombres persona mayor, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,84	7,12	5,77	4,62	4,82	5,87	5,90	5,16	4,52	4,82	6,35	4,62	5,02	4,38	4,64
	Condiciones matemas	0,00	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
	Enfermedades no transmisibles	82,58	80,93	81,21	83,64	83,62	82,00	78,51	79,37	84,24	82,47	77,34	83,52	82,64	83,12	82,68
	Lesiones	2,82	2,74	3,10	2,39	2,79	2,79	3,19	2,62	2,22	2,76	2,97	2,80	3,17	3,47	3,80
	Condiciones mal clasificadas	8,76	9,20	9,92	9,35	8,76	9,32	12,40	12,85	9,02	9,94	13,33	9,06	9,17	9,03	9,14

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

Principales causas de morbilidad en mujeres

Las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad en el ámbito distrital para mujeres por curso de vida presentan la siguiente situación:

La primera infancia (0-5) en mujeres, mostró que las Enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 35.13% de las atenciones en 2022. Aunque se observa una ligera disminución del -0.09% en comparación con el año anterior, estas enfermedades, que abarcan una variedad de condiciones de salud, siguen siendo una preocupación relevante en este grupo. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el segundo lugar con un 35.71% en 2022, mostrando un aumento del 4.06% en verde en comparación con el año 2021. Las Condiciones Mal Clasificadas, que incluyen afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa, se mantienen en el tercer lugar con un 21.26% en 2022, indicando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones en este grupo de edad. Las Lesiones se sitúan en el cuarto lugar con un 5.24% en 2022, evidenciando un aumento del 0.56% en rojo, subrayando la importancia de abordar traumatismos y otras lesiones en la primera infancia.. Estos resultados se basan en la serie de datos hasta 2022.

Tabla 55. Porcentaje de personas atendidas en mujeres primera infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	51,01	47,18	47,17	45,38	44,79	40,79	36,53	40,92	40,22	40,63	38,99	30,66	31,65	35,71	4,06
	Condiciones perinatales	0,94	0,98	1,84	1,75	1,08	1,89	2,96	0,52	0,71	0,66	2,04	5,46	3,79	2,65	1,67
	Enfermedades no transmisibles	28,30	26,84	25,81	32,54	30,42	32,36	29,60	24,22	30,97	30,97	30,07	38,76	38,67	35,13	-4,09
	Lesiones	4,17	4,09	4,79	3,77	4,16	4,26	4,66	4,51	4,93	4,40	4,05	4,99	5,55	5,24	0,66
	Condiciones mal clasificadas	15,58	20,92	20,39	16,56	19,55	20,70	26,24	29,84	23,17	23,34	24,85	20,13	20,34	21,26	0,22

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

- ✓ **La infancia (6-11)** en mujeres, mostró que las Enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 52.58% de las atenciones en 2022. Aunque se observa una disminución del -2.87% en comparación con el año anterior, estas enfermedades siguen siendo una preocupación significativa en este grupo. Las Condiciones Mal Clasificadas, que incluyen afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa, se mantienen en el segundo lugar con un 22.02% en 2022, indicando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones en este grupo de edad. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el tercer lugar con un 19.94% en 2022, mostrando un aumento del 0.71% en verde en comparación con el año 2021. Las Lesiones se sitúan en el cuarto lugar con un 5.43% en 2022, evidenciando una disminución del -0.45% en rojo, lo que sugiere una tendencia positiva en la prevención de lesiones en este grupo. Estos resultados se basan en la serie de

datos hasta 2022, proporcionando una visión integral de las tendencias de morbilidad y áreas de enfoque para la salud en la Infancia (6-11 años) en mujeres.

Tabla 56. Porcentaje de personas atendidas en mujeres infancia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35.59	33.44	29.03	28.77	28.28	27.02	24.01	24.36	21.95	21.94	21.54	19.19	19.23	19.94	0.71
	Condiciones maternas	0.09	0.03	0.13	0.07	0.11	0.10	0.11	0.01	0.02	0.09	0.16	0.11	0.08	0.04	-0.04
	Enfermedades no transmisibles	41.73	39.37	46.41	49.79	45.71	47.71	44.87	46.10	49.64	48.43	50.25	55.03	55.44	52.58	-2.87
	Lesiones	4.92	4.88	5.06	4.02	4.22	4.21	5.81	5.61	5.33	4.33	4.64	5.60	5.88	5.43	-0.45
	Condiciones mal clasificadas	17.68	22.28	19.38	17.35	21.68	20.97	25.20	23.92	23.06	25.21	23.41	20.07	19.37	22.02	2.65

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

La Adolescencia (12 -18 años), en mujeres, mostró que las enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 57.03% de las atenciones en 2022. Aunque se observa una disminución del -0.92% en comparación con el año anterior, estas enfermedades siguen siendo una preocupación significativa en este grupo. Las Condiciones Mal Clasificadas, que incluyen afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa, se mantienen en el segundo lugar con un 23.22% en 2022, indicando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones en este grupo de edad. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el tercer lugar con un 10.18% en 2022, mostrando una disminución del -0.58% en rojo en comparación con el año 2021. Las Lesiones se sitúan en el cuarto lugar con un 4.65% en 2022, evidenciando un aumento del 0.12% en verde, lo que subraya la importancia de abordar traumatismos y otras lesiones intencionales en esta etapa de la vida..

Tabla 57 Porcentaje de personas atendidas en mujeres en adolescencia, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21.46	20.10	17.03	15.10	16.21	16.01	12.25	13.91	12.08	12.36	12.64	10.62	10.75	10.18	-0.58
	Condiciones maternas	6.33	7.04	4.98	3.47	3.87	4.83	4.87	2.90	3.06	2.93	5.27	9.90	5.40	4.91	-0.48
	Enfermedades no transmisibles	50.91	48.18	52.42	60.02	55.92	53.08	46.94	53.34	56.73	55.23	54.09	53.52	57.95	57.03	-0.92
	Lesiones	3.89	3.90	4.07	3.16	3.34	3.67	4.26	3.56	3.92	3.25	3.78	4.05	4.53	4.65	0.12
	Condiciones mal clasificadas	17.42	20.77	21.30	18.25	20.66	22.41	31.69	26.29	24.21	26.23	24.22	21.90	21.36	23.22	1.86

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

- ✓ **Juventud (14 - 26 años)** en mujeres, mostró que las Enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 53.87% de las atenciones en 2022. Aunque se observa una disminución del -1.50% en comparación con el año anterior, estas enfermedades siguen siendo una preocupación significativa en este grupo. Las Condiciones Mal Clasificadas, que incluyen afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa, se mantienen en el segundo lugar con un 23.34% en 2022, indicando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones en este grupo de edad. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el tercer lugar con un 9.20% en 2022, mostrando un aumento del 0.72% en verde en comparación con el año 2021. Las Lesiones se sitúan en el cuarto lugar con un 4.03% en 2022, evidenciando una variación mínima del -0.01% en rojo. Estos resultados se basan en la serie de datos hasta 2022, proporcionando una visión integral de las tendencias de morbilidad y áreas de enfoque para la salud en la Juventud (14 - 26 años) en mujeres.

Tabla 58 Porcentaje de personas atendidas en mujeres en juventud, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,54	16,71	14,04	12,48	12,43	13,91	11,28	12,61	11,22	11,47	12,65	9,06	8,47	9,20	0,72
	Condiciones maternas	12,36	12,72	11,08	7,55	8,29	9,06	9,88	6,15	6,42	5,73	8,85	15,55	10,36	9,57	-0,80
	Enfermedades no transmisibles	53,07	47,97	50,49	60,36	57,92	52,84	46,56	51,75	54,94	53,42	48,73	50,46	55,37	53,87	-1,50
	Lesiones	3,06	3,03	3,43	2,69	3,09	3,19	3,35	3,21	3,25	2,75	3,46	3,48	4,04	4,03	-0,01
	Condiciones mal clasificadas	15,96	19,56	20,96	16,93	18,28	21,00	29,93	26,27	24,18	26,63	26,31	21,44	21,75	23,34	1,59

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

- ✓ La **Adultez (27 - 59 años)** en mujeres, mostró que las Enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 71.44% de las atenciones en 2022. Aunque se observa una disminución del -0.67% en comparación con el año anterior, estas enfermedades siguen siendo de alta relevancia en este grupo. Las Condiciones Mal Clasificadas, que incluyen afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa, se mantienen en el segundo lugar con un 15.19% en 2022, indicando la necesidad de mejorar la precisión en la clasificación de ciertas afecciones en este grupo de edad. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el tercer lugar con un 7.56% en 2022, mostrando un aumento del 0.31% en verde en comparación con el año 2021. Las Lesiones se sitúan en el cuarto lugar con un 3.27% en 2022, evidenciando una variación mínima del -0.17% en rojo. Estos resultados se basan en la serie de datos hasta 2022, proporcionando una visión integral de las tendencias de morbilidad y áreas de enfoque para la salud en la Adultez (27 - 59 años) en mujeres.

Tabla 59. Porcentaje de personas atendidas en mujeres en adultez, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,93	12,18	10,13	8,49	8,62	10,45	9,62	9,66	8,32	8,43	10,65	7,67	7,25	7,56	0,31
	Condiciones maternas	3,85	3,32	3,51	2,26	2,62	2,69	3,28	2,00	1,90	1,72	2,48	3,80	2,82	2,54	-0,28
	Enfermedades no transmisibles	69,26	66,70	67,56	72,36	71,86	68,45	64,97	65,14	69,69	67,75	63,32	70,99	72,10	71,44	-0,67
	Lesiones	2,99	2,90	3,22	2,75	3,16	3,07	3,58	3,27	3,24	2,94	3,10	3,13	3,45	3,27	-0,17
	Condiciones mal clasificadas	12,97	14,89	15,58	14,16	13,74	15,33	18,55	19,93	16,95	19,16	20,45	14,42	14,39	15,19	0,80

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

- ✓ La **Persona mayor (> 60 años)** en mujeres, mostró que las enfermedades No Transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, representando el 84.31% de las atenciones en 2022. Aunque se observa una disminución del -0.43% en comparación con el año anterior, estas enfermedades siguen siendo de alta relevancia en este grupo. Las Condiciones Mal Clasificadas, que incluyen afecciones con información insuficiente para su clasificación precisa, se mantienen en el segundo lugar con un 8.83% en 2022. Las Condiciones Transmisibles y Nutricionales ocupan el tercer lugar con un 3.71% en 2022, mostrando una disminución del -0.24% en rojo en comparación con el año 2021. Las Lesiones se sitúan en el cuarto lugar con un 3.14% en 2022, evidenciando un aumento del 0.43% en verde. Estos resultados se basan en la serie de datos hasta 2022, proporcionando una visión integral de las tendencias de morbilidad y áreas de enfoque para la salud en la Persona mayor (Mayores de 60 años) en mujeres.

Tabla 60. Porcentaje de personas atendidas en mujeres en persona mayor, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,98	6,73	6,24	5,33	5,31	5,93	6,01	5,55	4,74	4,65	6,36	3,74	3,96	3,71	-0,24
	Condiciones maternas	0,00	0,03	0,01	0,01	0,21	0,22	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00
	Enfermedades no transmisibles	83,18	81,95	80,95	81,95	82,33	81,31	77,92	78,40	83,63	83,09	78,78	85,41	84,74	84,31	-0,43
	Lesiones	2,52	2,74	3,27	2,66	2,80	2,80	3,06	2,68	2,44	2,68	2,83	2,41	2,71	3,14	0,43
	Condiciones mal clasificadas	8,32	8,55	9,53	10,06	9,35	9,75	12,99	13,37	9,19	9,59	12,00	8,43	8,59	8,83	0,24

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD (Anexo 18)

3.1.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

- ✓ La morbilidad específica para condiciones transmisibles y nutricionales revela tendencias significativas. En 2009, las enfermedades infecciosas parasitarias representaban el 44.44%, aumentando a 57.70% en 2021 (variación +2.34%). No obstante, en 2022, se redujo a 47.86% (-8.36%). Las infecciones respiratorias, que eran 52.97% en 2009, disminuyeron a 38.54% en 2021 (-2.71%), pero aumentaron a 47.72% en 2022 (+8.03%). Las deficiencias nutricionales pasaron de 2.59% en 2009 a 3.77% en 2021 (+0.37%) y a 4.42% en 2022 (+0.32%). Estos cambios destacan la importancia de adaptar estrategias de salud pública.

Tabla 61. Morbilidad específica en las condiciones Transmisibles y nutricionales, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad		Subgrupos de causa de morbilidad		Total															Δ pp 2022-2021
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	44.44	51.27	44.49	49.44	46.34	54.60	49.55	43.55	43.05	44.05	46.28	55.29	56.22	47.86	-8.36			
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52.97	45.88	53.15	47.04	50.49	42.65	47.60	54.82	54.33	53.19	50.70	41.26	39.69	47.72	8.03			
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.59	2.85	2.36	3.52	3.18	2.76	2.85	1.63	2.62	2.76	3.02	3.45	4.09	4.42	0.32			

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Condiciones materno-perinatales

- ✓ La morbilidad específica para condiciones materno-perinatales mostraron su mayor impacto en las condiciones maternas, disminuyendo del 93.21% en 2009 al 85.87% en 2022, con una variación porcentual de -3.16%. Por otro lado, las condiciones derivadas durante el periodo perinatal aumentaron del 6.79% en 2009 al 17.29% en 2022, experimentando una variación. Estos datos resaltan la dinámica cambiante en la salud materno-infantil, subrayando la importancia de ajustar las estrategias de salud pública para abordar estas variaciones.

Tabla 62. Morbilidad específica en las condiciones materno-perinatales, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

		Total															
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022-2021	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	93.21	94.36	91.93	91.00	94.22	88.63	87.15	96.14	95.88	94.84	90.76	85.56	82.71	85.87	3.16	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	6.79	5.64	8.07	9.00	5.78	11.37	12.85	3.86	4.12	5.16	9.24	14.44	17.29	14.13	-3.16	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Enfermedades no Trasmisibles

- ✓ La tendencia de las principales causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles en el periodo 2009-2022 mostró su mayor impacto en las enfermedades cardiovasculares, representando el 17,97% en 2009 y aumentando significativamente a 20,12% en 2022. A pesar de este crecimiento, se observó una variación negativa del 2,33% con respecto a 2021. En segundo lugar, las enfermedades genitourinarias, que tenían un 16,48% en 2009, disminuyeron a 13,07% en 2022, mostrando una variación porcentual de -0,71% entre 2021 y 2022. Las enfermedades musculoesqueléticas ocuparon el tercer lugar, aumentando del 12,45% en 2009 al 13,88% en 2022, con una variación positiva de 0,89%. Las enfermedades de los

órganos de los sentidos, en cuarto lugar, disminuyeron de 8,23% en 2009 a 10,00% en 2022, con una variación de 0,58% entre 2021 y 2022. Finalmente, las condiciones neuropsiquiátricas, en quinto lugar, aumentaron del 5,02% en 2009 al 8,74% en 2022, con una variación positiva de 1,18% entre 2021 y 2022. Estos datos resaltan la evolución de las tendencias en la morbilidad por enfermedades no transmisibles en el periodo analizado.

Tabla 63. Morbilidad específica en las enfermedades no trasmisibles, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.69	0.81	0.86	0.81	0.86	1.06	1.20	0.88	0.73	0.92	1.03	1.19	1.49	1.30	-0.19
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.50	1.36	1.71	1.49	1.58	1.91	1.74	1.22	1.09	1.10	1.17	1.56	1.61	1.67	0.06
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3.25	3.11	2.21	3.08	2.93	3.18	2.69	3.82	4.75	4.48	4.06	5.90	5.47	4.79	-0.68
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4.51	4.22	4.71	4.07	4.66	4.37	4.36	4.05	4.43	4.61	4.46	4.67	4.75	5.63	0.88
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5.02	4.55	4.56	4.85	5.25	4.82	6.09	5.00	5.32	5.62	6.91	7.96	7.56	8.74	1.18
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8.23	6.74	5.84	6.00	5.88	6.87	7.89	6.74	6.89	7.42	10.25	7.66	9.42	10.00	0.58
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	17.97	21.10	15.67	17.08	15.73	15.55	17.51	18.12	20.68	21.06	16.96	23.60	22.46	20.12	-2.33
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4.51	4.34	3.78	3.90	3.50	3.48	3.66	3.05	2.85	2.49	2.70	2.73	2.79	2.98	0.19
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7.85	7.51	7.06	6.91	6.56	6.72	6.38	6.16	5.36	5.17	5.47	5.89	5.54	5.96	0.42
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	16.48	15.23	15.36	13.49	14.91	15.63	14.54	14.10	13.60	13.05	14.16	14.74	13.78	13.07	-0.71
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7.36	6.88	6.64	6.68	6.12	6.38	5.84	5.23	4.83	4.66	4.63	4.93	5.06	5.07	0.01
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12.45	13.00	13.72	13.84	14.14	14.78	14.56	13.79	13.04	12.83	12.03	11.13	13.00	13.88	0.89
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.77	0.65	0.73	0.76	0.75	0.86	0.99	0.59	0.61	0.64	0.69	0.70	0.68	0.71	0.03
	Condiciones orales (K00-K14)	9.41	10.50	17.14	17.03	17.13	14.37	12.56	17.25	15.82	15.95	15.49	7.32	6.41	6.08	-0.33

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Lesiones

- ✓ La tendencia de las principales causas de morbilidad por lesiones 2009-2022 las lesiones no intencionales, que eran del 6,27% en 2009, tuvieron una ligera disminución al 6,50% en 2022, con una variación de - 1,32% entre 2021 y 2022. Por otro lado, las lesiones intencionales aumentaron de manera constante, llegando al 0,77% en 2022, con un aumento de 0,11% entre 2021 y 2022. Las lesiones de intencionalidad indeterminada, aunque mínimas en 2009 (0,02%), experimentaron una disminución del 0,06% entre 2021 y 2022. Respecto a los traumatismos y otras consecuencias externas, disminuyeron ligeramente del 93,43% en 2009 al 92,64% en 2022, con un aumento del 1,28% entre 2021 y 2022,

Tabla 64 - Morbilidad específica en las lesiones, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-Y89, Y40-Y86, Y88, Y89)	6.27	7.50	8.80	7.99	11.60	10.68	9.36	8.89	12.81	13.54	12.85	12.49	7.83	6.50	-1.32
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.28	0.41	0.28	0.36	0.37	0.75	0.74	0.73	0.74	0.72	1.29	1.25	0.66	0.77	0.11
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.02	0.06	0.03	0.03	0.04	0.06	0.05	0.07	0.07	0.09	0.35	0.22	0.15	0.08	-0.06
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93.43	92.02	90.88	91.62	87.99	88.51	89.86	90.31	86.38	85.64	85.52	86.03	91.36	92.64	1.28

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Condiciones transmisibles y nutricionales en hombres

- ✓ La morbilidad específica para condiciones transmisibles y nutricionales en hombres ha experimentado cambios significativos entre 2009 y 2022. Las enfermedades infecciosas parasitarias, que representaban el 44,48% en 2009, aumentaron a 51,22% en 2022, con una variación porcentual de -7,89% entre 2021 y 2022. Por otro lado, las infecciones respiratorias, que constituían el 53,78% en 2009, disminuyeron a

45,46% en 2022, con una variación de 7,38% entre 2021 y 2022. En cuanto a las deficiencias nutricionales, que eran del 1,73% en 2009, han aumentado a 3,32% en 2022, con una variación de 0,51% entre 2021 y 2022. Estos cambios destacan la importancia de abordar y monitorear estas condiciones específicas de salud en la población masculina.

Tabla 65. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales en hombre, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres														A pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, M65-M69, E60-E62, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	44,48	51,71	44,86	50,77	47,32	55,62	49,98	45,25	45,62	46,73	49,18	59,15	55,11	51,22	-7,89
	Infecciones respiratorias (A00-J06, J10-J18, J20-J22, M65-M69)	53,78	46,33	53,44	46,81	50,32	42,22	47,79	53,45	52,61	51,21	48,35	38,12	38,08	45,46	7,38
	Deficiencias nutricionales (E50-E52, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	1,73	1,96	1,70	2,41	2,36	2,16	2,22	1,30	1,77	2,07	2,47	2,73	2,81	3,32	0,51

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Condiciones maternas perinatales en hombres

La morbilidad específica para condiciones materno-perinatales en hombres, mostraron su mayor impacto en las condiciones derivadas durante el periodo perinatal, representando el 81,75% en 2009. Aunque experimentó una ligera disminución en 2022 con un 89,03%, se observó una variación porcentual negativa del 5,94% con respecto a 2021. Por otro lado, las condiciones maternas, que constituían el 18,25% en 2009, aumentaron a 10,97% en 2022, mostrando una variación porcentual positiva del 5,94% entre 2021 y 2022.

Tabla 66. Morbilidad específica en las condiciones maternas perinatales en hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres														A pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	18,25	23,27	4,13	3,22	10,60	3,48	5,68	8,95	5,25	4,65	8,84	6,65	5,03	10,97	5,94
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	81,75	76,73	95,87	96,78	89,40	96,52	94,32	91,05	94,75	95,35	91,16	93,35	94,97	89,03	-5,94

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Enfermedades no transmisibles en hombres

- ✓ La tendencia de las principales causas de morbilidad por las enfermedades no transmisibles 2009-2022 mostraron su mayor impacto en las enfermedades cardiovasculares con 17,33% en 2009, tendencia creciente para 2022 con 20,29% y variación porcentual del -1,87% entre los año 2021-2022, en segundo lugar las enfermedades musculo-esqueléticas con 14,08% en 2009, tendencia decreciente con 13,62% en 2022 y variación 0,43% en comparación con 2021, en tercer lugar las enfermedades genitourinarias con 8,75% en 2009 y pasa a 10,14% en 2022 y variación porcentual de -0,43%, en cuarto lugar las neuropsiquiátricas con 4,84 en 2009 y pasa a 10,24% en 2022 y variación de 1,30% con respecto a 2022.

Tabla 67. Morbilidad específica en las condiciones no trasmisibles en hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2021-2022
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E60-E88, F01-F99, G06-G08, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K32, N00-N64, N75-N99, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.69	0.82	0.76	0.74	0.74	1.00	1.13	0.87	0.72	0.96	1.09	1.31	1.56	1.40	-0.16
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.82	0.79	0.89	1.00	1.01	1.23	1.17	0.74	0.66	0.76	0.79	1.00	1.05	1.08	0.03
	Diabetes mellitus (E10-E14)	4.01	3.89	3.16	3.10	3.48	3.68	3.19	4.49	5.67	5.14	4.80	6.86	6.31	5.50	-0.81
	Trastornos endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E55-E58)	4.01	3.72	3.22	3.72	3.58	3.35	3.13	2.87	3.31	3.37	3.23	3.18	3.43	4.05	0.61
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G05-G08)	4.84	4.63	4.47	5.13	5.72	5.37	7.24	5.25	6.03	6.94	8.69	9.98	8.94	10.24	1.30
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9.47	7.74	6.74	6.72	6.59	7.57	8.55	7.26	7.51	7.75	10.44	7.85	9.75	10.26	0.50
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	17.33	20.11	18.07	15.37	16.03	15.77	17.18	18.81	21.57	20.80	16.95	23.72	22.16	20.29	-1.87
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6.34	6.06	5.73	4.54	4.66	4.44	4.72	3.71	3.51	3.10	3.37	3.37	3.47	3.65	0.13
	Enfermedades digestivas (K00-K92)	7.81	7.57	6.98	6.94	6.68	6.92	6.41	6.39	5.55	5.56	5.79	6.17	6.15	6.65	0.50
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N99)	8.75	9.09	8.62	8.77	8.80	10.01	10.23	10.32	9.67	9.64	10.67	11.58	10.57	10.14	-0.43
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	9.77	8.82	8.05	7.95	7.29	7.56	6.94	6.38	5.78	5.60	5.48	5.69	5.71	5.70	-0.01
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	14.08	14.12	14.10	14.51	14.73	15.05	14.94	15.06	13.48	13.50	12.37	11.08	13.19	13.62	0.43
	Aromalias congénitas (Q00-Q99)	0.92	0.77	0.83	0.83	0.84	1.01	1.04	0.63	0.64	0.67	0.71	0.74	0.74	0.83	0.09
	Condiciones orales (K00-K14)	11.14	12.10	17.77	20.78	19.83	17.04	14.12	17.21	15.90	16.22	15.62	7.49	6.97	6.65	-0.32

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Lesiones en hombres

- ✓ La prevalencia de las principales causas de morbilidad por lesiones en hombres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en traumatismos, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas, representando el 94,24% en 2009 y descendiendo a 93,22% en 2022. La variación porcentual entre 2021 y 2022 fue del 0,35%. Por otro lado, las lesiones no intencionales, con un 5,50% en 2009, exhibieron una tendencia creciente para 2022, alcanzando el 5,70%, con una variación porcentual de -0,46% entre 2021 y 2022.

Tabla 68. Morbilidad específica en las lesiones en hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2021-2022
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5.50	6.80	7.10	7.33	9.32	8.42	7.80	6.77	9.66	10.26	9.84	9.79	6.17	5.70	-0.46
	Lesiones intencionales (S60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.23	0.36	0.26	0.29	0.41	0.51	0.53	0.46	0.61	0.57	0.84	0.90	0.58	0.64	0.06
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.03	0.04	0.04	0.02	0.05	0.04	0.04	0.08	0.10	0.09	0.25	0.14	0.04	0.05	0.05
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94.24	92.79	92.60	92.37	90.23	91.03	91.63	92.69	89.62	89.08	89.07	89.16	93.22	93.56	0.35

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Condiciones transmisibles y nutricionales en mujeres

La prevalencia de las principales causas de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en enfermedades infecciosas y parasitarias, representando el 44,40% en 2009 y disminuyendo a 44,68% en 2022. La variación porcentual entre 2021 y 2022 fue del -8,91%. En segundo lugar, las infecciones respiratorias, con un 52,27% en 2009, experimentaron un aumento a 49,86% en 2022, con una variación porcentual del 8,71% entre 2021 y 2022. Por último, las deficiencias nutricionales, con un 3,32% en 2009, aumentaron a 5,46% en 2022, con una variación porcentual de 0,20% entre 2021 y 2022.

Tabla 69. Morbilidad específica en las condiciones trasmisibles y nutricionales en mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022-2021
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	44,40	50,89	44,18	48,37	45,54	53,73	49,19	42,15	41,01	41,85	43,87	51,73	53,59	44,68	-8,91
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,27	45,49	52,91	47,23	50,62	43,01	47,43	55,94	55,69	54,81	52,65	44,16	41,15	49,86	8,71
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,32	3,62	2,91	4,40	3,84	3,26	3,38	1,91	3,30	3,33	3,48	4,11	5,26	5,46	0,20

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Condiciones maternas perinatales en mujeres

La morbilidad específica para condiciones materno-perinatales en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en condiciones maternas, representando el 95,76% en 2009 y disminuyendo a 92,30% en 2022. La variación porcentual entre 2021 y 2022 fue del -1,71%. Por otro lado, las condiciones derivadas durante el periodo perinatal, con un 4,24% en 2009, aumentaron a 7,70% en 2022, con una variación porcentual de -4,23% entre 2021 y 2022.

Tabla 70. Morbilidad específica en condiciones maternas perinatales en mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022 2021
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	95.76	96.80	95.89	94.41	96.51	93.38	92.04	98.23	97.85	97.43	94.09	89.79	88.07	92.30	-1.71
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4.24	3.20	4.11	5.59	3.49	6.62	7.96	1.77	2.15	2.57	5.91	10.21	11.93	7.70	-4.23

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Enfermedades no transmisibles en mujeres

La prevalencia de las principales causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en enfermedades cardiovasculares, representando el 18,30% en 2009 y disminuyendo a 20,03% en 2022. La variación porcentual entre 2021 y 2022 fue del -2,60%. En segundo lugar, las enfermedades genitourinarias, con un 20,62% en 2009, disminuyeron a 14,82% en 2022, con una variación porcentual del -0,80% entre 2021 y 2022. Le siguen las enfermedades musculoesqueléticas, con un 11,58% en 2009, aumentando a 14,04% en 2022, con una variación porcentual de 1,15% entre 2021 y 2022.

Tabla 71. Morbilidad específica en las enfermedades no trasmisibles en mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022-2021
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E85-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H83, I00-I99, J30-J88, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.69	0.80	0.91	0.86	0.92	1.10	1.23	0.89	0.74	0.90	0.99	1.12	1.45	1.25	-0.20
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.86	1.65	2.05	1.84	1.89	2.31	2.08	1.50	1.33	1.30	1.39	1.90	1.93	2.02	0.09
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.83	2.83	1.81	3.07	2.63	2.90	2.39	3.42	4.23	4.10	3.62	5.32	4.98	4.37	-0.61
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E85-E88)	4.78	4.48	5.33	4.32	5.27	4.96	5.09	4.74	5.07	5.33	5.18	5.57	5.52	6.58	1.07
	Condiciones neuropsiquiáticas (F01-F99, Q05-Q99)	5.12	4.51	4.60	4.64	4.99	4.50	5.41	4.85	4.91	4.85	5.85	6.74	6.76	7.85	1.09
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7.56	6.22	5.46	5.47	5.48	6.48	7.50	6.43	6.53	7.23	10.13	7.55	9.22	9.84	0.62
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	18.30	21.61	14.68	18.35	15.57	15.42	17.71	17.72	20.17	21.21	16.97	23.52	22.63	20.03	-2.60
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3.53	3.45	2.96	3.42	2.85	2.93	3.03	2.68	2.48	2.14	2.31	2.35	2.40	2.61	0.20
	Enfermedades digestivas (K00-K92)	7.88	7.48	7.09	6.97	6.49	6.61	6.36	6.03	5.26	4.95	5.28	5.73	5.19	5.54	0.35
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	20.62	18.42	18.17	17.00	18.32	18.84	17.08	16.29	15.85	15.01	16.22	16.65	15.63	14.82	-0.80
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6.06	5.87	5.81	5.75	5.47	5.70	5.19	4.56	4.29	4.12	4.12	4.48	4.69	4.69	0.00
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	11.58	12.42	13.57	13.34	13.80	14.63	14.33	13.06	12.79	12.44	11.84	11.17	12.88	14.04	1.15
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.70	0.59	0.69	0.71	0.70	0.78	0.96	0.57	0.59	0.62	0.68	0.68	0.64	0.63	-0.01
	Condiciones orales (K00-K14)	8.49	9.68	16.88	14.25	15.62	12.86	11.64	17.28	15.78	15.80	15.41	7.22	6.08	5.73	-0.35

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD

Lesiones

La prevalencia de las principales causas de morbilidad por lesiones en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas, con un 92,43% en 2009, disminuyendo a 91,48% en 2022. La variación porcentual entre 2021 y 2022 fue del 2,36%. En segundo lugar, las lesiones no intencionales representaron el 7,22% en 2009, aumentando a 7,51% en 2022, con una variación porcentual del -2,32% entre 2021 y 2022. Les siguen las lesiones intencionales, con un aumento del 0,34% en 2009 a 0,94% en 2022, con una variación porcentual de 0,17% entre 2021 y 2022. Por último, las lesiones de intencionalidad indeterminada representaron un 0,02% en 2009, aumentando a 0,07% en 2022, con una variación porcentual de -0,21% entre 2021 y 2022.

Tabla 72. Morbilidad específica en las lesiones en mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2021-2022
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y66, Y88, Y89)	7,22	8,35	10,87	8,74	14,20	13,34	11,29	11,55	16,12	17,27	16,47	15,97	9,84	7,51	-2,32
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,34	0,48	0,31	0,44	0,32	1,02	1,00	1,06	0,87	0,90	1,83	1,70	0,77	0,94	0,17
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,02	0,09	0,02	0,04	0,04	0,08	0,06	0,06	0,04	0,10	0,47	0,33	0,27	0,07	-0,21
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,43	91,08	88,80	90,77	85,45	85,56	87,66	87,34	82,96	81,73	81,23	82,00	89,12	91,48	2,36

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuesto en SISPRO- MINSALUD – Anexo 18

3.1.3 Morbilidad específica salud mental

Causas y Subcausas

Primera infancia de 0 a 5 años (Curso de vida) - Total

Trastornos mentales y del comportamiento. – Presenta una tasa creciente entre 2009 y 2021 con un 4,98% entre 2020 y 2021, pasando de 79,60% en 2020 a 84,57.

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas con 0,11% y variación en verde de -0.18%.

Tabla 73. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida primera infancia por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,40	76,14	76,53	85,07	83,04	87,49	90,15	88,07	86,19	92,14	90,47	79,60	84,57	4,98	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,30	0,19	0,07	0,19	0,00	0,03	0,06	0,69	0,26	0,00	0,65	0,29	0,11	-0,18	
	Epilepsia	15,30	23,68	23,41	14,74	16,96	12,48	9,79	11,24	13,55	7,86	8,88	20,11	15,31	-4,79	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Epilepsias: Este indicador muestra una tendencia decreciente entre 2020 y 2021, pasando de 20,11% en 2020 a 15,31% en 2021 y variación de -4,79% en verde lo que significó los casos debido Lesión cerebral traumática, daño o cicatrices después de infecciones del cerebro, defectos de nacimiento que involucran al cerebro, daño cerebral que ocurre durante o cerca del nacimiento.

Infancia de 6 a 11 años (Curso de vida) - Total

Trastornos mentales y del comportamiento. – Presenta un incremento de esta causa entre 2009 y 2021, pasando de 84,65% a 86,27%, mientras que entre 2020 y 2021 la variación en rojo fue de 3,12%, lo cual representa una tendencia creciente.

Tabla 74. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida infancia por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	84,65	81,17	79,05	81,44	82,35	83,79	93,03	90,66	92,42	90,59	89,55	83,15	86,27	3,12	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,08	0,05	0,00	0,07	0,00	0,04	0,20	1,14	0,07	0,18	0,25	0,31	0,05	
	Epilepsia	15,35	18,75	20,91	18,56	17,58	16,21	6,93	9,14	6,44	9,34	10,27	16,59	13,42	-3,17	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 0,05%, debido a la baja estabilidad emocional que le brindan las familias, la estabilidad socioeconómica lo cual representa una tendencia inestable en proporción pasando del 0.00% en 2009 a 0,31 en 2021.

Epilepsias: Presenta una disminución de esta causa entre 2020 y 2021 de un 3,17% lo que significó una disminución en los casos de Lesión cerebral traumática, daño o cicatrices después de infecciones del cerebro, defectos de nacimiento que involucren al cerebro, daño cerebral que ocurre durante o cerca del nacimiento, lo cual representa una tendencia decreciente en proporción pasando del 15.35% en 2009 a 13,42% en 2021.

Adolescencia de 12 a 17 años (Curso de vida) _Total

Trastornos mentales y del comportamiento. – Presenta incremento entre 2020 y 2021 de un 3,50% en rojo lo que significó casos asociados de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con tendencia creciente en proporción pasando del 80,27% en 2009 a 82,08% en 2021.

Tabla 75. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida adolescencia por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,27	75,09	76,02	79,90	90,30	78,46	85,48	68,92	78,05	86,46	75,72	78,58	82,08	3,50	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,49	5,55	1,88	2,04	1,55	4,15	5,47	20,94	10,69	6,29	15,21	9,34	7,09	-2,25	
	Epilepsia	16,24	19,36	22,11	18,05	8,15	17,39	9,05	10,14	11,27	7,24	9,07	12,08	10,82	-1,25	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: Presenta una disminución de esta causa entre 2020 y 2021 de un -2,25% lo que significó mejoró el acompañamiento por parte de la red familiar en este ciclo lo cual representa una tendencia en proporción pasando del 3.49% en 2009 a 7,09% en 2021, con una variación entre 2020 y 2021 del -2,25%.

Epilepsias: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -1.25% lo que significó acciones institucionales para la atención de casos, lo cual representa una tendencia decreciente en proporción pasando del 16.24% en 2009 a 10,82% en 2021.

Juventud - 18 años a 28 años (Curso de vida) - Total

Trastornos mentales y del comportamiento. - El incremento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 0,89% en rojo, lo que significó un incremento en los casos debido a la estabilidad laboral y emocional, una tendencia creciente en proporción pasando del 77,21% en 2009 a 73,35% en 2021.

Tabla 76. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida Juventud por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,21	67,45	71,56	77,47	81,71	71,06	46,40	77,30	59,19	65,51	65,65	72,46	73,35	0,89	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,06	2,62	4,73	3,65	2,89	5,77	36,08	16,33	28,82	22,36	22,83	14,23	13,63	-0,60	
	Epilepsia	19,73	29,92	23,71	18,88	15,40	23,16	17,52	6,37	11,99	12,14	11,52	13,31	13,02	-0,29	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de -0,60% lo que significó un mayor manejo de los temas relacionados con la inestabilidad emocional, laboral, socioeconómica, lo cual representa una tendencia en proporción pasando del 3.06% en 2009 a 13,63% en 2021%.

Epilepsias: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -0,29% lo que significó una baja en los casos debido a los cuidados que se tienen en esta edad al momento de consumir alimentos, lo cual representa una tendencia decreciente en proporción pasando del 19,73% en 2009 a 13.02% en 2021.

Adultez – 29-59 (Curso de vida) - Total

Trastornos mentales y del comportamiento. - El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 9,61% lo que significó un incremento en la inestabilidad laboral y emocional, con tendencia creciente en proporción pasando del 74.06% en 2020 a 83,69% en 2021, siendo en el 2011 el año en el que se reportaron mayores casos de trastornos mentales y del comportamiento con un 84,96%.

Tabla 77. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida adultez por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	84,06	80,78	84,06	81,43	84,96	79,39	81,21	63,52	70,51	80,93	78,35	74,09	83,69	9,61	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,08	1,37	1,03	8,95	1,31	1,14	0,98	17,74	12,32	3,94	3,59	12,06	4,50	-7,56	
	Epilepsia	13,87	17,85	14,91	9,62	13,73	19,47	17,80	18,74	17,17	15,13	18,06	13,85	11,81	-2,05	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 7,56% lo que significó en las acciones que mejoraron la inestabilidad emocional, laboral, socioeconómica, lo cual representa una tendencia en proporción pasando del 2.08% en 2009 a 4.50% en 2021, siendo el año 2015 con el porcentaje más bajo de 0.55% y el 2016 con el más alto de 17.74%.

Epilepsias: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de -2,05% en verde, lo que significó una baja en los casos debido a los cuidados que se tienen en esta edad al momento de consumir alimentos, lo cual representa una tendencia baja en proporción pasando del 13,87% en 2009 a 11,87% en 2021 siendo el año 2012 con la cantidad casos más bajo de un 9.62% y el año 2014 con el más alto de un 19.47%.

Vejez de 60 años y más (Curso de vida) - Total

Trastornos mentales y del comportamiento. – La disminución de esta causa entre los años 2020 y 2021 fue de un -3,21%, lo que significó una variación positiva en los casos debido a la estabilidad emocional y socioeconómica la cual representa una tendencia decreciente en proporción pasando del 90.30% en 2009 a 84.74% en 2021, siendo en el 2021 el año en el que se reportaron menos casos de trastornos mentales y del comportamiento con un 84.74% y en el 2011 el año en el que más se presentó con un 93,39%.

Tabla 78. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida Vejez por enfermedades mentales en población total, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	90,30	91,23	93,39	91,83	92,94	87,11	91,85	89,30	92,72	90,51	89,34	87,95	84,74	-3,21
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,19	0,17	0,72	1,40	0,14	0,37	0,14	1,68	0,37	0,38	4,03	1,43	1,47	0,04
	Epilepsia	9,51	8,60	5,89	6,77	6,92	12,51	8,01	9,02	6,92	9,11	6,63	10,62	13,79	3,17

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 0.04%, lo que significó que hubo un incremento en los casos debido a la inestabilidad emocional, socioeconómica, lo cual representa una tendencia en proporción pasando del 0.19% en 2009 a 1,47% en 2021, siendo los años 2013 y 2015 los más bajos con 0,14% cada uno y el 2019 con el más alto de 4,03%.

Epilepsias: El incremento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 3,17% en rojo, lo que significó un incremento en los casos, lo cual representa una tendencia creciente en proporción pasando del 9.51% en 2009 a 13,79% en el 2021 siendo el año 2011 con la cantidad casos más bajo de un 5.89% y el año 2021 con el más alto de un 13.79%.

Primera infancia de 0 a 5 años (Curso de vida) – Hombres

Trastornos mentales y del comportamiento. – El incremento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 4,31 en rojo, lo cual representa una tendencia creciente en proporción pasando del 84,45% en 2020 a 88,76% en 2021, siendo el año 2013 con el menor caso reportado con un 76.51% y el año 2018 con el mayor en un 92,64.

Tabla 79. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida primera infancia por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	90,74	79,31	82,82	89,89	76,51	90,19	91,80	88,62	84,89	92,64	91,72	84,45	88,76	4,31
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,88	0,00	0,00	0,24	0,00	0,06	0,09	0,52	0,18	0,00	0,76	0,11	0,07	-0,05
	Epilepsia	7,38	20,69	17,18	9,87	23,49	9,75	8,11	10,87	14,93	7,36	7,52	15,44	11,18	-4,26

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: La baja de esta causa entre 2020 y 2021 fue de -0,05% lo que significó una baja en los casos debido a los cuidados en casa, acompañamiento familiar, cuidados médicos lo cual representa una tendencia baja en proporción pasando del 1,88% en 2009 a 0,07% en 2021.

Epilepsias: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -4,26% en rojo, lo que significó una disminución de casos influidos por lesión cerebral traumática, daño o cicatrices después de infecciones del cerebro, defectos de nacimiento que involucran al cerebro, daño cerebral que ocurre durante o cerca del nacimiento, lo cual representa una tendencia decreciente en proporción pasando de 15,44% en 2020 a 11,18% en 2021, siendo el año 2018 con el porcentaje más bajo de 7,36% y el más alto en el año 2013 con un 23,49.

Infancia de 6 a 11 años (Curso de vida) - Hombres

Trastornos mentales y del comportamiento. – La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 4,10% en rojo, siendo el año 2020 con el menor número de casos reportados con un 82,17% y el año 2015 con el mayor caso reportado con un 95,55% lo cual representa una tendencia creciente en proporción, pasando del 82,17% en 2020 a 86,27 en 2021.

Tabla 80. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en infancia por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,52	84,46	86,28	83,83	83,63	86,33	95,55	92,24	94,02	90,47	93,30	82,17	86,27	4,10
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,08	0,00	0,09	0,00	0,06	0,15	1,47	0,08	0,11	0,20	0,40	0,20
	Epilepsia	13,48	15,54	13,63	16,17	16,28	13,67	4,40	7,61	4,51	9,46	6,58	17,63	13,33	-4,30

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 0,20%, lo cual representa una tendencia decreciente en proporción, pasando del 0,20% en 2020 a 0,40 en 2021.

Epilepsias: la disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -4,30% en verde, lo que significó una disminución de los casos por lesión cerebral traumática, daño o cicatrices después de infecciones del cerebro, defectos de nacimiento que involucran al cerebro, daño cerebral que ocurre durante o cerca del nacimiento, lo

cual representa una tendencia decreciente en proporción pasando del 13.48% en 2009 a 13,33 en 2021, siendo el año 2015 con el reporte más bajo con un 4,40% y el más alto en el año 2020 con un 17.63%.

Adolescencia de 12 a 17 años (Curso de vida) - Hombres

Trastornos mentales y del comportamiento. – La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 4,55% de casos presentados producto de ansiedad generalizada, trastorno de pánico lo cual representa una tendencia creciente en proporción pasando del 77.48% en 2020 a 82,03% en 2021, siendo el año 2016 con el reporte más bajo de 71.08% y el más alto en el año 2013 con un 93.18%.

Tabla 81. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adolescencia por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,21	77,83	78,85	80,38	93,18	80,51	85,85	71,08	75,45	85,47	76,17	77,48	82,03	4,55
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,86	4,43	2,01	2,79	1,91	5,56	6,35	14,30	14,39	7,05	14,51	12,10	9,06	-3,04
	Epilepsia	17,94	17,74	19,14	16,83	4,91	13,93	7,80	14,62	10,16	7,47	9,32	10,42	8,91	-1,51

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de -3,04%, con una tendencia decreciente, pasando del 12.10% en 2020 a 9,06% en 2021, siendo el año 2009 con el menor reporte de 1.86% y el más alto en el año 2019 con un reporte de 14.51%.

Epilepsias: La reducción de casos en esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -3,04 %, lo que significó una disminución en los casos debido factores que pueden hacer que una persona sea más proclive a desarrollar esta afección; entre ellos, se incluyen una lesión cerebral, como las derivadas de los accidentes de tráfico una infección o enfermedad que repercutió sobre el desarrollo cerebral del feto durante el embarazo, falta de oxígeno en el cerebro del bebé durante el nacimiento lo cual representa una tendencia decreciente en proporción pasando del 10.42% en 2020 a 8,91% en 2021, siendo el año 2013 con el menor caso de un 4.91% y el más alto en el año 2011 con un 19.14%.

Juventud 18 años a 28 años (Curso de vida) - Hombres

Trastornos mentales y del comportamiento. - Esta causa presenta una disminución entre 2020 y 2021 con -0,68% en verde, lo que significó una tendencia decreciente en proporción pasando del 71,76% en 2020 a 71,09% en 2021, siendo el año 2017 con el menor porcentaje de 50,69% y el más alto con en 2013 con 83,83%.

Tabla 82. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en juventud por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	64,82	62,38	64,29	74,35	83,83	66,75	0,00	77,25	50,69	59,39	58,73	71,76	71,09	-0,68	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,19	3,76	7,00	3,98	3,28	8,82	79,79	18,76	39,22	31,33	32,53	18,19	18,98	0,79	
	Epilepsia	28,98	33,86	28,72	21,67	12,89	24,43	20,21	3,99	10,08	9,28	8,74	10,05	9,93	-0,12	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 0,79% en rojo, lo cual representa una tendencia creciente en proporción pasando del 18,19% en 2020 a 18,98% en 2021, siendo el año 2013 el más bajo con 3,28% y el más alto en el 2015 con un 79,79%.

Epilepsia: La disminución en esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -0,12%, lo que significó una baja en los casos debido a los cuidados que se tienen en esta edad al momento de consumir alimentos, lo cual representa una tendencia baja en proporción pasando de 10,05% en 2020 a 9,93% en 2021, siendo el año 2016 con el menor reporte de un 3,99% y el año 2010 con el más alto de un 33,86%.

Adulthood de 29 a 59 años (Curso de vida) - Hombres

Trastornos mentales y del comportamiento. - El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 18,49%, lo que significó una tendencia creciente en proporción, pasando del 63,05% en 2020 a 81,54% en 2021.

Tabla 83. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en adultez por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	75.02	73.38	82.97	76.81	82.25	76.77	0,00	0,00	0,00	76.67	68,09	63,05	81,54	18,49	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,09	2,81	2,02	15,46	2,63	2,09	0,00	61,91	57,20	7,83	7,69	22,83	6,76	-16,07	
	Enluisia	20,89	23,81	15,00	7,73	15,12	21,13	100,00	38,09	42,80	15,50	24,22	14,12	11,70	-2,42	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: Esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -16,07% en verde, lo que significó una tendencia decreciente en proporción, pasando del 22,83% en 2020 a 6,76% en 2021.

Epilepsia: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -2,42%, lo que significó una baja en los casos debido a los cuidados que se tienen en esta edad al momento de consumir alimentos, lo cual representa una tendencia baja en proporción, pasando del 14,12% en 2020 a 11,70% en 2021.

Vejez de 60 años y más (Curso de vida) – Hombres

Trastornos mentales y del comportamiento. – La disminución presentada en esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -9,37% en verde, lo que significó una tendencia decreciente en proporción pasando del 81,71% en 2020 a 72,35% en 2021, siendo en el 2021 el año en el que se reportaron menos casos de trastornos mentales y del comportamiento y el año 2011 el de mayor con 91,60%.

Tabla 84. Porcentaje de personas atendidas por curso de vida en vejez por enfermedades mentales en Hombres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	87,94	89,55	91,60	89,21	88,72	80,88	89,03	86,75	89,89	87,92	88,86	81,71	72,35	-9,37	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,29	0,25	1,79	3,54	0,07	0,76	0,13	2,19	0,43	0,71	1,01	2,86	2,95	0,08	
	Epilepsia	11,76	10,20	6,61	7,25	11,21	18,35	10,84	11,06	9,68	11,37	10,13	15,42	24,71	9,28	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 0,08%, lo que significó una tendencia creciente en proporción, pasando del 2,86% en 2020 a 2,95% en 2021, siendo el año 2013 con el porcentaje más bajo de 0,07% y el 2012 con el más alto de 3,54%.

Epilepsia: El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 9,28% en rojo, lo que significó una tendencia creciente en proporción pasando del 15,42% en 2020 a 24,71% en el 2021, siendo el año 2011 con la cantidad casos más bajo de un 6,61% y el año 2021 con el más alto en 24,71%.

Primera infancia de 0 a 5 años (Curso de vida) – Mujeres

Trastornos mentales y del comportamiento. – Esta causa presenta incremento entre 2020 y 2021 de un 6,07% en rojo, lo que significó una tendencia creciente en proporción, pasando del 70,72% en 2020 a 76,80% en 2021, siendo el año 2011 con el menor caso reportado con un 67,87% y el año 2018 con el mayor en un 90,77%.

Tabla 85. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en primera infancia por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,85	71,53	67,87	78,73	90,49	84,04	86,83	86,99	89,34	90,77	87,73	70,72	76,80	6,07	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,39	0,46	0,16	0,11	0,00	0,00	0,00	1,02	0,44	0,00	0,42	0,63	0,19	-0,44	
	Epilepsia	27,76	28,02	31,97	21,16	9,51	15,96	13,17	11,99	10,22	9,23	11,84	28,65	23,01	-5,64	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: Esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -0,44%, lo cual representa una tendencia decreciente en proporción pasando del 0,63% en 2020 a 0,19% en 2021.

Epilepsia: Esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 5,64% en verde, lo que significó una tendencia creciente en proporción, pasando del 28,65% en 2020 a 23,01% en 2021, siendo el año 2018 con el porcentaje más bajo de 9,23% y el más alto en el año 2011 con un 31,97%.

Infancia de 6 a 11 años (Curso de vida) – Mujeres

Trastornos mentales y del comportamiento. - El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 1,38%, lo que significó un incremento en los casos debido a las dificultades socio económicas, psicosociales que se presentan en la familia de estos niños, siendo el año 2011 con el menor caso reportado con un 68,55% y el año 2018 con el mayor caso reportado con un 90,93%, lo cual representa una tendencia creciente en proporción pasando del 88,88% en 2020 a 86,27% en 2021.

Tabla 86. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en infancia por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	81,52	76,22	68,55	77,43	78,76	79,02	83,80	87,24	88,69	90,93	82,58	84,88	86,27	1,38	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	0,36	0,06	0,31	0,35	0,17	-0,18	
	Epilepsia	18,48	23,59	31,45	22,57	21,24	20,98	16,20	12,44	10,95	9,02	17,11	14,77	13,57	-2,20	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: Esta causa entre 2020 y 2021 presenta una disminución de un -0,18%, lo que significó una tendencia creciente en proporción pasando del 0,35% en 2020 a 0,17 en 2021.

Epilepsia: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -1,20%, lo que significó una tendencia creciente en proporción pasando del 14,77% en 2020 a 13,57% en 2021, siendo el año 2018 con el reporte más bajo con un 9,02% y el más alto en el año 2011 con un 31,45%.

Adolescencia de 12 a 17 años (Curso de vida) - Mujeres

Trastornos mentales y del comportamiento. – El incremento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 1,60%, lo que significó una tendencia creciente en proporción pasando del 80,54% en 2020 a 82,14% en 2021, siendo el año 2016 con el reporte más bajo de 67,56% y el más alto en el año 2018 con un 88,19%.

Tabla 87. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en adolescencia por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Adolescencia (12-17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,33	71,97	72,05	79,26	83,95	76,30	84,85	67,56	81,80	88,19	75,08	80,54	82,14	1,60	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,12	6,82	1,69	1,01	0,74	2,66	4,01	25,13	5,33	4,98	16,22	4,44	4,67	0,23	
	Epilepsia	14,55	21,21	26,27	19,73	15,30	21,03	11,14	7,31	12,86	6,84	8,71	15,02	13,18	-1,84	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El incremento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 0.23% en rojo, lo que significó una tendencia en proporción pasando del 4,44% en 2020 a 4,67% en 2021, siendo el año 2013 con el menor reporte de 0.74% y el más alto en el año 2011 con un reporte de 25.13%.

Epilepsia: Esta causa entre 2020 y 2021 presentó una reducción del 1,84% en verde, lo que significó una tendencia decreciente en proporción, pasando del 15.02% en 2020 a 13,18% en 2021, siendo el año 2018 con el menor número de casos con 6,84% y el más alto en el año 2011 con un 26.27%.

Juventud 18 años a 28 años (Curso de vida) - Mujeres

Trastornos mentales y del comportamiento. – Esta causa entre 2020 y 2021 presentó un incremento de un 2,40% en rojo, lo que significó una tendencia creciente en proporción pasando del 74.28% en 2020 a 76,68% en 2021, siendo el año 2010 con el menor porcentaje de 71.47% y el más alto con un 84,30% en el año 2009.

Tabla 88. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en Juventud por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres												
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	84,30	71,47	78,19	80,91	77,92	75,68	82,30	77,57	78,85	78,15	78,03	74,28	76,68
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,27	1,72	2,66	3,28	2,19	2,51	2,27	2,69	4,74	3,82	5,47	3,84	5,73
	Epilepsia	14,43	26,80	19,15	15,81	19,89	21,81	15,43	19,74	16,41	18,03	16,50	21,88	17,59

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 1,89% en rojo, lo que significó una tendencia en proporción pasando de 3,84% en 2020 a 5,73 en 2021, siendo el año 2009 el más bajo con 1.27% y el más alto en el 2021 con un 5,73%.

Epilepsia: Esta causa entre 2020 y 2021 presentó una disminución de -4,29% en verde, lo que significó una tendencia decreciente en proporción pasando del 21,88% en 2020 a 17,59% en 2021, siendo el año 2009 con el menor reporte de un 14.43% y el año 2010 con el más alto de un 26,80%.

Adulthood 29 a 59 años (Curso de vida)

Trastornos mentales y del comportamiento. – Esta causa entre 2020 y 2021 presentó un incremento del 1,53% en rojo, lo que significó una tendencia creciente en proporción pasando del 84,78% en 2020 a 86,31% en 2021, siendo en el 2014 el año en el que se reportaron menos casos de trastornos mentales y del comportamiento con un 81.47% y en el 2015 el año en el que más se presentó con un 89,68%.

Tabla 89. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en adultez por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	88,91	85,30	84,77	86,98	87,01	81,47	89,68	83,90	87,61	84,31	83,27	84,78	86,31	1,53	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,00	0,48	0,38	1,14	0,31	0,39	1,09	3,58	1,43	0,86	1,63	1,62	1,76	0,14	
	Epilepsia	10,10	14,22	14,85	11,88	12,68	18,14	9,23	12,53	10,96	14,83	15,10	13,59	11,93	-1,66	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: El incremento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 0,14%, lo que significó una tendencia creciente en proporción pasando del 1,62% en 2020 a 1,76% en 2021, lo que significó una tendencia en proporción pasando del 1,62% en 2020 a 1,76% en 2021, siendo el año 2013 con el porcentaje más bajo de 0,31% y el 2016 con el más alto de 3,58%.

Epilepsia: Esta causa entre 2020 y 2021 presentó una disminución de un -1,66% en verde, lo que significó una tendencia decreciente en proporción pasando del 13,59% en 2020 a 11,93% en 2021, siendo el año 2015 con la cantidad casos más bajo de un 9,23% y el año 2014 con el más alto de un 18,14%.

Vejez de 60 años y más (Curso de vida) – Mujeres

Trastornos mentales y del comportamiento. - El aumento de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un 1,98% en rojo, lo que significó una tendencia creciente en proporción pasando del 91,63% en 2020 a 93,61% en 2021, siendo en el 2019 el año en el que se reportaron menos casos de trastornos mentales y del comportamiento con un 89,59% y en el 2013 el año en el que más se presentó con un 95,00%.

Tabla 90. Porcentaje de personas atendidas por Curso de vida en vejez por enfermedades mentales en Mujeres, Distrito de Santa Marta 2009 – 2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	91,44	92,09	94,34	93,10	95,00	90,95	93,37	90,78	94,14	91,91	89,59	91,63	93,61	1,98	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,14	0,13	0,15	0,37	0,17	0,13	0,14	1,38	0,34	0,20	5,69	0,58	0,41	-0,17	
	Epilepsia	8,42	7,78	5,51	6,53	4,82	8,91	6,49	7,84	5,53	7,89	4,72	7,79	5,98	-1,81	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISPRO- MINSALUD

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: Esta causa entre 2020 y 2021 presentó una disminución de -0,17%, lo que significó una tendencia en proporción pasando del 0,58% en 2020 a 0,41% en 2021, siendo el año 2010 con el porcentaje más bajo de 0,13% y el 2019 con el más alto con el 5,69%.

Epilepsia: La disminución de esta causa entre 2020 y 2021 fue de un -1,81% en verde, lo que significó una tendencia decreciente en proporción pasando del 7,79% en 2020 a 5,98% en el 2021, siendo el año 2013 con la cantidad casos más bajo de un 4,82% y el año 2014 con el más alto de un 8,91 %.

3.1.4 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Morbilidad Eventos de alto costo

En la morbilidad por alto costo se revisa la incidencia y prevalencia de la Enfermedad renal crónica fase 5, la enfermedad del VIH, utilizando la información de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las medidas de frecuencia (prevalencia e incidencia) en la semaforización y tendencia de los eventos de alto costo del distrito mostró su mayor impacto en la Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal con una tasa de 11,8 x100.000 afiliados con tendencia creciente en el último año para la Tasa de enfermedad renal crónica, para el caso de País registró una tasa decreciente de 9,55 x100.000 afiliados. El Distrito mostró semáforo de color amarillo para VIH notificada, tasa de incidencia de 24,30 x 100.00 afiliados, lo cual demuestra que hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador País y Distrito.

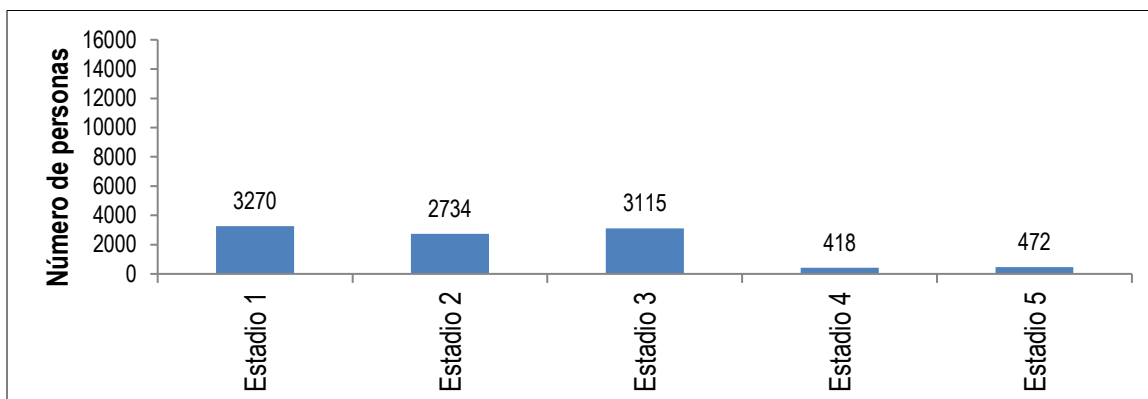
Tabla 91. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del Distrito de Santa Marta, 2010-2021

Evento	Colombia 2021	Santa Marta 2021	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	86,50	85,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	9,55	11,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada	20,02	24,30	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	0,00	0,00	-	-	-	-	↗	-	↗	-	↘	↗	-	↘	↗	↘	↗	-

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la cuenta de alto costo y SIVIGILA- SISPRO- MINSALUD. (Anexo 20)

El número de personas atendidas con enfermedad renal crónica disminuyó, pasando de 10.974 en 2020 a 10.009 en 2021, presentándose variaciones de 12,184% y de -9,006% para los estadios cuatro y cinco. El 33% de las personas se ubican en el estadio 1, el 31% en el estadio 3, el 27% en el estadio 2, el 4,7% en el estadio 5 y el 4,2% en el estadio 4.

Figura 45. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el Distrito de Santa Marta, año 2012 – 2021



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Información BDUA 2012-2021 - Cuenta De Alto Costo Consolidado

Tabla 92. Número de personas atendidas con Enfermedad Renal Crónica en el Distrito de Santa Marta, del 2012 al 2021 y variación porcentual

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variación 2020/2021
Número de personas con ERC en estadio 1	3.404	4.117	1.954	1.970	2.689	6.580	7.884	2.285	2.266	3.270	44,307%
Número de personas con ERC en estadio 2	2.689	2.681	1.201	1.456	1.598	5.059	5.742	2.334	2.973	2.734	-8,039%
Número de personas con ERC en estadio 3	4.242	4.919	4.527	5.035	5.315	6.321	7.102	5.741	4.826	3.115	-35,454%
Número de personas con ERC en estadio 4	319	387	376	469	642	748	865	730	476	418	-12,185%
Número de personas con ERC en estadio 5	272	278	250	341	404	436	528	487	433	472	9,007%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Información BDUA 2012-2021 - Cuenta De Alto Costo Consolidado

Tabla 93. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica por estadios en el Distrito de Santa Marta, años 2012 – 2021 y peso porcentual por estadio

Indicador	Número de personas por estadio 2021		%
Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 1 (número de personas)	Estadio 1	3.270	33%
Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 2 (número de personas)	Estadio 2	2.734	27%
Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 3 (número de personas)	Estadio 3	3.115	31%
Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 4 (número de personas)	Estadio 4	418	4,2%
Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 5 (número de personas)	Estadio 5	472	4,7%
Total		10.009	100%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Información BDUA 2012-2021 - Cuenta De Alto Costo Consolidado

Morbilidad de eventos precursores

Los eventos precursores se analizan utilizando las medidas relativas de desigualdad a través de la razón de prevalencia e intervalos de confianza al 95%. La serie 2011-2021 no presenta cambios significativos entre los valores de la diferencia relativa de País con 2,94 y Distrito con 3,35 para diabetes mellitus, sin embargo, muestran una tendencia creciente hasta 2019, la hipertensión en el Distrito observa un comportamiento también creciente en los últimos 6 años con tasa de 8,75 para País y 11,65 para Distrito, ambos indicadores registran

semáforo de color amarillo, lo cual demuestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador País y Distrito.

Tabla 94. Eventos precursores del Distrito de Santa Marta, 2006 -2021

Evento	Colombia 2021	Santa Marta 2021	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia de diabetes	2,94	3,35	1,2	1,2	1,4	1,9	2,0	2,5	2,9	3,7	3,5	3,2	3,4
			↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Prevalencia de hipertensión	8,75	11,65	5,3	5,3	6,1	7,0	7,3	8,8	10,0	10,5	10,5	10,5	11,7
			↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗

Fuente: elaboración propia a partir de datos en SISPRO- MINSALUD- (anexo 21 precursores)

3.1.5 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Se presenta a continuación el análisis de los eventos de mayor frecuencia y distribución espacial, utilizando la información entregada por el MSPS como insumo así: para la letalidad se tomaron los datos oficiales de mortalidad del SISPRO 2020 y SIVIGILA 2020, mientras que para el análisis de la tasa de incidencia se utilizaron los datos disponibles en SISPRO del año 2006 y 2020 para ser consistente con el análisis de la morbilidad general de este documento.

Los eventos semaforizado en verde son los de mayor importancia por su severidad, teniendo en cuenta que sus tasas de letalidad no son significativamente altos comparados con los valores del país.

Tabla 95. Semaforización de la letalidad de los eventos de notificación obligatoria del Distrito de Santa Marta, 2006-2020

Causa de muerte	Colombia 2020	Santa Marta 2020	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Causas externas																			
Accidentes biológicos																			
Accidente ofídico	4896	40	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗		
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	109443	925	-	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘		
Intoxicaciones																			
Exposición a flúor	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	↘	↗	↘		
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	33029	253	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗		
Laboral																			
Lesiones en menor trabajador	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Mental																			
Conducta suicida	26202	195,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘		
Violencia escolar	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Violencia																			

Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	1505	4,00	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	-	↗	↘
Violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer	10307	578	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘
No transmisibles																	
Cáncer																	
Cáncer (mama, cérvix)	8671	53,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘
Cáncer infantil	0,00	4,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	-	↗	↘	↗	↘	-
Congénitas																	
Defectos congénitos	6622	34	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	-	↘	↗	↗
Enfermedades raras	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-
Materno perinatal																	
Bajo peso al nacer	18477	215	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Morbilidad materna extrema	24451	440	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Mortalidad materna	607	11	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	-	↗	-	↗
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	9475	122	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Mental																	
Consumo de sustancias psicoactivas por vía endovenosa	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutrición																	
Vigilancia del estado nutricional en menores de 18 años	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Trasmisibles																	
Inmunoprevenibles																	
Difteria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Evento adverso seguido a la vacunación	0,00	1,00	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Meningitis Neisseria meningitis	0,00	0,00	-	↗	↗	↘	↘	↗	-	↘	-	-	-	-	↗	-	↘
Meningitis por Haemophilus influenzae	0,00	0,00	-	-	-	↗	-	↘	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-
Meningitis: meningocócico estreptococo pneumoniae	0,00	2,00	↗	↗	↗	↘	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	-
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	0,00	5,00	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Sarampión-rubeola	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Síndrome de rubeola congénita	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétanos accidental	0,00	1,00	-	-	↗	↘	↗	-	↘	-	↗	↗	↘	↗	-	↘	↗
Tétanos neonatal	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tosferina	0,00	1,00	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	-
Varicela	0,00	106	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Materno perinatal																	
Sífilis gestacional	0,00	86	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	-	↘	↗
Sífilis congénita		21	-														
Transmisión aérea y contacto directo																	
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	0,00	3,00	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Infección Respiratoria Aguda	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	0,00	438	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	-	↗	↘	↗
Lepra	0,00	1,00	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	-	↘	↗	↘	↘
Tuberculosis pulmonar	0,00	168	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	-
Tuberculosis extrapulmonar	0,00	23	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	-	↗	↗	↘	↗
Tuberculosis Todas las formas	0,00	191	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	-	↗	↗	↗
Meningitis tuberculosa	0,00	2,00	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘

Transmisión sexual y sanguínea																	
Hepatitis distintas a A	0,00	13	-	↗	↘	↗	↗	↘	-	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
VIH/SIDA	0,00	194	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Brucelosis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chagas crónico y agudo	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-
Cisticercosis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dengue	0,00	437	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Dengue grave	0,00	39	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	-	↗	↗	↗
Encefalitis: Nilo occidental, equina del oeste, venezolana	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedades de origen priónico	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiebre amarilla	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis cutánea	0,00	5,00	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘
Leishmaniasis mucosa	0,00	0,00	-	↗	↘	-	↗	-	↘	-	-	↗	↘	-	-	-	-
Leptospirosis	0,00	0,00	-	↗	-	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	-
Malaria	0,00	10	-	↗	↘	↘	-	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Malaria: vivax	0,00	5,00	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	-	↗	↘	↗	↘
Malaria: falciparum	0,00	3,00	-	↗	↘	↘	↘	↘	-	-	↗	↗	↘	-	↘	↗	-
Rickettsiosis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trasmitida por alimentos/suelo/agua																	
Cólera	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedad Diarreica Aguda	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedad Diarreica Aguda por rotavirus	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitis A	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ETA	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vectores																	
Chikungunya	0,00	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Vigilancia sanitaria																	
Uso y consumo																	
Consumo de antibióticos	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasas de incidencia PDSP																	
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	261,17	78,51	-	-	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	3,03	6,40	-	-	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,06	0,00	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de incidencia de Chagas	0,22	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,80	2,26	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗

Fuente: Elaboración propia a partir de datos en SIVIGILA, SISPRO- MINSALUD

Las notificaciones en el distrito muestran semáforo en verde, a continuación, se lista el comportamiento de las más importantes:

- Las Agresiones presentan un comportamiento creciente para 2020, se presentaron 925 agresiones, con una disminución del 22% comparado con 2019 que fueron 1125, tendencia decreciente para el último año.
- El accidente ofídico presentó una tendencia creciente entre 2019 y 2020 del 65%, situación similar la registra las Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas con un incremento del 36%.

- Las lesiones por pólvora se redujeron entre 2019 y 2020 en un 36%
- Los eventos adversos seguido a la vacunación adversos para 2020 se redujeron en un 83,4%
- La meningitis meningocócica estreptococo pneumoniae, se mantenido estable con dos casos en 2020
- La Parotiditis, se redujo en un 93% entre 2019 y 2020, mientras que la tuberculosis pulmonar se mantuvo estable con el mismo número de casos.
- Los casos de lepra se redujeron en un 50%
- Los casos notificados de VIH crecieron en un 4,3%
- Los casos de dengue entre 2019 y 2020 se redujeron en un 35,5%, el dengue grave creció en un 54%, mientras que la Leishmaniasis cutánea se redujo en un 44,5%.

Tabla 96. SemafORIZACIÓN de tasas de incidencias de los eventos de notificación obligatoria del Distrito de Santa Marta, 2006-2020

Causa de muerte	Colombia 2020	Santa Marta 2020	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	261,17	78,51	-	-	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	3,03	6,40	-	-	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,06	0,00	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	-	
Tasa de incidencia de Chagas	0,22	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-	
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,80	2,26	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos en SIVIGILA, SISPRO- MINSALUD

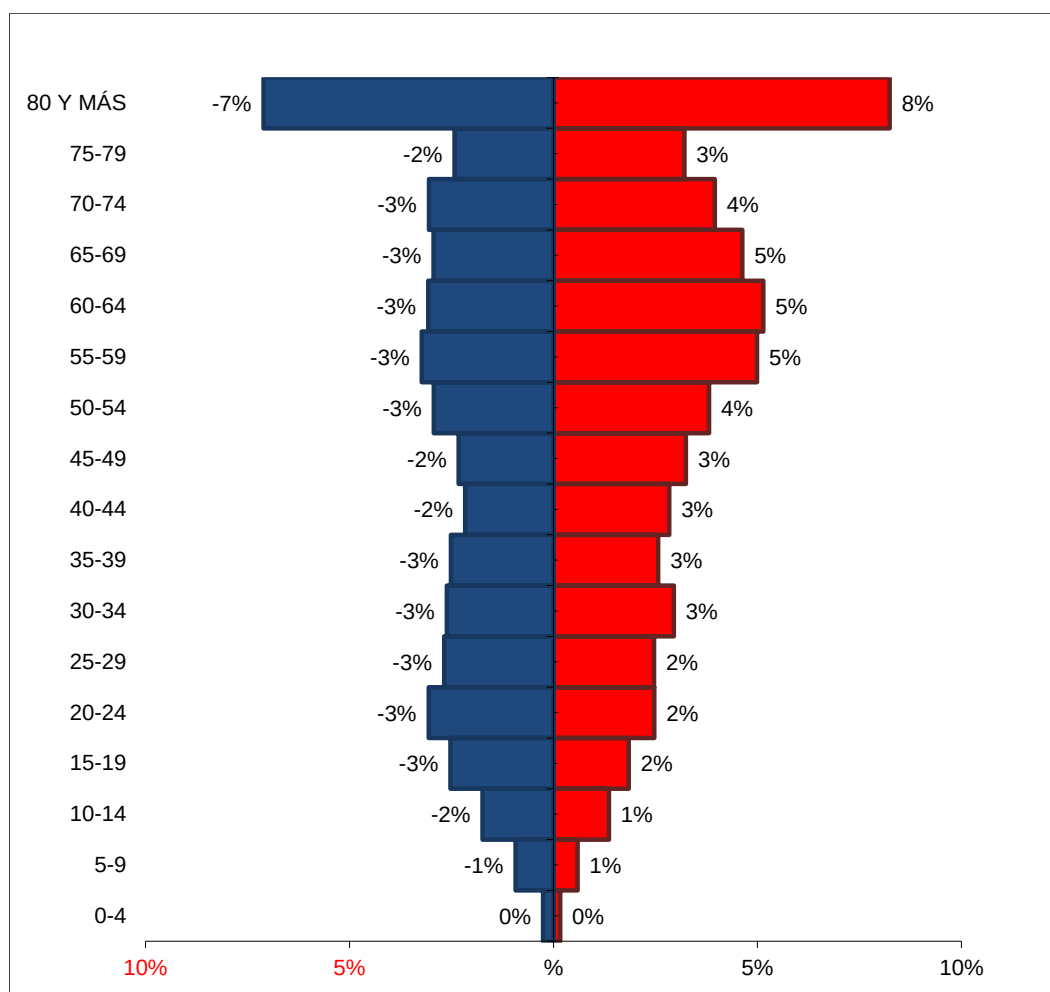
La Tasa de incidencia de dengue grave según Municipio de ocurrencia, para Santa Marta muestra una tendencia creciente hasta 2019 y presentó una caída en el año 2020, pasando de una tasa de 7,64x100.000 Hb en 2019 a 6,40x100.000 Hb en el año 2020, sin embargo, la tasa del distrito duplica a la presentada por País para 2020 con 3,03x100.000 Hb, el semáforo presentó color amarillo, lo cual demuestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador País y Distrito.

La Tasa de incidencia de sífilis congénita según Municipio de ocurrencia, para Santa Marta muestra una tendencia creciente para 2020, pasando de una tasa de 0,67x100.000 Hb en 2019 a 2,26x100.000 Hb en el año 2020, sin embargo, la tasa del distrito se mostró por debajo de la de País para 2020 con 2,80x100.000 Hb, el semáforo presentó color amarillo, lo cual demuestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador País y Distrito.

3.1.6 Análisis de la población con discapacidad

El Distrito de Santa Marta para 2021, cuenta con 19.000 personas con discapacidad, el 54,47% pertenecen al género femenino y el 45,53% al masculino. Según información RLCP- SISPRO- MISANLUD, de estos se encuentra en primer lugar la discapacidad por alteraciones permanentes de los ojos con el 22,50%, seguido por alteraciones en movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 22,28%, en tercer lugar, la discapacidad por alteración permanente en el sistema nervioso con el 16,79%, en cuarto lugar, en alteraciones permanente en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas con el 15,22%.

Figura 46. Pirámide de población en condición de discapacidad Santa Marta 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos en SIVIGILA, SISPRO- MINSALUD - Base datos 2021

3.1.7 Identificación de prioridades en la morbilidad

Prioridades de morbilidad por Subcausas

Enfermedades infecciosas y parasitarias
Infecciones respiratorias
Deficiencias nutricionales
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas
Prioridades de morbilidad por curso de vida
Condiciones transmisibles y nutricionales
Condiciones mal clasificadas
Condiciones transmisibles y nutricionales
Lesiones

Conclusiones Morbilidad

Para analizar de la morbilidad atendida se utilizó una serie de catorce (14) años 2009-2022, decreciente en el último año, arrojando un total por sexo de 1.693.156 registros de atenciones en 2022, con incremento del 19,27% con respecto al año 2021. Los adultos de 29 a 59 años reportan el 41,94% de todas las atenciones procesadas en 2022, seguido por la persona mayor de 60 años con el 27,95%, disminuyendo este último con respecto al año inmediatamente anterior, lo cual muestra una concentración del 42,51% en los grupos poblacionales mayores a 29 años.

En todos los cursos de vida desde primera infancia (0-5) hasta persona mayor (<60años), la causa que ocupa el primer lugar lo ocupa son las condiciones no trasmisibles, con una participación entre 35,62% y 83,85% del primero al último curso, seguida por las condiciones trasmisibles y nutricionales con un impacto con el 34,62% de la morbilidad para la primera infancia. Las condiciones mal clasificadas ocupan un segundo lugar para la infancia y adolescencia con porcentajes de 21,28% para el primero y de 22,06% para el segundo.

La morbilidad específica para condiciones materno-perinatales mostraron su mayor impacto en las condiciones maternas, disminuyendo del 93,21% en 2009 al 85,87% en 2022, con una variación porcentual de -3,16%.

La tendencia de las principales causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles en el periodo 2009-2022 mostró su mayor impacto en las enfermedades cardiovasculares, representando el 17,97% en 2009 y aumentando significativamente a 20,12% en 2022.

La tendencia de las principales causas de morbilidad por lesiones 2009-2022 las lesiones no intencionales, que eran del 6,27% en 2009, tuvieron una ligera disminución al 6,50% en 2022, con una variación de -1,32% entre 2021 y 2022

La morbilidad específica para condiciones materno-perinatales en hombres, mostraron su mayor impacto en las condiciones derivadas durante el periodo perinatal, representando el 81,75% en 2009. Aunque experimentó una ligera disminución en 2022 con un 89,03%, se observó una variación porcentual negativa del 5,94% con respecto a 2021.

La tendencia de las principales causas de morbilidad por las enfermedades no transmisibles 2009-2022 mostraron su mayor impacto en las enfermedades cardiovasculares con 17,33% en 2009, tendencia creciente para 2022 con 20,29% y variación porcentual del -1,87% entre los años 2021-2022, la prevalencia de las principales causas de morbilidad por lesiones en hombres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en

traumatismos, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas, representando el 94,24% en 2009 y descendiendo a 93,22% en 2022.

La prevalencia de las principales causas de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en enfermedades infecciosas y parasitarias, representando el 44,40% en 2009 y disminuyendo a 44,68% en 2022.

La morbilidad específica para condiciones materno-perinatales en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en condiciones maternas, representando el 95,76% en 2009 y disminuyendo a 92,30% en 2022.

La prevalencia de las principales causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en enfermedades cardiovasculares, representando el 18,30% en 2009 y disminuyendo a 20,03% en 2022.

La prevalencia de las principales causas de morbilidad por lesiones en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas, con un 92,43% en 2009, disminuyendo a 91,48% en 2022. Trastornos mentales y del comportamiento. Presenta un incremento de esta causa entre 2009 y 2021, pasando de 84,65% a 86,27%, mientras que entre 2020 y 2021 la variación en rojo fue de 3,12%, lo cual representa una tendencia creciente. El número de personas atendidas con enfermedad renal crónica disminuyó, pasando de 10.974 en 2020 a 10.009 en 2021, presentándose variaciones de 12,184% y de -9,006% para los estadios cuatro y cinco.

El Distrito de Santa Marta para 2021, cuenta con 19.000 personas con discapacidad, el 54,47% pertenecen al género femenino y el 45,53% al masculino. Según información RLCP- SISPRO- MISANLUD, de estos se encuentra en primer lugar la discapacidad por alteraciones permanentes de los ojos con el 22,50%, seguido por alteraciones en movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 22,28%, en tercer lugar, la discapacidad por alteración permanente en el sistema nervioso con el 16,79%, en cuarto lugar, en alteraciones permanente en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas con el 15,22%.

3.2 Análisis de la mortalidad

3.2.1 Mortalidad general

La mortalidad en el D.T.C.H. de Santa Marta presenta un comportamiento creciente tal como se analizó en el capítulo anterior, con un total de 3.323 defunciones en 2020, con cambios fluctuantes en los quince años de estudio, para el año 2021 se presentaron 4.566 defunciones certificadas en DANE, cuyo peso porcentual en el departamento representó el 48,24% y el 1,25% del total Nacional y un incremento del 34,7% con respecto al año 2020.

Las Neoplasias continúan en esta estructura con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 163,6 x 100.000 habitantes, con tendencia sostenida y una diferencia de 0,6 puntos porcentuales más a la observada el año anterior, siendo los Tumores in Situ la causa que presenta la mayor diferencia de muertes en las dos últimas vigencias seguida por los tumores malignos de próstata cuyo aporte fue de 5 defunciones más respecto.

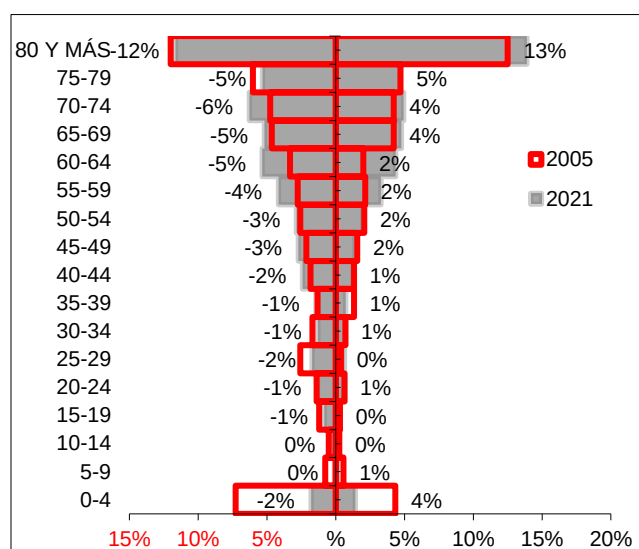
Tabla 97. Número de defunciones certificadas en Santa Marta D.T.C.H. 2005 – 2021

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	1.606	1.747	1.927	1.790	1.901	1.853	2.033	2.173	2.244	2.382	2.386	2.211	2.323	2.599	2.586	3.323	4.566
MASCULINO	913	1.041	1.170	1.015	1.094	1.017	1.184	1.282	1.235	1.311	1.291	1.196	1.247	1.376	1.383	1.816	2.498
FEMENINO	693	706	757	775	807	836	849	891	1.009	1.071	1.095	1.015	1.076	1.223	1.203	1.507	2.068

Fuente: Elaboración propia basado en datos DANE – CUBO SISPRO 2022 – MINSALUD- (T25)

La Razón de mortalidad hombre/Mujer es 120,79 con variaciones muy significativas por edad y sexo como se aprecia en la siguiente pirámide, donde las edades extremas experimentaron cambios inversamente proporcionales entre ellos, estrechándose la base con la reducción de muertes en población menor de 5 años entre 2005-2020, mientras que la cúspide se expande mucho más.

Figura 47. Mortalidad por edad y sexo en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE – SISPRO – MINSALUD – Anexo 9

Índices demográficos

Relación hombres/mujer. - En el año 2005 por cada 131 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2021 por cada 121 hombres, había 100 mujeres.

Razón niños mujer. - En el año 2005 por cada 187 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2021 por cada 57 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.

Índice de infancia. - En el año 2005 de 100 personas, 14 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2021 este grupo poblacional fue de 4 personas.

Índice de juventud. - En el año 2005 de 100 personas, 6 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2021 este grupo poblacional fue de 5 personas.

Índice de vejez. - En el año 2005 de 100 personas, 58 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2021 este grupo poblacional fue de 66 personas.

Índice de envejecimiento. - En el año 2005 de 100 personas, 427 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2021 este grupo poblacional fue de 1705 personas.

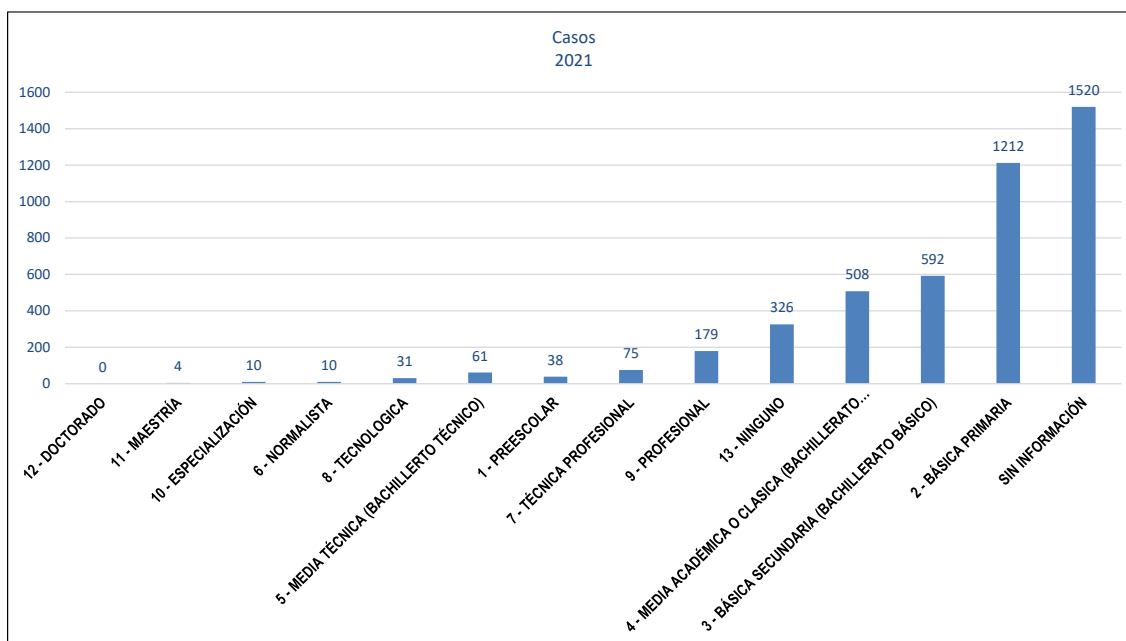
Índice demográfico de dependencia. - En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 201 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2021 este grupo poblacional fue de 154 personas.

Índice de dependencia infantil. - En el año 2005, 41 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2021 fue de 10 personas.

Índice de dependencia mayores. - En el año 2005, 160 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2021 fue de 144 personas.

Índice de Friz. - Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

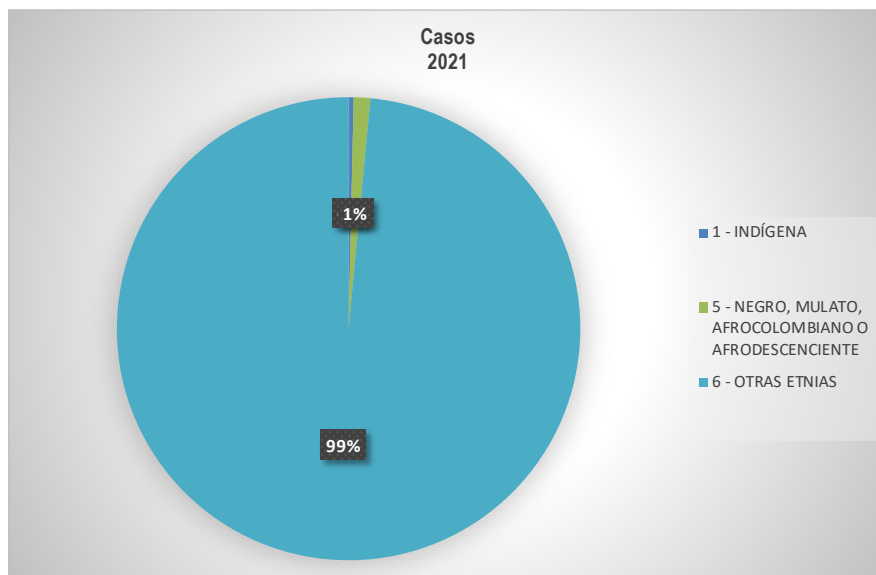
Figura 48. Mortalidad general y nivel educativo en el Distrito de Santa Marta 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE – SISPRO – MINSALUD-(Anexo T39)

Los grupos étnicos que hacen presencia en el Distrito de Santa Marta aportaron un 1% del total de las defunciones en 2020, tendencia decreciente entre los años 2020 y 2021 en estudio. Las defunciones en otras etnias representaron el 99% de todas las defunciones en este grupo poblacional.

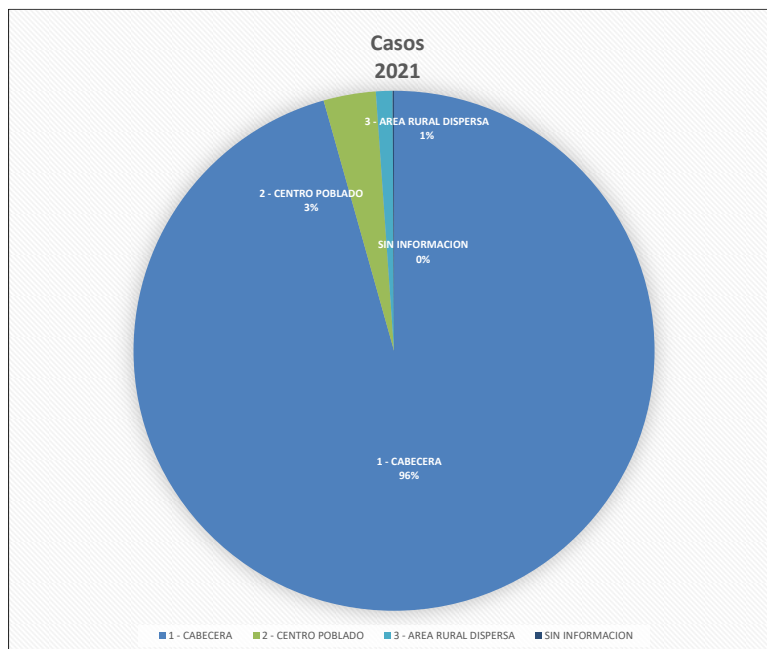
Figura 49. Mortalidad general y etnia en el Distrito de Santa Marta 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE – SISPRO – MINSALUD – Anexo tabla 42

La mortalidad en el área urbana predomina con 93% sobre la zona rural, no obstante, el riesgo de morir en zona rural es un 80% más alto que en área urbana, con una participación en la mortalidad del distrito del 2,2% de las personas que habitan en zona rural, mientras que la urbana representa el 97% de los casos.

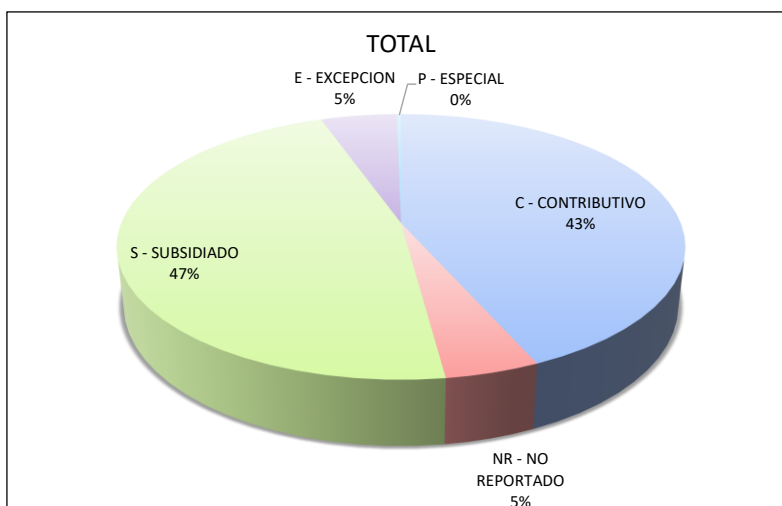
Figura 50. Mortalidad general y zona geográfica en el Distrito de Santa Marta 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE – SISPRO – MINSALUD- (Anexo T43)

La mayor cobertura de aseguramiento en las personas fallecidas en el 2021 de acuerdo con el sistema de aseguramiento se pudo establecer que 5% de las personas fallecidas no se encontraban cubiertas por ningún régimen de seguridad social, así como también el más alto porcentaje pertenecen al régimen subsidiado y el 47% al régimen subsidiado, mientras que el régimen contributivo contribuye con 43%.

Figura 51. Mortalidad general y Régimen en el Distrito de Santa Marta. 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE – SISPRO – MINSALUD-(Anexo T40)

3.2.2 Mortalidad general por grandes causas

Durante el periodo de 2005 a 2021, se evidencia que las enfermedades del sistema circulatorio mantienen su posición como la principal causa de mortalidad, con una tendencia creciente en los años 2014 y 2018. Específicamente, las muertes por enfermedades isquémicas del corazón representan el 30.7% del total de mortalidades.

La segunda causa de mortalidad son las "Demás causas", que muestran una tendencia creciente en 2018 y 2019. En 2018, la tasa fue de 176.8 por 100,000 habitantes, un aumento significativo en comparación con los años anteriores. En 2021, estas causas experimentaron un incremento del 18% en las defunciones, especialmente en enfermedades hipertensivas, que aumentaron en un 25%. Esto llevó a que las "Demás causas" representaran un 28.3% del total de mortalidades en 2021, un incremento notorio comparado con años anteriores.

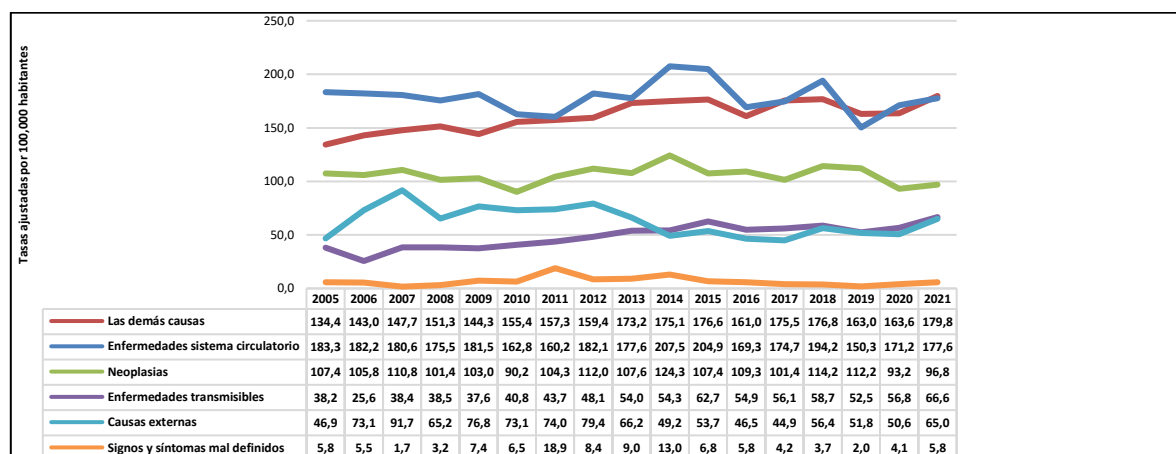
Las neoplasias siguen siendo una causa importante de mortalidad, con una tasa ajustada por edad de 163.6 por 100,000 habitantes en 2021, mostrando una diferencia de 0.6 puntos porcentuales respecto al año anterior. Los tumores in situ son la principal diferencia de muertes en las dos últimas vigencias, seguidos por los tumores malignos de próstata, que contribuyeron con 5 defunciones más respecto a 2016

Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan la tercera posición, con tasas de mortalidad que variaron en un 2% más en comparación con el año 2019 y un 20.5% más alto en comparación con 2005. En 2021, representan el 16.9% del total de mortalidades.

Las causas externas experimentaron un aumento del 4% respecto a 2019, constituyendo el 1.1% del total de mortalidades en 2021.

Los signos y síntomas mal definidos han mostrado una disminución constante desde el año 2014, con una reducción del 13.0% en 2021, representando el 0.2% del total de mortalidades.

Figura 52. Tasa de mortalidad ajustada total por edad del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD – (Anexo 11)

De la tabla de hombres podemos hacer un análisis por cada una de las categorías:

Enfermedades del sistema circulatorio:

A lo largo de los años, se observa una variación en las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. En 2021, la tasa se mantiene estable en comparación con el año anterior (208,0), indicando una continuidad en la tendencia decreciente desde el año 2016.

Las demás causas:

Aunque ha habido fluctuaciones en las tasas a lo largo del tiempo, en 2021 se registra un aumento significativo en comparación con el año anterior (193,5), lo que sugiere una tendencia creciente.

Causas externas:

La tendencia de las causas externas ha mostrado variabilidad en las tasas a lo largo de los años.

En 2021, la tasa aumenta significativamente a 115,0 en comparación con el año anterior (90,1), indicando un incremento en esta categoría.

Neoplasias:

A pesar de las variaciones, las neoplasias mantienen una tendencia creciente desde 2016. En 2021, la tasa disminuye en comparación con el año anterior (104,4), pero aún refleja una preocupación por las enfermedades oncológicas.

Enfermedades transmisibles:

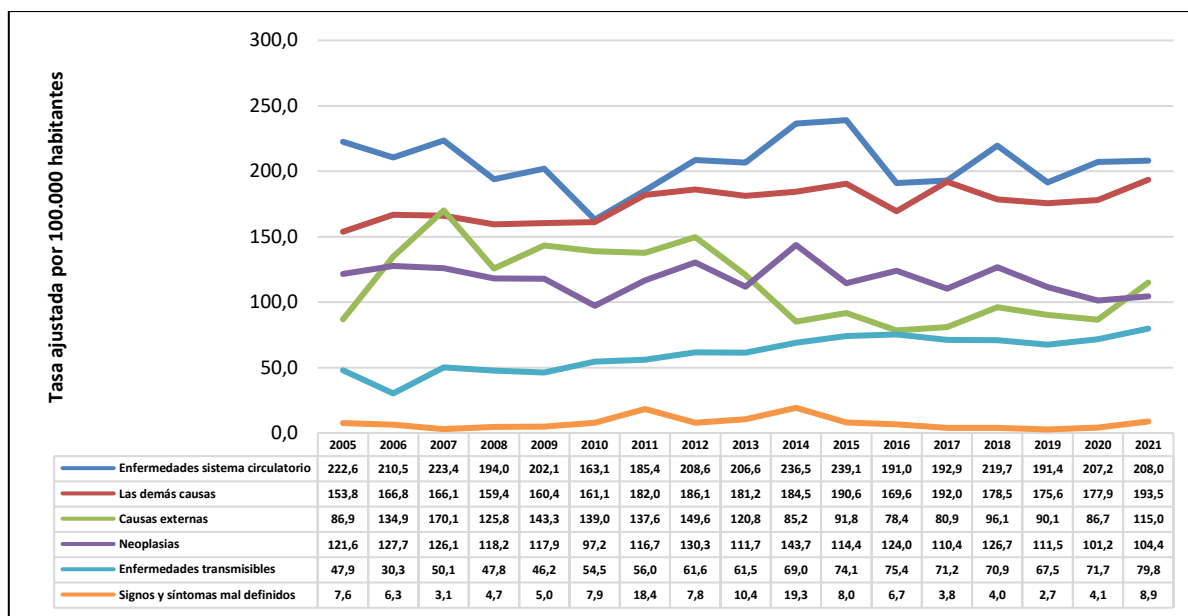
Aunque se observa una tendencia decreciente en los últimos años, en 2021 la tasa vuelve a aumentar (79,8), indicando la importancia de seguir monitoreando esta categoría.

Signos y síntomas mal definidos:

Se observa una variabilidad en las tasas a lo largo del tiempo, y en 2021 hay un aumento en comparación con el año anterior (8,9).

En resumen, mientras algunas categorías muestran tendencias decrecientes, como las enfermedades del sistema circulatorio y, en algunos años, las enfermedades transmisibles, otras categorías presentan aumentos significativos, como las demás causas, las causas externas y los signos y síntomas mal definidos. Este análisis subraya la importancia de una vigilancia continua para entender las dinámicas de la mortalidad y orientar estrategias de salud pública.

Figura 53. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD – (Anexo 11)

En mujeres el análisis de la mortalidad en mujeres hasta el año 2021, se pueden destacar las siguientes observaciones:

Las demás causas:

A lo largo de los años, se observa una variabilidad en las tasas de mortalidad por "Las demás causas". En 2021, la tasa aumenta a 170,1, mostrando una tendencia creciente en comparación con el año anterior (153,5).

Enfermedades del sistema circulatorio:

Las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio han experimentado fluctuaciones a lo largo del tiempo. En 2021, la tasa se incrementa a 152,7, indicando un aumento significativo con respecto al año anterior (142,6).

Neoplasias:

Aunque ha habido cierta variabilidad, las tasas de mortalidad por neoplasias muestran una tendencia a la baja en 2021 (87,8), comparado con el año anterior (92,0).

Enfermedades transmisibles:

A lo largo de los años, se observa una variación en las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles. En 2021, la tasa aumenta a 56,1, lo que representa un incremento significativo en comparación con el año anterior (44,1).

Causas externas:

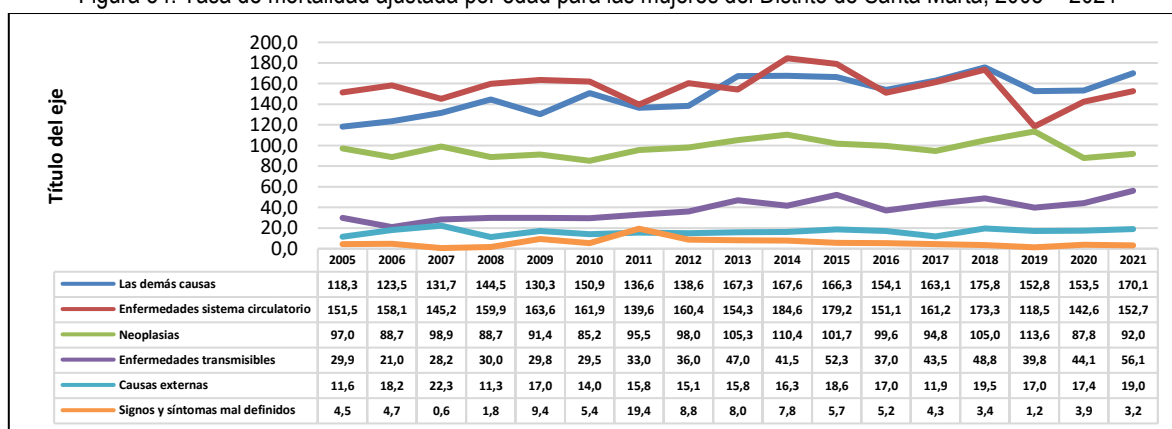
Las tasas de mortalidad por causas externas presentan ciertas variaciones a lo largo del periodo analizado. En 2021, la tasa aumenta a 19,0, mostrando un aumento significativo en comparación con el año anterior (17,4).

Signos y síntomas mal definidos:

A lo largo del tiempo, las tasas de mortalidad por signos y síntomas mal definidos han experimentado variaciones. En 2021, la tasa aumenta a 3,2, en comparación con el año anterior (3,9).

En resumen, el análisis de la tendencia de mortalidad en mujeres destaca aumentos significativos en las tasas de "Las demás causas", enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades transmisibles, causas externas y signos y síntomas mal definidos en 2021 en comparación con el año anterior. Solo las tasas de neoplasias muestran una tendencia a la baja en este periodo. Estos hallazgos subrayan la importancia de un monitoreo continuo para entender y abordar las dinámicas de la mortalidad en la población femenina.

Figura 54. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD – (Anexo 11)

La probabilidad de morir por enfermedades de "Las demás causas" es aproximadamente veintitrés veces más alta en el sexo masculino en comparación con el sexo femenino, según las tasas de mortalidad observadas.

La probabilidad de fallecer por enfermedades transmisibles es significativamente mayor en hombres, siendo aproximadamente cincuenta y tres veces más alta en comparación con mujeres, según las tasas de mortalidad correspondientes

La probabilidad de morir por neoplasias es considerablemente más alta en hombres, siendo alrededor de treinta y cinco veces más elevada que en mujeres, según las tasas de mortalidad registradas.

Estos resultados resaltan las disparidades significativas en las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres en relación con diferentes categorías de causas. Es crucial tener en cuenta estas diferencias al diseñar estrategias de salud pública y programas de prevención, centrándose en abordar las necesidades específicas de cada género para lograr una atención más efectiva y equitativa.

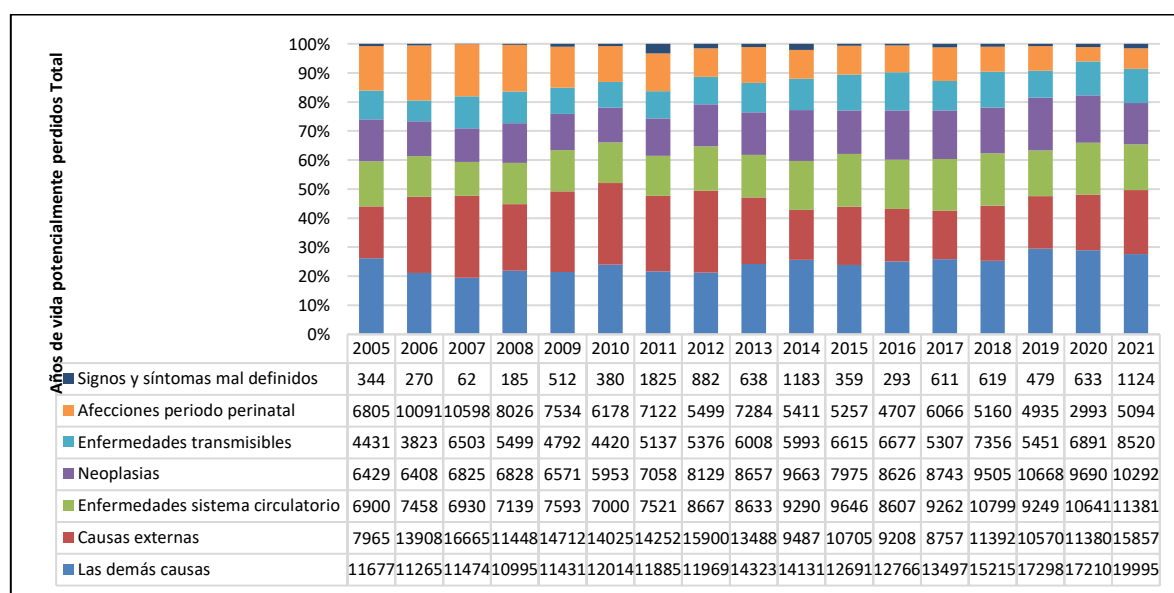
Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP total

En el año 2021, se estimaron un total de 72,261 años de vida potencialmente perdidos en el Distrito de Santa Marta, mostrando un aumento del 21.78% en comparación con el valor del año anterior (59,438). Las afecciones perinatales experimentaron un aumento del 70.19% en 2021. Aunque este aumento es significativo, representa una mejora en comparación con la disminución del 39.31% observada en 2020.

Hubo un aumento del 77.45% en los años de vida perdidos debido a signos y síntomas mal definidos en 2021. Este aumento es similar al observado en 2020 (76.32%), destacando la importancia de abordar esta categoría.

Este análisis comparativo resalta las tendencias específicas por causa, proporcionando información valiosa para identificar áreas que requieren atención y estrategias de intervención en el Distrito de Santa Marta.

Figura 55. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP Total por grandes causas lista 6/67 del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



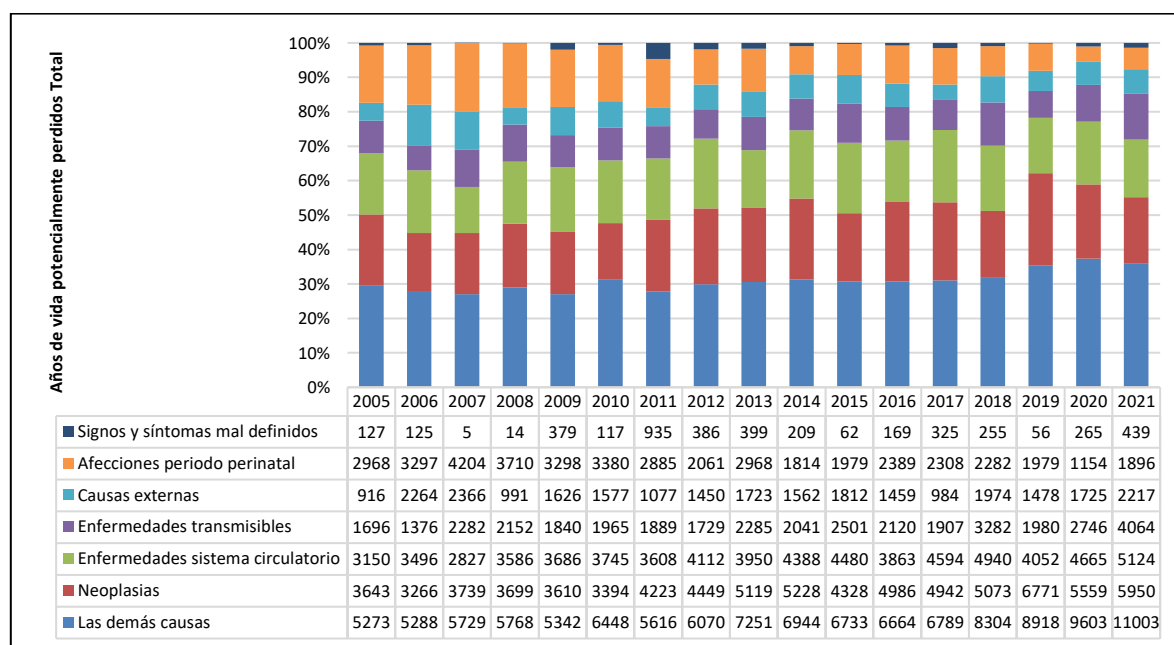
Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD- (Anexo 3 figuras)

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP mujeres

Los años de vida potencialmente perdidos en mujeres en el Distrito de Santa Marta representaron el 43% del total en el año 2020 y el 40% en el acumulado de los catorce años de estudio. Entre las principales causas que ocasionan el mayor número de muertes prematuras en este sexo se encuentran las "Demás Causas" con un total de 3,532.3 AVPP en 2021, lo que significa el 37% de los años perdidos en ese año, mostrando un incremento en comparación con 2020 (3,469.9 AVPP). Le siguen las "Neoplasias" con 2,064.6 años de vida potencialmente perdidos en 2021, que representaron el 21.6% del total, mostrando una ligera disminución respecto a 2020 (1,989.2 AVPP).

En resumen, el análisis de los años de vida potencialmente perdidos en mujeres en 2021 revela cambios en las principales causas de muertes prematuras, con un aumento significativo en las enfermedades transmisibles y una disminución en las neoplasias. Es crucial continuar monitoreando y abordando específicamente las causas que contribuyen al total de AVPP en mujeres para implementar estrategias de prevención y mejora de la salud.

Figura 56. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del Distrito de Santa Marta 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Anexo 3 figuras)

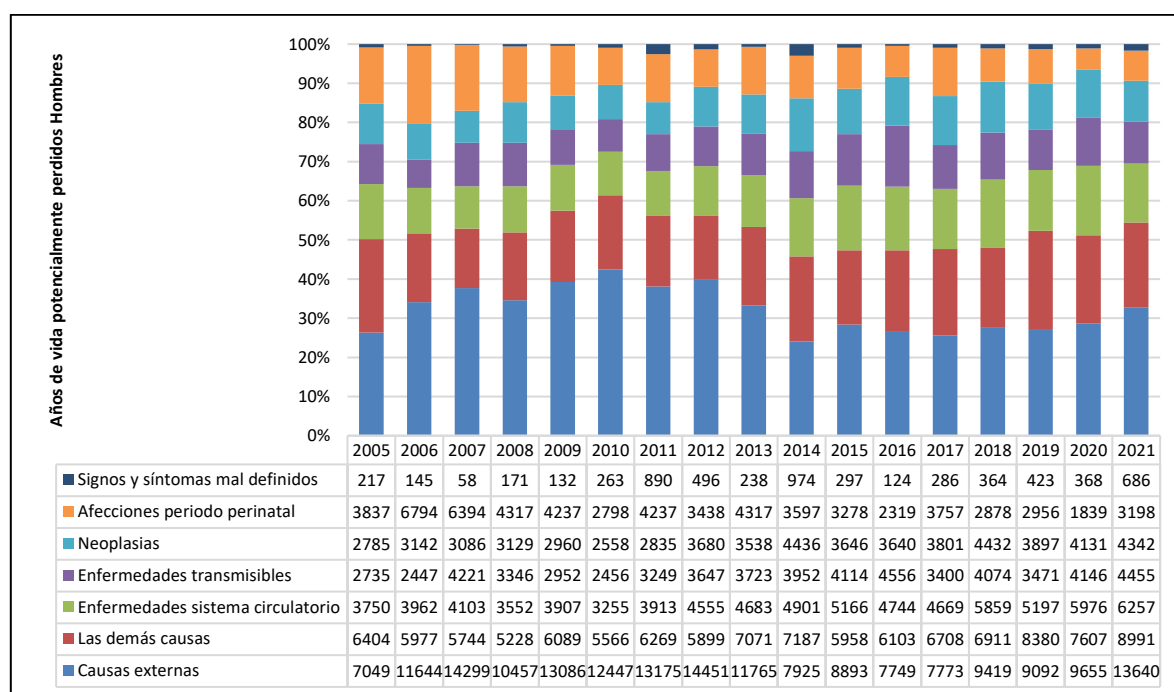
Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres

Los años de vida potencialmente perdidos en hombres en el Distrito de Santa Marta representaron el 57% del total en el año 2020 y el 60% en el acumulado de los catorce años de estudio. Entre las principales causas que ocasionan el mayor número de muertes prematuras en este sexo se encuentran las "Causas Externas" con un total de 4,916.4 AVPP en 2021, que significa el 37% de los años perdidos en ese año, mostrando un aumento en comparación con 2020 (3,524.8 AVPP). Le siguen las "Las Demás Causas" con 3,681.0 años de vida

potencialmente perdidos en 2021, que representaron el 28% del total, mostrando un aumento respecto a 2020 (3,579.0 AVPP).

Las "Enfermedades del Sistema Circulatorio" contribuyeron con 2,711.0 AVPP en 2021, representando el 21% del total y mostrando un aumento en comparación con el año anterior (2,410.0 AVPP). Las "Neoplasias" aportaron el 14% de los AVPP, con 1,780.4 AVPP en 2021, mostrando una ligera disminución respecto a 2020 (1,775.2 AVPP). Las "Enfermedades Transmisibles" contribuyeron con 1,775.4 AVPP en 2021, representando el 13.6% del total y mostrando un aumento significativo en comparación con 2020 (1,450.3 AVPP). Los "Signos y Síntomas Mal Definidos" representaron el 2.7% del total en 2021, con 270.3 AVPP, mostrando un aumento en comparación con 2020 (140.9 AVPP).

Figura 57. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del Distrito de Santa Marta 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Anexo 3 figuras)

3.2.2.1 Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Durante el período de 2005 a 2021, las demás causas continuaron siendo la principal fuente de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en la población del Distrito de Santa Marta. La tasa de AVPP alcanzó su punto máximo en 2019 con 3518,0, representando un aumento significativo desde 2013 (3375,3). Sin embargo, en 2020, se observó un ligero descenso, registrando 3360,7 AVPP, y se mantuvo en 3810,4 en 2021, mostrando una tendencia al alza nuevamente.

En segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio siguieron contribuyendo de manera significativa a la carga de AVPP en el Distrito de Santa Marta, manteniendo un comportamiento consistente con la estructura

general de la mortalidad. No se proporcionan cifras específicas para cada año, pero la tendencia general sigue siendo similar a los años anteriores.

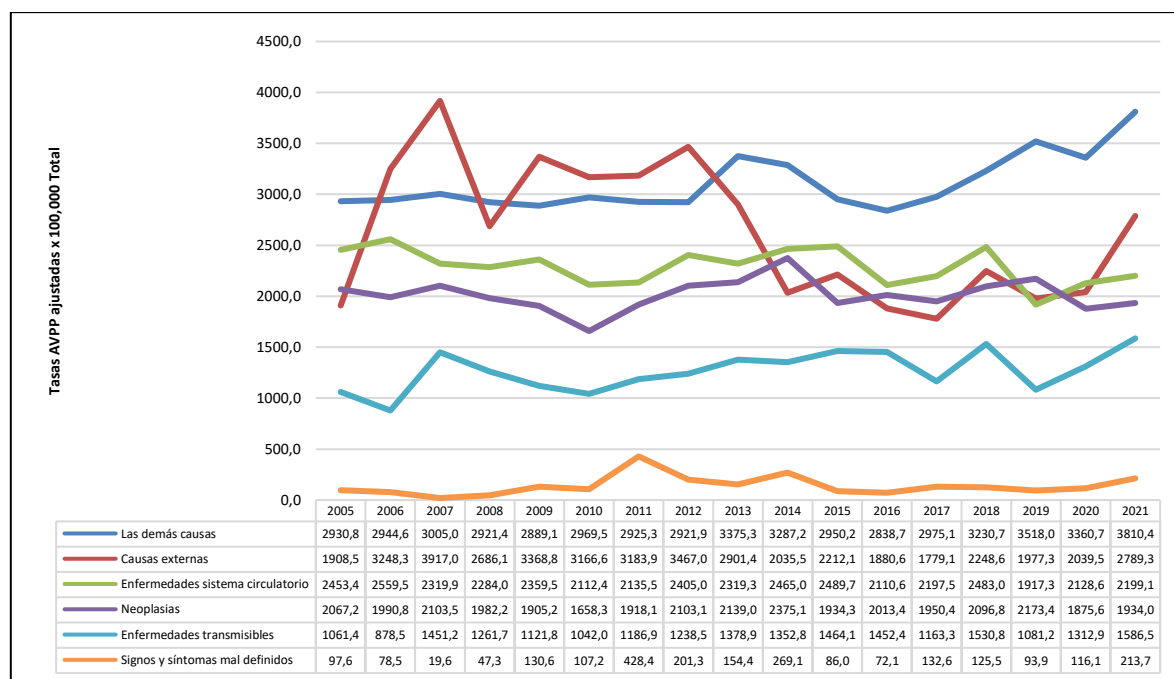
En tercer lugar, las causas externas presentaron una tasa de 2039,5 AVPP por cada 100.000 habitantes en 2021. Aunque estas causas mostraron una tendencia decreciente desde 2014 hasta 2019, en 2021 se observa un aumento en comparación con el año anterior (1977,3). Este incremento podría indicar la necesidad de una atención continua en la prevención de lesiones y eventos relacionados con causas externa.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, las tasas ajustadas de AVPP revelan un aumento constante, alcanzando 1586,5 en 2021. Esto indica la persistencia de muertes prematuras, especialmente entre la población más joven, y subraya la importancia de abordar las enfermedades infecciosas y transmisibles.

Los signos y síntomas mal definidos, aunque muestran una tendencia general con un ligero aumento, siguen siendo bajos en valores absolutos. En 2021, la tasa fue de 213,7, mostrando un aumento desde 2020 (116,1), pero en general, indicando un impacto relativamente bajo en la población joven.

En resumen, el análisis hasta 2021 destaca la persistencia de las demás causas como la principal fuente de AVPP, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio. Se observa un aumento en las tasas de AVPP por causas externas y enfermedades transmisibles, señalando áreas de atención continua en la salud pública del Distrito de Santa Marta.

Figura 58. Tasa de AVPP por grandes causas total lista 6/67 general del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

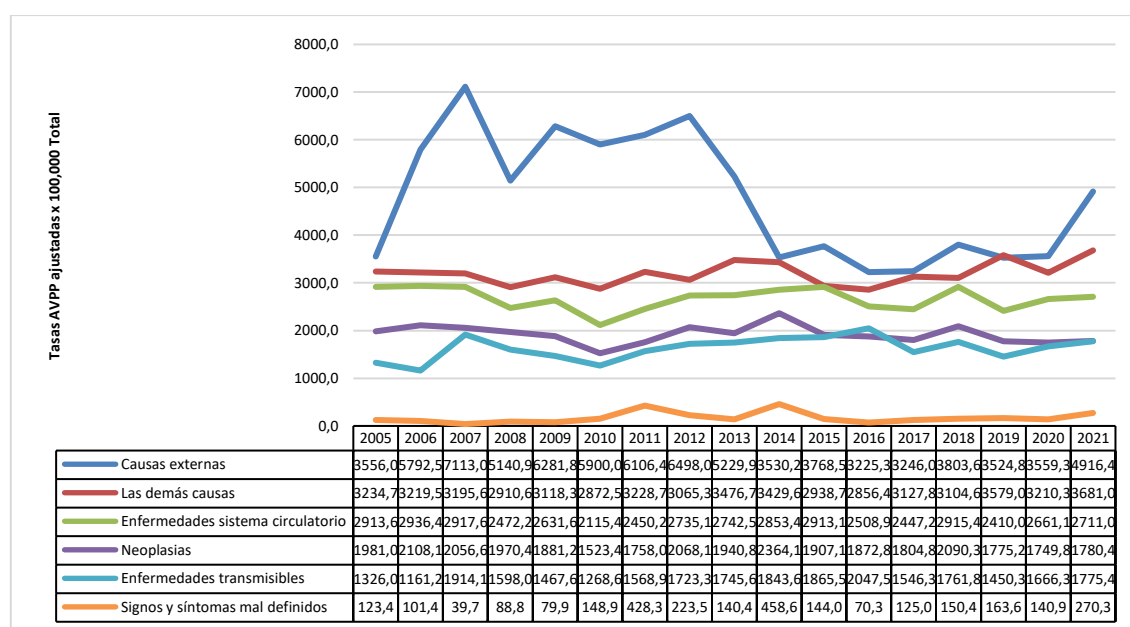


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Anexo 3 figuras)

Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

En los hombres las Causas Externas presentan las tasas ajustadas, con mayor pérdida de años potenciales de vida, observando el mayor valor en el año 2018 cuya tasa fue de 3803,6 AVPP x 100.000 hombres y una tendencia creciente cuya tasa en el 2021 de 4916,4 AVPP x 100.000 hombres. En segundo lugar, se encuentran las Demas Causas con una tasa de 36,81,0 AVPP x 100.000 hombres, con tendencia fluctuante, pero con incremento al final del periodo de análisis. Las enfermedades del sistema circulatorio se sitúan en tercer lugar de impacto con una tasa de 2711,0 AVPP x 100.000 habitantes hombres con una tendencia al aumento en el año 2020 y un bajón en el año 2019 (2410,0).

Figura 59. Tasa de AVPP grandes causas lista 6/67 en hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

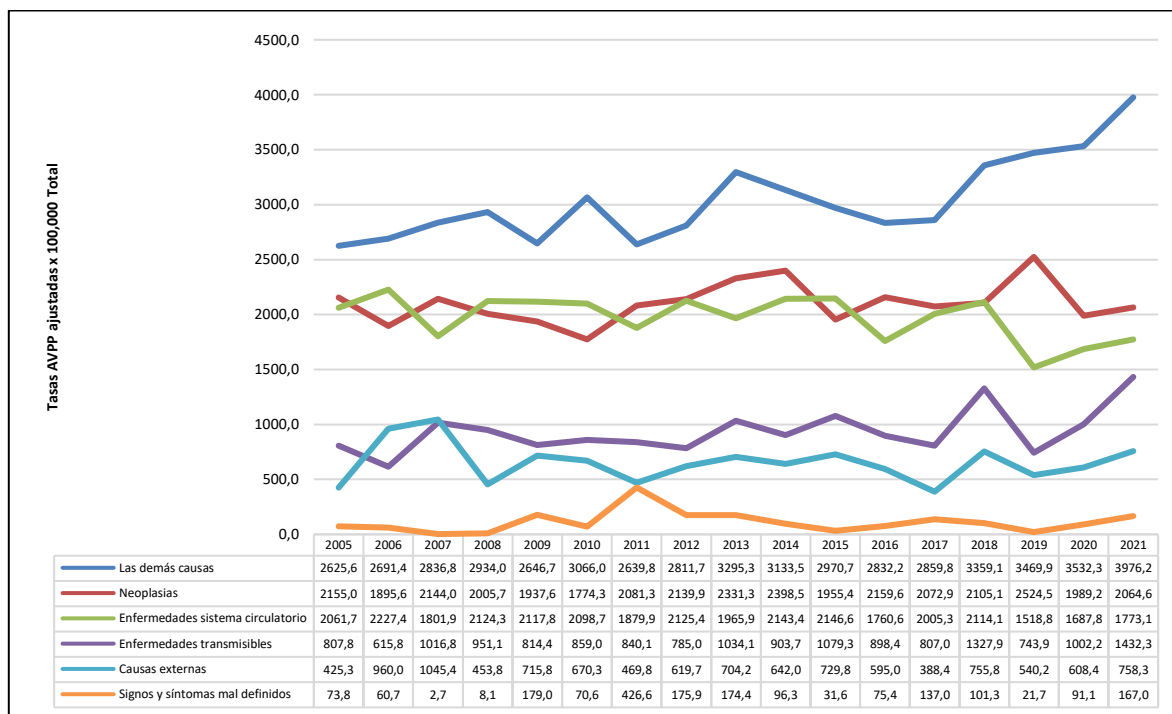


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Anexo 3 figuras)

Tasa de AVPP ajustada por edad en Mujeres

Entre las mujeres, las Demás Causas presentan las tasas ajustadas con mayor pérdida de años potenciales de vida, observando que el año 2013 fue el de mayor impacto con la tasa de AVPP más alta y una tendencia creciente cuya tasa en el 2021 fue 3976,2 AVPP x 100.000 mujeres. En segundo lugar, se encuentran las Enfermedades Neoplásicas con una tasa de 2064,6 AVPP x 100.000 mujeres, con tendencia fluctuante indicando el riesgo de morir por esta causa a temprana edad. Las Enfermedades sistema circulatorio se sitúan en tercer lugar con una tasa de 1773,1 AVPP x 100.000 habitantes mujeres con una pequeña tendencia al aumento con relación al año anterior.

Figura 60. Tasa de AVPP grandes causas lista 6/67 en mujeres Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Anexo 3 figuras)

3.2.3 Mortalidad específica por subgrupo

Enfermedades transmisibles

En este período de 2005 a 2021, se ha observado una evolución significativa en las tasas de mortalidad de diversas enfermedades infecciosas y parasitarias en el Distrito de Santa Marta.

Desde 2010, las Infecciones Respiratorias Agudas presentan una tendencia creciente en la tasa de mortalidad. En 2018, la tasa ajustada por edad fue de 36,21 x 100.000 habitantes, representando el doble del valor observado en 2005 y un 25% más respecto al año 2016. Aunque se registró una ligera disminución en 2019 (35,52 x 100.000 habitantes), en 2020 volvió a aumentar (37,01 x 100.000 habitantes), y en 2021 se elevó a 44,78, indicando una preocupante persistencia del aumento. La tasa de mortalidad por VIH/SIDA experimentó un aumento significativo, pasando de 7,00 x 100.000 habitantes en 2005 a 12,52 en 2018. Aunque se observó una disminución en 2016, la tendencia general es creciente. En 2019, hubo una caída a 6,22 (por debajo de 2005), pero en 2020 se registró un ligero aumento (9,48 x 100.000 habitantes), y en 2021 la tasa es 9,18.

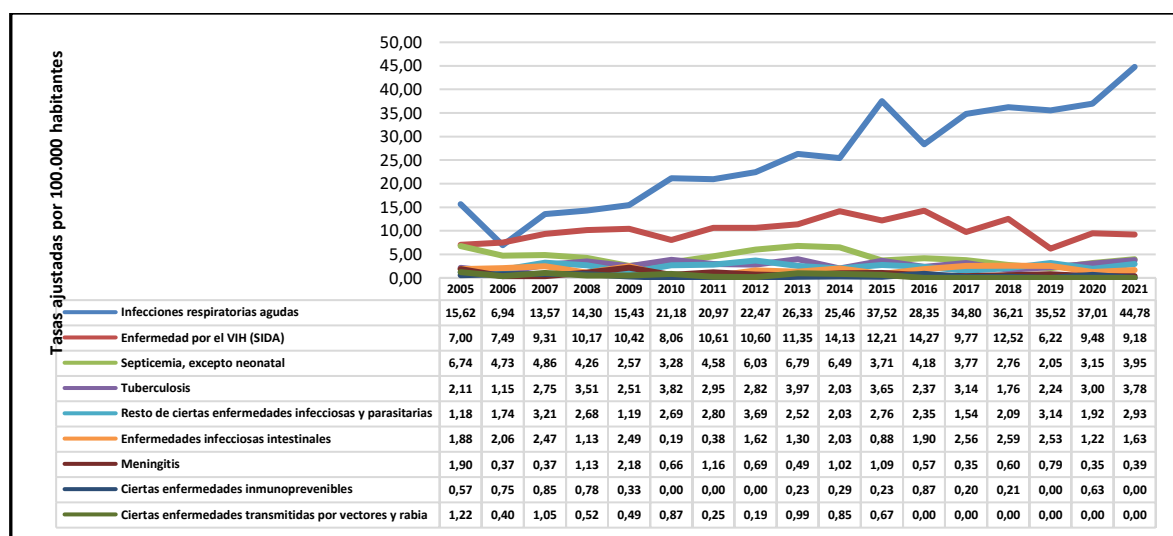
La tasa de mortalidad por septicemia experimentó variaciones, aumentando de 3,77 x 100.000 habitantes en 2018 a 3,15 en 2019 y volviendo a incrementarse en 2020 (3,95). Aunque la variación es menos pronunciada que en otras categorías, muestra una tendencia general al alza. La tuberculosis mostró un ligero aumento en 2020 (3,00 x 100.000 habitantes) en comparación con años anteriores, aunque la tasa es un 53% menor que en 2005.

El grupo de Resto de Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias presenta un comportamiento estable, manteniendo valores bajos a lo largo de la serie de años analizada.

El análisis global sugiere un panorama preocupante en términos de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en el Distrito de Santa Marta. Se destacan las crecientes tasas de Infecciones Respiratorias Agudas y VIH/SIDA, lo que indica la necesidad de medidas preventivas y estrategias de salud pública más efectivas.

La atención a la septicemia y la tuberculosis también es crucial, a pesar de las variaciones menos pronunciadas. El abordaje integral de estas enfermedades puede requerir estrategias específicas y personalizadas para cada categoría, enfocándose en factores como la prevención, el acceso a la atención médica y la concientización pública.

Figura 61. Tasas ajustadas Mortalidad específica por subgrupo Transmisibles 2005-2021



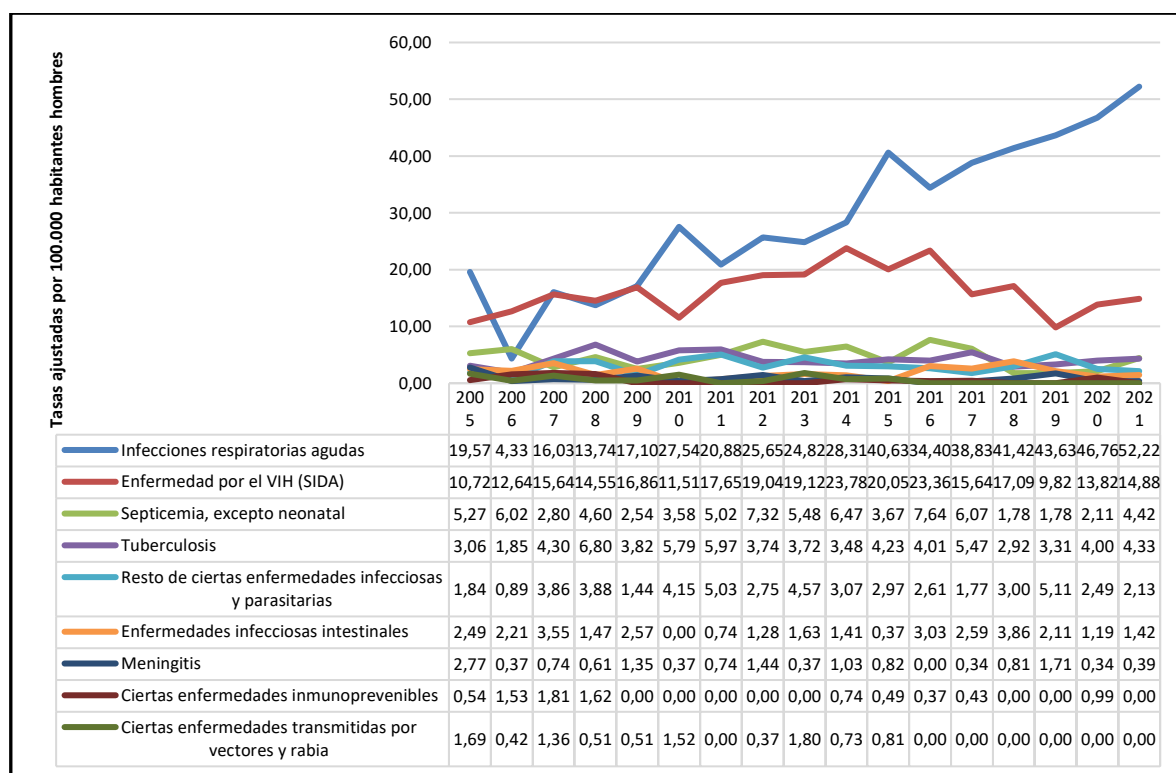
Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD – (Anexo 12 figuras)

El análisis temporal de la mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres en el Distrito de Santa Marta, desde 2005 hasta 2021, ofrece una visión detallada de la evolución a lo largo de los años: la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas ha experimentado un aumento constante en los últimos años. Desde 2005 hasta 2021, se observa un incremento del 166.3%, pasando de 19,57 a 52,22 x 100.000 habitantes hombres. A lo largo de los años, la mortalidad por VIH/SIDA ha mostrado fluctuaciones. Se registró un aumento significativo del 38.1% entre 2005 y 2014. Aunque se observaron disminuciones temporales, la tasa en 2021 (14,88) es un 38.6% más alta que en 2005 (10,72). La tasa de mortalidad por septicemia ha tenido variaciones notables. Desde 2005 hasta 2021, se observa un aumento global del 59.9%, con picos en 2017 y descensos en años subsiguientes. La tasa en 2021 (4,42) es un 16.1% más alta que en 2005 (3,80). La mortalidad por tuberculosis mostró un aumento del 30.7% entre 2005 y 2021. Aunque ha habido variaciones anuales, la tasa en 2021 (4,33) es más alta que en 2005 (3,06).

En el grupo de Resto de Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias experimentó un crecimiento del 35.3% entre 2005 y 2017, pero desde entonces ha habido una disminución. La tasa en 2021 (2,13) es un 8.7% más baja que en 2005 (1,84).

Las Infecciones Respiratorias Agudas y el VIH/SIDA han experimentado aumentos marcados a lo largo de los años, señalando la necesidad de intervenciones específicas y sostenidas. La septicemia ha mostrado variaciones, y la tuberculosis ha mantenido una tendencia al alza. Aunque algunas categorías han experimentado reducciones recientes, la atención continua y estrategias de salud pública son fundamentales para abordar estas enfermedades infecciosas y parasitarias en la población masculina en el Distrito de Santa Marta.

Figura 62. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Distrito, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD - (Anexo 12 figuras)

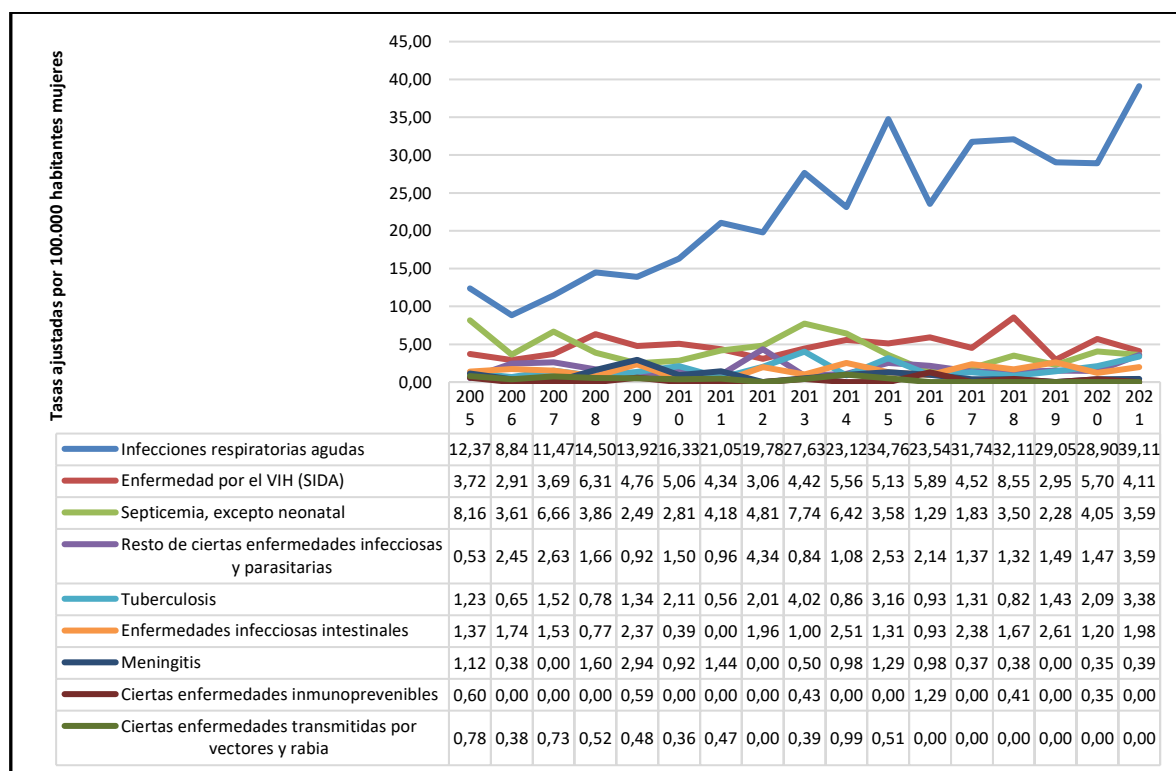
En el año 2021, se observa una continuidad y evolución en la mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres en el Distrito de Santa Marta, contrastándola con el análisis previo del 2020: La tendencia estable se mantiene, con tasas que alcanzan los 39,11 x 100.000 mujeres en 2021. Se evidencia un ligero descenso respecto al 2020 (39,11 vs. 29,05). La mortalidad por VIH/SIDA permanece relativamente constante, con una tasa de 4,11 x 100.000 mujeres en 2021. Esta cifra es similar a la del año anterior (4,05). La Septicemia mantiene su posición como la tercera causa de mortalidad en mujeres en 2021, con una tasa de 3,59 x 100.000 mujeres. Aunque muestra cierta estabilidad respecto al 2020 (4,05), la tendencia inestable persiste, señalando

posibles desafíos en la intervención de factores de riesgo. Resto de Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias la variabilidad en la tasa continúa, registrando 3,59 x 100.000 mujeres en 2021, similar al 2020 (3,59). Se sugiere la necesidad de monitoreo y evaluación continua.

La mortalidad por tuberculosis experimenta un aumento, con una tasa de 3,38 x 100.000 mujeres en 2021, en comparación con 2,09 en 2020. Esta variación indica la importancia de estrategias de prevención y control. Las causas principales de mortalidad en mujeres, como Infecciones Respiratorias Agudas y VIH/SIDA, mantienen tasas relativamente estables.

La Septicemia conserva su posición y tendencia inestable, requiriendo una atención continua y mejoras en la gestión de factores de riesgo. La tuberculosis muestra un aumento, enfatizando la importancia de estrategias de control y prevención.

Figura 63. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO - MINSALUD- (Anexo 12 figuras)

La probabilidad de morir por VIH/SIDA en hombres es tres veces más alta que en mujeres, evidenciando disparidades significativas en la afectación por esta enfermedad entre los géneros. Similar a VIH/SIDA, el riesgo de morir por Tuberculosis en hombres es tres veces más alto que en mujeres, tomando como referencia las tasas del año 2018. Estos datos resaltan una mayor vulnerabilidad de los hombres ante esta enfermedad.

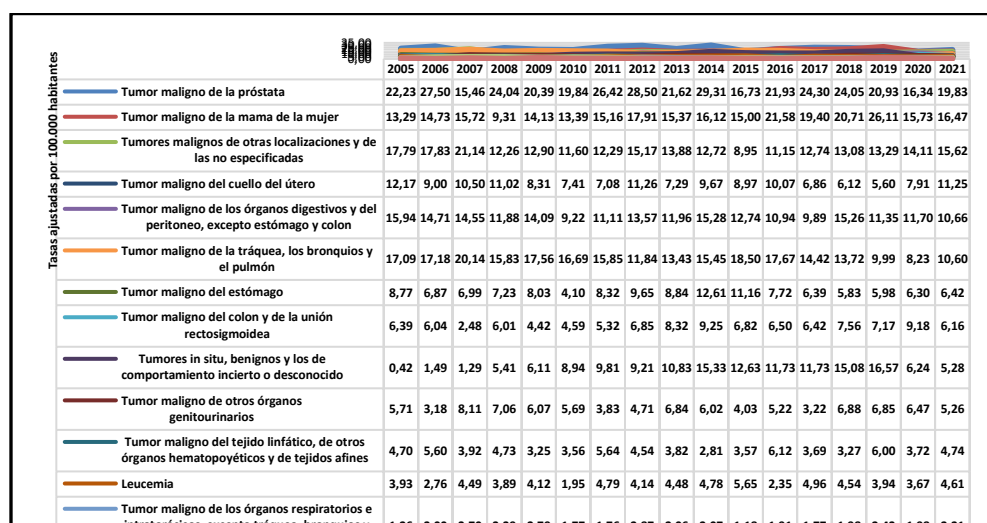
El riesgo de morir por Infecciones Respiratorias Agudas es un 25% más alto en hombres que en mujeres. Aunque la diferencia no es tan marcada como en VIH/SIDA y Tuberculosis, indica una disparidad en la mortalidad por estas enfermedades entre ambos géneros.

La brecha de género persiste en la mortalidad por VIH/SIDA y Tuberculosis, siendo los hombres más afectados en comparación con las mujeres. Aunque menos pronunciada, la diferencia en Infecciones Respiratorias Agudas señala una disparidad que merece atención. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar el género al diseñar estrategias de prevención y control de enfermedades transmisibles en el Distrito de Santa Marta.

Neoplasias

En este subgrupo de causas, las mayores tasas de mortalidad se deben al tumor maligno de la próstata, con una tasa en el año 2021 de 19,83 x 100.000 hombres, lo que representa un aumento de 3,49 puntos en comparación con el año 2020. La diferencia absoluta respecto al año 2007 fue de 3,79 x 100.000 hombres. En segundo lugar, la mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer alcanzó una tasa de 16,47 x 100.000 mujeres en el 2021, mostrando un aumento de 0,74 puntos en comparación con el año 2020. Su tendencia es creciente, con cambios significativos en la serie de años analizada. En tercer lugar, se encuentran los tumores malignos de otras localizaciones y de comportamiento incierto o desconocido, con una tendencia creciente sostenida durante los años, llegando en el 2021 a una tasa de 15,62 x 100.000. Similarmente, la mortalidad por tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, muestra fluctuaciones en su comportamiento en la estructura analizada, alcanzando una tasa de 10,66 x 100.000 en el año 2021. Los tumores malignos del colon y de la unión rectosigmoideas presentan un incremento significativo entre los años 2019 y 2021, con tasas de 9,18% y 6,16%, respectivamente. En términos generales, el riesgo de morir por tumor maligno de próstata en hombres es un 19,83% más alto que morir por tumor maligno de mama de la mujer (16,47%), como se pudo apreciar en la estructura de la mortalidad en ambos géneros.

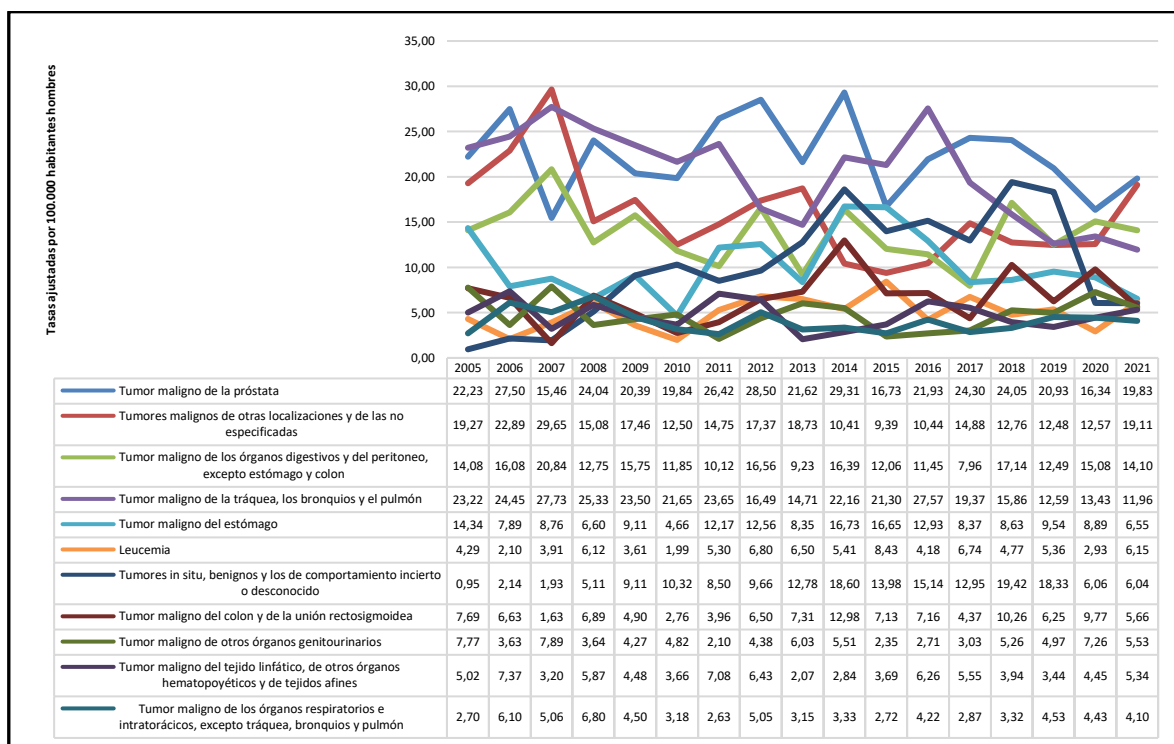
Figura 64. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias en el Distrito Santa Marta 2005-2021



Fuente: DANE – SISPRO - MINSALUD- (Anexo 12 figuras)

En hombres, el tipo de cáncer que genera más defunciones es el tumor maligno de próstata, con una tasa de 19,83 x 100.000 en el año 2021, revelando un decrecimiento de 3,49 puntos en comparación con el año 2020. Como segunda causa se ubican los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, con una tasa de 19,11 x 100.000 en 2021, mostrando un aumento de 6,35 puntos con respecto a 2020. Algo similar ocurre con el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, que presenta una tasa del 14,10 x 100.000 en 2021, con un crecimiento de 1,01 puntos con respecto a 2020. El tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón muestra una disminución en la tasa, pasando de 13,43 x 100.000 en 2020 a 12,59 x 100.000 en 2021, retrocediendo a niveles cercanos a los observados en 2019. Esta patología había presentado un aumento importante en 2017. Las enfermedades como tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido, así como la leucemia, indican la implementación de programas preventivos y la afectación por cierres definitivos y traslados masivos de usuarios de las administradoras de planes de beneficios dentro del sistema de seguridad social. Esto incide de una u otra forma sobre los resultados e impacto de las acciones sobre la población en general, el tumor maligno de próstata sigue siendo la principal causa de mortalidad en hombres, seguido de cerca por los tumores malignos de otras localizaciones y del tracto digestivo. Es crucial mantener y fortalecer estrategias preventivas y de tratamiento para abordar estas patologías de manera efectiva.

Figura 65. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias en hombres del Distrito, 2005 – 2021

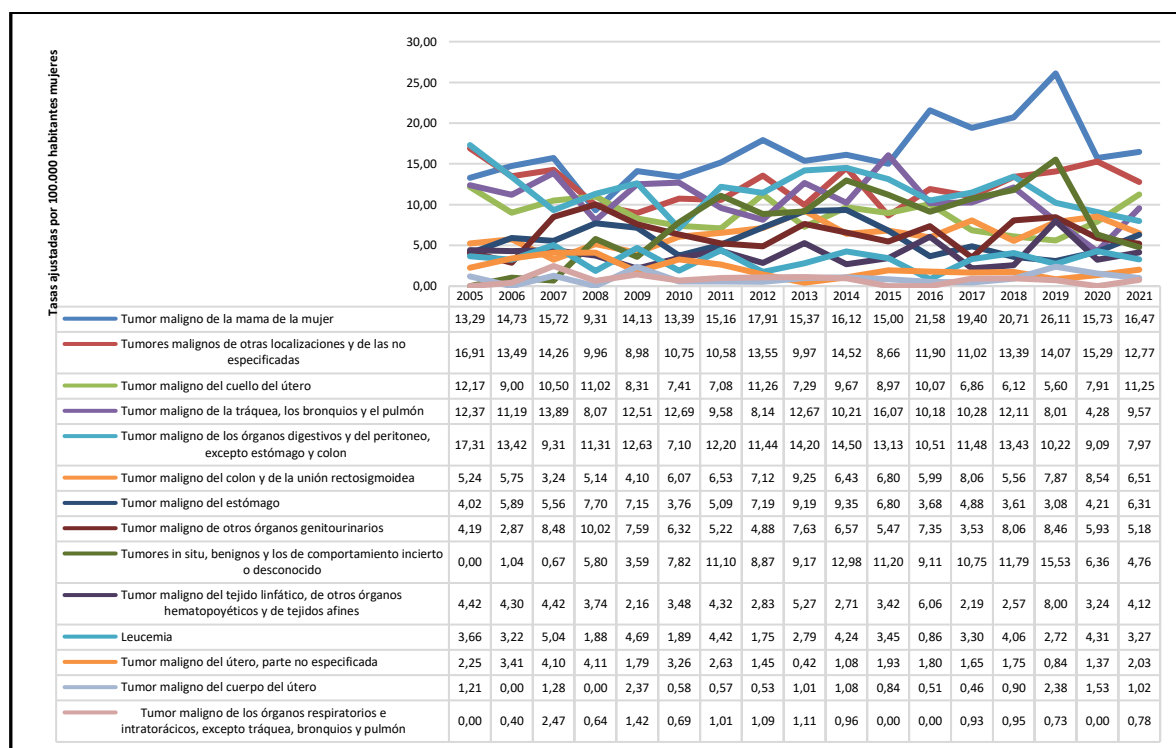


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD- (Anexo 12 figuras)

En mujeres, el tipo de cáncer que generó decrecientemente defunciones es el tumor maligno de la mama, con una tasa de 16,47 x 100.000 mujeres en el año 2021, revelando una disminución de 3,38 puntos en comparación

con el año 2020. La primera causa de defunciones se ubica en el tumor maligno de tráquea, los bronquios y el pulmón, con una tasa de 9,57 x 100.000 mujeres en 2021, mostrando un aumento de 1,56 puntos por encima del año 2020 (8,01) en la serie analizada. Los tumores malignos del útero, parte no especificada, experimentaron un crecimiento de 0,84 x 100.000 mujeres de 2019 a 2020, alcanzando una tasa de 2,03 x 100.000 mujeres en 2021. En cambio, no ocurre lo mismo con el tumor maligno de cuello del útero y cuerpo del útero, que son otra de las neoplasias que se comportan a la baja con cierta inestabilidad, especialmente en el periodo comprendido entre 2012 y 2020. Esto indica programas preventivos interrumpidos, teniendo en cuenta los cierres definitivos y traslados masivos de usuarios de las administradoras del riesgo dentro del sistema de seguridad social, lo cual incide de una u otra forma sobre los resultados e impacto de las acciones sobre la población en general. En resumen, mientras que el tumor maligno de mama muestra una tendencia decreciente, algunas neoplasias relacionadas con el sistema respiratorio y ciertos tipos de cáncer de útero presentan variaciones en sus tasas, indicando la necesidad de mantener y fortalecer estrategias preventivas y de tratamiento, así como considerar la continuidad en programas de atención integral.

Figura 66. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias en mujeres del Distrito, 2005 – 2021



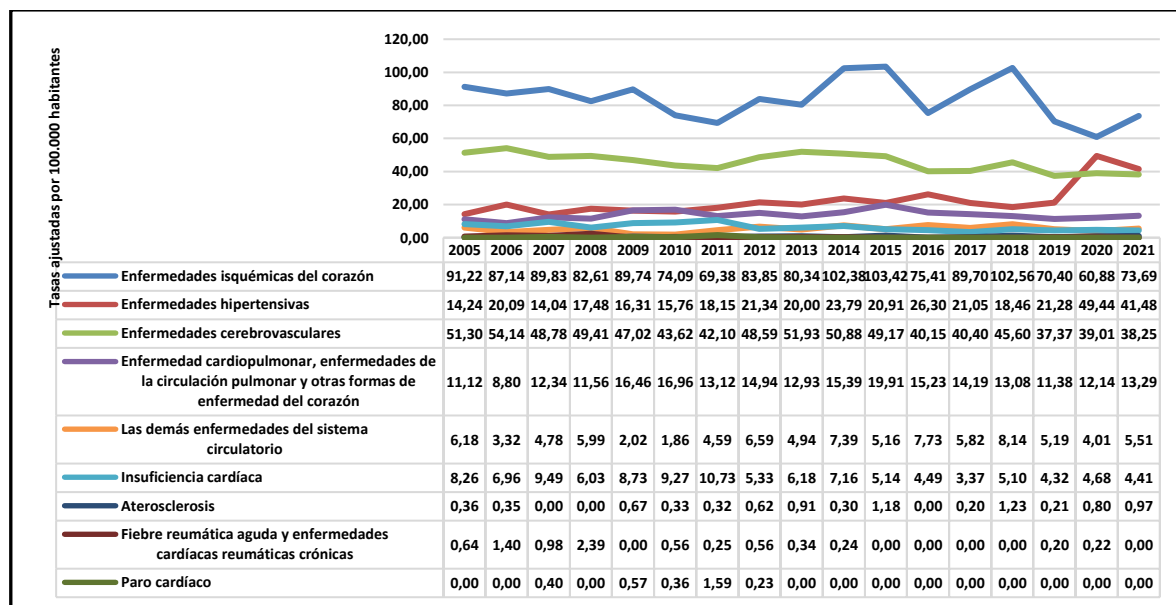
Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD- (Anexo 12 figuras)

Enfermedades del sistema circulatorio

En el subgrupo de enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades isquémicas del corazón presentan la tasa más alta. En el año 2005, la tasa fue de 91,22 x 100.000 habitantes, disminuyendo en los años siguientes hasta llegar a 69,38 en 2011. A partir de ese año, la tendencia fue creciente, alcanzando su punto máximo en 2015 con una tasa de 103,42 x 100.000 habitantes. Posteriormente, hubo un descenso hasta 2017, con una

tasa de 89,7 x 100.000 habitantes, lo que significó una diferencia absoluta de tasas de 14 puntos x 100.000 menos. En 2018, se observó un aumento de 13 puntos con respecto a 2017, seguido de un descenso en 2020 a 60,88 x 100.000 habitantes. Los datos actualizados para 2021 muestran una tasa de 73,69 x 100.000 habitantes. Las enfermedades hipertensivas, en orden de importancia, presentaron una tasa de 49,44 x 100.000 habitantes en 2020, manteniendo un valor observado en los dos últimos años y una tendencia ligeramente creciente en la serie de años analizada. En cuanto a las enfermedades cerebrovasculares, se observa una tendencia decreciente. La tasa pasó de 51,30 x 100.000 en 2005 a 39,01 x 100.000 habitantes en 2020. Sin embargo, se experimentó un aumento del 1% en 2013, seguido de una pequeña disminución en 2018 con 45,60 x 100.000 habitantes y un ligero decrecimiento de 6 puntos para el año 2020. Con los nuevos datos, la tasa en 2021 es de 38,25 x 100.000 habitantes. Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón muestran variaciones a lo largo de los años, con una tasa de 12,14 x 100.000 habitantes en 2020 y 13,29 x 100.000 habitantes en 2021. Las demás enfermedades del sistema circulatorio presentan tasas que varían a lo largo de los años, siendo 5,51 x 100.000 habitantes en 2021. La insuficiencia cardíaca tiene una tasa de 4,41 x 100.000 habitantes en 2021, mostrando fluctuaciones a lo largo de la serie de años analizada. La aterosclerosis presenta una tasa de 0,97 x 100.000 habitantes en 2021, con variaciones en los datos a lo largo del tiempo. La fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas muestran una tasa de 0,22 x 100.000 habitantes en 2021, con algunos años en los que no se registraron casos. El paro cardíaco no presenta casos registrados en los años analizados.

Figura 67. Tasa de mortalidad ajustada por edad Sistema Circulatorio Distrito, Santa Marta 2005-2021

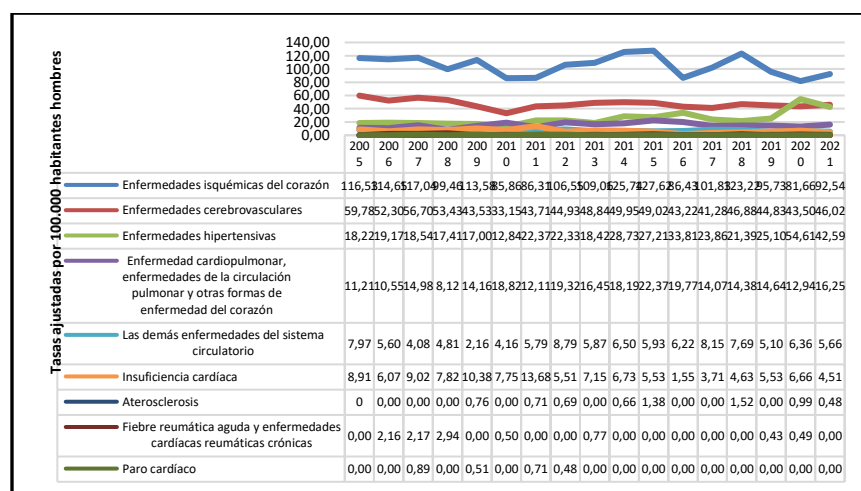


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD- (Anexo 12 figuras)

La estructura de la mortalidad en hombres y mujeres en el subgrupo de enfermedades del sistema circulatorio presenta discrepancias notables. Las enfermedades isquémicas del corazón siguen siendo la principal causa de muerte, con una tasa de mortalidad en 2021 de 73,69 x 100.000 habitantes, mostrando un aumento respecto a años anteriores. El riesgo de morir por estas enfermedades es un 30% más alto en hombres que en mujeres.

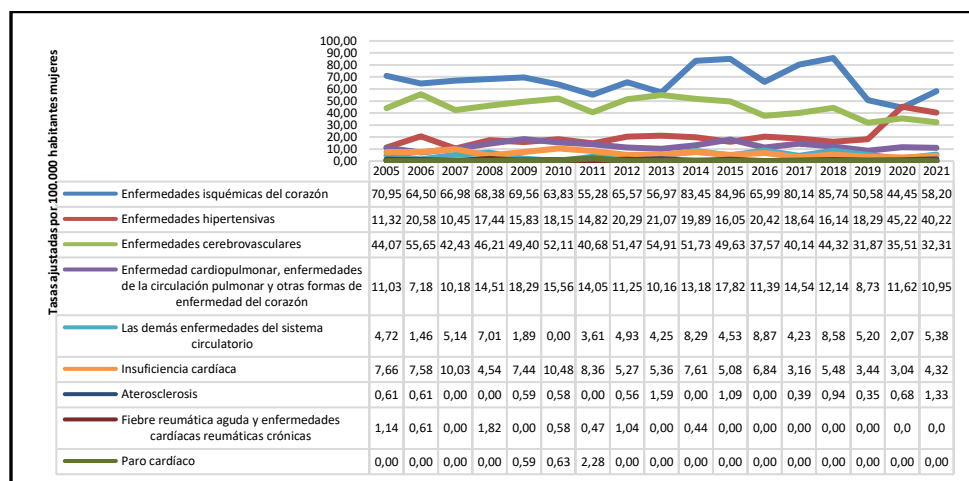
En el caso de las enfermedades hipertensivas, la tasa de mortalidad en 2021 es de 49,44 x 100.000 habitantes, manteniendo su relevancia. No obstante, se observa una diferencia significativa entre géneros, con un riesgo de morir un 9% más alto en hombres (54,61 x 100.000 hombres) en comparación con las mujeres (45,22 x 100.000 mujeres). Las enfermedades cerebrovasculares registran una tasa de mortalidad de 39,01 x 100.000 habitantes en 2020, con una disminución en comparación con años anteriores. Sin embargo, el riesgo de fallecer por estas enfermedades es un 9% más alto en hombres. En 2021, la tasa de mortalidad es de 38,25 x 100.000 hombres y 35,15 x 100.000 mujeres. Estos datos resaltan las disparidades de género en la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, subrayando la importancia de considerar enfoques diferenciados según el género en las estrategias de salud pública.

Figura 68. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO - MINSALUD- (Anexo 12 figuras)

Figura 69. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

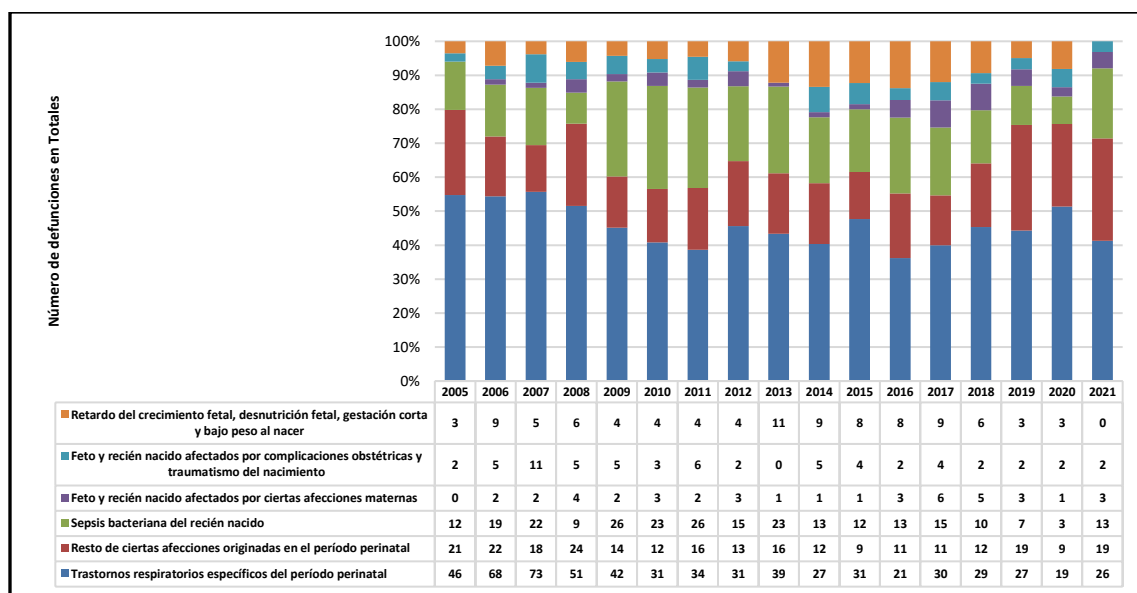


Fuente: DANE – SISPRO - MINSALUD- (Anexo 12 figuras)

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En este subgrupo de causas perinatales, los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, aunque representaron el 51,35% de las defunciones en el 2020 (con 19 defunciones), aumentaron ligeramente en el 2021 a 26 defunciones, constituyendo el 24,32% del total. Esta variación subraya la importancia de monitorear de cerca estas cifras. Las defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal del recién nacido se mantuvieron estables en el 2021, representando el 24,32% del total con 19 defunciones. La sepsis bacteriana del recién nacido disminuyó ligeramente al 7,22%, con 13 defunciones en el 2021, sugiriendo la continuidad de medidas preventivas. En cuanto al retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, las defunciones disminuyeron a 0 en el 2021, destacando la necesidad de comprender los factores involucrados. Las demás causas, representando el 3,5% del total en 2020, requieren más información para el 2021. Sin embargo, su estrecha relación con el cuidado materno subraya la importancia de mantener un enfoque integral en la atención perinatal.

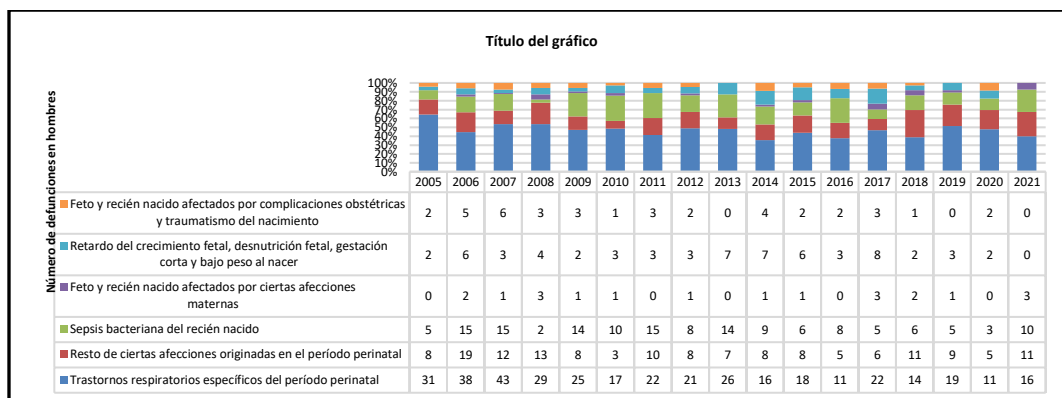
Figura 70. Número de casos de mortalidad originadas en el periodo perinatal en el Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Anexo 12 figuras)

En el grupo de hombres, los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, aunque disminuyeron de 19 a 11 defunciones de 2020 a 2021, mantienen su relevancia representando el 11,70% del total en el último año. Las defunciones por otras afecciones perinatales aumentaron ligeramente, pasando de 11 a 5 defunciones y representando el 11,70% en 2021. La sepsis bacteriana del recién nacido experimentó una ligera disminución, de 5 a 3 defunciones en 2021. Las defunciones relacionadas con complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento fueron nulas en 2021, indicando posibles mejoras en la atención obstétrica. En general, aunque algunas causas muestran disminuciones, es vital mantener la vigilancia y estrategias de atención perinatal para garantizar la salud materna y fetal.

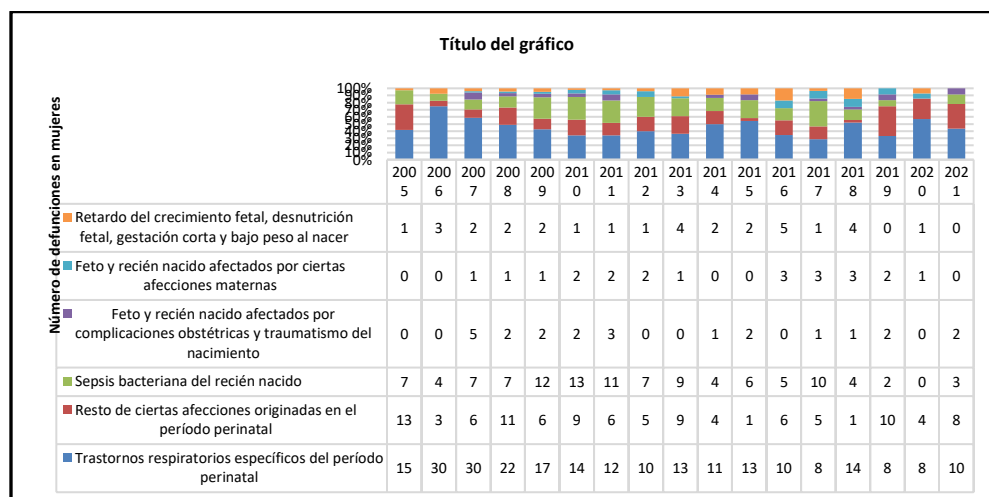
Figura 71. Número de casos de mortalidad originadas en el periodo perinatal en hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD-(Anexo 12 figuras)

En el grupo de mujeres, los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal mostraron cierta variabilidad, manteniéndose relevantes con un leve aumento en 2021. Las defunciones por otras afecciones perinatales fluctuaron, destacando un aumento en 2021. La sepsis bacteriana del recién nacido disminuyó significativamente, sugiriendo mejoras en la atención perinatal. Las defunciones relacionadas con complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento redujeron a cero en 2021, indicando posibles mejoras en las condiciones obstétricas. Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas registraron disminución a cero defunciones en 2021. El retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer también disminuyeron a cero defunciones en 2021. Estos cambios resaltan la importancia de la atención continua y estrategias de prevención para garantizar la salud materna y fetal.

Figura 72. Número de casos de mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021

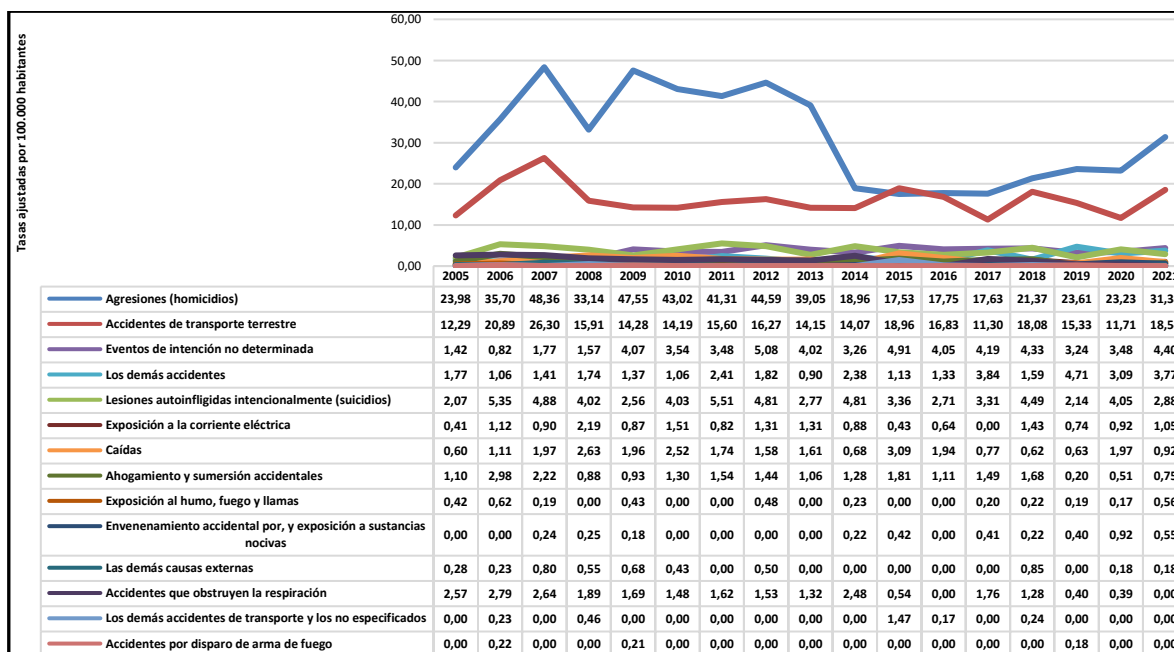


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD-(Anexo 12 figuras)

Causas externas

En el Distrito de Santa Marta, hasta el año 2021, se destaca que los homicidios continúan siendo la principal causa de mortalidad por causas externas. A lo largo de los años, se observa una variabilidad en las tasas de homicidios, con valores elevados entre 2007 y 2013, pero con una tendencia general a la baja a partir de 2014. En el año 2021, los homicidios representaron el 49,3% de las defunciones por causas externas, con una tasa de mortalidad de 31,38 por cada 100.000 habitantes. Esta tasa significó un aumento de casi 8 puntos porcentuales en comparación con 2018 y una reducción significativa de 22 puntos en comparación con 2012. Este descenso puede interpretarse como un indicador positivo de mejoras en la seguridad y la reducción de la violencia en la región. En cuanto al desglose por género, se observa que los hombres continúan siendo más afectados por las causas externas, con tasas de mortalidad que son 15 veces más altas que las de las mujeres. Aunque persiste esta disparidad, es alentador notar que la tendencia tanto para hombres como para mujeres es decreciente, lo que sugiere que las medidas implementadas podrían estar beneficiando a ambos géneros. En resumen, los homicidios han sido la principal causa de mortalidad por causas externas en Santa Marta hasta 2021. La disminución en las tasas de homicidios desde 2014 indica una mejora en las condiciones de seguridad, pero es esencial continuar monitoreando y desarrollando estrategias para abordar otras causas externas y mantener la tendencia positiva en la reducción de la mortalidad.

Figura 73. Tasa de mortalidad ajustada por edad para causas externas en población general Santa Marta 2005-2021



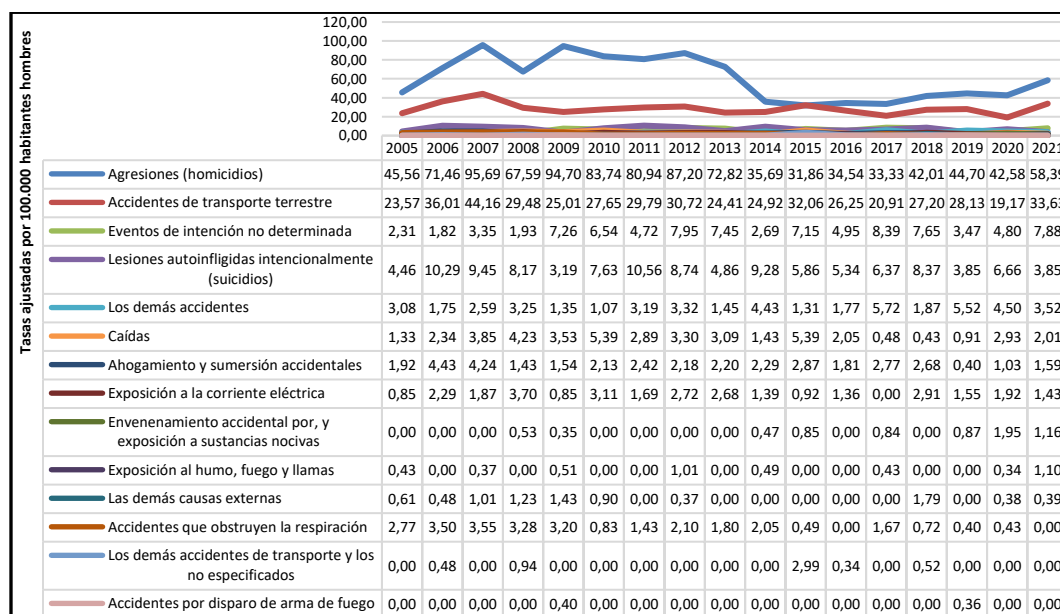
Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD-(Anexo 12 figuras)

En el Distrito de Santa Marta hasta el año 2021, los accidentes de transporte terrestre representan la segunda causa de mortalidad, constituyendo el 21% de las defunciones por causas externas. La tasa de mortalidad en 2020 fue de 11,71 por cada 100,000 habitantes, con valores más altos en 2006 y 2007. Aunque la tendencia general muestra una disminución hasta 2017, al comparar con 2020, se observa que la tasa se mantiene estable

en 2021, tres puntos por encima de ese año. La disparidad de género persiste, siendo los hombres 7 veces más propensos a morir en accidentes de transporte. A pesar de mejoras en seguridad vial, el leve aumento en 2021 sugiere la necesidad de mantener esfuerzos para prevenir estos incidentes.

En el análisis de causas externas para hombres en el Distrito de Santa Marta hasta el año 2021, se destacan las siguientes tendencias y comparativos: La tasa de homicidios alcanzó su punto más alto en 2021, con un aumento del 38.3% respecto a 2020. A pesar de variaciones a lo largo de los años, la tasa ha mostrado una tendencia general al alza. Se observa una disminución del 32.3% en la tasa de mortalidad en 2020 en comparación con 2019, aunque en 2021 hubo un aumento del 10.6% con respecto a 2020. Se evidencian fluctuaciones en las tasas, pero en general, ha habido una disminución desde 2005. La tasa se redujo en un 28.6% en 2021 en comparación con 2020. A pesar de fluctuaciones, la tendencia a lo largo de los años ha sido a la baja. La tasa de suicidios en 2021 experimentó una disminución del 8.1% en comparación con 2020. Se observa una variabilidad en las tasas, con una disminución general desde 2007. La tasa de otros accidentes en 2021 fue un 27.4% más baja que en 2020. La tasa de caídas en 2021 disminuyó un 47.1% en comparación con 2020. Ha habido fluctuaciones, pero se evidencia una disminución general. Se observa una disminución del 40% en la tasa en 2021 en comparación con 2020. La tasa en 2021 disminuyó en un 46.8% respecto a 2020. Envenenamiento Accidental por y Exposición a Sustancias Nocivas: La tasa en 2021 fue un 55.2% más baja que en 2020. Exposición al Humo, Fuego y Llamas: La tasa en 2021 fue un 68.2% más baja que en 2020. Otros Causas Externas: La tasa en 2021 fue un 5.8% más baja que en 2020. Accidentes que Obstruyen la Respiración: La tasa en 2021 fue un 42.5% más baja que en 2020. Otros Accidentes de Transporte y No Especificados: La tasa en 2021 fue un 100% más baja que en 2020. Accidentes por Disparo de Arma de Fuego: No se registraron accidentes por disparo de arma de fuego en 2021.

Figura 74. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



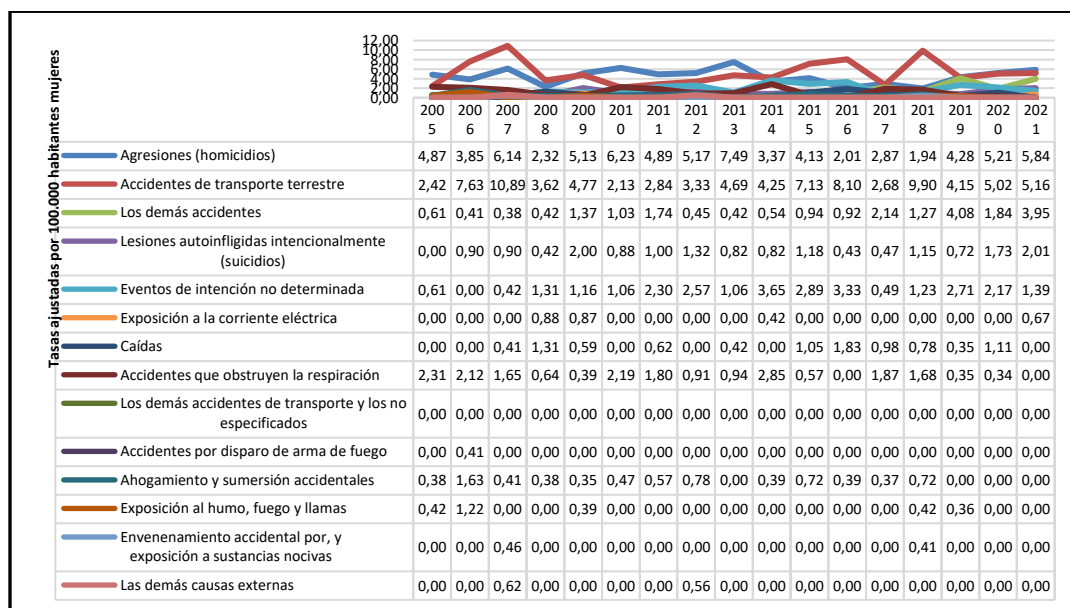
Fuente: DANE – SISPRO - MINSALUD-(Anexo 12 figuras)

La tasa de homicidios en mujeres ha experimentado variaciones a lo largo de los años, con un aumento significativo del 7.5% en 2021 en comparación con 2020. Aunque ha habido fluctuaciones, la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre en mujeres disminuyó en un 17.9% en 2020 en comparación con 2019. Sin embargo, en 2021, se observa un aumento del 21.1% con respecto a 2020. La tasa de otros accidentes en mujeres aumentó significativamente en 2021, con un incremento del 101.2% respecto a 2020. Aunque se observa una tendencia a la baja en general, la tasa de suicidios en mujeres aumentó en un 138.9% en 2021 en comparación con 2020. Eventos de Intención No Determinada: La tasa se redujo en un 32.8% en 2021 en comparación con 2020. Exposición a la Corriente Eléctrica: La tasa en 2021 fue del 0%, indicando que no se registraron casos en ese año. Se observa una disminución del 55.1% en la tasa de caídas en 2021 en comparación con 2020.

Accidentes que Obstruyen la Respiración: La tasa en 2021 disminuyó significativamente en un 79.8% en comparación con 2020. No se registraron casos de otros accidentes de transporte y no especificados en 2021. No se registraron casos de accidentes por disparo de arma de fuego en 2021. Ahogamiento y Sumersión Accidentales La tasa disminuyó en un 100% en 2021 en comparación con 2020. Exposición al Humo, Fuego y Llamas: La tasa en 2021 disminuyó en un 14.3% en comparación con 2020. Envenenamiento Accidental por, y Exposición a Sustancias Nocivas: La tasa en 2021 fue del 0%, indicando que no se registraron casos en ese año. Otras Causas Externas: No se registraron casos de otras causas externas en 2021.

Estos análisis proporcionan información crucial sobre las tasas de mortalidad por causas externas en mujeres, destacando áreas de preocupación y áreas donde se han logrado mejoras. Estos datos son esenciales para orientar estrategias de prevención y promoción de la salud en la población femenina.

Figura 75. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Distrito de Santa Marta, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD-(Anexo 12 figuras)

En el Distrito de Santa Marta, las causas externas muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres. Mientras que los hombres experimentan tasas más altas de homicidios y accidentes de transporte terrestre, las mujeres muestran tasas superiores de lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y eventos de intención no determinada. En 2021, la tasa de homicidios en hombres fue 4.7 veces mayor que en mujeres, y la de accidentes de transporte terrestre fue 6.7 veces mayor. Por otro lado, la tasa de suicidios en mujeres fue 11.3 veces mayor que en hombres, y la de eventos de intención no determinada fue 1.7 veces mayor. Estos contrastes destacan la importancia de enfoques específicos de género en las estrategias de prevención.

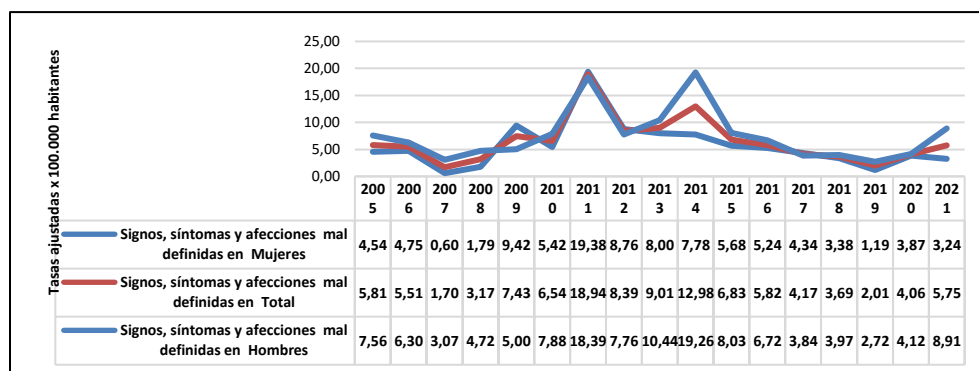
Signos y Síntomas Mal definidos

La evaluación de los Signos y Síntomas Mal Definidos revela una persistente preocupación en el Distrito de Santa Marta, donde la incidencia de estas afecciones ha mantenido una tendencia constante, siendo significativamente pronunciada en comparación con otros años. Este fenómeno adquiere relevancia al considerar el estado actual de subregistro en el sistema de información, lo cual implica que la magnitud real de estas muertes podría ser aún mayor.

Es crucial señalar que la calidad del dato desde su generación y captura hasta la actualización permanente enfrenta desafíos significativos. La alta rotación de profesionales en las Instituciones de Salud contribuye a la inconsistencia en la diligencia de la información, afectando tanto la precisión como la integridad de los registros.

Además, se destaca la importancia de la calidad de las historias clínicas y el cumplimiento de las guías de atención, factores que impactan directamente en la fiabilidad de los datos recopilados. Al examinar la desagregación por género, se observa que la diferencia entre hombres y mujeres ha sido más pronunciada en los últimos años de análisis, aunque no se evidencia significancia estadística. En el año 2020, se registró un incremento notable, alcanzando un 4,12%, lo que representa un aumento de 2 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Este dato resalta la necesidad de una atención particular en la identificación y registro de estos signos y síntomas mal definidos, especialmente en el contexto de la alta carga de trabajo y la movilidad de los profesionales de la salud en la región. Hacerlo a 2021.

Figura 76. Tasa de mortalidad ajustada por edad para Signos y Síntomas Mal Definidos en el Distrito de Santa Marta 2005 - 2021

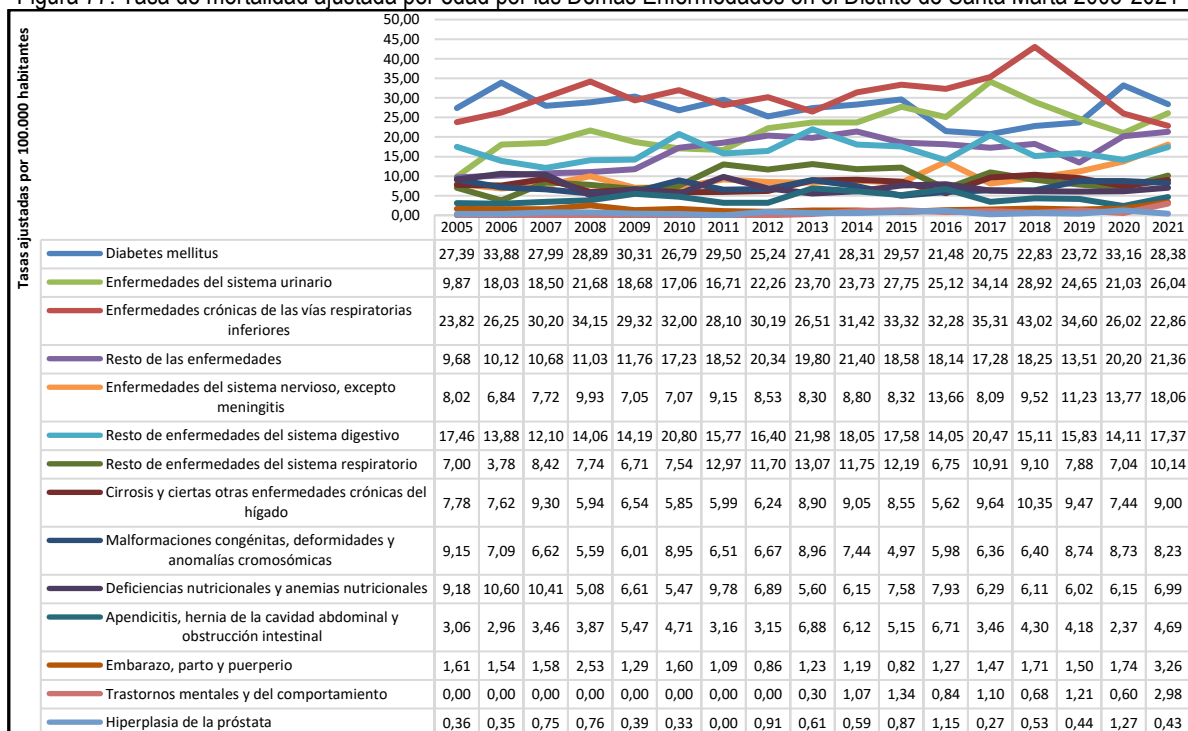


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD

Las demás enfermedades

En este subgrupo de causas, la Diabetes Mellitus sigue siendo la principal preocupación, alcanzando una tasa en el año 2021 de 28,38 por cada 100,000 habitantes. A pesar de la disminución con respecto al año 2020, se mantiene una tendencia creciente con un aumento de 27,39 por cada 100,000 habitantes más el valor del año 2005. Este patrón señala la importancia continua de abordar la diabetes en la población estudiada. Al analizar el comportamiento por sexo, se confirma que la tasa en hombres supera en un 56% el valor de la tasa en mujeres. Sin embargo, es relevante destacar que la tendencia creciente es más sostenida en mujeres que en hombres, sugiriendo una atención especial en el grupo femenino.

Figura 77. Tasa de mortalidad ajustada por edad por las Demás Enfermedades en el Distrito de Santa Marta 2005-2021

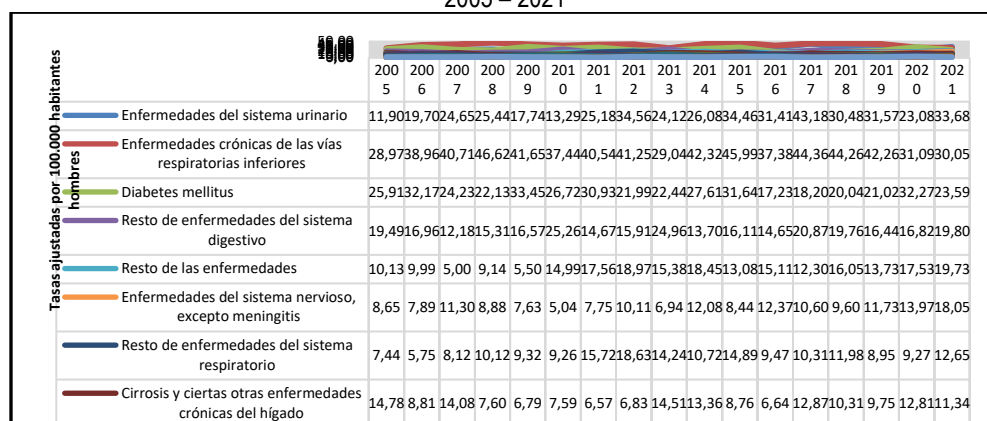


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD-(Anexo 12 figuras)

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores constituyen la segunda causa de mortalidad en este subgrupo, con una tasa de 26,02 por cada 100,000 habitantes en el año 2021. Esta cifra refleja un continuo crecimiento, manteniéndose elevada en comparación con el año 2020. La diferencia entre sexos muestra un 59% más de casos en hombres que en mujeres. En este análisis de las tres principales enfermedades en hombres hasta el año 2021, se destaca la tendencia de crecimiento en las tasas de mortalidad. Las enfermedades del sistema urinario muestran un aumento constante, alcanzando una tasa de 33,68 en 2021. Este incremento es especialmente evidente en los últimos años. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, aunque experimentaron una ligera disminución en 2021 a 30,05, mantienen una tendencia general al alza desde 2005, indicando la importancia continua de abordar estos problemas respiratorios. La diabetes mellitus presenta una tasa de 23,59 en 2021, con fluctuaciones a lo largo de los años,

pero en general, mantiene niveles considerables de incidencia. Estas cifras resaltan la necesidad de una atención específica en la salud masculina, con un enfoque en la prevención y gestión de estas enfermedades crónicas.

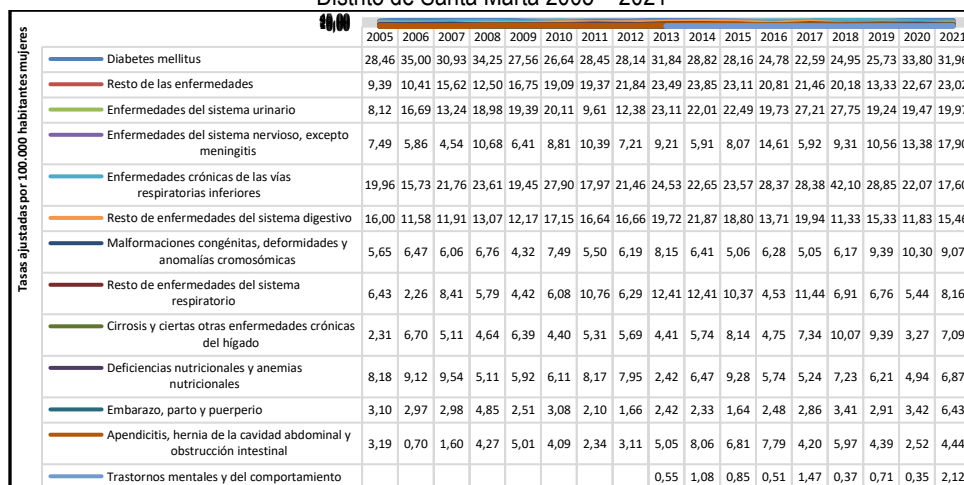
Figura 78. Tasa de mortalidad ajustada por edad por las Demás Enfermedades en hombres en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD-(Anexo 12 figuras)

En el análisis de las tres principales enfermedades en mujeres hasta el año 2021, se observa una tendencia creciente en las tasas de mortalidad. La diabetes mellitus exhibe un aumento marcado, alcanzando una tasa de 31,96 en 2021, con un crecimiento constante desde 2005. Las tasas de otras enfermedades también muestran incrementos generales, llegando a 23,02 en 2021. En particular, las enfermedades del sistema urinario presentan una tendencia ascendente, con una tasa de 19,97 en 2021. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar específicamente la diabetes mellitus y otras enfermedades en la población femenina, destacando la necesidad de estrategias de prevención y gestión para mejorar la salud de las mujeres.

Figura 79. Tasa de mortalidad ajustada por edad por las Demás Enfermedades en mujeres en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO - MINSALUD-(Anexo 12 figuras)

Semaforización de la Mortalidad en el Municipio.

En el Distrito de Santa Marta, se observan cambios significativos en las causas específicas de mortalidad en comparación con el indicador nacional hasta el año 2021. La semaforización de las causas de mortalidad permite evaluar la gravedad de cada situación.

La tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles en el año 2021 es de 66,65x100.000 Hb. La tendencia sigue siendo creciente, con una diferencia relativa del 79,1%, indicando que la tasa es significativamente más alta en el Distrito que a nivel nacional. La tasa de mortalidad ajustada por edad por este tumor maligno es de 33,16x100.000 Hb en 2021. Aunque la tendencia general es creciente, se observa una leve disminución frente al año anterior. La diferencia relativa del 36,16% indica que la tasa en el Distrito es un 36,16% más alta que la nacional. Las siguientes causas presentan semáforo amarillo, indicando cierto nivel de alerta sin llegar a la gravedad de las causas con semáforo rojo: Accidentes de Transporte Terrestre: La tasa de mortalidad muestra variabilidad a lo largo de los años, con una tasa de 18,08x100.000 Hb en 2021. La tasa de mortalidad ajustada por edad por este tumor maligno es de 6,12x100.000 Hb en 2021, con una tendencia relativamente estable. Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente: La tasa de mortalidad ajustada por edad por estas lesiones es de 2,14x100.000 Hb en 2021, con una tendencia fluctuante.

Es crucial subrayar que, aunque las causas con semáforo amarillo no presentan una gravedad inmediata, deben ser vigiladas de cerca para prevenir posibles aumentos en la mortalidad.

Tabla 98. Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas del Distrito de Santa Marta, 2006-2021

Causa de muerte	Colombia	SANTA MARTA	Comportamiento																			
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,87	18,54	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,29	16,47	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,23	11,25	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	12,72	19,83	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,13	6,42	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	17,00	28,38	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	5,77	2,88	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,14	2,98	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	27,70	31,38	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,04	0,00	-	-	-	↗	↘	↘	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,31	66,65	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗			
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,04	0,18	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	-	↘	-	↗			

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del DANE dispuestos en SISPRO – MINSALUD- (Anexo 13)

3.2.4 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

3.2.4.1 Por todas las causas según la lista 67 y Tasas específicas de mortalidad

Causas de mortalidad en la infancia y niñez.

Durante el año 2021 fueron certificadas 142 muertes en población menor de 5 años que significó el 11,0% del total de las defunciones del mismo año, mostrando una reducción de 42 muertes menos comparada con el año 2005 equivalente al 32% y de 40 muertes menos comparado con el 2020.

Entre las causas específicas de mortalidad en este grupo poblacional (menor de 5 años) en el Distrito de Santa Marta se encuentran las afecciones originadas en el periodo perinatal, con 63 defunciones en el 2021 que representaron 20,4% del total y una tasa de mortalidad de 142,79 x 100.000 menores de 5 años y de 9,4x 1000 nacidos vivos. Su tendencia decrece con respecto al año 2005, 2006, 2007 y 2019.

Como segunda causa figuran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 32 defunciones en el 2021 que representaron el 31,7% del total y una tasa de mortalidad de 72,53 x 100.000 menores de 5 años. Su tendencia es decreciente con respecto al año 2005 aunque se observaron valores altos en los años intermedios.

En cuanto a su comportamiento en el tiempo se aprecia que las enfermedades del sistema respiratorio presentan una disminución de un 6,30% más con el valor de su tasa comparada con el 2021 a pesar de que su tendencia es decreciente a través de los 7 años de estudio, mientras que las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas decreció trece veces el valor observado en el 2005.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias presentan una franca disminución en los años de estudio con diferencias significativas que muestran un cambio tres veces menos al valor observado en el año 2021 comparado con el año 2005 (14,72), pero para el año 2021(4,53) hubo un incremento al año 2018(12,76) mientras que las neoplasias tratan de disminuir en los últimos dos años de observación.

Tabla 99. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, según lista de tabulación (16 grandes causas) en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	14,72	29,50	33,83	29,68	16,99	14,88	10,68	8,58	23,67	12,93	12,91	10,74	4,28	12,76	4,62	4,52	4,53
Tumores (neoplasias)	4,20	4,21	6,34	6,36	4,25	4,25	4,27	4,29	4,30	10,77	4,30	2,15	8,56	4,25	6,93	4,52	13,60
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,10	2,11	2,11	2,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,31	6,46	2,15	0,00	0,00	6,93	4,52	6,80
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	27,33	21,07	33,83	19,08	16,99	10,63	14,95	4,29	15,06	23,70	15,07	17,18	12,84	17,02	20,78	13,57	20,40
Enfermedades del sistema nervioso	12,61	8,43	10,57	2,12	10,62	12,76	6,41	2,14	10,76	6,46	4,30	15,04	8,56	12,76	11,55	9,05	18,13
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	2,11	0,00	2,12	10,62	6,38	10,68	6,43	6,46	4,31	2,15	0,00	4,28	2,13	0,00	6,79	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	25,23	14,75	40,18	27,56	10,62	21,26	23,50	27,88	19,37	21,54	17,22	17,18	12,84	34,03	23,09	22,62	13,60
Enfermedades del sistema digestivo	2,10	6,32	0,00	0,00	4,25	2,13	4,27	4,29	2,15	0,00	4,30	0,00	4,28	2,13	23,09	2,26	2,27
Enfermedades del sistema genitourinario	6,31	2,11	2,11	2,12	2,12	4,25	0,00	2,14	2,15	0,00	0,00	0,00	2,14	0,00	4,62	0,00	2,27
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	176,60	263,36	277,00	209,87	197,55	161,61	188,00	145,85	193,69	144,35	139,90	124,58	160,44	134,00	140,87	83,69	142,79
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	98,81	71,63	63,43	55,12	57,35	87,18	64,09	66,49	96,84	75,41	51,66	57,99	59,90	68,06	83,14	70,12	72,53
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,10	0,00	0,00	2,12	4,25	0,00	10,68	4,29	4,30	6,46	2,15	0,00	2,14	2,13	6,93	2,26	9,07
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	2,12	2,13	0,00	0,00	0,00	4,31	4,30	0,00	0,00	2,13	0,00	0,00	2,27
Causas externas de morbilidad y mortalidad	14,72	35,82	33,83	12,72	21,24	12,76	12,82	21,45	6,46	12,93	10,76	6,44	4,28	10,63	6,93	6,79	13,60

Fuente: Elaboración propia a partir de datos EEVV – DANE dispuesto en SISPRO- MINSALUD- (Anexo 15)

En cuanto al sexo, el comportamiento es similar, ocupando los primeros lugares la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal siendo mayor la diferencia de tasas en los niños (176,30 x 100.000) con un 70,1% más alto el valor de las niñas (69,2 x 100.000); de igual forma la mortalidad por malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas es más alta en niñas que en niños con una diferencia relativa de tasas de 8. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, las neoplasias y las enfermedades del sistema genitourinario fueron causas de defunción en los niños mientras que en las niñas estuvo ausente en el año 2017, 2018 y 2021 siendo su tendencia es ocasional.

Tabla 100. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años por sexo, según lista de tabulación (16 grandes causas) en el Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	20,79	37,36	41,52	37,39	20,78	12,48	12,53	12,58	25,23	16,84	12,62	8,39	8,36	12,46	4,50	0,00	4,41
Tumores (neoplasias)	0,00	8,30	12,46	4,15	0,00	8,32	0,00	8,38	4,21	16,84	8,41	4,20	16,72	8,31	9,00	4,40	17,63
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	4,15	0,00	4,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,42	8,41	0,00	0,00	0,00	4,50	4,40	4,41
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	33,26	24,90	41,52	24,92	16,62	4,16	20,88	0,00	21,03	29,47	16,82	25,18	8,36	8,31	17,99	13,21	17,63
Enfermedades del sistema nervioso	16,63	8,30	12,46	0,00	4,16	4,16	12,53	4,19	16,82	8,42	8,41	12,59	12,54	16,62	13,50	17,61	17,63
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	4,15	0,00	0,00	8,31	8,32	4,18	4,19	4,21	0,00	4,21	0,00	0,00	0,00	0,00	8,81	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	29,10	16,60	49,83	37,39	16,62	12,48	25,06	37,73	21,03	25,26	21,03	20,98	20,90	29,08	31,49	17,61	17,63
Enfermedades del sistema digestivo	4,16	12,45	0,00	0,00	8,31	0,00	8,35	8,38	0,00	0,00	4,21	0,00	0,00	0,00	13,50	4,40	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	12,47	4,15	0,00	0,00	0,00	8,32	0,00	0,00	4,21	0,00	0,00	0,00	4,18	0,00	4,50	0,00	4,41
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	199,54	352,81	332,17	224,32	220,27	145,54	221,33	180,26	227,09	189,44	172,41	121,69	195,41	149,58	166,44	101,27	176,30
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	133,03	78,86	66,43	45,69	74,81	99,80	79,35	71,27	105,13	84,20	54,67	58,74	66,86	70,63	85,47	57,24	66,11
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4,16	0,00	0,00	4,15	0,00	0,00	12,53	4,19	0,00	12,63	4,21	0,00	4,18	4,15	13,50	4,40	4,41
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	4,16	4,16	0,00	0,00	8,42	4,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	24,94	33,21	49,83	16,62	29,08	12,48	25,06	33,54	8,41	4,21	16,82	4,20	4,18	16,62	9,00	8,81	26,45

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,51	21,39	25,85	21,65	13,04	17,41	8,75	4,39	22,04	8,83	13,23	13,20	0,00	13,07	4,75	9,30	4,67
Tumores (neoplasias)	8,51	0,00	0,00	8,66	8,69	0,00	8,75	0,00	4,41	4,41	0,00	0,00	0,00	0,00	4,75	4,65	9,33
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4,25	0,00	4,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,41	4,40	0,00	0,00	9,49	4,65	9,33
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	21,27	17,11	25,85	12,99	17,38	17,41	8,75	8,78	8,82	17,65	13,23	8,80	17,53	26,15	23,73	13,95	23,33
Enfermedades del sistema nervioso	8,51	8,56	8,62	4,33	17,38	21,76	0,00	0,00	4,41	4,41	0,00	17,60	4,38	8,72	9,49	0,00	18,66
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	4,33	13,04	4,35	17,50	8,78	8,82	8,83	0,00	0,00	8,77	4,36	0,00	4,65	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	21,27	12,84	30,16	17,32	4,35	30,46	21,87	17,57	17,63	17,65	13,23	13,20	4,38	39,22	14,24	27,91	9,33
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,35	0,00	0,00	4,41	0,00	4,41	0,00	8,77	4,36	33,22	0,00	4,67
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	4,31	4,33	4,35	0,00	0,00	4,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,75	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	153,13	171,15	219,74	194,82	173,80	178,42	153,09	109,80	158,67	97,08	105,81	127,62	122,72	117,66	113,89	65,11	107,31
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	63,80	64,18	60,32	64,94	39,10	73,98	48,11	61,49	88,15	66,19	48,50	57,21	52,59	65,37	80,67	83,72	79,31
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	8,69	0,00	8,75	4,39	8,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,41	0,00	0,00	4,36	0,00	0,00	4,67
Causas externas de morbilidad y mortalidad	4,25	38,51	17,23	8,66	13,04	13,05	0,00	8,78	4,41	22,06	4,41	8,80	4,38	4,36	4,75	4,65	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos EEVV – DANE dispuesto en SISPRO- MINSALUD- (Anexo 15)

Mortalidad Infantil (menores de 1 año)

Las afecciones originadas en el periodo perinatal continúan siendo la principal causa de mortalidad infantil, manteniendo una tendencia decreciente desde 2008. En 2021, representaron el 49% de las muertes en menores de un año, con una tasa de 14.4 por 1000 nacidos vivos, mostrando una disminución respecto al año anterior. Las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, la segunda causa más frecuente, representaron el 30.39% en 2021, con una tasa de 2.9 por 1000 nacidos vivos, también mostrando una disminución respecto al año anterior. Las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el tercer lugar, con el 9.8% de las muertes en 2021 y una tasa de 2.4 por 1000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, tumores, enfermedades hematopoyéticas, endocrinas, del sistema nervioso y circulatorio presentaron variaciones a lo largo de los años, siendo en general bajas. El análisis por sexo no revela variaciones significativas en la distribución a lo largo del periodo estudiado.

Tabla 101. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños y niñas según lista de tabulación (16 grandes causas) – Santa Marta, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,44	1,41	1,41	0,94	0,76	0,48	0,33	0,43	0,77	0,44	0,44	0,23	0,11	0,21	0,19	0,22	0,25
Tumores (neoplasias)	0,11	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,13
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,11	0,00	0,11	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,22	0,25
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,09	0,87	1,31	0,73	0,54	0,48	0,44	0,11	0,22	0,77	0,55	0,57	0,11	0,52	0,67	0,54	0,75
Enfermedades del sistema nervioso	0,44	0,33	0,11	0,10	0,43	0,36	0,22	0,11	0,33	0,11	0,11	0,57	0,22	0,42	0,10	0,22	0,88
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,36	0,44	0,22	0,33	0,22	0,11	0,00	0,22	0,10	0,00	0,22	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	1,20	0,65	1,63	1,15	0,43	0,72	1,10	1,08	0,66	0,66	0,77	0,45	0,54	1,26	0,77	0,65	0,63
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,11	0,00	0,00	0,22	0,00	0,22	0,11	0,11	0,00	0,22	0,00	0,22	0,00	0,58	0,00	0,13
Enfermedades del sistema genitourinario	0,33	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,10	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	9,15	13,57	14,25	10,36	10,07	9,10	9,67	7,34	9,89	7,35	7,19	6,48	8,09	6,59	5,76	3,99	7,91
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,68	3,47	3,05	2,72	2,82	4,67	2,97	3,24	4,39	3,73	2,21	2,73	2,81	3,14	2,98	3,02	3,77
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,10	0,22	0,00	0,44	0,22	0,22	0,33	0,00	0,00	0,11	0,00	0,29	0,11	0,38
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,33	0,65	0,44	0,21	0,54	0,12	0,11	0,32	0,11	0,44	0,11	0,11	0,00	0,21	0,10	0,00	0,50

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,64	1,90	1,89	1,00	0,83	0,46	0,65	0,64	1,07	0,85	0,43	0,22	0,21	0,20	0,19	0,00	0,24
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,24
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,27	1,27	1,68	1,20	0,63	0,23	0,65	0,00	0,21	0,85	0,43	0,67	0,00	0,20	0,56	0,63	0,97
Enfermedades del sistema nervioso	0,64	0,21	0,00	0,00	0,21	0,00	0,43	0,21	0,43	0,00	0,21	0,67	0,42	0,80	0,00	0,42	0,97
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42	0,46	0,00	0,21	0,21	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	1,27	0,63	2,31	1,40	0,63	0,46	1,29	1,27	0,64	0,85	1,07	0,67	0,84	1,20	0,94	0,63	0,97
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,21	0,00	0,00	0,42	0,00	0,43	0,21	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,64	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,19	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	10,19	17,93	16,81	10,82	11,04	8,13	11,44	9,13	11,60	9,59	8,76	6,47	9,83	7,20	6,76	4,83	9,71
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,16	3,59	3,15	2,20	3,75	5,11	4,10	3,40	4,72	4,26	2,14	2,90	2,93	3,40	3,19	2,52	3,16
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,43	0,21	0,00	0,64	0,00	0,00	0,21	0,00	0,56	0,21	0,24
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,64	0,42	0,84	0,40	1,04	0,00	0,22	0,64	0,21	0,21	0,21	0,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,97

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,22	0,90	0,90	0,88	0,68	0,49	0,00	0,22	0,45	0,00	0,46	0,23	0,00	0,22	0,20	0,44	0,26
Tumores (neoplasias)	0,22	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,22	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,22	0,26
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,89	0,45	0,90	0,22	0,45	0,74	0,22	0,22	0,22	0,68	0,69	0,46	0,22	0,88	0,79	0,44	0,52
Enfermedades del sistema nervioso	0,22	0,45	0,23	0,22	0,68	0,74	0,00	0,00	0,22	0,23	0,00	0,46	0,00	0,00	0,20	0,00	0,78
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	0,25	0,90	0,22	0,45	0,45	0,00	0,00	0,45	0,22	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	1,12	0,67	0,90	0,88	0,23	0,99	0,90	0,88	0,67	0,45	0,46	0,23	0,22	1,32	0,59	0,67	0,26
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00	0,23	0,00	0,45	0,00	0,98	0,00	0,26
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,05	8,95	11,50	9,86	9,03	10,14	7,84	5,49	8,10	4,97	5,51	6,50	6,24	5,93	4,72	3,10	5,98
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,13	3,36	2,93	3,29	1,81	4,20	1,79	3,08	4,05	3,17	2,29	2,55	2,68	2,85	2,75	3,55	4,42
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	0,00	0,45	0,22	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,68	0,00	0,23	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos EEVV – DANE dispuesto en SISPRO- MINSALUD- (Anexo 15)

Mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años

En el grupo de niños de 1 a 4 años en el año 2021, se evidencian patrones notables en la mortalidad según diversas causas. Las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron aproximadamente el 10.53% de las defunciones, con variaciones entre ambos sexos. Los tumores constituyeron alrededor del 14.41%, mostrando una tendencia al aumento. Las enfermedades del sistema nervioso, circulatorio y respiratorio contribuyeron con el 5.55%, 2.42% y 8.24%, respectivamente, con variaciones notables. Las malformaciones congénitas continuaron siendo una causa significativa, representando el 15.13%, con tasas que experimentaron ciertos cambios. Las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, así como otras categorías, conformaron el 16.18% en total. Las causas externas, incluyendo accidentes y lesiones, representaron el 21.65%, con diferencias entre sexos. Este análisis porcentual basado en el año 2021 ofrece una perspectiva detallada de la mortalidad infantil en el rango de 1 a 4 años, destacando tendencias y áreas de enfoque para las iniciativas de salud pública.

Tabla 102. Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años según lista de tabulación (16 grandes causas) – Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7,82	2,60	7,83	13,09	2,63	7,91	5,31	0,00	10,70	5,36	5,35	8,02	2,67	10,62	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	2,61	5,21	7,83	5,23	5,25	5,27	2,65	5,33	5,35	13,39	2,68	2,67	10,66	5,31	8,64	2,82	14,11
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	2,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,36	8,03	2,67	0,00	0,00	5,76	0,00	2,82
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7,82	5,21	10,43	5,23	7,88	2,64	7,96	2,67	13,37	10,71	5,35	8,02	13,33	7,96	5,76	2,82	8,47
Enfermedades del sistema nervioso	5,21	2,60	10,43	0,00	2,63	7,91	2,65	0,00	5,35	5,36	2,68	5,35	5,33	5,31	11,51	5,63	2,82
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	2,60	0,00	2,62	2,63	0,00	2,65	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	2,61	2,60	10,43	5,23	2,63	10,55	2,65	8,00	8,02	10,71	2,68	10,69	2,67	10,62	5,76	11,27	2,82
Enfermedades del sistema digestivo	2,61	5,21	0,00	0,00	0,00	2,64	0,00	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,65	11,51	2,82	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	2,61	2,62	2,63	5,27	0,00	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,88	0,00	2,82
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,67	0,00	0,00	2,88	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10,42	5,21	5,22	0,00	2,63	5,27	7,96	2,67	13,37	2,68	10,70	8,02	5,33	5,31	14,39	8,45	5,65
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	2,65	0,00	0,00	2,82
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,64	0,00	0,00	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,42	28,63	31,30	10,47	13,14	13,18	13,26	18,66	5,35	5,36	10,70	5,35	5,33	7,96	5,76	8,45	5,65

Fuente: Elaboración propia a partir de datos EEVV – DANE dispuesto en SISPRO- MINSALUD- (Anexo 15)

En el sexo masculino, la principal causa de mortalidad en el año 2021 fueron las enfermedades externas, seguidas de tumores (neoplasias) y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Las tasas de mortalidad fueron de 10,98, 21,95 y 10,98 por 100,000 habitantes, respectivamente. Las enfermedades del sistema respiratorio también fueron significativas, con una tasa de mortalidad de 11,22 por 100,000 habitantes, ocupando el cuarto lugar. Las enfermedades del sistema nervioso ocuparon el quinto lugar con una tasa de 10,97 por 100,000 habitantes. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, tuvieron tasas de mortalidad más bajas en 2021 en comparación con años anteriores, con tasas de 0,00 y 5,61 por 100,000 habitantes, respectivamente.

Tabla 103. Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años Hombres según lista de tabulación (16 grandes causas) – Distrito de Santa Marta 2005 -2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7,82	2,60	7,83	13,09	2,63	7,91	5,31	0,00	10,70	5,36	5,35	8,02	2,67	10,62	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	2,61	5,21	7,83	5,23	5,25	5,27	2,65	5,33	5,35	13,39	2,68	2,67	10,66	5,31	8,64	2,82	14,11
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	2,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,36	8,03	2,67	0,00	0,00	5,76	0,00	2,82
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7,82	5,21	10,43	5,23	7,88	2,64	7,96	2,67	13,37	10,71	5,35	8,02	13,33	7,96	5,76	2,82	8,47
Enfermedades del sistema nervioso	5,21	2,60	10,43	0,00	2,63	7,91	2,65	0,00	5,35	5,36	2,68	5,35	5,33	5,31	11,51	5,63	2,82
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	2,60	0,00	2,62	2,63	0,00	2,65	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	2,61	2,60	10,43	5,23	2,63	10,55	2,65	8,00	8,02	10,71	2,68	10,69	2,67	10,62	5,76	11,27	2,82
Enfermedades del sistema digestivo	2,61	5,21	0,00	0,00	0,00	2,64	0,00	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,65	11,51	2,82	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	2,61	2,62	2,63	5,27	0,00	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,88	0,00	2,82
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,67	0,00	0,00	2,88	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10,42	5,21	5,22	0,00	2,63	5,27	7,96	2,67	13,37	2,68	10,70	8,02	5,33	5,31	14,39	8,45	5,65
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	2,65	0,00	0,00	2,82
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,64	0,00	0,00	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	10,42	28,63	31,30	10,47	13,14	13,18	13,26	18,66	5,35	5,36	10,70	5,35	5,33	7,96	5,76	8,45	5,65

Fuente: Elaboración propia a partir de datos EEVV – DANE dispuesto en SISPRO- MINSALUD- (Anexo 15)

En el sexo femenino, la principal causa de mortalidad en el año 2021 fue debida a enfermedades del sistema nervioso, con una tasa de 17,44 por 100,000 niñas de 1 a 4 años. Esta tasa fue 12,22 unidades más alta en comparación con el riesgo en los niños. Adicionalmente, otras causas de mortalidad que afectaron a las niñas en el año 2021 fueron, Enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 5,79 por 100,000 habitantes.

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y enfermedades del sistema respiratorio, todas con tasas específicas.

Tabla 104. Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años Mujeres según lista de tabulación (16 grandes causas) – Distrito de Santa Marta 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,26	5,27	10,59	5,33	0,00	10,77	10,84	0,00	16,42	10,96	5,48	10,95	0,00	10,88	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	5,26	0,00	0,00	5,33	10,72	0,00	5,42	0,00	5,47	5,48	0,00	0,00	0,00	0,00	5,92	5,79	5,81
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,48	5,47	0,00	0,00	5,92	0,00	5,81
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,26	10,54	10,59	10,65	10,72	5,38	5,42	5,45	5,47	5,48	0,00	0,00	16,38	10,88	5,92	5,79	17,44
Enfermedades del sistema nervioso	5,26	0,00	5,30	0,00	5,36	10,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,95	5,46	10,88	5,92	0,00	5,81
Enfermedades del oído y de la apofisis mastoidea	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	5,33	5,36	0,00	0,00	5,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,79	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	16,89	0,00	0,00	16,15	5,42	0,00	5,47	10,96	5,48	10,95	0,00	16,38	0,00	17,38	5,81
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,44	11,83	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	5,30	5,33	5,36	0,00	0,00	5,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,92	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,26	0,00	5,30	0,00	5,36	0,00	16,26	0,00	10,94	5,48	5,48	10,95	0,00	10,88	17,75	11,59	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,81
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,48	0,00	0,00	5,44	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	5,26	26,36	21,19	10,65	16,09	10,77	0,00	10,90	5,47	10,96	5,48	5,47	5,46	5,44	0,00	5,79	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos EEVV – DANE dispuesto en SISPRO- MINSALUD- (Anexo 15)

Mortalidad específica en niños y niñas menores de 5 años por subgrupo de causas

La principal causa de mortalidad en este grupo de edad fueron las Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal cuyo valor fue de 176,30 x 100.000 niños y niñas de 1 a 4 años en el 2021, variando puntos más el valor 75 observado el año anterior que fue de 101,27 x 100.000 en ambas.

El segundo lugar quedó las Mal formaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas con un valor 66,11 x 100.000 niños y niñas de 1 a 4 años para el año 2021 bajando unos puntos con relación al año inmediatamente anterior que fue de 57,24 x 100.000 niños y niñas.

Figura 80. Principales causas de mortalidad en población infantil y niñez (Menor de 5 años). Distrito de Santa Marta 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos EEVV – DANE dispuesto en SISPRO- MINSALUD – 2022 informe 12. MortalidadAsisInfantilInezMunSubCau - 4.TasaMortalidadInez(gruposListaInez).

Subgrupo de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.

La Anemia es la principal causa de mortalidad en este subgrupo acumulando el 4,27% del total durante los años 2005 al 2021, no siendo estable su comportamiento lo que indica programas de salud interrumpidos o fraccionados que dificultan la continuidad de la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

Subgrupo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Durante los años 2005 al 2021, la mortalidad por desnutrición y otras deficiencias nutricionales es una de las causas que más genera muertes en los niños menores de cinco años, con un acumulado de 141 muertes por esta causa de las cuales 134 fueron certificadas en el año 2021, con un comportamiento creciente hasta el año 2013, para el 2014 se incrementa nuevamente, luego disminuye hasta 2017 y vuelve a subir en 2018 y 2021

Subgrupo de las enfermedades del sistema nervioso

El resto de las enfermedades del sistema nervioso en este subgrupo con un acumulado de las 75 muertes en el periodo 2005 a 2021, su tendencia para el año 2018 fue creciente con un incremento del 25%, pero para el 2021 creció en 4 muertes con relación al año anterior.

Subgrupo de las enfermedades del sistema respiratorio

La neumonía y resto de enfermedades del sistema respiratorio son las principales causas de mortalidad en este subgrupo con 6,30% de las defunciones acumuladas entre 2005 – 2021, de las cuales 22,62% fueron certificadas en el último año de la serie analizada. Tomando de referencia el año 2021 se observó que 90,50% de las defunciones fueron por resto de enfermedades del sistema respiratorio, el 8,9% por Neumonía y el 1,5 % hacen parte de las otras infecciones respiratorias agudas.

Subgrupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

En este subgrupo de causas fueron frecuentes las muertes por Septicemia de origen infecciosas que acumulan el 4,52% de las muertes en el periodo 2005 - 2021, sin embargo, en diarrea en los últimos tres años no hubo muerte por esta causa. Es importante tener presente que las enfermedades del VIH, la tuberculosis, el tétanos y otras enfermedades virales fueron causa de defunción en este subgrupo durante los años 2005 – 2021 aunque su tendencia inestable sea decreciente.

Subgrupo de Neoplasias.

Los tumores malignos (neoplasia) son la causa de muerte más frecuente en la etapa infantil y niñez siendo la causante del 1,69% de todas las defunciones durante los años 2005 – 2021. Para el último año se observaron defunciones por esta causa, las defunciones por leucemia ocupan el segundo lugar en este grupo con el 38,24% de las muertes y en el tercer lugar el resto de los tumores malignos con el 19,71%.

Subgrupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

En este subgrupo son frecuentes las malformaciones congénitas del corazón las cuales aportan el 20,68% de todas las malformaciones, seguido de otras malformaciones congénitas con 41,32% y otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio con 10,28%. Todas ellas con un comportamiento fluctuante durante los años 2005 al 2021, observando las malformaciones congénitas del corazón una disminución de 1 defunciones menos con relación al 2018. La hidrocefalia y la espina bífida son responsable del 7,44% de las muertes en el acumulado de la serie y del 2% de las defunciones del año 2020. Así mismo el síndrome de Down es otro de las anomalías cromosómicas que aportan defunciones en este subgrupo con un acumulado del 2,63% y en el año 2020 con el 2%. Su comportamiento es decreciente en los últimos años.

Subgrupo de causas externas de morbilidad y mortalidad

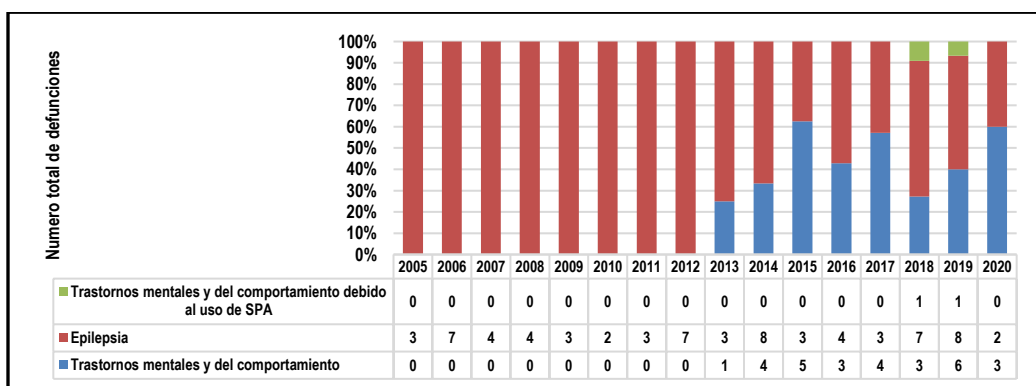
En este subgrupo son más frecuentes las defunciones por otros accidentes que obstruyen la respiración con el 33,33% de la mortalidad certificada en los años 2015 – 2021, seguido por las demás causas externas con el 27,45% del acumulado, los ahogamientos y sumersión accidentales con el 19,61% y los accidentes de transporte terrestre con el 12,75%. Para el año 2021 las únicas causas de mortalidad en este subgrupo fueron otros accidentes que obstruyen la respiración con dos defunciones, el ahogamiento y sumersión con un caso y las demás causas con otra defunción más para un total de dos defunciones que representan el 3% del acumulado de la serie analizada.

Resumiendo, las principales causas de mortalidad en población menor de 5 años en el 2021, se observó que las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal representan el 49,71% de los casos de muerte en la serie 2005-2021, seguida por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con el 20,68%, en tercer lugar, las enfermedades del sistema respiratorio con el 6,30% y ciertas enfermedades endocrinas, nutricionales y parasitarias con el 5,37%. En la siguiente figura se aprecia el comportamiento de la mortalidad infantil y niñez en el 2021.

3.2.5 Mortalidad relacionada con Salud Mental

En la mortalidad relacionada con la salud mental se observa un crecimiento acelerado del número de casos de epilepsia con un incremento del 155 % con respecto al año 2017, los trastornos mentales y del comportamiento mostró una tendencia creciente, con un aumento del 57% con respecto al año 2018, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA mostraron el primer caso en 2019, para el año 2020 no hubo casos de SPA.

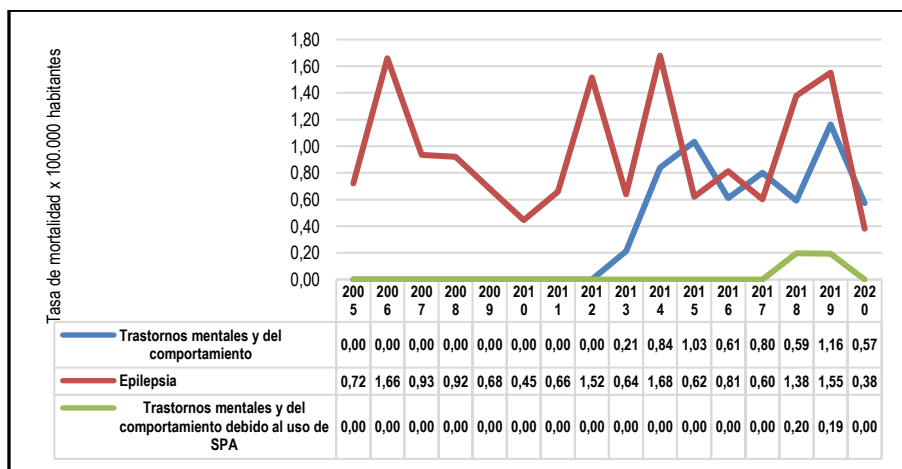
Figura 81. Defunciones por causas relacionadas con salud mental en el Distrito de Santa Marta 2005-2020



Fuente: SISPRO- Cubo EEVV consultado 2022 - Anexo 12.3

La tasa de mortalidad por epilepsia en 2020 fue del 0,38 x100.000 Hb, con tendencia creciente y con un incremento significativo del 155% hasta el año 2019; seguido por los trastornos mentales y del comportamiento con una tasa del 0,57x100.000 Hb y por último los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA con una tasa de 0,00 para 2020 sin caso registrado.

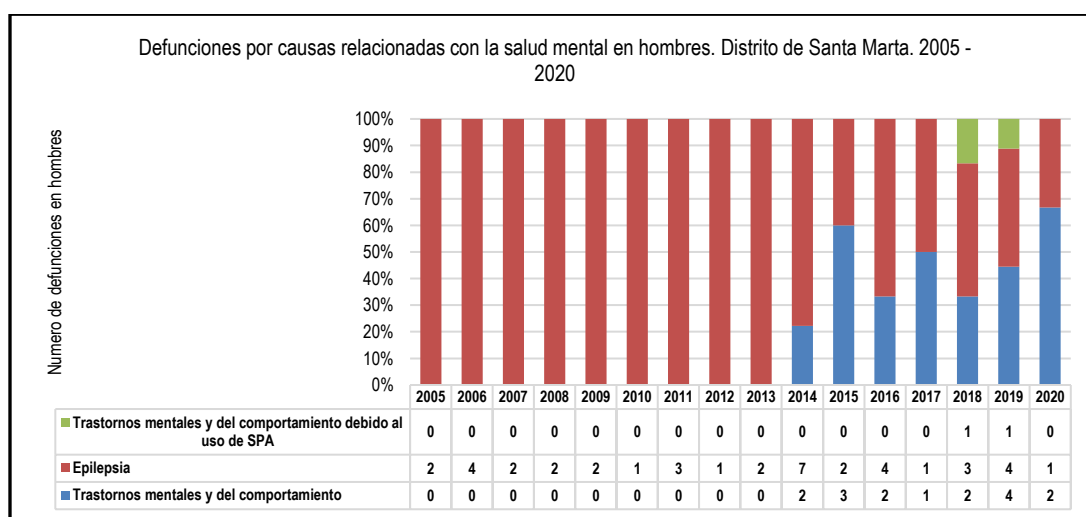
Figura 82. Tasas de mortalidad por causas relacionadas con Salud Mental en el Distrito de Santa Marta. 2005 – 2020



Fuente: SISPRO- Cubo EEVV consultado 2022 - Anexo 12.3

En la mortalidad relacionada con la salud mental en hombres se observó un decrecimiento acelerado del número de casos de epilepsia con respecto al año 2019, los trastornos mentales y del comportamiento bajaron en dos casos con respecto al año anterior, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA no presentó ningún caso 2020.

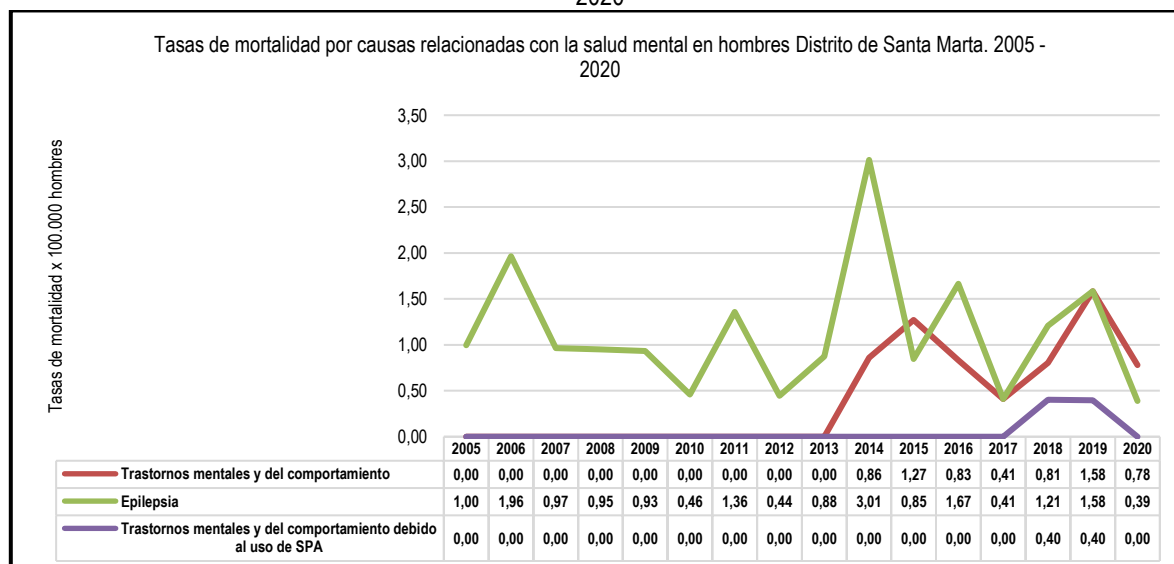
Figura 83. Defunciones por causas relacionadas con la salud mental en hombres. Distrito de Santa Marta. 2005 – 2020



Fuente: SISPRO- Cubo EEVV consultado 2022 - Anexo 12.3

En la mortalidad relacionada con la salud mental en hombres se observó un decrecimiento acelerado del número de casos de epilepsia con respecto al año 2019, los trastornos mentales y del comportamiento bajaron en dos casos con respecto al año anterior, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA no presento ningún caso 2020.

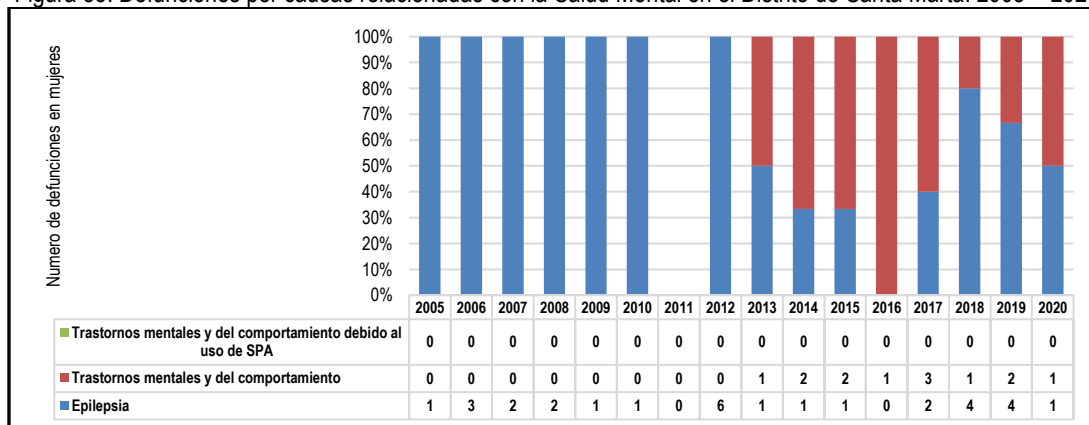
Figura 84. Tasas de mortalidad por causas relacionadas con la salud mental en hombres Distrito de Santa Marta. 2005 - 2020



Fuente: SISPRO- Cubo EEVV consultado 2022 - Anexo 12.3

En la mortalidad relacionada con la salud mental en mujeres se observa un crecimiento acelerado del número de casos de epilepsia con un incremento del 155 % con respecto al año 2017, los trastornos mentales y del comportamiento mostró una tendencia creciente, con un aumento del 57% con respecto al año 2018, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA no mostraron caso en 2020.

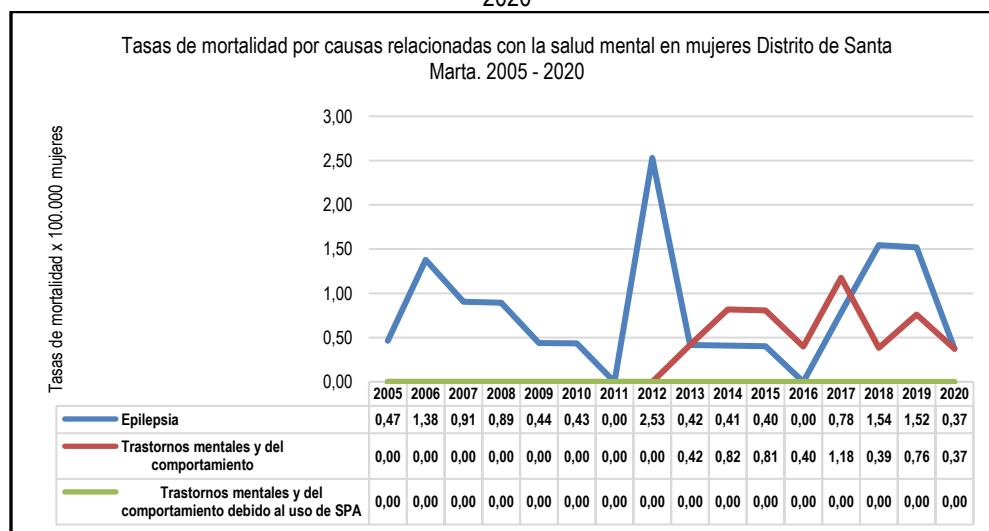
Figura 85. Defunciones por causas relacionadas con la Salud Mental en el Distrito de Santa Marta. 2005 – 2020



Fuente: SISPRO- Cubo EEVV consultado 2022 - Anexo 12.3

La tasa de mortalidad por epilepsia en 2020 fue del 0,37 x100.000 Hb, con tendencia decreciente y con un des incremento significativo del 98%, seguido por los trastornos mentales y del comportamiento con una tasa del 0,37x100.000 Hb y por último los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA con cero casos.

Figura 86 Tasas de mortalidad por causas relacionadas con la salud mental en mujeres Distrito de Santa Marta. 2005 – 2020



Fuente: SISPRO- Cubo EEVV consultado 2022 – Anexo 12.3

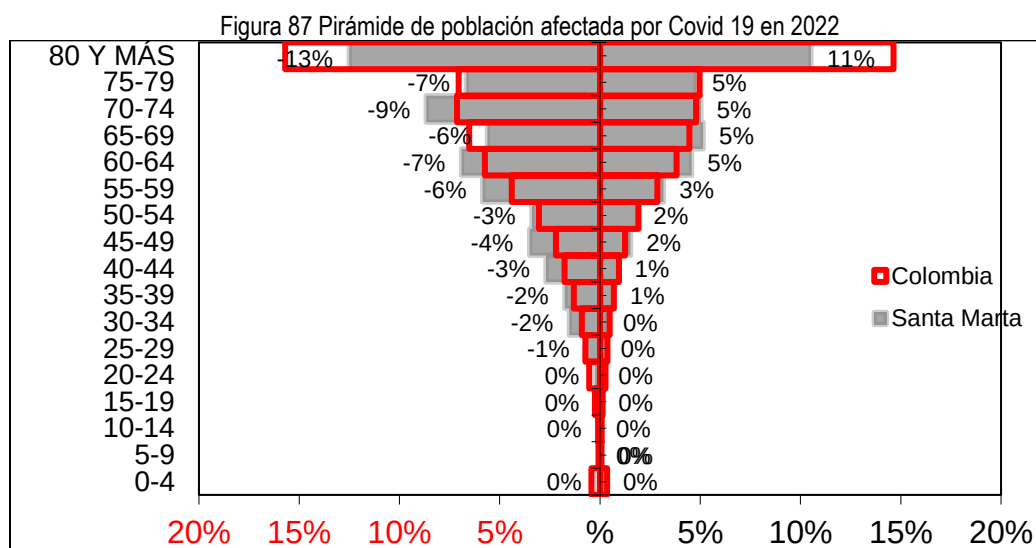
3.2.6 Mortalidad por COVID

Distrito de Santa Marta, comparado con Colombia

Mortalidad

En la muestra tomada como referencia hasta el 03 de noviembre de 2022, registra un total de 855 casos, con un comportamiento descendente en la curva comparada con el año 2021 (51.883 casos), Las mujeres ocupan el 40% (338) de los casos y los hombres el 60% (517) en 2022, la pirámide de afectados registra el rango de edad donde más comorbilidades se presentó por COVID fue en mayores de 60 años con el 70% de los casos registrados en el año, en relación con el país se presentaron 247.319 casos en el mismo periodo y sexo. Cada población tiene una afectación diferente y esta estructura puede tener un efecto considerable en su comportamiento demográfico y socioeconómico, tanto presente como futuro, así como intervenciones en salud en grupos poblacionales específicos y la definición de patrones epidemiológicos.

MORTALIDAD COVID 19 – 2022 – Santa Marta y Colombia



Fuente y Fecha de consulta: Cubo SegCovid 20 de septiembre de 2022- datos preliminares.

Tabla 105. Mortalidad por edad y sexo por Covid 19 en 2022

Grupo de edad	Santa Marta		COLOMBIA	
	2022		2022	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	517	338	143154	104165
0-4	1	3	1050	867
5-9		1	184	157
10-14	1		245	212
15-19	2	1	605	332
20-24	2	1	1328	673

25-29	6	2	1819	934
30-34	13	3	2247	1214
35-39	15	6	3223	1706
40-44	23	8	4363	2347
45-49	30	13	5423	3099
50-54	29	16	7529	4749
55-59	50	27	10876	7084
60-64	59	39	14196	9436
65-69	48	44	16151	11014
70-74	74	43	17646	11855
75-79	57	41	17430	12284
80 Y MÁS	107	90	38839	36202

Fuente y Fecha de consulta: Cubo SegCovid 20 de septiembre de 2022- datos preliminares.

Tabla 106. Índice demográfico 2022

Índice Demográfico	2022	
	Santa Marta	Colombia
Población total	855	247.319
Población Masculina	517	143.154
Población femenina	338	104.165
Relación hombres: mujer	152,96	137
Razón niños: mujer	12	19
Índice de infancia	1	1
Índice de juventud	2	2
Índice de vejez	70	75
Índice de envejecimiento	10033	6816
Índice demográfico de dependencia	147,83	197,32
Índice de dependencia infantil	1,74	3,26
Índice de dependencia mayores	146,09	194,06
Índice de Friz	8,11	15,46

Fuente y Fecha de consulta: Cubo SegCovid 20 de septiembre de 2022- datos preliminares.

Tabla 107. Índices demográficos análisis 2022

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En Santa Marta para el año 2022 por cada 153 muertes por COVID -19 en hombres, había 100 muertes de mujeres por COVID - 19, mientras que para el país Colombia en el año 2022 por cada 137 muertes por COVID-19 en hombres, había 100 muertes por COVID - 19 en mujeres
Razón niños mujer	En Santa Marta para el año 2022 por cada 12 muertes por COVID - 19 en niños y niñas (0-4 años), había 100 casos de muertes de COVID-19 en mujeres en edad fértil (15-49 años), en contraste el departamento Colombia para el año 2020 por cada 19 muertes por COVID - 19 en niños y niñas (0-4años), había 100 muertes por COVID - 19 en mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En Santa Marta en el año 2022 de 100 muertes por COVID-19, 1 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que en

	Colombia para el año 2020 la muerte en este grupo poblacional fue de 1
Índice de juventud	En Santa Marta en el año 2022 de 100 muertes por COVID - 19, 2 correspondían a muertes en población de 15 a 29 años, mientras que en Colombia en el año 2022 las muertes por este mismo evento en el grupo poblacional fueron de 2
Índice de vejez	En Santa Marta en el año 2022 de 100 muertes por COVID -19, 70 correspondían a población de 65 años y más, mientras que en Colombia en el año 2022 las muertes por este mismo evento en este grupo poblacional fueron de 75
Índice de envejecimiento	En Santa Marta en el año 2022 de 100 muertes por COVID - 19, 10033 correspondían a muertes en población de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2022 en este grupo poblacional por el mismo evento se presentaron 6816 muertes
Índice demográfico de dependencia	En Santa Marta de 100 muertes por COVID - 19 entre los 15 a 64 años, hubo 148 muertes por la misma causa en menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que en el Colombia en este grupo poblacional se presentaron 197 muertes por COVID - 19
Índice de dependencia infantil	En Santa Marta 2 personas menores de 15 años murieron por COVID - 19, dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años que murieron por la misma causa, mientras que en el Colombia fue de 3 muertes
Índice de dependencia mayores	En Santa Marta por cada 146 muertes por COVID - 19 en personas de 65 años y más, dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que en el Colombia fue de 194 personas
Índice de Friz	Representa el porcentaje de muertes por COVID - 19 en población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población fallecida por COVID - 19 estudiada es joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población fallecida por COVID - 19 envejecida.

Fuente y Fecha de consulta: Cubo SegCovid 20 de septiembre de 2022- datos preliminares.

Tabla 108. Comorbilidades COVID – 19 – 2022

Santa Marta	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad Santa Marta		Colombia	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad Colombia		Concentración Santa Marta
		2022	Proporción			2022	Proporción	
Santa Marta	Artritis	7	0%	Colombia	Artritis	2.095	0%	0,3%
	Asma	42	2%		Asma	9.421	2%	0,4%
	Cáncer	19	1%		Cáncer	8.069	2%	0,2%
	Comorbilidades (al menos una)	540	30%		Comorbilidades (al menos una)	145.268	29%	0,4%
	Diabetes	199	11%		Diabetes	42.361	8%	0,5%
	Enfermedades Huérfanas		0%		Enfermedades Huérfanas	1.045	0%	0,0%
	EPOC	117	7%		EPOC	43.168	9%	0,3%
	ERC	195	11%		ERC	37.645	7%	0,5%
	Hipertensión	401	23%		Hipertensión	103.536	21%	0,4%
	Sobrepeso y Obesidad	163	9%		Sobrepeso y Obesidad	33.376	7%	0,5%
	Terapia Reemplazo Renal	43	2%		Terapia Reemplazo Renal	4.789	1%	0,9%
	VIH	6	0%		VIH	1.110	0%	0,5%
	Mayor de 59	43	2%		Mayor de 59	71.446	14%	0,1%
	Total	1.775	100%		Total	503.329	100%	0,4%

Fuente y Fecha de consulta: Cubo SegCovid 20 de septiembre de 2022. - datos preliminares.

En el número de casos confirmados en Santa Marta, teniendo en cuenta las comorbilidades se observa que en el 30% de los casos se presenta al menos una, con mayor presencia en hipertensión con el 23% y diabetes con el 11%, seguida de la ERC, el sobrepeso y obesidad con el 11% y 9% respectivamente. Para el caso de País al menos una ocupa el 29% de los casos, con mayor presencia en hipertensión y EPOC con el 21% Y 9% respectivamente. El mayor número de casos aparece como no reportado, con una proporción del 95% para Santa Marta y del 77% para País, la hospitalización ocupa el 2% Para Santa Marta y cuidados intensivos el 10% para País.

Tabla 109. Ámbito de atención de las Mortalidades Santa Marta y Colombia 2022

Santa Marta	Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito - Santa Marta		Colombia	Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito de atención		Concentración de muertes según ámbito de atención - Colombia
		2022	Proporción			2022	Proporción	
Santa Marta	Consulta Externa	-	0%	Colombia	Consulta Externa	-	0%	#DIV/0!
	Cuidado Intensivo	22	2%		Cuidado Intensivo	27.869	10%	0,1%
	Cuidado Intermedio	5	1%		Cuidado Intermedio	7.285	3%	0,1%
	Domiciliaria	-	0%		Domiciliaria	1.270	0%	0,0%
	Hospitalización	17	2%		Hospitalización	26.956	9%	0,1%
	No Reportado	843	95%		No Reportado	224.372	77%	0,4%
	Otro	-	0%		Otro	2	0%	0,0%
	Urgencias	-	0%		Urgencias	3.536	1%	0,0%
	Total	887	100%		Total	291.290	100%	0,3%

Fuente y Fecha de consulta: Cubo SegCovid 20 de septiembre de 2022. - datos preliminares.

3.2.7 Análisis de desigualdad en la mortalidad materno- infantil y de la niñez

La tendencia de la razón de mortalidad materna tanto de País como de Santa Marta ha mostrado una curva ascendente para el año 2021, pasando la primera de 50,7 en el año 2019 a 83,16 en 2021, mientras que Santa

Marta pasó de 48,0 en 2019 a 188,38 en 2021, en cambio la tendencia mostró para distrito la neonatal y la infantil un decrecimiento, igual para el País. Según se observa en las figuras que se muestran a continuación. También se puede observar que la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años se tuvo un incremento significativo con relación al año inmediatamente anterior.

Tabla 110. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Distrito de Santa Marta, 2006- 2021

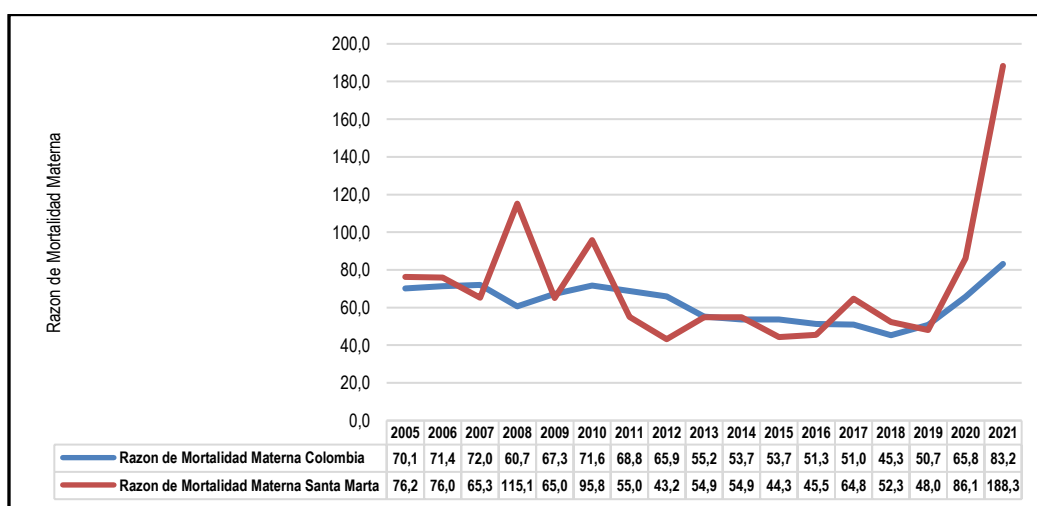
Causa de muerte	Colombia 2021	Santa Marta 2021	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Tasa de mortalidad materna	83,16	188,28	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗			
Tasa de mortalidad neonatal	7,11	8,54	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad infantil	10,94	16,19	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad en la niñez	13,21	18,45	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,36	11,33	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘			
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,41	6,80	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	7,80	22,66	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗			

Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD - Anexo 16_Herramienta_sema_mort_MI_y_ni_

Razón Mortalidad materna

La razón de mortalidad materna en el distrito de Santa Marta se ubicó en 188,3 x 1000 NV en el 2020. Teniendo en cuenta el período del 2005 al 2021, esta razón muestra una tendencia creciente con respecto a 2017 del 19%, sin embargo, no alcanza a estar por debajo de las tasas de los años 2012, 2015 y 2016 que se situó en una tasa por debajo de 50x1000 NV. Para el año 2021, aumento la diferencia con País, ya que su tasa sólo aumentó en un 16%, Santa Marta sigue manteniendo tasas por encima de la de País que alcanzó 83,2x1000 NV.

Figura 88. Razón de mortalidad materna a 42 días, Distrito de Santa Marta, 2005 -2021

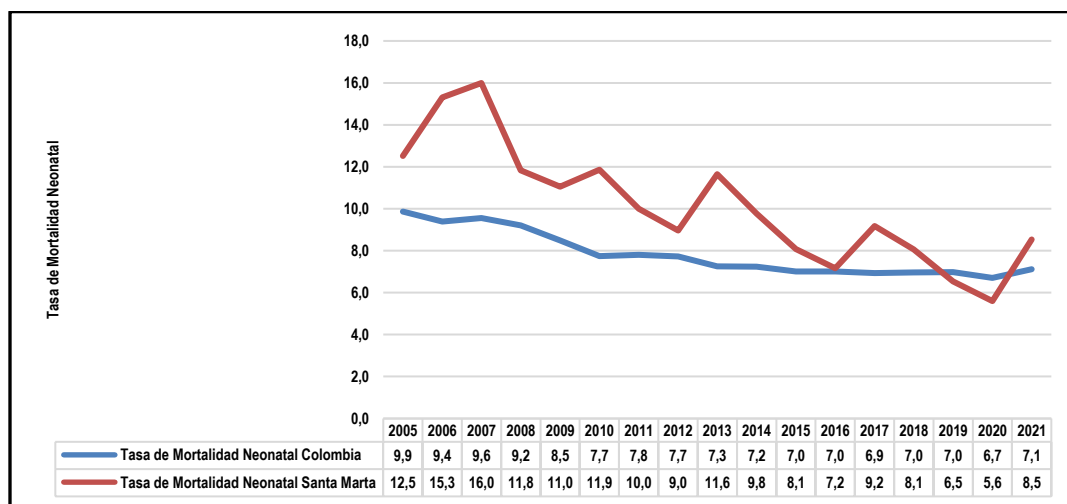


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD - Figuras Mortalidad MI y Niñez ASIS 2023

3.2.7.1 Tasa de Mortalidad Neonatal

La tasa de mortalidad neonatal para el 2021 se situó en 8,5 x1000 NV en el distrito, con una tendencia a la disminución en relación con el año 2018 del 23%, mientras que entre 2005 y 2019 se observa una disminución de 4,5 muertes por 1000 NV. Para el caso de País ha venido mostrando una tendencia decreciente entre 2005 y 2020 que se mantuvo estable alrededor de 5 x1000 NV; con un mayor incremento en los años 2005 y 2007, con cifras cercanas a 10x1000 NV.

Figura 89. Tasa de mortalidad neonatal, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

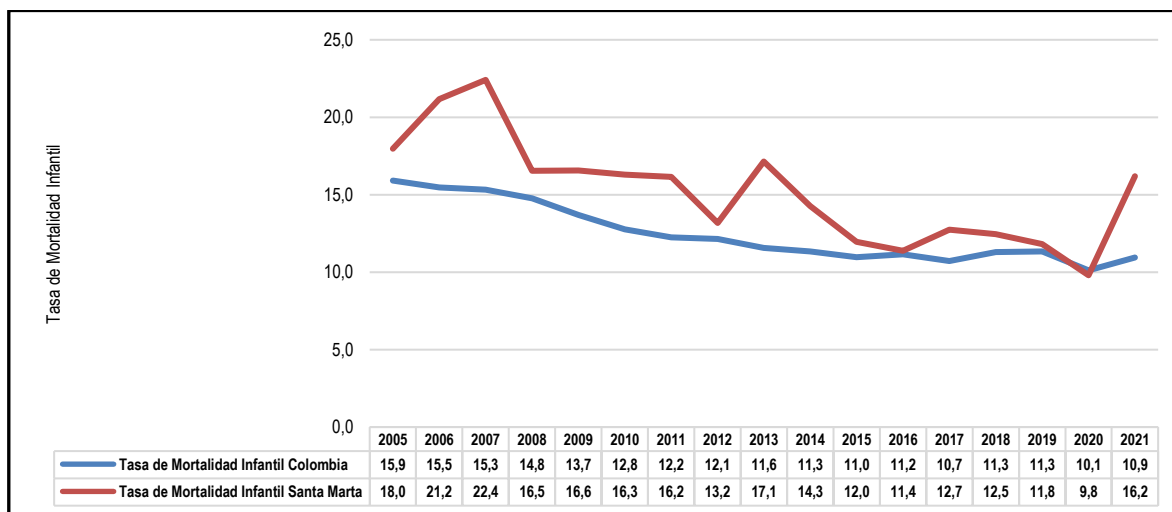


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Figuras Mortalidad y niñez) - Figuras Mortalidad MI y Niñez ASIS 2023

3.2.7.2 Mortalidad infantil

En relación con la tasa de mortalidad infantil en el Distrito de Santa Marta durante el año 2021, se observa que ésta se ubica muy lejos de la referencia Nacional, con un aumento de 6 puntos en las muertes, pasando de 9,8 a 16,2 x100.000 menores, mientras que el País presenta su comportamiento fue similar respecto a 2019. La tasa superior, se registró el año 2005, donde se reflejó una tasa de 15,9 muertes por 100.000 menores de un año. Durante los años 2005 al 2020, se observa una tendencia decreciente para país y un aumento para el ente territorial, con disminución entre el 27 para país y un aumento del 15% en el territorio.

Figura 90. Tasa de mortalidad infantil, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

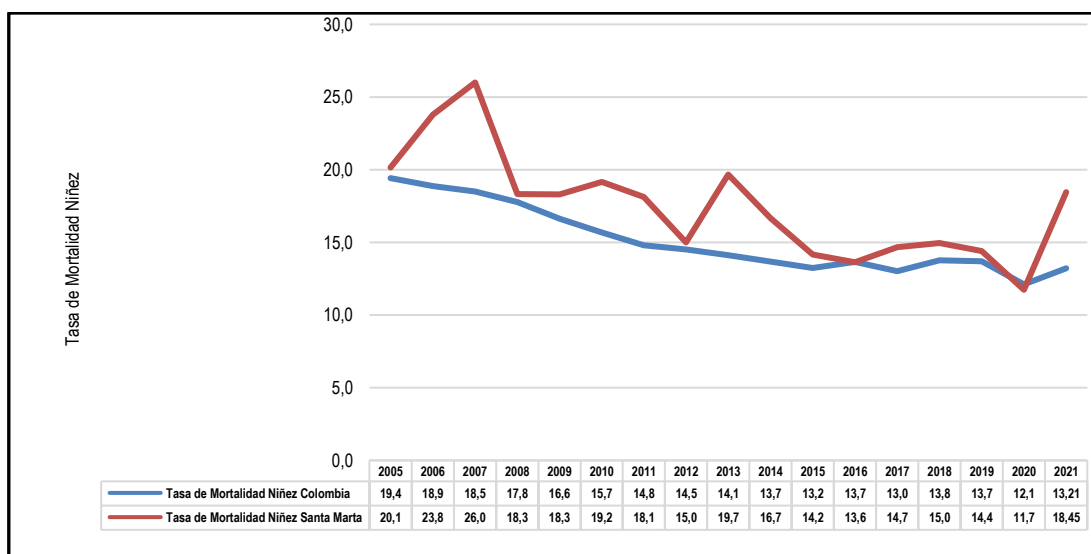


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Figuras Mortalidad y niñez) - Figuras Mortalidad MI y Niñez ASIS 2023

Mortalidad en la niñez

En términos generales, las tasas de mortalidad infantil en Santa Marta han sido consistentemente superiores a las tasas nacionales entre 2005 y 2021, con una excepción en 2016. Ambas entidades experimentaron disminuciones en 2020: un 1% a nivel nacional y un 3% en Santa Marta. Sin embargo, en 2021, mientras la tasa nacional aumentó ligeramente, Santa Marta experimentó un incremento significativo, subrayando la necesidad de investigar y abordar las causas subyacentes para mejorar la salud infantil en la región.

Figura 91. Tasa de mortalidad en la niñez, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

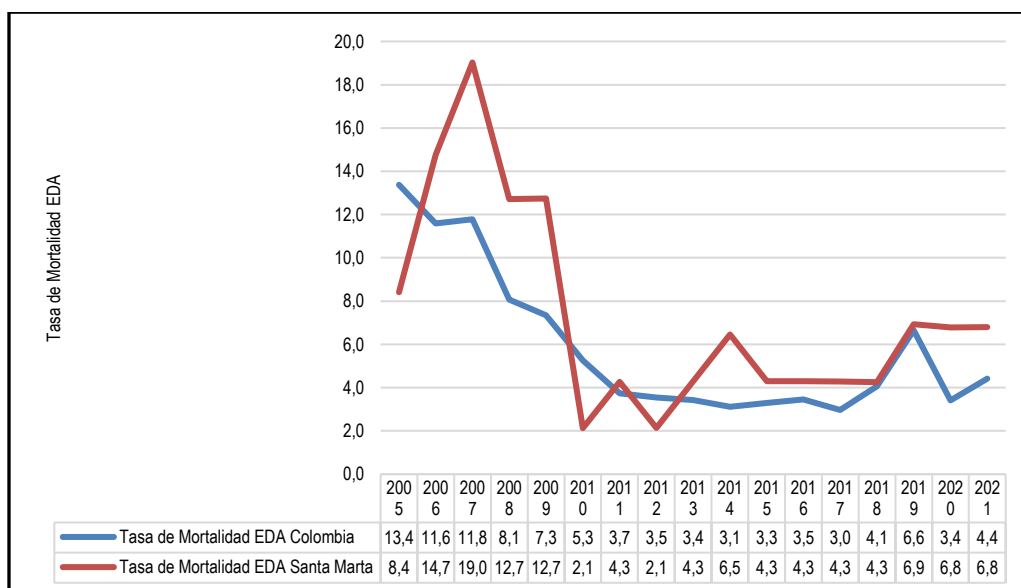


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Figuras Mortalidad y niñez) - Figuras Mortalidad MI y Niñez ASIS 2023

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Al realizar el análisis en el Distrito, se aprecia que la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA en el menor de 5 años, ha estado por encima del dato País durante mayoría de los años registrados, excepto en los años 2010 y 2012, con una mayor diferencia durante el año 2007 donde se registra un aumento de 4,3 muertes por 100.000 menores de 5 años. Durante el año 2019, se mantuvo la tasa de mortalidad en la niñez por esta causa, acercándose más a la tasa Nacional que registró un incremento del 40%. De manera general en el Distrito de Santa Marta se ha disminuido la mortalidad por esta causa, pasando de 8,4x100.000 menores de cinco años en 2005 a 6,8x100.000 menores en 2021 igual que el año 2020.

Figura 92 Tasa de mortalidad por EDA, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021

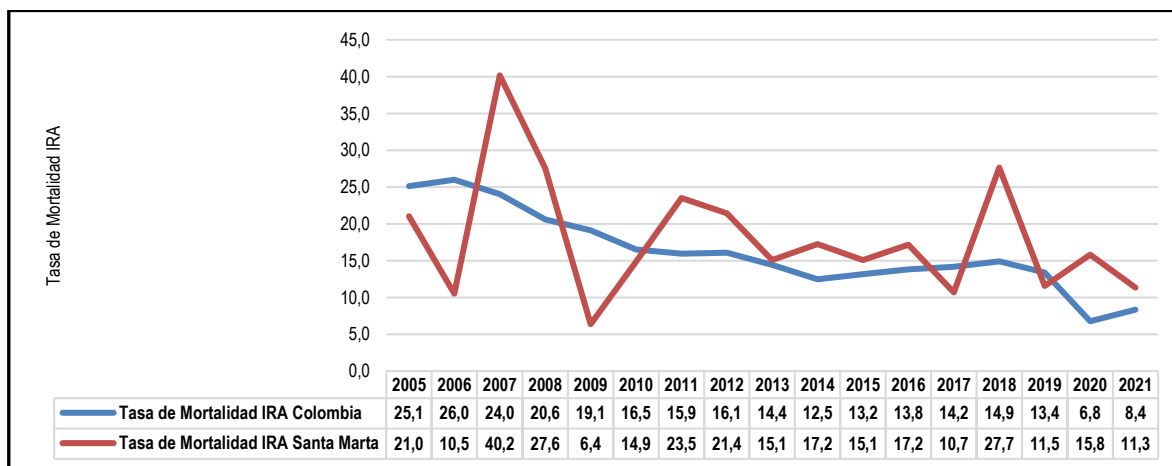


Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Figuras Mortalidad y niñez) - Figuras MortalidadMI y Niñez ASIS 2023

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

En el Distrito de Santa Marta se observa que la mayor mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en el menor de 5 años se presentó en los años 2007, 2008 y 2018. En el año 2021 la tasa de mortalidad por IRA en el distrito decreció con relación al año anterior en el 137%, pasando de 15,8 x100.000 menores de cinco años en 2018 a 11,3x100.000 menores de cinco años en 2021, mientras que País registró un decremento del 197%. El distrito mostró la segunda tasa más alta en la serie de 14 años entre 2005 y 2018; para el 2021 hubo un pequeño descenso de este evento en el distrito con una tasa de 11,3 x 100.000 habitantes con relación al año inmediatamente anterior.

Figura 93. Tasa de mortalidad por IRA, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021



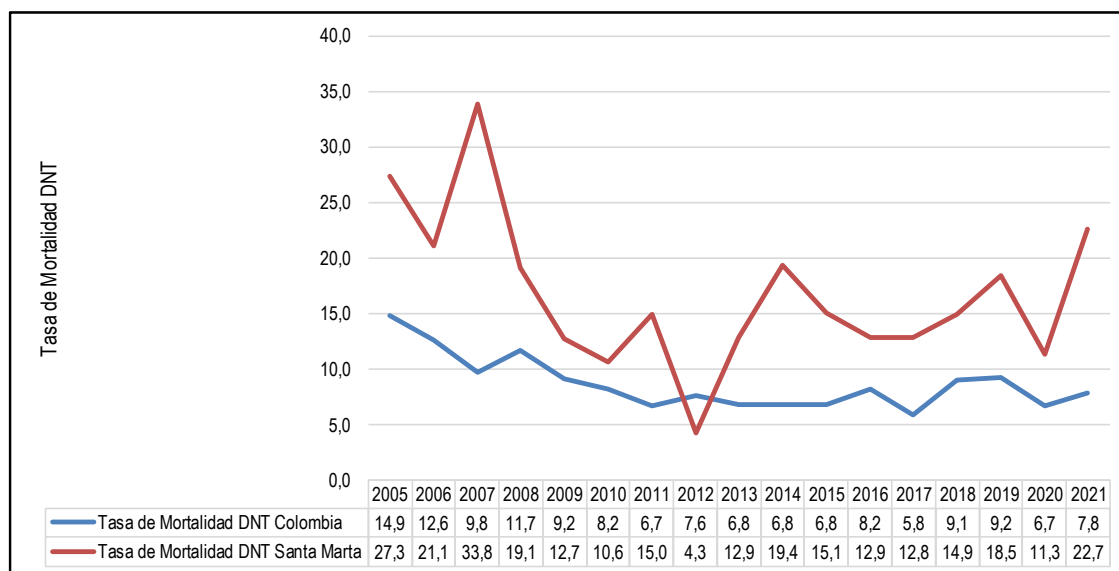
Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Figuras Mortalidad y niñez) - Figuras MortalidadMI y Niñez ASIS 2023

Mortalidad por desnutrición

El análisis de la serie completa hasta el año 2021 ofrece una visión exhaustiva de la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Desde 2005 hasta 2019, se observó un incremento constante en las tasas, culminando en un máximo de 18,5 por cada 100,000 menores de cinco años en 2019, lo que representó un significativo aumento del 16% con respecto a la tasa de 2018, que fue de 15,9. En el año 2020, se evidenció un cambio en la tendencia, con una disminución en la tasa de mortalidad por desnutrición en Santa Marta, situándose en 11,3 por cada 100,000 habitantes. A nivel nacional, también se registró un descenso similar, pasando de 9,2x100.000 en 2019 a 6,7x100.000 en 2020. Este descenso marcó un avance positivo en la mitigación de la desnutrición infantil, representando una disminución del 41% en Santa Marta y del 27% a nivel nacional.

Sin embargo, es crucial resaltar el cambio notable entre 2020 y 2021. Aunque se había logrado una disminución en 2020, la tasa de mortalidad por desnutrición en Santa Marta experimentó un aumento significativo en 2021, llegando a 22,7 por cada 100,000 menores de cinco años. Este incremento señala un aumento del 101% en comparación con el año anterior, subrayando la urgencia de acciones inmediatas y medidas correctivas para comprender y abordar las causas subyacentes de este repunte. Al comparar la tasa de mortalidad por desnutrición entre Santa Marta y el país, destaca el pico alarmante registrado en el distrito en 2007, con una tasa de 33,8 por cada 100,000 menores de cinco años, en comparación con la tasa nacional de 9,8 en el mismo año. A pesar de este pico, Santa Marta ha mantenido sus tasas por debajo de 20 desde entonces, mientras que el país ha logrado mantener tasas por debajo de 10 desde 2009. El análisis hasta 2021 subraya la necesidad de mantener esfuerzos continuos para comprender y abordar las causas subyacentes de la desnutrición infantil en Santa Marta. El cambio significativo de 2020 a 2021 destaca la importancia de una atención inmediata y medidas correctivas para asegurar un progreso sostenible en la salud y nutrición de la población infantil en la región.

Figura 94 Tasa de mortalidad por desnutrición, Distrito de Santa Marta, 2005- 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD (Figuras Mortalidad y niñez) - Figuras MortalidadMI y Niñez ASIS 2023

Conclusiones Mortalidad

Las neoplasias siguen siendo una causa importante de mortalidad, con una tasa ajustada por edad de 163.6 por 100,000 habitantes en 2021, mostrando una diferencia de 0.6 puntos porcentuales respecto al año anterior. Los tumores in situ son la principal diferencia de muertes en las dos últimas vigencias, seguidos por los tumores malignos de próstata, que contribuyeron con 5 defunciones más respecto a 2016. Las causas externas experimentaron un aumento del 4% respecto a 2019, constituyendo el 1.1% del total de mortalidades en 2021.

Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan la tercera posición, con tasas de mortalidad que variaron en un 2% más en comparación con el año 2019 y un 20.5% más alto en comparación con 2005. En 2021, representan el 16.9% del total de mortalidades.

A lo largo de los años, se observa una variación en las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. En 2021, la tasa se mantiene estable en comparación con el año anterior (208,0), indicando una continuidad en la tendencia decreciente desde el año 2016.

La tendencia de las causas externas ha mostrado variabilidad en las tasas a lo largo de los años. En 2021, la tasa aumenta significativamente a 115,0 en comparación con el año anterior (90,1), indicando un incremento en esta categoría.

En resumen, mientras algunas categorías muestran tendencias decrecientes, como las enfermedades del sistema circulatorio y, en algunos años, las enfermedades transmisibles, otras categorías presentan aumentos significativos, como las demás causas, las causas externas y los signos y síntomas mal definidos. Este análisis subraya la importancia de una vigilancia continua para entender las dinámicas de la mortalidad y orientar estrategias de salud pública.

A lo largo de los años, se observa una variabilidad en las tasas de mortalidad por "Las demás causas". En 2021, la tasa aumenta a 170,1, mostrando una tendencia creciente en comparación con el año anterior

En resumen, el análisis de la tendencia de mortalidad en mujeres destaca aumentos significativos en las tasas de "Las demás causas", enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades transmisibles, causas externas y signos y síntomas mal definidos en 2021 en comparación con el año anterior. Solo las tasas de neoplasias muestran una tendencia a la baja en este periodo. Estos hallazgos subrayan la importancia de un monitoreo continuo para entender y abordar las dinámicas de la mortalidad en la población femenina. La probabilidad de morir por enfermedades de "Las demás causas" es aproximadamente veintitrés veces más alta en el sexo masculino en comparación con el sexo femenino, según las tasas de mortalidad observadas.

La probabilidad de morir por neoplasias es considerablemente más alta en hombres, siendo alrededor de treinta y cinco veces más elevada que en mujeres, según las tasas de mortalidad registradas.

Estos resultados resaltan las disparidades significativas en las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres en relación con diferentes categorías de causas. Es crucial tener en cuenta estas diferencias al diseñar estrategias de salud pública y programas de prevención, centrándose en abordar las necesidades específicas de cada género para lograr una atención más efectiva y equitativa.

En el año 2021, se estimaron un total de 72,261 años de vida potencialmente perdidos en el Distrito de Santa Marta, mostrando un aumento del 21.78% en comparación con el valor del año anterior (59,438). Las afecciones perinatales experimentaron un aumento del 70.19% en 2021. Aunque este aumento es significativo, representa una mejora en comparación con la disminución del 39.31% observada en 2020.

Los años de vida potencialmente perdidos en mujeres en el Distrito de Santa Marta representaron el 43% del total en el año 2020 y el 40% en el acumulado de los catorce años de estudio. Entre las principales causas que ocasionan el mayor número de muertes prematuras en este sexo se encuentran las "Demás Causas" con un total de 3,532.3 AVPP en 2021, lo que significa el 37% de los años perdidos en ese año, mostrando un incremento en comparación con 2020 (3,469.9 AVPP). Le siguen las "Neoplasias" con 2,064.6 años de vida potencialmente perdidos en 2021, que representaron el 21.6% del total, mostrando una ligera disminución respecto a 2020 (1,989.2 AVPP).

Los años de vida potencialmente perdidos en hombres en el Distrito de Santa Marta representaron el 57% del total en el año 2020 y el 60% en el acumulado de los catorce años de estudio. Entre las principales causas que ocasionan el mayor número de muertes prematuras en este sexo se encuentran las "Causas Externas" con un total de 4,916.4 AVPP en 2021, que significa el 37% de los años perdidos en ese año, mostrando un aumento en comparación con 2020 (3,524.8 AVPP). Le siguen las "Las Demás Causas" con 3,681.0 años de vida potencialmente perdidos en 2021, que representaron el 28% del total, mostrando un aumento respecto a 2020 (3,579.0 AVPP).

Durante el período de 2005 a 2021, las demás causas continuaron siendo la principal fuente de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en la población del Distrito de Santa Marta. La tasa de AVPP alcanzó su punto máximo en 2019 con 3518,0, representando un aumento significativo desde 2013 (3375,3). Sin embargo, en

2020, se observó un ligero descenso, registrando 3360,7 AVPP, y se mantuvo en 3810,4 en 2021, mostrando una tendencia al alza nuevamente.

En los hombres las Causas Externas presentan las tasas ajustadas, con mayor pérdida de años potenciales de vida, observando el mayor valor en el año 2018 cuya tasa fue de 3803,6 AVPP x 100.000 hombres y una tendencia creciente cuya tasa en el 2021 de 4916,4 AVPP x 100.000 hombres. En segundo lugar, se encuentran las Demas Causas con una tasa de 36, 81,0 AVPP x 100.000 hombres, con tendencia fluctuante, pero con incremento al final del periodo de análisis. Las enfermedades del sistema circulatorio se sitúan en tercer lugar de impacto con una tasa de 2711,0 AVPP x 100.000 habitantes hombres con una tendencia al aumento en el año 2020 y un bajón en el año 2019 (2410,0).

Entre las mujeres, las Demás Causas presentan las tasas ajustadas con mayor pérdida de años potenciales de vida, observando que el año 2013 fue el de mayor impacto con la tasa de AVPP más alta y una tendencia creciente cuya tasa en el 2021 fue 3976,2 AVPP x 100.000 mujeres. En segundo lugar, se encuentran las Enfermedades Neoplásicas con una tasa de 2064,6 AVPP x 100.000 mujeres, con tendencia fluctuante indicando el riesgo de morir por esta causa a temprana edad. Las Enfermedades sistema circulatorio se sitúan en tercer lugar con una tasa de 1773,1 AVPP x 100.000 habitantes mujeres con una pequeña tendencia al aumento con relación al año anterior.

La tasa de mortalidad por VIH/SIDA experimentó un aumento significativo, pasando de 7,00 x 100.000 habitantes en 2005 a 12,52 en 2018. Aunque se observó una disminución en 2016, la tendencia general es creciente. En 2019, hubo una caída a 6,22 (por debajo de 2005), pero en 2020 se registró un ligero aumento (9,48 x 100.000 habitantes), y en 2021 la tasa es 9,18.

En el año 2021, se observa una continuidad y evolución en la mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres en el Distrito de Santa Marta, contrastándola con el análisis previo del 2020: La tendencia estable se mantiene, con tasas que alcanzan los 39,11 x 100.000 mujeres en 2021. Se evidencia un ligero descenso respecto al 2020 (39,11 vs. 29,05). La mortalidad por VIH/SIDA permanece relativamente constante, con una tasa de 4,11 x 100.000 mujeres en 2021. Esta cifra es similar a la del año anterior (4,05). La Septicemia mantiene su posición como la tercera causa de mortalidad en mujeres en 2021, con una tasa de 3,59 x 100.000 mujeres. Aunque muestra cierta estabilidad respecto al 2020 (4,05), la tendencia inestable persiste, señalando posibles desafíos en la intervención de factores de riesgo. Resto de Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias la variabilidad en la tasa continúa, registrando 3,59 x 100.000 mujeres en 2021, similar al 2020 (3,59). Se sugiere la necesidad de monitoreo y evaluación continua.

En este subgrupo de causas, las mayores tasas de mortalidad se deben al tumor maligno de la próstata, con una tasa en el año 2021 de 19,83 x 100.000 hombres, lo que representa un aumento de 3,49 puntos en comparación con el año 2020. La diferencia absoluta respecto al año 2007 fue de 3,79 x 100.000 hombres. En segundo lugar, la mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer alcanzó una tasa de 16,47 x 100.000 mujeres en el 2021, mostrando un aumento de 0,74 puntos en comparación con el año 2020. Su tendencia es creciente, con cambios significativos en la serie de años analizada. En tercer lugar, se encuentran los tumores malignos de otras localizaciones y de comportamiento incierto o desconocido, con una tendencia creciente sostenida durante los años, llegando en el 2021 a una tasa de 15,62 x 100.000. Similarmente, la mortalidad por

tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, muestra fluctuaciones en su comportamiento en la estructura analizada, alcanzando una tasa de 10,66 x 100.000 en el año 2021. Los tumores malignos del colon y de la unión rectosigmoideas presentan un incremento significativo entre los años 2019 y 2021, con tasas de 9,18% y 6,16%, respectivamente. En términos generales, el riesgo de morir por tumor maligno de próstata en hombres es un 19,83% más alto que morir por tumor maligno de mama de la mujer (16,47%), como se pudo apreciar en la estructura de la mortalidad en ambos géneros.

La estructura de la mortalidad en hombres y mujeres en el subgrupo de enfermedades del sistema circulatorio presenta discrepancias notables. Las enfermedades isquémicas del corazón siguen siendo la principal causa de muerte, con una tasa de mortalidad en 2021 de 73,69 x 100.000 habitantes, mostrando un aumento respecto a años anteriores. El riesgo de morir por estas enfermedades es un 30% más alto en hombres que en mujeres. En el caso de las enfermedades hipertensivas, la tasa de mortalidad en 2021 es de 49,44 x 100.000 habitantes, manteniendo su relevancia. No obstante, se observa una diferencia significativa entre géneros, con un riesgo de morir un 9% más alto en hombres (54,61 x 100.000 hombres) en comparación con las mujeres (45,22 x 100.000 mujeres). Las enfermedades cerebrovasculares registran una tasa de mortalidad de 39,01 x 100.000 habitantes en 2020, con una disminución en comparación con años anteriores. Sin embargo, el riesgo de fallecer por estas enfermedades es un 9% más alto en hombres. En 2021, la tasa de mortalidad es de 38,25 x 100.000 hombres y 35,15 x 100.000 mujeres. Estos datos resaltan las disparidades de género en la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, subrayando la importancia de considerar enfoques diferenciados según el género en las estrategias de salud pública.

En el grupo de mujeres, los trastornos respiratorios específicos del período perinatal mostraron cierta variabilidad, manteniéndose relevantes con un leve aumento en 2021. Las defunciones por otras afecciones perinatales fluctuaron, destacando un aumento en 2021. La sepsis bacteriana del recién nacido disminuyó significativamente, sugiriendo mejoras en la atención perinatal. Las defunciones relacionadas con complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento redujeron a cero en 2021, indicando posibles mejoras en las condiciones obstétricas. Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas registraron disminución a cero defunciones en 2021. El retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer también disminuyeron a cero defunciones en 2021. Estos cambios resaltan la importancia de la atención continua y estrategias de prevención para garantizar la salud materna y fetal.

En el Distrito de Santa Marta hasta el año 2021, los accidentes de transporte terrestre representan la segunda causa de mortalidad, constituyendo el 21% de las defunciones por causas externas. La tasa de mortalidad en 2020 fue de 11,71 por cada 100,000 habitantes, con valores más altos en 2006 y 2007. Aunque la tendencia general muestra una disminución hasta 2017, al comparar con 2020, se observa que la tasa se mantiene estable en 2021, tres puntos por encima de ese año. La disparidad de género persiste, siendo los hombres 7 veces más propensos a morir en accidentes de transporte. A pesar de mejoras en seguridad vial, el leve aumento en 2021 sugiere la necesidad de mantener esfuerzos para prevenir estos incidentes.

En el Distrito de Santa Marta, las causas externas muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres. Mientras que los hombres experimentan tasas más altas de homicidios y accidentes de transporte terrestre, las mujeres muestran tasas superiores de lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y eventos de intención no determinada. En 2021, la tasa de homicidios en hombres fue 4.7 veces mayor que en mujeres, y

la de accidentes de transporte terrestre fue 6.7 veces mayor. Por otro lado, la tasa de suicidios en mujeres fue 11.3 veces mayor que en hombres, y la de eventos de intención no determinada fue 1.7 veces mayor. Estos contrastes destacan la importancia de enfoques específicos de género en las estrategias de prevención.

En el análisis de las tres principales enfermedades en mujeres hasta el año 2021, se observa una tendencia creciente en las tasas de mortalidad. La diabetes mellitus exhibe un aumento marcado, alcanzando una tasa de 31,96 en 2021, con un crecimiento constante desde 2005. Las tasas de otras enfermedades también muestran incrementos generales, llegando a 23,02 en 2021. En particular, las enfermedades del sistema urinario presentan una tendencia ascendente, con una tasa de 19,97 en 2021. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar específicamente la diabetes mellitus y otras enfermedades en la población femenina, destacando la necesidad de estrategias de prevención y gestión para mejorar la salud de las mujeres.

Durante el año 2021 fueron certificadas 142 muertes en población menor de 5 años que significó el 11,0% del total de las defunciones del mismo año, mostrando una reducción de 42 muertes menos comparada con el año 2005 equivalente al 32% y de 40 muertes menos comparado con el 2020.

En cuanto al sexo, el comportamiento es similar, ocupando los primeros lugares la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal siendo mayor la diferencia de tasas en los niños ($176,30 \times 100.000$) con un 70,1% más alto el valor de las niñas ($69,2 \times 100.000$); de igual forma la mortalidad por malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas es más alta en niñas que en niños con una diferencia relativa de tasas de 8. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, las neoplasias y las enfermedades del sistema genitourinario fueron causas de defunción en los niños mientras que en las niñas estuvo ausente en el año 2017, 2018 y 2021 siendo su tendencia es ocasional.

Las afecciones originadas en el periodo perinatal continúan siendo la principal causa de mortalidad infantil, manteniendo una tendencia decreciente desde 2008. En 2021, representaron el 49% de las muertes en menores de un año, con una tasa de 14.4 por 1000 nacidos vivos, mostrando una disminución respecto al año anterior.

En el grupo de niños de 1 a 4 años en el año 2021, se evidencian patrones notables en la mortalidad según diversas causas. Las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron aproximadamente el 10.53% de las defunciones, con variaciones entre ambos sexos. Los tumores constituyeron alrededor del 14.41%, mostrando una tendencia al aumento. Las enfermedades del sistema nervioso, circulatorio y respiratorio contribuyeron con el 5.55%, 2.42% y 8.24%, respectivamente, con variaciones notables. Las malformaciones congénitas continuaron siendo una causa significativa, representando el 15.13%, con tasas que experimentaron ciertos cambios. Las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, así como otras categorías, conformaron el 16.18% en total. Las causas externas, incluyendo accidentes y lesiones, representaron el 21.65%, con diferencias entre sexos. Este análisis porcentual basado en el año 2021 ofrece una perspectiva detallada de la mortalidad infantil en el rango de 1 a 4 años, destacando tendencias y áreas de enfoque para las iniciativas de salud pública.

Resumiendo, las principales causas de mortalidad en población menor de 5 años en el 2021, se observó que las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal representan el 49,71% de los casos de muerte en la serie 2005-2021, seguida por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con el

20,68%, en tercer lugar, las enfermedades del sistema respiratorio con el 6,30% y ciertas enfermedades endocrinas, nutricionales y parasitarias con el 5,37%. En la siguiente figura se aprecia el comportamiento de la mortalidad infantil y niñez en el 2021.

En la muestra tomada como referencia hasta el 03 de noviembre de 2022, registra un total de 855 casos, con un comportamiento descendente en la curva comparada con el año 2021 (51.883 casos), Las mujeres ocupan el 40% (338) de los casos y los hombres el 60% (517) en 2022, la pirámide de afectados registra el rango de edad donde más comorbilidades se presentó por COVID fue en mayores de 60 años con el 70% de los casos registrados en el año, en relación con el país se presentaron 247.319 casos en el mismo periodo y sexo. Cada población tiene una afectación diferente y esta estructura puede tener un efecto considerable en su comportamiento demográfico y socioeconómico, tanto presente como futuro, así como intervenciones en salud en grupos poblacionales específicos y la definición de patrones epidemiológicos.

La tendencia de la razón de mortalidad materna tanto de País como de Santa Marta ha mostrado una curva ascendente para el año 2021, pasando la primera de 50,7 en el año 2019 a 83,16 en 2021, mientras que Santa Marta pasó de 48,0 en 2019 a 188,38 en 2021, en cambio la tendencia mostró para distrito la neonatal y la infantil un decrecimiento, igual para el País. Según se observa en las figuras que se muestran a continuación. También se puede observar que la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años se tuvo un incremento significativo con relación al año inmediatamente anterior.

La razón de mortalidad materna en el distrito de Santa Marta se ubicó en 188,3 x 1000 NV en el 2020. Teniendo en cuenta el periodo del 2005 al 2021, esta razón muestra una tendencia creciente con respecto a 2017 del 19%, sin embargo, no alcanza a estar por debajo de las tasas de los años 2012, 2015 y 2016 que se situó en una tasa por debajo de 50x1000 NV. Para el año 2021, aumento la diferencia con País, ya que su tasa sólo aumentó en un 16%, Santa Marta sigue manteniendo tasas por encima de la de País que alcanzó 83,2x1000 NV.

La tasa de mortalidad neonatal para el 2021 se situó en 8,5 x1000 NV en el distrito, con una tendencia a la disminución en relación con el año 2018 del 23%, mientras que entre 2005 y 2019 se observa una disminución de 4,5 muertes por 1000 NV. Para el caso de País ha venido mostrando una tendencia decreciente entre 2005 y 2020 que se mantuvo estable alrededor de 5 x1000 NV; con un mayor incremento en los años 2005 y 2007, con cifras cercanas a 10x1000 NV.

En relación con la tasa de mortalidad infantil en el Distrito de Santa Marta durante el año 2021, se observa que ésta se ubica muy lejos de la referencia Nacional, con un aumento de 6 puntos en las muertes, pasando de 9,8 a 16,2 x100.000 menores, mientras que el País presenta su comportamiento fue similar respecto a 2019. La tasa superior, se registró el año 2005, donde se reflejó una tasa de 15,9 muertes por 100.000 menores de un año. Durante los años 2005 al 2020, se observa una tendencia decreciente para país y un aumento para el ente territorial, con disminución entre el 27 para país y un aumento del 15% en el territorio.

En términos generales, las tasas de mortalidad infantil en Santa Marta han sido consistentemente superiores a las tasas nacionales entre 2005 y 2021, con una excepción en 2016. Ambas entidades experimentaron disminuciones en 2020: un 1% a nivel nacional y un 3% en Santa Marta. Sin embargo, en 2021, mientras la

tasa nacional aumentó ligeramente, Santa Marta experimentó un incremento significativo, subrayando la necesidad de investigar y abordar las causas subyacentes para mejorar la salud infantil en la región.

En el año 2021 la tasa de mortalidad por IRA en el distrito decreció con relación al año anterior en el 137%, pasando de 15,8 x100.000 menores de cinco años en 2018 a 11,3x100.000 menores de cinco años en 2021, mientras que País registró un decremento del 197%. El distrito mostró la segunda tasa más alta en la serie de 14 años entre 2005 y 2018; para el 2021 hubo un pequeño descenso de este evento en el distrito con una tasa de 11,3 x 100.000 habitantes con relación al año inmediatamente anterior.

4 CAPITULO IV ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTES LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

4.1 Marco Conceptual

Parte del análisis de situación de salud en el territorio, tiene que ver con la respuesta institucional y social que se ha venido desarrollando frente a las problemáticas identificadas. Así las cosas, es necesario identificar las problemáticas y analizar la respuesta dada desde los actores y/o sectores, reconociendo la posición o rol. Para ello lo primero que obliga es la identificación de los problemas que para el caso emplea la metodología de la cartografía social

Ello requiere apropiarse el mayor elemento democrático que plantea la nueva metodología cual es la participación social y comunitaria para el análisis propio de quienes viven y sienten sus problemas de salud y que para el caso trasciende lo eminentemente cartesiano de como las entidades territoriales analizaron su situación de salud por cerca de 15 años y que se limitaba a mostrar algunos resultados y eventos de salud y su frecuencia y tendencia aparte de una descripción de territorio y miradas de estructuras y dinámicas poblacionales para “técnicamente” proponer necesidades en salud que nacían desde el escritorio

Sin embargo, los cambios evolutivos de tipo social que han mostrado grandes problemas universales nuevos y que modifican conceptos como lo son en especial la pandemia por coronavirus -19, el cambio climático y la salud mental golpeada por el flagelo del consumo de sustancias adictivas nos obligan a mirar el futuro de manera diferente y en este caso parte de algo tan elemental como lo es el comprender desde las comunidades personas y familias las causas de las causas de las causas que determinan eventos en salud en el marco de las desigualdades, la inequidades y las injusticias sociales

4.1.1 El derecho a participar y decidir

La ley estatutaria que reconoce la salud como un derecho humano fundamental, trascendiendo 25 años de historia cuando la misma Constitución de 1991 y Ley 100/93 lo establecen como un “servicio público”; define en su Artículo 12. *“Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de*

salud que les afectan o interesan. Este derecho incluye: a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación.....e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud”

Este derecho se refrenda con la expedición de la Ley estatutaria de participación (1757 de 2015) y para el sector con la Resolución 2763 de 2017 que la establece como una política pública y que debemos entender como la materialización de las propuestas que emanan de la Ley 715 de 2001 cuando definía en su artículo 43.1.7 que es competencia del Distrito Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud. Así mismo la Ley 1438 en su artículo 136 ordena que El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social.

El concepto la participación social genera mayor arraigo cuando la ley 1438/11 al definir la Atención Primaria en salud- APS la establece junto con la intersectorialidad y la prestación de servicios como uno de sus pilares fundamentales que en este caso para el análisis de situación de salud debe entenderse como el medio que legitima la sustentación del derecho, la construcción de democracia desde el Territorio, agente de acción transformadora y la formación de ciudadanos sujetos de derechos y responsable de deberes civiles.

4.1.2 Configuración del territorio

Se reconoce el territorio como un espacio geográfico dónde se produce social y biológicamente la vida (Borde & Torre, 2017) lo cual es indispensable para la salud. La estructura geográfica y ambiental del territorio es el espacio físico dónde se desarrolla la historia de los pueblos a lo largo del tiempo y de acuerdo con las relaciones de poder se definen dinámicas políticas, sociales, culturales, modos de producción y afecta la distribución y dinámica poblacional. El territorio es constitutivo de dichas relaciones incluidas también la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

4.1.3 Medios de producción y circunstancias sociales

No siempre se tiene una idea clara de lo que son los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y muchas veces se desconoce que se trata de aquellos derechos que posibilitan un nivel de vida adecuado para las personas dentro de un concepto de dignidad humana, que se traduce en alimentación, seguridad social, salud física y mental, vivienda, trabajo, sindicalización, educación, medio ambiente sano y agua.

Asimismo, las condiciones socioeconómicas guardan estrecha relación con el mercado laboral, pero incluyen otros factores, que de manera directa pueden afectar las condiciones de salud de la población. Las relaciones de producción son fundamentales para organizar toda la vida social en una sociedad.

4.1.4 Desenlaces mórbidos y mortalidad.

Un desenlace mórbido se refiere a un resultado adverso o fatal relacionado con la salud de una persona. Se utiliza comúnmente para describir el resultado de una enfermedad, lesión o condición médica que conduce a la muerte o a un deterioro significativo de la salud, siendo de resultado de las circunstancias propias donde vive, crece y se reproduce y puede desencadenar en un proceso mortal, siendo estos resultados potencialmente

evitables, mediado por la capacidad de regulación que tiene el Estado y el desarrollo de acciones intersectoriales y preventivas de manera anticipatoria.

4.1.5 Núcleos de inequidad.

Las desigualdades en salud se refieren a las diferencias sistemáticas e injustas que existen en el acceso, la distribución, los resultados en materia de salud y en el acceso a servicios y recursos sanitarios entre diferentes grupos de la población. Estas disparidades pueden estar relacionadas con factores socioeconómicos, culturales, geográficos, de género, raza, etnia, nivel educativo y lugar de residencia, entre otros.

Las desigualdades en salud se traducen en que ciertos grupos enfrentan un mayor riesgo de enfermedades, discapacidades y mortalidad, mientras que otros disfrutan de mejores condiciones de salud y mayor acceso a atención médica de calidad. Estas disparidades afectan negativamente a la equidad en salud y comprometen el bienestar y el desarrollo de las comunidades más vulnerables.

La lucha contra las desigualdades en salud es un desafío clave para los sistemas de salud y las políticas públicas, con el objetivo de alcanzar una distribución más justa y equitativa de los beneficios de la salud para toda la población. Las inequidades en salud se manifiestan cuando ciertos grupos enfrentan mayores desafíos para acceder a servicios de atención médica de calidad, recursos sanitarios y oportunidades para mantener un estilo de vida saludable. Esto puede resultar en una distribución desigual de enfermedades, discapacidades y mortalidad entre diferentes segmentos de la población.

Las inequidades en salud no solo afectan el bienestar individual, sino que también tienen un impacto en el desarrollo y la cohesión social de una comunidad o sociedad en su conjunto. Abordar estas inequidades es fundamental para lograr una sociedad más justa y saludable, donde todos tengan igualdad de oportunidades para gozar de una buena salud y bienestar.

4.2 Alcance del Análisis de situación participativo

Está definido en Identificar en el contexto territorial las problemáticas, para luego plantear las necesidades y posibles intervenciones a desarrollar en el marco de la planeación integral en salud territorial con participación de los actores. La construcción del ASIS se realiza con una metodología mixta que combina el análisis de los datos cuantitativos disponibles que los traemos desde lo que denominamos como “ASIS cuantitativo” que hemos venido desarrollando desde el año 2009 y se consolida con un abordaje cualitativo que nace desde los sentires, saberes y costumbres de los samarios

Este Análisis de situación de salud inicia con la identificación de actores y fuentes de información en los territorios que identifican problemas y necesidades (Capítulo IV) navega por su priorización y causalidades (Capítulo V) y termina con la generación de información sobre las prioridades en salud para la toma de decisiones estratégicas en los territorios. (Plan Territorial de Salud).

4.2.1 Definición de la Cartografía Social

La cartografía social es una metodología participativa y colaborativa que promueve la reflexión e identificación comunitaria de representaciones, significados y relaciones alrededor de un espacio social y físico en el que

habitan uno o más grupos sociales (Loaiza, Álvarez y Palacio, 2020) a partir de relatos colectivos. A su vez, aporta a la construcción de política pública, desde el reconocimiento y respeto de la gobernabilidad legítima.

4.2.2 Utilidad de la cartografía

La cartografía social permite identificar a partir de representaciones gráficas aquellos actores, lugares, elementos particulares y relaciones que dan cuenta de las dinámicas, necesidades y procesos de salud, enfermedad y cuidado de la vida, desde los escenarios más cotidianos de las poblaciones.

4.2.3 Diseño de la cartografía

Figura 95 Componentes y elementos requeridos para la Cartografía en el ASIS



Fuente: Diseño Autoría propia a partir de conceptos y lineamientos MSPS.2024

4.2.4 Estructura de la cartografía

4.3 Apertura del espacio

- Presentación de las personas convocadas
- Presentación de la agenda y propósito de la jornada
- Formación de grupos que cuenten con una distribución equitativa en número, pertenencia de sector y diversidad de actores.
- Repartición de materiales (papel, marcadores y cinta)

4.3.1 Asignación de roles

- Moderador
- Dibujante
- Relator
- Apoyo logístico

4.3.2 Identificación de las convenciones

- Definir convenciones e incluir las que se propongan (lo cual implica un diseño catálogo previo de los iconos y representación)
- Las convenciones responden a gráficos y/o colores que permitan hacer una identificación o referencia de algo particular dentro del mapa

4.4 Elaboración del mapa y apertura del diálogo

- Para iniciar la actividad se sugiere que en el centro esté la mesa y las personas estén en círculo para tener una mejor visualización del mapa.
- Para la construcción del mapa es necesario dibujar lo más cercano al croquis del territorio. Para ello se sugiere que sea amplio de manera que facilite la dinámica de reconocimiento de lo que surja en el diálogo

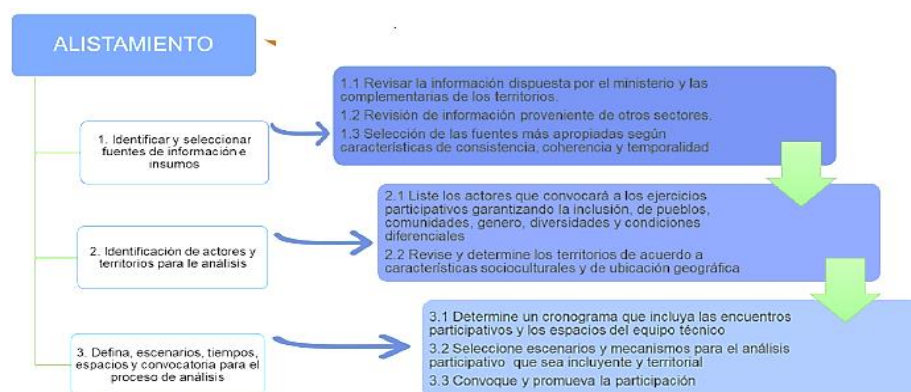
4.5 Diligenciamiento de la matriz

- Instrumento destinado para la organización de la información recolectada en los espacios participativos
- Este podrá ser diligenciado de manera paralela al desarrollo del espacio de participación o posterior. Según lo considere la Entidad territorial

4.5.1 Paso a Paso

PASO 1 ALISTAMIENTO

Figura 96. Procesos y procedimiento en el alistamiento de la participación



Fuente: Lineamientos para la planeación Territorial en salud MSPS .2023

En este momento se debe identificar las actividades que debe realizar para garantizar la disposición de los insumos básicos para la elaboración participativa del Análisis de Situación de Salud – ASIS – en el territorio, que debe incluir tanto el equipo técnico como los materiales y la información requerida para el desarrollo de los espacios de participación social y el posterior análisis y generación de prioridades en salud que representen de manera inclusiva todas las particularidades vistas desde los pueblos y comunidades existentes en el territorio desde su interseccionalidad poblacional y sus enfoques diferenciales en el reconocimiento de las diversidades.

Para el desarrollo efectivo de este momento se proponen tres pasos principales a desarrollar que son: 1) Identificar y seleccionar fuentes de información e insumos, 2) Identificar actores y territorios para el análisis y 3) Definir escenarios, tiempos, espacios y convocatoria para el proceso de análisis. Los cuales se amplían a continuación.

4.6 Identificación de fuentes de información

Revisión de la información dispuesta por el MSPS y las complementarias de los territorios Desde las que aporta el Ministerio de salud se revisaron y tomaron datos de información sobre Fichas territoriales que incluyen indicadores trazadores en aspectos básicos de demografía, vigilancia, inmunización, prestadores y aseguramiento.

- Presentaciones departamentales con su capital que contiene datos demográficos, comportamentales, mortalidad, morbilidad y eventos de interés en salud pública.
- Análisis de Situación de Salud último disponible.
- Indicadores Terridata DNP

Para la revisión de información proveniente de otros sectores el Distrito cuenta con algunas fuentes de información propias que se gestionan de manera local y que generan insumos de datos importantes en temas relevantes por ejemplo desde la población migrante, el sector laboral de la economía informal, seguimiento a condición nutricional de la población infantil y gestante, entre otras que permiten hacer el análisis para el punto de partida en el desarrollo de los espacios participativos. Por esta razón de manera ágil y sencilla, se realiza un inventario de fuentes propias del territorio mediante las que se gestionan salidas de información.

Selección de las fuentes más apropiadas según características de consistencia, coherencia y temporalidad Posterior a la valoración de las fuentes de información dispuestas por el ministerio y las propias se establecen los criterios de consistencia, coherencia y temporalidad cuales son las fuentes que mejor permiten entender y explicar la situación de salud de la población para la construcción del análisis de línea de base que se debe construir para tener un punto de partida y alinear el inicio de los espacios de participación social definidos, teniendo en cuenta sus posibles debilidades en cobertura, oportunidad y calidad que puedan ser superadas para optimizar el uso y aprovechamiento de las mismas.

La entidad territorial reconoce las fuentes de información con las que cuenta a sabiendas de sus alcances y limitaciones, partiendo de la existencia de unas de base poblacional y otras de tipo registro administrativo que contienen datos diferentes. Las primeras con información que tienen cobertura para todos los habitantes o muestra representativa que permite extrapolar resultados, mientras las segundas contienen información solamente de aquellas personas que tienen contacto con las instituciones para acceder algún tipo de servicio.

Un aspecto importante que se ha tenido en cuenta es que existen fuentes propias en el territorio, que recogen información con la suficiente confiabilidad, validez y oportunidad, que permite explicar situaciones de alta relevancia que impactan la salud de la población y soportan la toma de decisiones acertada e informada, además de favorecer la gestión efectiva frente a la intervención e impacto en las condiciones de vida de la población

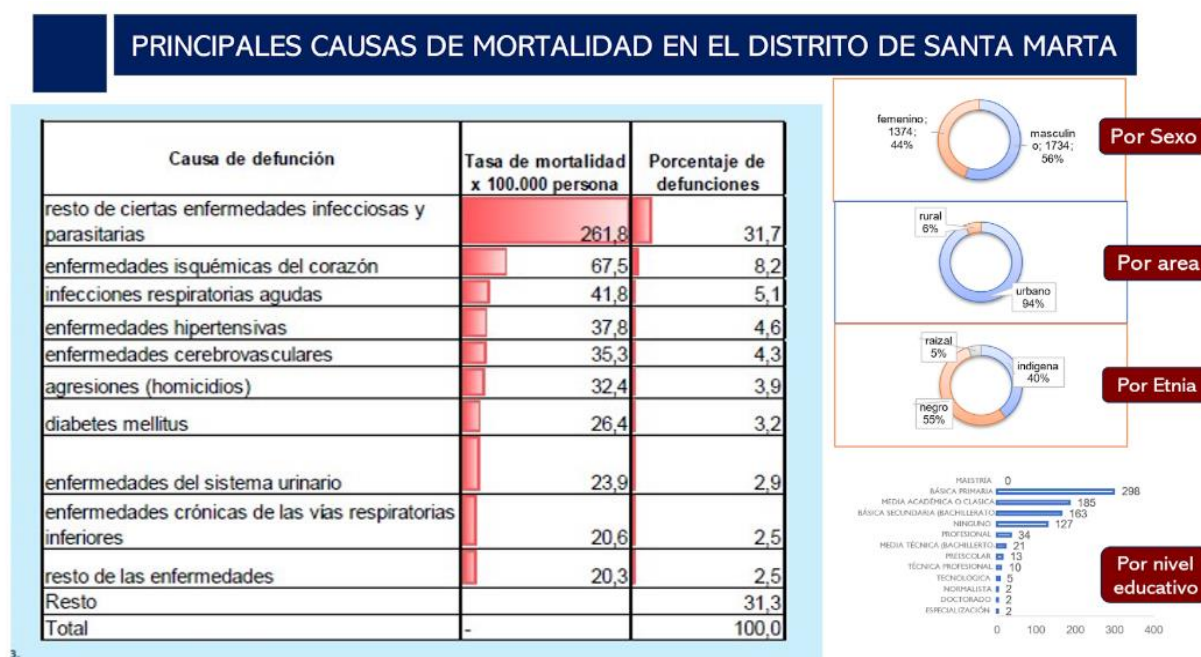
Con base en el marco metodológico se realiza la consulta de fuentes primarias como SISPRO, Indicadores territoriales, Informes para municipios y departamentos por parte del MSPS y en especial ASIS 2023 en su avance cuantitativo. De igual forma se revisan registros y data de otras fuentes externas que aportan como lo son TERRIDATA del DNP, Otros sectores como. ENSIN, Migrantes, Informalidad laboral y la Cooperación internacional

Con base en los resultados se definen las mejores piezas y de fácil comunicación y comprensión que reúnen varias características entre ellas que la información que soporte el análisis sea consistente, coherente y de temporalidad actual es decir los datos más recientes con los cuales se cuenta.

Estas infografías muestran resultados de la data para el Distrito de Santa Marta

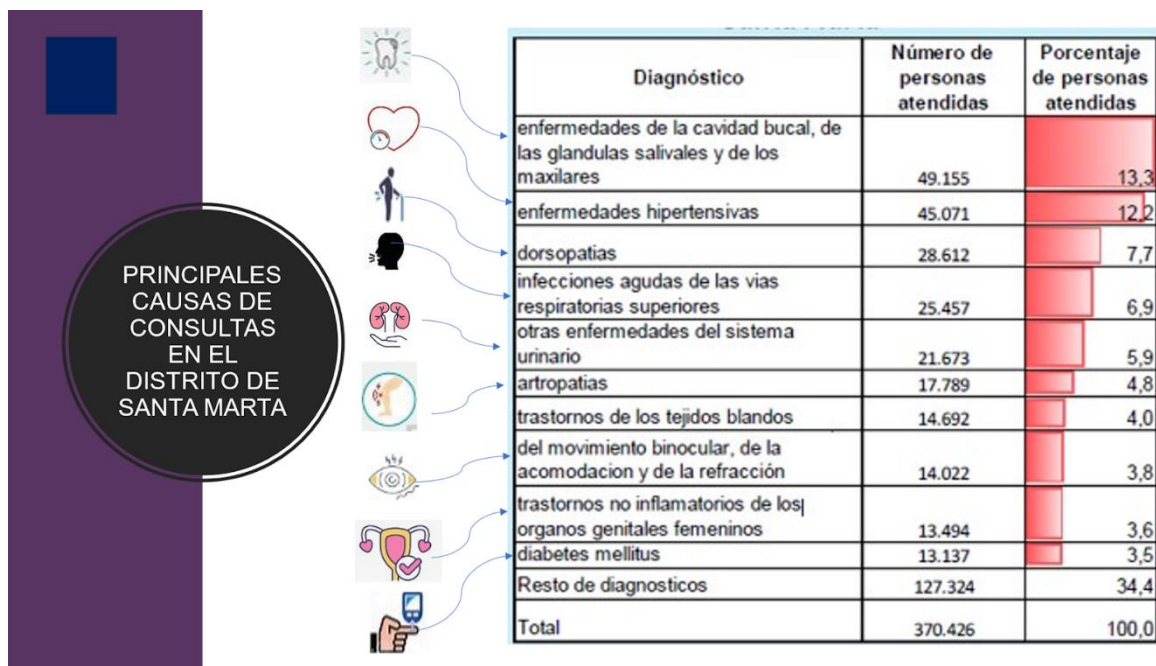
- Principales causas de mortalidad y por DSS en el Distrito de Santa Marta 2021
- Principales causas de consulta. Morbilidad atendida en Distrito de Santa Marta 2022
- Razón de la mortalidad materna Tendencia 2005 a 2021 y por DSS Etnia y área
- Semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil y de la niñez
- Tasas de fecundidad en infancia y adolescencia en Santa Marta 2022
- Indicadores trazadores poblacionales y de salud Santa Marta 2022
- Compendio de los principales problemas y/o necesidades de salud en Santa Marta
- Indicadores trazadores poblacionales y de salud Santa Marta 2022
- Situación de las acciones en salud de la Cooperación Internacional 2023
- Infografía General de la Situación de Salud Distrital 2023
- Triage poblacional de recepción de migrantes en municipios PDET 2021

Figura 97 Principales causas de mortalidad y por DSS en el Distrito de Santa Marta 2021



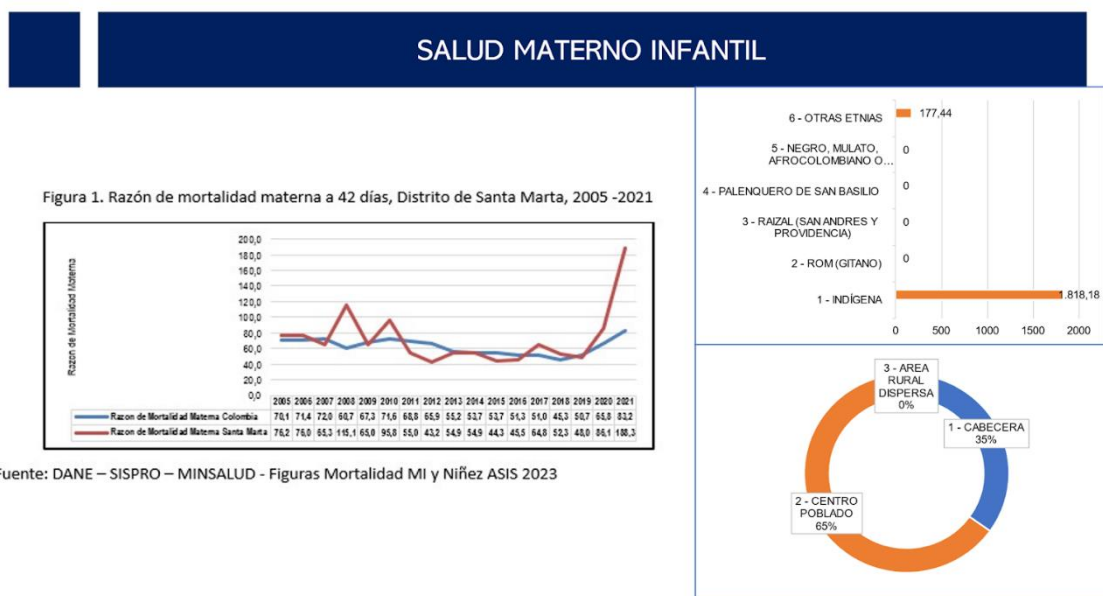
Fuente: Informe de MSPS para municipios y departamentos. ASIS Distrital actualización 2023

Figura 98 Principales causas de consulta. Morbilidad atendida en Distrito de Santa Marta 2022



Fuente: Informe de MSPS para municipios y departamentos. ASIS Distrital actualización 2023

Figura 99 Razón de la mortalidad materna Tendencia 2005 a 2021 y por DSS Etnia y área



Fuente Elaboración propia a partir del ASIS Distrital actualización 2023

Figura 100. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil y de la niñez

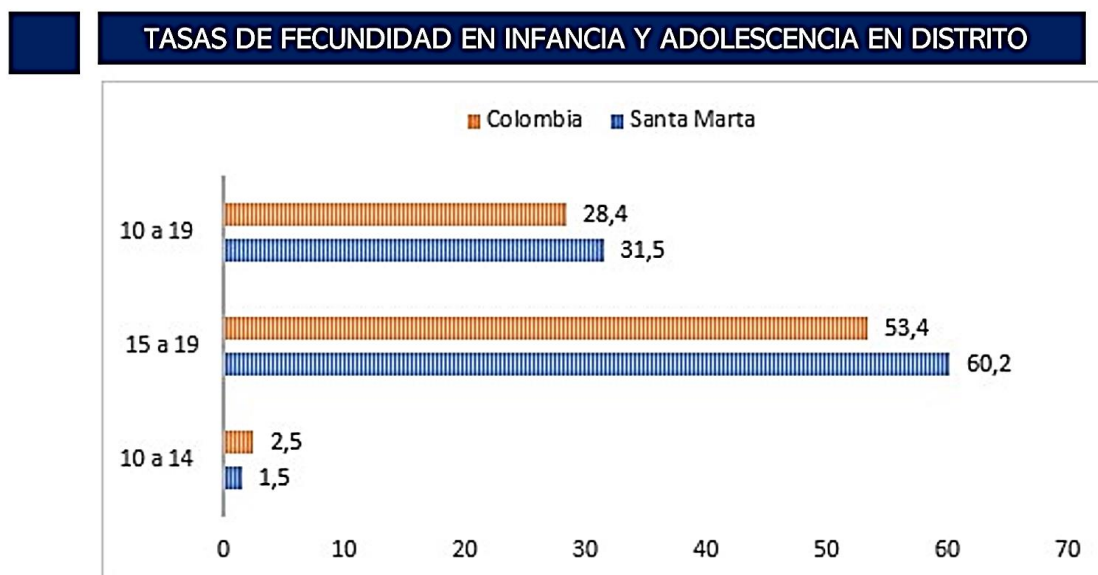
Tabla 1. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Distrito de Santa Marta, 2006- 2021

Causa de muerte	Colombia 2021	Santa Marta 2021	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Razón de Mortalidad Materna	83,16	188,28	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad neonatal	7,11	8,54	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad infantil	10,94	16,19	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad en la niñez	13,21	18,45	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	8,36	11,33	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	4,41	6,80	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	7,80	22,66	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗		

En la última vigencia reportada todos los indicadores se incrementan excepto la mortalidad por IRA con las siguientes ALERTAS .a) Mientras en Colombia muere una materna , en Santa Marta fallecen 3; b) la probabilidad de muerte de un neonato , de un menor de 1 año y por EDA en menor de 5 años es 50% mayor en SM y c) Por cada muerte por desnutrición de un menor de 5 a ños en Colombia, fallecen 3 por igual causa en el Distrito

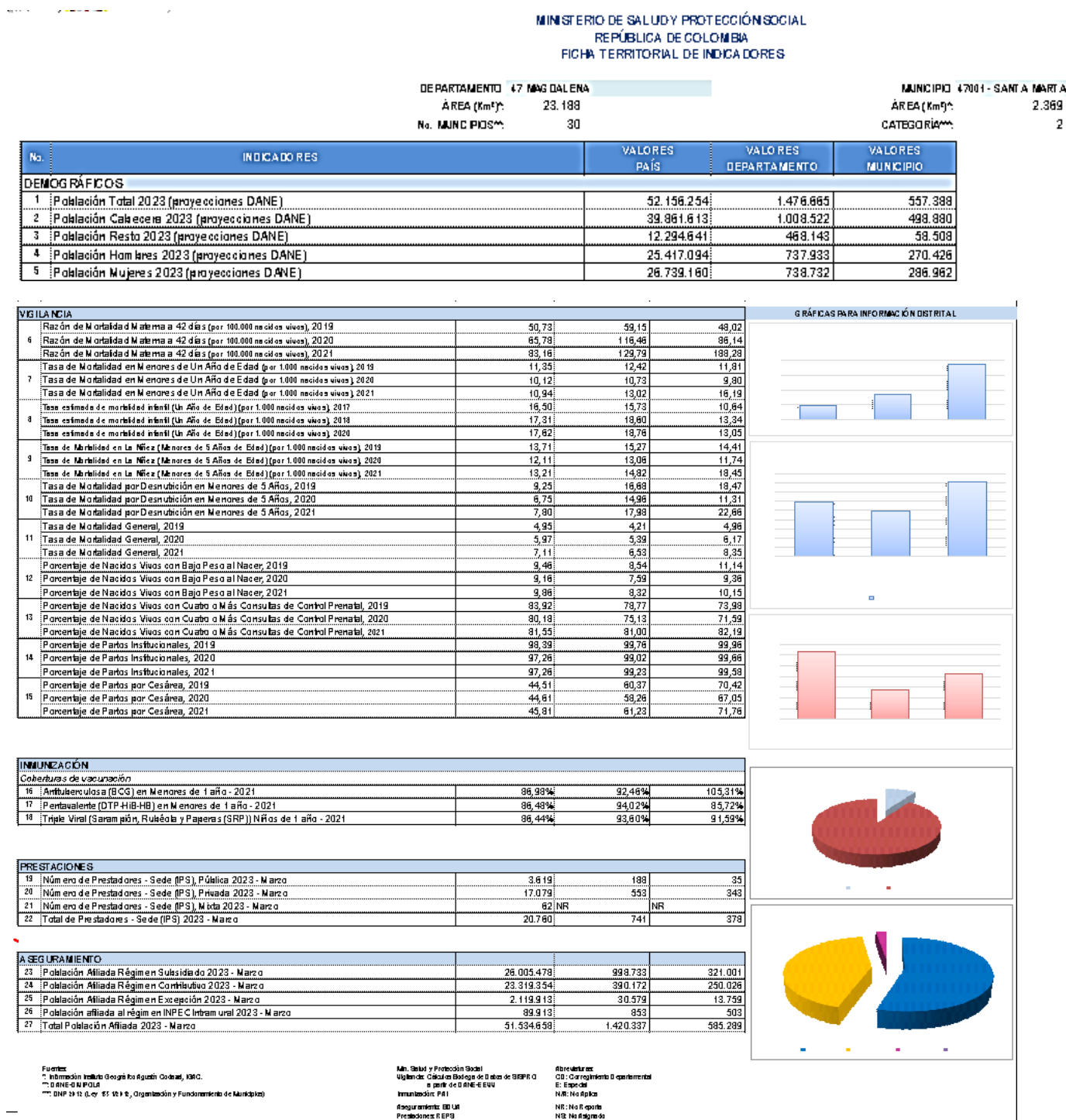
Fuente Elaboración propia a partir del ASIS Distrital actualización 2023

Figura 101 Tasas de fecundidad en infancia y adolescencia en Santa Marta 2022



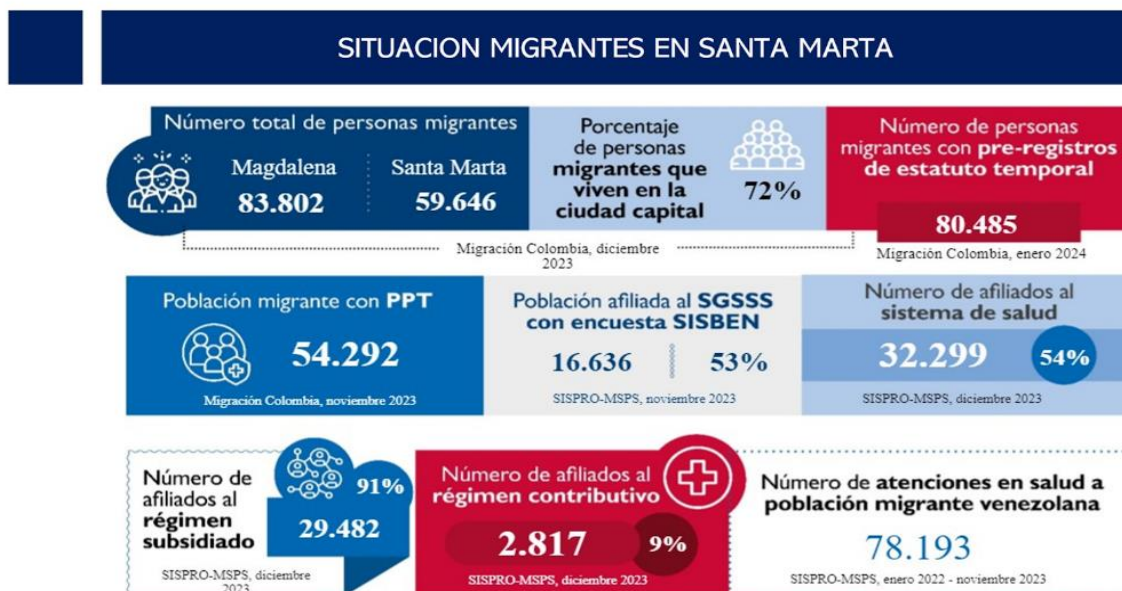
Fuente: Construcción propia a partir de ASIS 2023

Figura 102 Indicadores trazadores poblacionales y de salud Santa Marta 2022



Fuente: Informe de MSPS para municipios y departamentos. ASIS Distrital actualización 2023

Figura 103 Situación de las acciones en salud de la Cooperación Internacional



Fuente USAID. Programa municipios saludables. 2024

Figura 104 Infografía General de la Situación de Salud Distrital



Fuente: Autoría propia 2024

Figura 105 Tasa de fecundidad global en adolescentes de 15 a 19 en municipios PDET del país

Figura 99. Tasa Específica de Fecundidad adolescente (15 a 19 años de edad) en 2017 a nivel nacional y por lugar de residencia de los municipios PDET. Fuente: Estadísticas vitales. Consultado Bodega de datos del SEPRON 27/07/2019.

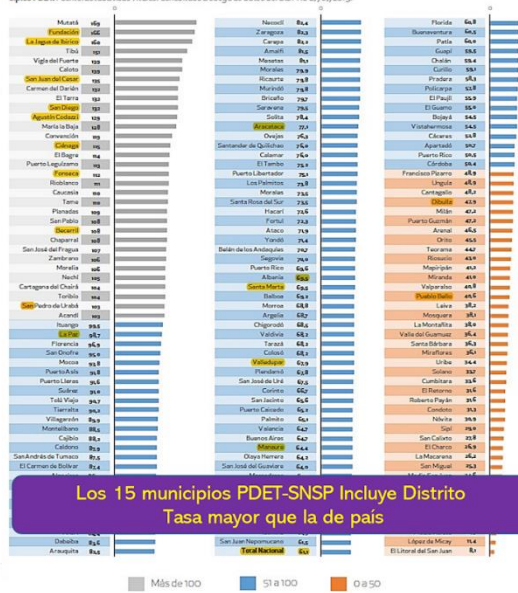


Figura 100. Proporción de la estimación de migrantes provenientes de Venezuela con respecto a la población total a nivel nacional y de los municipios PDET. Fuente: Base de Datos Sistema Platium. Datos en proceso de establosilaciones sujeto a combi por parte del Grupo de Análisis y Estrategia Internacional - GAEIy CNPVP2018.

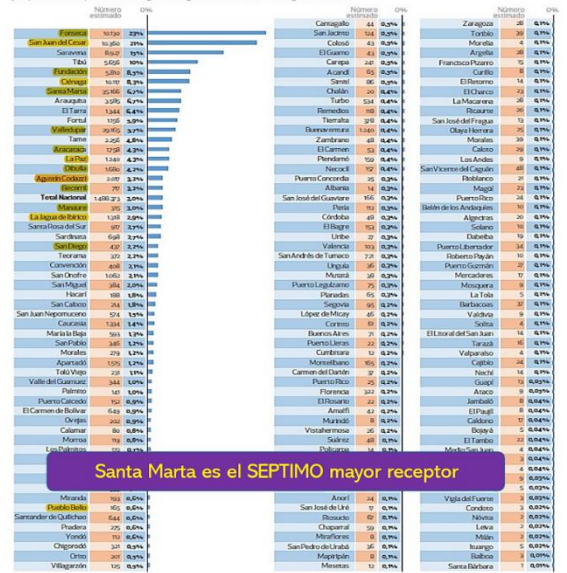


Figura 106 Proporción de Migrantes venezolanos decepcionados en relación con la población de los municipios PDET

Figura 99. Tasa Específica de Fecundidad adolescente (15 a 19 años de edad) en 2017 a nivel nacional y por lugar de residencia de los municipios PDET. Fuente: Estadísticas vitales. Consultado Bodega de datos del SEPRON 27/07/2019.

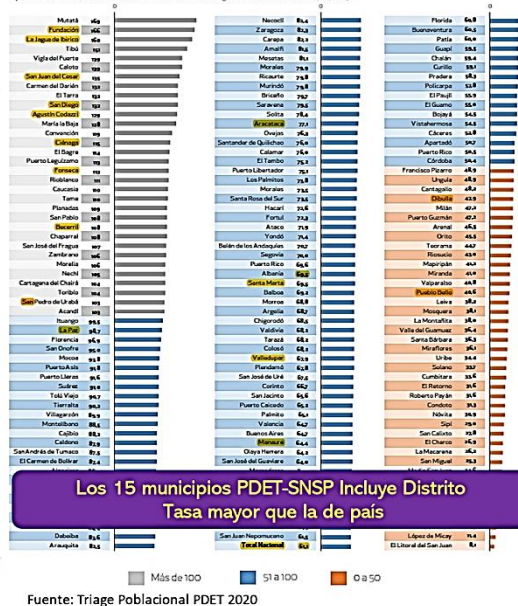
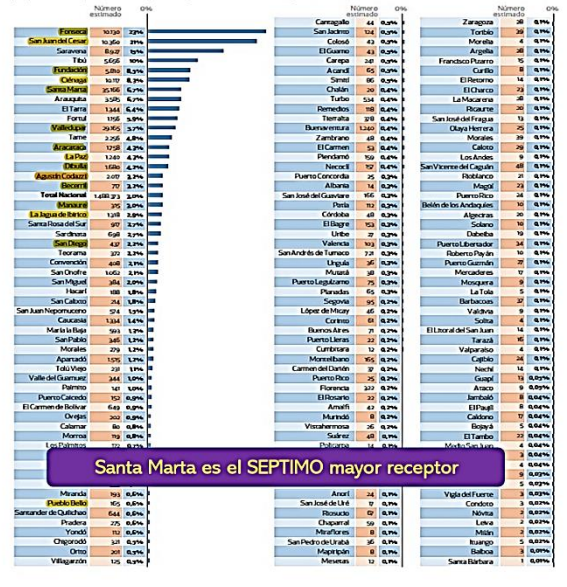


Figura 100. Proporción de la estimación de migrantes provenientes de Venezuela con respecto a la población total a nivel nacional y de los municipios PDET. Fuente: Base de Datos Sistema Platium. Datos en proceso de establosilaciones sujeto a combi por parte del Grupo de Análisis y Estrategia Internacional - GAEIy CNPVP2018.



4.7. Identificación de actores

La identificación de actores es el mecanismo inicial para hacer análisis social y reconocer procesos de incidencia político-institucional, que permite identificar distintas instituciones que conviven en un ámbito territorial y poseen características que se consideran relevantes para la planeación e implementación de estrategias. Su objetivo es identificar además el rol que desempeña en el territorio y su relación con otros actores o sectores para establecer escenarios de trabajo estratégico articulado en el proceso de priorización en salud, monitoreo de estrategias intersectoriales implementadas y fortalecimiento de toma de decisiones informada.

Se listan los posibles que serán convocados a los ejercicios participativos garantizando la inclusión, de pueblos, comunidades, género, diversidades y condiciones diferenciales.

Se busca identificar los principales actores presentes entendidos como aquellas personas, pueblos, comunidades, organizaciones, asociaciones, grupos o instituciones que tienen capacidades, habilidades y conocimiento para gestionar y negociar con los diferentes niveles gubernamentales en el logro de construir consensos y acuerdos. Se hace necesario hacer esta identificación en el territorio y definir el rol que desempeñan, y se plantean algunos para ser tenidos en cuenta como

- Equipo de salud pública funcional de la secretaría de Salud.
- Representante de los equipos básicos de salud.
- Pueblos y comunidades indígenas.
- Pueblo ROM.
- Comunidad NARP.
- Poblaciones diferenciales: campesinos, LGTBIQ+.
- Poblaciones vulnerables (víctimas, migrantes, personas discapacitadas, entre otras).
- Grupos por curso de vida (adulto mayor, jóvenes, adultos) y comunidad en general.
- Asociación de usuarios.
- Agremiaciones de economía popular y comunitaria.
- Aseguradoras e IPS que operan en el territorio.
- Consejo local de política social.
- Consejo de gobierno.
- Comités Seccionales de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
- Instancias gubernamentales de otros sectores.
- Representantes de los gremios y la academia

Para el efecto se diseña un instrumento que aparte de entregarnos bases de datos o directorios telefónicos se adentra en la identificación primaria de los mismos en relacionamientos con sus posibles intervenciones en el territorio e incidencia de los determinantes sociales con las siguientes variables

Actor. Identifica el nombre del actor

Tipo Actor: Se definen bajo las características de Institucional, Organización civil, Pueblos y Etnias, Comunitario y Otro

Sector : Lo establece como Público, Privado o Mixto:

Legitimidad Territorial: Se registra Con legitimidad Activa, legitimidad pasiva y sin legitimidad

Relación con salud: Como criterios se establecen si el actor es Facilitador, Barrera, Indiferente o Nunca se relaciona

Participación para salud: Se registran como criterios de decisión si su participación con salud es importante, obligatoria, necesaria o ninguna

Presencia en el Territorio: Se establece por número de años individualmente hasta 20 o más

Planes y Programas en el Distrito: Relaciona los planes, programas y proyectos que actualmente desarrolla en el Distrito de Santa Marta relacionados con la salud de las personas

Población Beneficiada: Número de personas que beneficia con sus acciones

Que aporta en la planeación: Registrar que elementos, conceptos o componentes aporta en la planeación participativa

Contacto o Representante: Cargo del funcionario

Nombre: Nombres y apellidos

Teléfonos 1 y 2 Para contacto: se solicitan 2 para tener otro recurso

Correo electrónico: Para mensajería y redes sociales

Estos actores aparte de participar en la construcción y formulación del PTS 2024-2027, entraran a revisar posteriormente la conformación de redes integrales e integradoras de servicios sociosanitarios

Actores Identificados y caracterizados

Se listan por orden alfabético. Posteriormente en la actividad 1 del Proceso Estratégico del Plan territorial de salud se cualifican y clasifican según criterios definidos desde el MSPS

4.8 Definición de territorios

La identificación de territorios hace referencia a reconocer sus dinámicas políticas, ambientales, sociales, culturales y económicas, su distribución por área urbana y rural, que se desarrolla en un espacio geográfico con unas condiciones propias específicas que representan una mayor o menor vulnerabilidad con respecto a las condiciones de salud y que inciden directamente en el impacto de los resultados esperados y la reducción de brechas de desigualdad.

Con el conocimiento que se tiene del territorio establecemos la configuración y particularidades de las dinámicas territoriales que permitan visibilizar las amenazas y accidentes geográficos, los conflictos ambientales, la oferta institucional, la infraestructura, la presencia de pueblos y comunidades étnicas y de otras poblaciones diferenciales de especial atención, el ejercicio de la economía formal e informal.

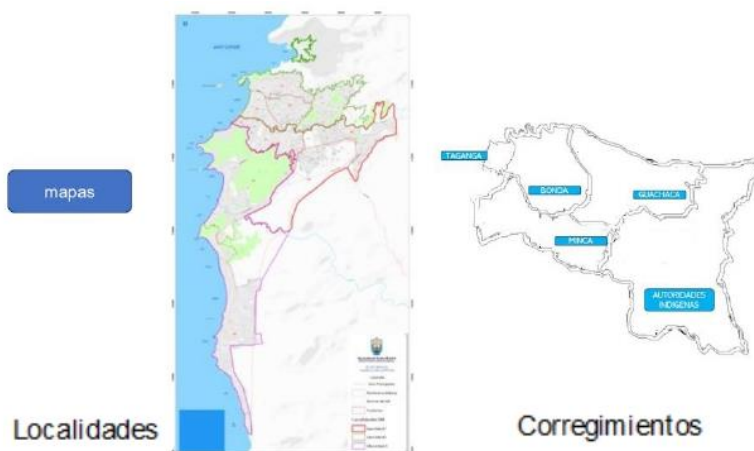
A partir de esta configuración de estructura y forma de funcionamiento del territorio, el Distrito elaboró croquis del territorio en gran formato con toda la información que caracteriza sus dinámicas y se dispuso de manera gráfica y entendible, mediante un mecanismo fácil de visualizar en los espacios participativos a desarrollar con la población

Igualmente, sobre los mapas base de la cartografía para cada actor que realizó el ejercicio de la cartografía se cubría con un acetato semiduro que permitía la graficación de iconos o en este caso igualmente lo hicimos con stickers.

Los territorios definidos son el urbano donde vive el 90% de la población y ocupa el 12% del territorio dividido en 3 grandes localidades, Localidad 1 Cultural Tayrona - San Pedro Alejandrino, Localidad 2 Histórica - Rodrigo de Bastidas y Localidad 3 Turística - Perla del Caribe mientras que el área rural comprende los corregimientos Bonda, Guachaca, Taganga, Minca y Territorio de autoridades indígenas

Para el efecto de la cartografía se toman los siguientes mapas

Mapa 13 Croquis de localidades urbanas y corregimientos Santa Marta



Fuente: Alcaldía Distrital de Santa Marta

Iconos para la identifica y geo especialización de los problemas

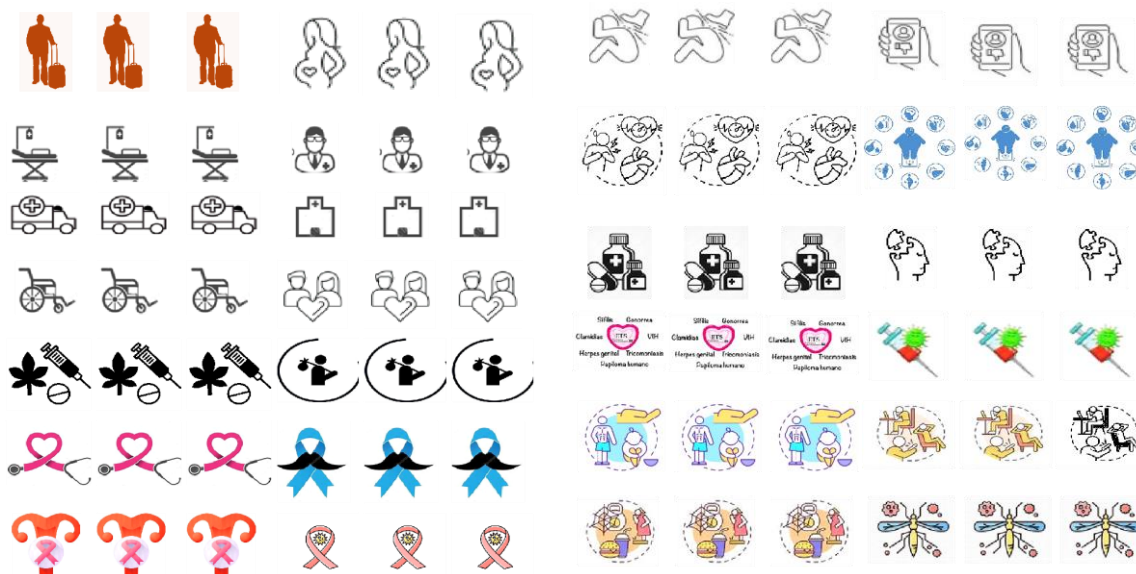
Una vez revisada la data disponible (ASIS Cuantitativo) se establecen y diseñan de manera gráfica los grandes problemas Se diseñaron los siguientes que se disponen en stickers desprendibles para los ejercicios de la cartografía social.

Figura 107 Compendio de los principales problemas y/o necesidades de salud en Santa Marta



Fuente Elaboración propia a partir del ASIS Distrital actualización 2024

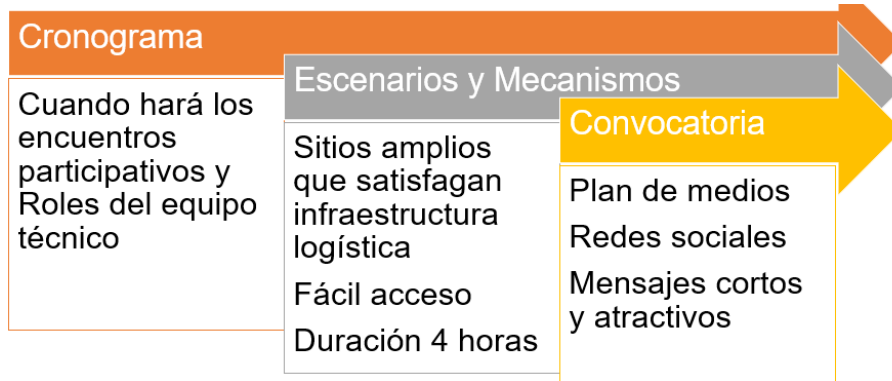
Figura 108 Iconos de reconocimiento territoriales en la cartografía



Fuente Elaboración propia a partir del ASIS Distrital actualización 2024

4.8.1 Escenarios, tiempos, espacios y convocatoria para el proceso de análisis.

Se dieron 2 escenarios, unos los abiertos por la oficina de planeación Distrital y otro por las convocatorias directas de la Secretaría Distrital de Salud. Los tiempos destinados a cada mesa participativa fue de 4 horas. Los espacios fueron en lo urbano y rural en cada uno de los 4 corregimientos (Bonda, Guachaca, Minca y Taganga) y las convocatorias se sustentaron sobre las competencias definidas en Resolución 100 de 2024.



4.8.2 Preparación para los encuentros participativos

Se prepararon los insumos para la ejecución de los encuentros participativos, la asignación de roles que cada miembro del equipo tiene a cargo y la apropiación de la metodología a aplicar. Posteriormente se establecieron las fechas para los espacios participativos que favorecen la participación activa y vinculación de la mayor parte de los actores identificados en el territorio.

Para poner de manera anticipada en conocimiento de los actores y grupos de interés el requerimiento de su participación se realizó a través de los canales de comunicación disponibles haciendo uso de los medios adecuados para cada actor que incluía entre otros el de voz a voz a través de líderes comunitarios, página WEB, carteleras informativas, redes sociales, periódicos regionales e invitación directa por la Autoridad Sanitaria.

4.8.3 Convocatoria

Se realiza por oficio del Secretario de Salud a los actores convocados (**ver en los anexo**).

Se estableció el siguiente cronograma y resultado de los espacios participativos.

Tabla 111. Cronograma de espacios participativos con los diferentes actores

Fecha	Actor convocado
Febrero 16	Equipo Técnico de Secretaría Distrital de Salud- Virtual
Febrero 18	Equipo Técnico de Secretaría Distrital de Salud
Febrero 23	Equipo Técnico de Secretaria Distrital de Salud -Virtual
Marzo 11	Cooperación Internacional
Marzo 14	Equipo Técnico de Secretaría Distrital de Salud
Marzo 18	Actores Comunitarios EPS- IPS-Academia- Educación- Salud Ambiental- Discapacidad

Marzo 21	Actores Comunitarios Corregimiento de Guachaca
Abril 1	EAPB e IPS públicas y privadas
Abril 2	Actores Comunitarios Corregimiento de Bonda
Abril 2	Actores Comunitarios Corregimiento de Minca
Abril 8	Equipos Básicos de Salud
Abril 8	Actores Comunitarios Corregimiento de Taganga
Abril 15	Autoridades Indígenas y Comunidades Afro
Abril 15	Pueblos Diversos Migrantes- Víctimas- Habitante Calle
Abril 15	Intersectoriales Educación- Cultura

4.8.4 Listados de Asistencia (Ver en los Anexos)

4.9 Escenarios y mecanismos para el análisis participativo

Para que sea incluyente y territorial se han establecido grupos focales con los cuales se analizó participativamente la situación de salud determinado un encuentro inicial para efectos de la identificación de problemas y respuesta que se visionaran en los capítulos V y VI y posteriormente serán convocados para el momento estratégico de construcción de visión y los demás componentes estratégicos.

Se establece el espacio del auditorio de la Secretaria Distrital de salud, que por una parte genera relacionamiento de confianza entre el Ente de dirección y el actor convocado y de otra es que el espacio físico para el desarrollo de las actividades debe ser amplio y tiene la dotación adecuada (mesas, sillas, refrigerios, entre otros), cuenta con personal para el apoyo de la relatoría de la jornada, de fácil ubicación y es central lo cual no perjudica la asistencia de actores o sectores, aparte de ello, se dispone de los materiales suficientes de acuerdo con el aforo de convocados.

El proceso de convocatoria se realiza oficialmente mediante circular emanada del despacho que busca con mensajes cortos favorezcan la recordación y que generen sinergia con los intereses comunes de los diferentes actores y sectores

4.10 Categorías de análisis a partir de información cualitativa

La ocupación de territorio, las motivaciones para ello, los procesos y sus implicaciones, también deben comprenderse, así como la organización de los barrios y sectores frente al desarrollo de condiciones de vida, en términos de infraestructura de servicios públicos, accesibilidad vial, desarrollo comercial, acceso a beneficios de vivienda, educación y salud, entre otros.

La conformación de grupos sociales, ya sean de combos, pandillas o núcleos con alguna característica común, deben comprenderse desde cuáles son sus motivaciones, cómo se construyen, en que afectan en la dinámica social y cuáles son sus bases de constitución ideológicas, políticas, culturales o de identidad.

Otra mirada necesaria, es la del consumo de bienes y servicios, a través de los cuales se monitorea la satisfacción de las necesidades de la población; el acceso a electrodomésticos por ejemplo da cuenta de las

expectativas y prioridades dentro del sistema de mercado, pero también confronta la capacidad de suplir necesidades.

El acceso a telecomunicaciones como internet, da cuenta de la proporción de población con mayor probabilidad de contar con información oportuna y útil para su desarrollo y por tanto con mayor posibilidad de acceso a espacios educativos, de formación y laborales, lo cual se relaciona con el análisis de los niveles educativos y de alfabetismo de la población.

El acceso a vivienda adecuada y a servicios públicos sanitarios y básicos, también evidencia las posibilidades que tienen de contar con condiciones de calidad de vida para el desarrollo de sus expectativas, pues determinan de forma importante las condiciones de salud.

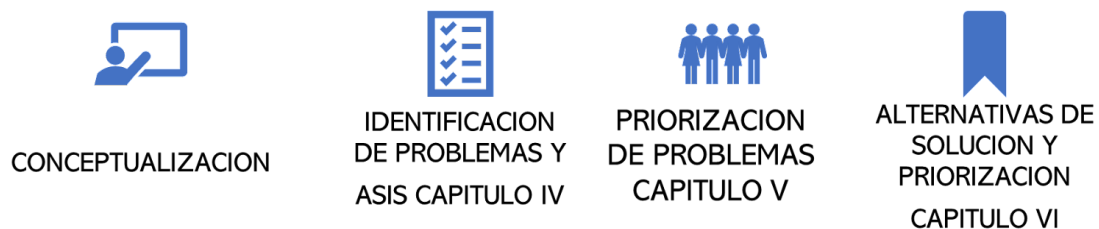
El análisis de la educación, los niveles educativos, su cobertura y calidad, se relacionan con las capacidades y habilidades de autocuidado y por tanto con la potencial posibilidad de acceso a servicios de salud, además de tenerse que analizar el impacto de otros determinantes como la movilidad y su influencia sobre la disponibilidad de tiempo libre, el estrés y los tiempos de desplazamiento de los usuarios.

La descripción del análisis de determinantes es una aproximación a muchos de los posibles análisis que de acuerdo con el nivel territorial en el que se haga, los actores participantes y la información disponible, pueden ser logrados

4.11 DESARROLLO METODOLÓGICO- ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADO

Guion metodológico

Figura 109 Estructura y desarrollo del método



Fuente: Elaboración propia Grupo gestión de la Salud Pública – SSD 2024

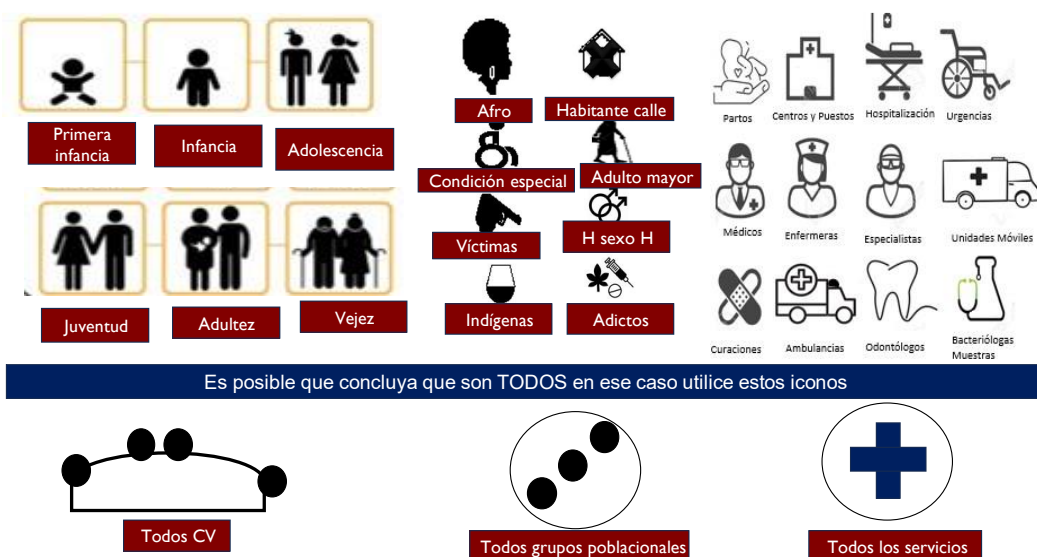
La conceptualización consiste en la revisión del planteamiento de El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el fortalecimiento de los procesos de análisis de situación de salud (ASIS) a nivel nacional y territorial. Para ello, inicialmente desarrolló guías conceptuales y metodológicas que permitieron una construcción guiada con la identificación y usos metodológicos de las fuentes de información cuantitativas existentes e incluyeron un proceso estandarizado para facilitar la construcción de indicadores y desarrollar cuatro capítulos ordenados de acuerdo a la disponibilidad de la información: I) un análisis de los contextos territorial y demográfico, II) el abordaje de las condiciones de salud enfermedad, III) el análisis de los determinantes sociales de la salud y, IV) la priorización en salud.

Este avance permitió el reconocimiento de las fuentes de información y su alcance en el procesamiento para el análisis. Sin embargo, en la última década, la comprensión de la salud y sus determinantes ha evolucionado a nivel nacional y territorial, reconociendo que el proceso salud-enfermedad es dinámico y es el resultado de las circunstancias en las que viven, crecen y se desarrollan las personas, familias y comunidades en un territorio, siendo sujetos de derecho que hacen parte de las decisiones en salud en la medida que participan de manera activa y se empoderan de situación.

Esta perspectiva amplia ha llevado a un enfoque más integral en la salud pública, que busca a partir del trabajo de todos los sectores y actores de la sociedad avanzar en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Es así como, la evolución de la implementación del enfoque de determinantes sociales de la salud que visibilice las inequidades, implica avanzar en la construcción de un análisis de situación de salud que inició en primera instancia con la identificación de fuentes de información y el uso de métodos para su procesamiento con el fin de caracterizar la situación, a reconocer que es un proceso participativo que debe involucrar a los actores en el territorio desde abordajes mixtos que utilizan para reconocer y comprender los procesos históricos, políticos, sociales, económicos, culturales y ambientales que explican los procesos mórbido-mortales en un territorio y orienta las necesidades y acciones a planear en el mismo.

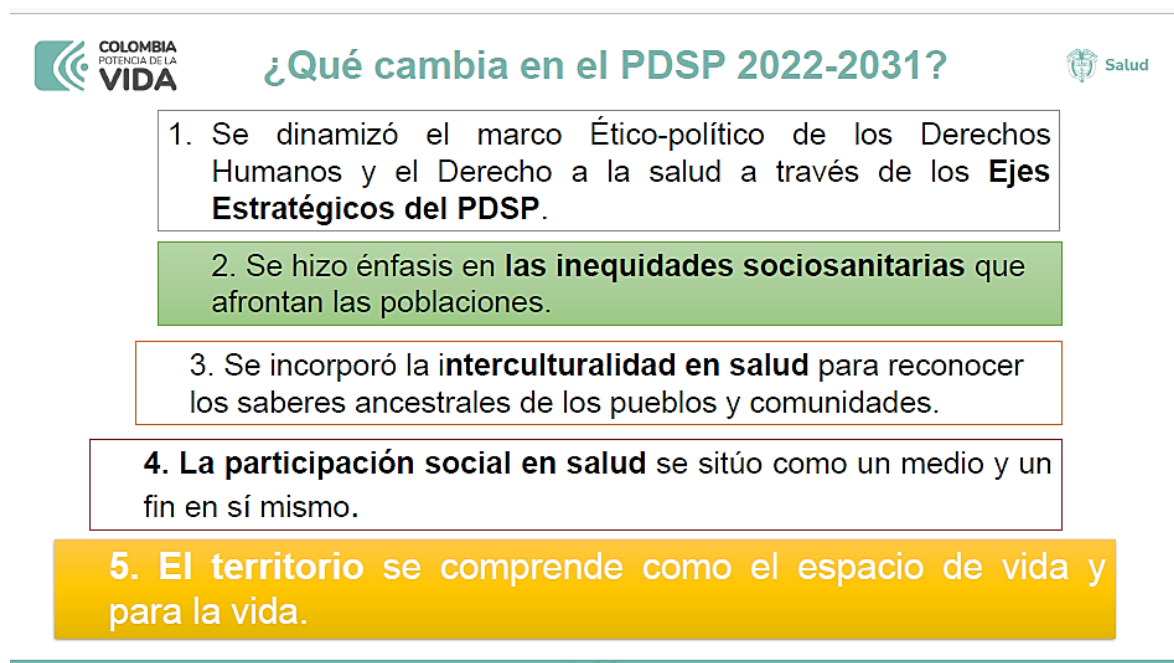
Este análisis participativo con los distintos actores, que son como mínimo el equipo de salud pública funcional de la secretaria de Salud que incluyen los equipos básicos de salud, las Aseguradoras e IPS que operan en el territorio, los pueblos y comunidades étnicas étnicos (indígenas, Rrom y Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras - NARP), poblaciones diferenciales: campesinos, LGBTQ+, Poblaciones vulnerables (víctimas, migrantes, gestantes, personas discapacitadas), grupos por curso de vida (adulto mayor, jóvenes, adultos), y otras formas de curso de vida desde la pertinencia cultural, comunidad en general e intersectorial (consejo local de política social, consejo de gobierno, consejo local de salud del trabajo, consejo territorial de seguridad social en salud.

Como iconos gráficos en la cartografía diseñamos estos



De otra parte, se plantea el nuevo marco de política del Plan Decenal de salud Público 2022-2031 con los cambios estructurales que obligan a la comprensión mínima de los elementos de los ejes estratégicos como del modelo de salud además de las interacciones que se producen a través del análisis cualitativo que finalmente entrega todos los elementos para la planeación estratégica.

Figura 110. Los cambios estructurales en el Plan Decenal



Fuente: presentación Minsalud 2024

Las responsabilidades nacen de las competencias del Ente Territorial en salud establecidas en la resolución 100 de 2024 en su **artículo 10. Actores y responsabilidades**. La formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud se realiza bajo la dirección y coordinación de la entidad territorial departamental, **distrital** y municipal como autoridad sanitaria en el ámbito de su jurisdicción. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las Entidades Adaptadas o quien haga sus veces, los regímenes exceptuados, las Empresas Sociales del Estado o quien haga sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas y Mixtas y las Administradoras de Riesgos Laborales — ARL que operen en el territorio participaran al amparo de los principios de coordinación, concurrencia, subsidiariedad y complementariedad, así:

10.1 Hacer parte en la construcción de los análisis participativos de situación de salud en el territorio, aportando los insumos que se requieran en el marco de sus competencias.

10.2 Alinear y vincular en el Plan Territorial de Salud las acciones que en el marco de sus competencias aportan en la transformación de las problemáticas y necesidades sociales en salud identificadas en el territorio.

10.3 Cumplir con los compromisos establecidos en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de salud en el marco de sus competencias.

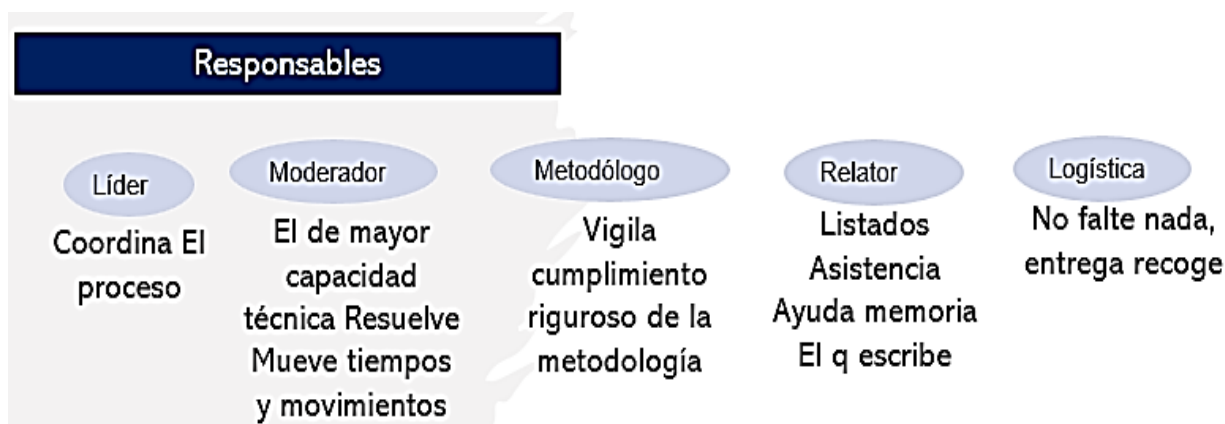
10.4 Aportar informes y toda la documentación relacionada con el cumplimiento de las acciones a su cargo de acuerdo con el Lineamiento de Planeación Integral para la Salud que emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 1. Cuando el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas y Mixtas sea mayor de cinco (5) en el departamento, distrito o municipio, la participación en el proceso de formulación del PTS se realizará a través de la designación de un representante elegido por estas, de acuerdo con el procedimiento que la entidad territorial departamental, distrital y municipal defina para tal fin, en el marco de las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas en el territorio.

PARÁGRAFO 2. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y las Entidades Adaptadas y Regímenes exceptuados analizarán las condiciones de salud de su población a cargo con desagregación departamental, distrital y municipal y para este último con diferenciación de acuerdo con la distribución geográfica (barrio, comuna, localidad, UPZ y/o corregimiento) en los sitios donde operen. Este análisis se realizará de acuerdo con las orientaciones que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales harán parte del Lineamiento de Planeación Integral para la Salud. Dicho análisis será entregado al Ministerio de Salud y Protección Social y la respectiva entidad territorial a 29 de febrero del año 2024, como insumo para el Análisis de la Situación de salud en el Territorio y la Planeación Integral para la Salud.

PARÁGRAFO 3. La academia, organizaciones y agremiaciones del sector salud y afines podrán apoyar la formulación, implementación, monitoreo y evaluación y la rendición de cuentas del Plan Territorial de salud, con observancia de la gestión de conflictos de interés

Figura 111 Estructura organización para la metodología



Fuente: Elaboración propia Grupo Gestión de la salud pública – SSD 2024

Tabla 112 Agenda telemática para las mesas participativas

Tema	Metodología	Tiempo
La base normativa	Exposición	10 min
La transformación en la política pública para la salud PDSP 2022-2031	Exposición	15 min
Avances en la construcción del plan	Presentación	10 min
Situación de salud Indicadores Trazadores	Presentación	10 min
Cartografía Social	Territorio-Población Determinantes Incidencia de la Cooperación Taller colectivo	60 min
Identificación y cualificación de la problemática	Matriz según metodología	15 min
Núcleos de necesidad Socio sanitaria	Matriz según metodología	15 min
Respuesta de los Cooperantes	Matriz según metodología	15 min
PLENARIA-COMPROMISOS	Acuerdos	20 min

Fuente: Elaboración propia Grupo Gestión de la salud pública – SSD 2024

Momento 1 participativo Los asistentes Identifican el croquis de su territorio y ubican los accidentes geográficos, ríos, lagos, cadenas montañosas, zona rural y la zona urbana sí es el caso; luego colocan el equipamiento institucional como son los centros de salud, la alcaldía, los colegios, los jardines, los salones comunales, los cementerios, los centros de adulto mayor, la casa de la mujer, por referir.

La integración de la información hace referencia a ir generando procesos de descripción, caracterización y análisis combinando los dos tipos de información, tanto la proveniente de los sistemas de información como la aportada por la comunidad para ir dando forma a la situación de salud desde esta perspectiva integrada donde el dato cuantitativo cobre dinamismo explicativo y comprensivo que entregue relaciones causales, de determinación y de ordenamiento social e histórico propio de cada territorio- Para facilitar dicho ejercicio se utilizan como convenciones gráficas los iconos que dan cuenta de los diferentes eventos de salud que afectan a la población



Generar una caracterización de las condiciones de salud y vida del territorio se convierte en un momento central del análisis de situación de salud, pero más aún la generación de explicaciones de dicha caracterización.

Dicha explicación estará mediada por conexiones lógicas que a partir de analizar los modos de vida, prácticas y saberes de quienes dinamizan el territorio derive en argumentos comprensivos de dicha realidad e identifique el papel de la acción individual y colectiva en la transformación, mejoramiento, y en los casos que amerite, mantenimiento de dichas condiciones.

Las necesidades humanas son atributos esenciales que se relacionan con la evolución, no son infinitas, no cambian constantemente y no varían de una cultura a otra; lo que cambia son los medios o las maneras para satisfacer las necesidades. Es indispensable, por tanto, conocer que son necesidades y que son satisfactorias de estas necesidades.

Las necesidades de salud de un grupo social son la expresión del balance entre los procesos de reproducción social de la sociedad y las acciones de salud y bienestar. Las necesidades que surgen en ese proceso y no son resueltas se manifiestan como variaciones del riesgo de enfermar o morir, eso por la frecuencia y comportamiento de los problemas de salud en ese grupo poblacional.

Es válido destacar, que cualquier necesidad humana fundamental no satisfecha de manera adecuada produce una patología, y hoy en día es posible encontrar una cantidad de patologías manera alarmante; la humanización y la transdisciplinariedad son las respuestas a esta problemática y quizás la única defensa para asumir el desafío del cambio.

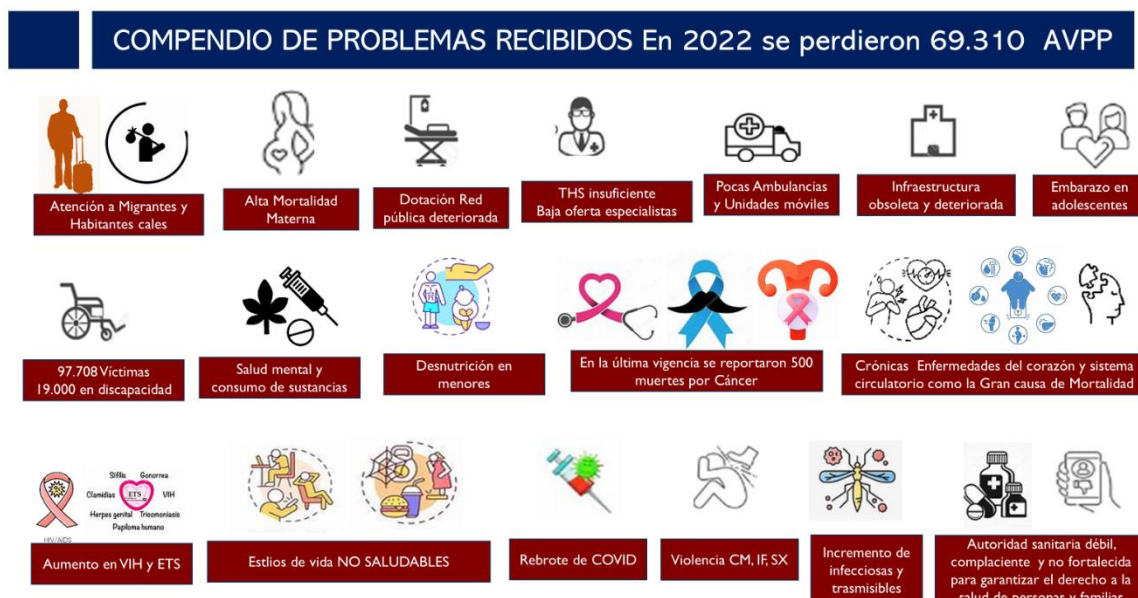
Por lo tanto, es necesario diseñar indicadores capaces de expresar la evolución y profundidad de patologías colectivas que puedan surgir de los problemas económicos más importantes del mundo actual como el desempleo, la hiperinflación, la marginalidad, la represión, entre otros, aspecto que se aborda en el análisis de desigualdades e inequidades en salud.

Significa que no es posible obtener equidad sin el correspondiente análisis de calidad de los servicios frente a determinadas y específicas necesidades de salud de los diferentes grupos sociales en Santa Marta

Para el ejercicio cartográfico la Entidad territorial presenta de manera gráfica la situación de salud tal como se ha descrito en las páginas 190 a 195 del presente documento

Momento 2 A cada participante se le ha entregado un cartón con unos iconos que representan los grandes problemas de la salud de las personas que viven en Santa Marta

Figura 112 Problemática evidenciada en el empalme



Fuente: Elaboración propia Grupo Gestión de la salud pública – SSD 2024

Momento 3 A continuación, los asistentes en la mesa participativa “grafican” los problemas ubicando en el mapa los lugares urbanos y rurales donde considera se ubican los mismos o afectan mayormente la población. En caso de que sea en todo el territorio ubicara un stickers por cada una de las 3 localidades y por cada uno de los 4 corregimientos



Momento 4 Una vez realizada la georreferenciación se entran a listar los 3 principales problemas que son registrados por cada asistente en un formulario que se le entrega y contiene las siguientes preguntas ‘.

1. IDENTIFIQUE LOS 3 PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA SALUD EN SANTAMARTA

PROBLEMA No ¿Cuál es la información?	
¿Cuál es la causa del problema?	



PROBLEMA No ¿Cuál es la información?	
¿Cuál es la causa del problema?	



PROBLEMA No ¿Cuál es la información?	
¿Cuál es la causa del problema?	

Parte del análisis de situación de salud en el territorio, tiene que ver con la respuesta institucional y social que se ha venido desarrollando frente a las problemáticas identificadas. Así las cosas, es necesario una vez identificada la respuesta dada desde los actores para lo cual se ha diseñado un instrumento con las siguientes variables:

Respuesta Institucional e Intersectorial Registre para cada problema cual ha sido la respuesta institucional e intersectorial ante el problema o Necesidad Identificado

Respuesta Social Registre para cada problema cual ha sido la respuesta de la sociedad ante el problema o Necesidad en materia de planes programas o proyectos que usted conozca

Actor Responsable Identifique el actor que conlleva la respuesta de intervención al problema

Posición o Rol del Actor que se ha identificado como responsable en la columna anterior Seleccione el rol que asigna al actor según su análisis dentro de estas categorías:

- ✓ BENEFICIARIOS: recibirán directa o indirectamente los beneficios de la(s) intervención(es) que se proponga(n)
- ✓ COOPERANTES: Personas o entidades que pueden vincularse aportando recursos de diferente tipo ya sea en dinero o en especie para el desarrollo de dichas intervenciones.
- ✓ Oponente Es una persona, grupo o institución que no está de acuerdo con el proyecto que se está presentando, o tiene una opinión contraria frente al mismo,
- ✓ PERJUDICADO: Es una persona, grupo o institución que se puede ver afectado por los objetivos del proyecto y a pesar de ello puede o no oponerse"

Intereses Registre Cuales son los intereses en particular de cada actor en el rol que se identifica que asume

Como contribuye el actor en lograr la respuesta y como gestiona los conflictos que puedan derivarse de la intervención

Los resultados obtenidos desde la cartografía en este estado son los siguientes (Ver Anexos)

Mesas participativas realizadas

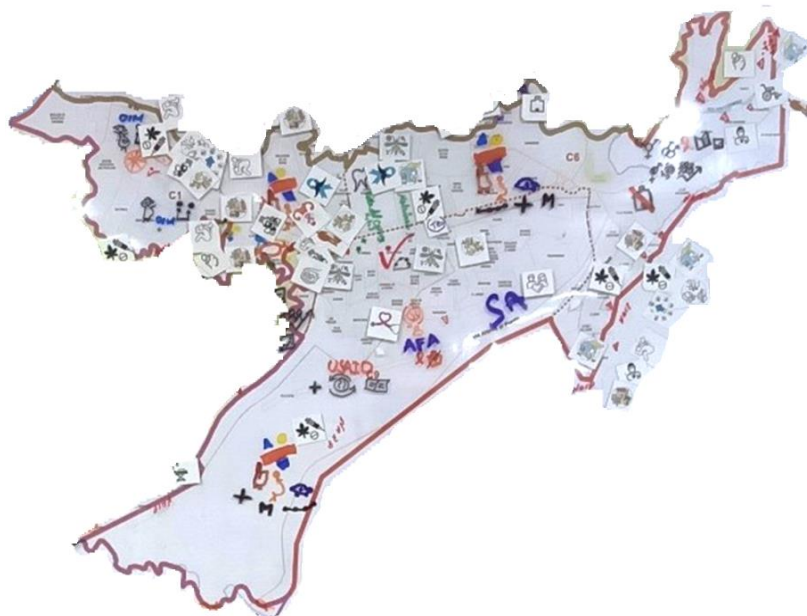
Figura 113 Infografía de mesas participativas para la construcción del ASIS



Fuente: Elaboración propia Grupo Gestión de la salud pública – SSD 2024

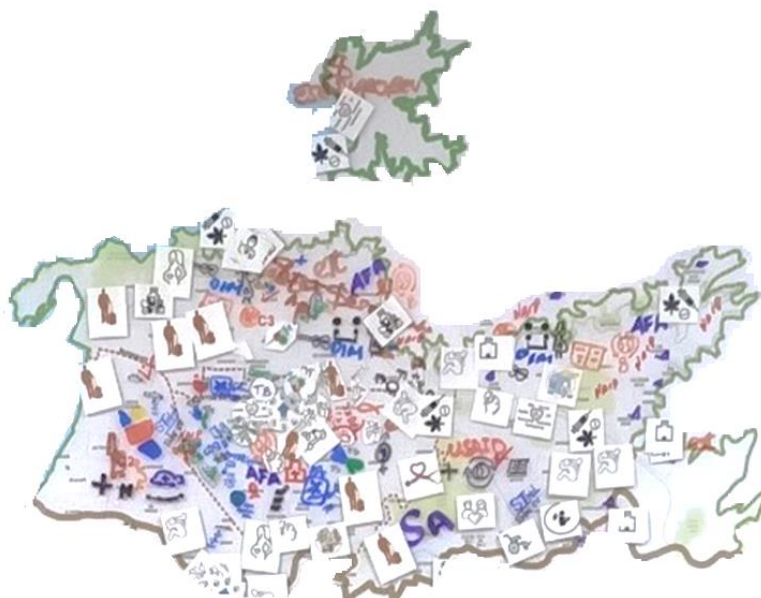
Fuente: Alcaldía distrital de Santa Marta

Mapa 15 Cartografía Localidad 1: Localidad Cultura Tayrona – San Pedro Alejandrino

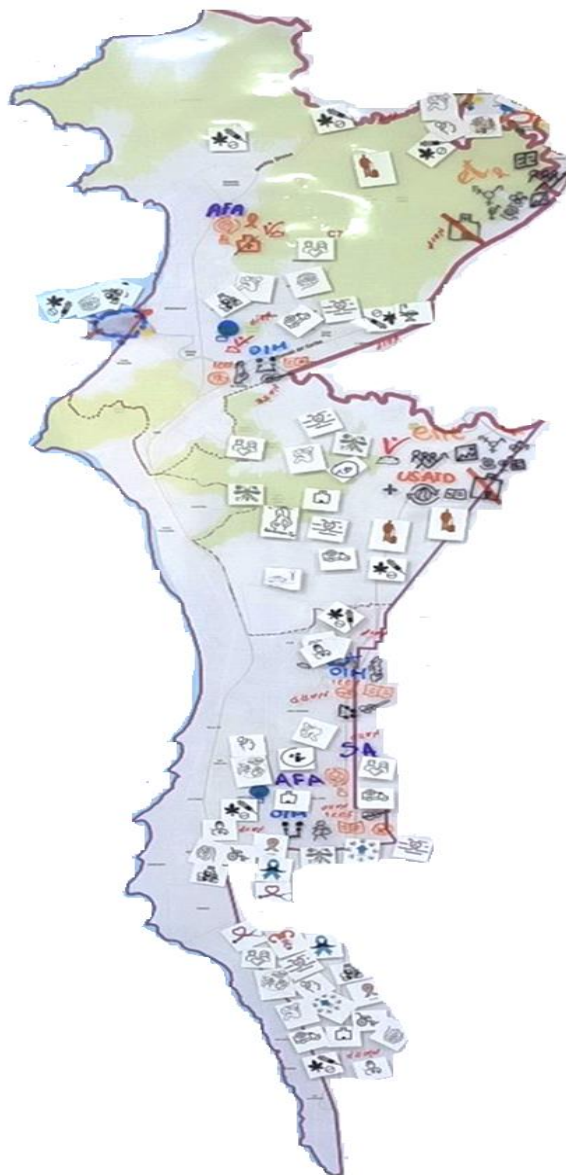


Fuente: Propia a partir mesas participativas

Mapa 16 Cartografía Localidad 2: Histórica Rodrigo De Bastidas



Mapa 17 Cartografía Localidad 3: Turística Perla del Caribe



Fuente: Propia a partir mesas participativas

Fuente: Propia a partir mesas participativas

Mapa 20 Cartografía corregimiento Bonda



Fuente: Propia a partir mesas participativas

Mapa 21 Cartografía corregimiento Guachaca



Fuente: Propia a partir mesas participativas

[illegible][illegible]

231

4.14 Problemas identificados

<i>Falta de equipos médicos</i>
<i>Falencias e irregularidades en los centros de salud</i>
<i>Escasez y falta control y vigilancia a la comercialización de Misoprostol</i>
<i>Falta de atención por no contar con los insumos en los centros de salud</i>
<i>Falta equipos médicos</i>
<i>Desabastecimiento de medicamentos</i>
<i>Insuficiencia en la red prestadora</i>
<i>Falta agua potable</i>
<i>La infraestructura hospitalaria del distrito es deficiente, no garantiza el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (hacer énfasis en la zona rural)</i>
<i>Aumento de la inseguridad en el Distrito</i>
<i>calidad de la atención en los servicios de la salud</i>
<i>Embarazos de Adolescentes - servicios de salud amigables</i>
<i>Red de Prestadores insuficientes sin procesos de calidad especialidad - subespecialidades involucradas</i>
<i>No Aseguramiento y cobertura en salud EPS para estudiantes</i>
<i>Comunicación poco efectiva entre los diferentes actores e instituciones del sector en puntos determinados del sistema de salud</i>
<i>Ante la falta de gobernanza se deberán implementar control riguroso por parte de los entes de control, empezando por la Supersalud</i>
<i>Falta de accesibilidad a servicios de salud de comunidad indígenas</i>
<i>Discriminación y estigmatización en mujeres y personas no binarias que solicitan interrupción voluntaria del embarazo</i>
<i>Discriminación y estigmatización basada en prejuicios y atención precaria a personas LGTBIQ+ - Atención IVE</i>
<i>Población infantil autista</i>
<i>Violencia basada en genero dentro del sistemas de salud (Violencia obstétrica)</i>
<i>Incremento casos de violencia basadas en género en el área rural</i>
<i>falta de priorización del acceso a la IVC en comunidades rurales</i>
<i>cantidad de población no asegurada principalmente migrantes</i>
<i>Proyecto liderada por la comisionada de la mujer, familia y generación del resguardo kogui-malayo-Arhuaco para el asignamiento del territorio de las cuencas</i>
<i>la educación propia dotarlas y tejido armonizado a la familia indígena con trabajos tradicionales</i>
<i>Atracos, homicidios, Femicidios, Violencias Intrafamiliar, lección Personal</i>
<i>Que las citas son a largas fechas</i>
<i>Las causas es que no hay centro de salud integrales, con apoyo que incluya los hombres para entienden el beneficio de salud de la mujer</i>
<i>Los medicamentos nunca los dan completos siempre falta uno o dos</i>
<i>Falta de centros, puestos de salud y adecuación de insumos</i>

<i>La comunidad muchas veces se debe traslados a esos centros de salud retirados la cual están congestionados y sin insumos, médicos</i>
<i>Déficit en la red prestadora</i>
<i>Red pública no adherida a programas por cambios de personal</i>
<i>falta de equipos básicos</i>
<i>Falta de atención por no contar con insumos en los puestos de salud</i>
<i>Prevalencia de Enfermedades Crónicas</i>
<i>Enfermedades Dermatológicas</i>
<i>Enfermedades de Transmisión sexual, Salud Sexual</i>
<i>Morbilidad por Dengue</i>
<i>insuficiencia en la red de atención</i>
<i>Calidad de la atención en los servicios de salud</i>
<i>Abordaje de enfermedades de salud mental</i>
<i>La infraestructura hospitalaria del distrito es deficiente, no garantiza el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo - zona rural</i>
<i>alta prevalencia e incidencia de enfermedades tropicales en la población</i>
<i>Enfermedades Infecciosas IDA</i>
<i>Alta incidencia de enfermedades crónicas</i>
<i>Morbilidad materno extrema</i>
<i>Riesgos en la infancia y adolescencia frente a la salud mental, del consumo de sustancias psicoactivas, embarazos a temprana edad, suicidios y violencia de genero</i>
<i>Falta de transporte asistencial y medicalización con traslado de movimiento a las veredas</i>
<i>Falta de caracterización en zona rural con regiones y expertos en discapacidad y salud mental</i>
<i>Falta de equipo medico</i>
<i>Enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, diabetes, enfermedades respiratoria</i>
<i>No existe saneamiento básico, agua potable, inspección comedores escolares</i>
<i>Construir definitivamente la infraestructura de agua y redes de distribución insuficiente</i>
<i>Deforestación y falta de arborización</i>
<i>contaminación de agua y aire por el ingreso de motonaves, tractomulas y vehículos de carga</i>
<i>falta de infraestructura de alcantarillado fluvial y de aguas residuales</i>
<i>Contaminación ambiental en playas, parques, calles, viviendas por quemas de basuras</i>
<i>contaminación por ruido maquinas, motos naves</i>
<i>Se propone realizar campañas de sensibilización en contra de la deforestación</i>
<i>Falta de Infraestructura e insumos del plantel educativo</i>
<i>No caracterización de PCP en el Distrito para inclusión en instituciones</i>
<i>La orientación psicológica en las diferentes localidad (Ejemplos Colegios)</i>
<i>Falta de adherencia a los protocolos de manejo medico por parte del personal de salud</i>
<i>baja destinación de los recursos en salud</i>
<i>Falta talento humano especializado</i>
<i>Mala calidad en la atención</i>
<i>Baja adherencia a guía, lineamientos protocolos</i>
<i>Falta de adherencia a los protocolos de manejo medico por parte del personal de salud</i>
<i>Déficit en la atención en subespecialidades</i>

4.15 RESULTADOS DE LA RESPUESTA SOCIAL

4.15.1 Análisis por la EPS SURA

PROBLEMATICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICION O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES (Objetivo - Meta)	CONTRIBUCION/GESTION DE CONFLICTOS
Deficientes servicios públicos	Santa Marta tiene un déficit de agua, es decir, el líquido con que cuenta no es suficiente para la demanda de sus usuarios. No hay un balance entre la oferta y la demanda por lo cual se incrementan muchas enfermedades dermatológicas, odontológicas y otras en base a esto la EPS brinda el apoyo pertinente y el tratamiento a las mismas	durante décadas y con diferentes gobiernos la problemática social de la falta de agua en la ciudad de santa marta se ha evidenciado por medio de los usuarios de diferentes sectores de la ciudad con mayor inconformidad por parte de los estratos 1 y 2 lo anterior mediante bloqueo de vías y las reiteradas peticiones realizadas por todos los medios informativos existentes radio televisión y las redes	los actores encargados de resolver esta necesidad publica son el alcalde y el secretario de salud distrital	Cooperante	materializan las aspiraciones de la gente y promueven la acción colectiva	gestionando la realización del proyecto con el acompañamiento de expertos en el tema de servicios públicos
Inoportunidad de subespecialidades	en la ciudad no se cuenta con muchas subespecialidades por lo cual la EPS brinda la atención de los pacientes de manera virtual evitando como en años anteriores la remisión de los pacientes a otras ciudades	incremento de las quejas y PQRS ante la Superintendencia de salud por lo cual la EPS les brinda las dos opciones de manejo como son la valoración virtual en la IPS básica o la valoración presencial pero fuera de la ciudad en aquellos casos que no se desee la primera opción por parte del afiliado	ministerio de salud y secretaria de salud	Cooperante	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención
Embarazo en adolescentes	la EPS trabaja en la educación integral para la sexualidad y el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en pro de evitar el incremento del embarazo en adolescentes	considero que las estrategias por parte de las entidades comprometidas en conjunto sobre este tema como son los entes territoriales y sus áreas respectivas en compañía de las IPS y EAPB han servido, pero no como se espera pues a pesar de que ha	es un conjunto de actores promotoras de salud puestos de salud IPS EAPB y la secretaria de	Cooperante	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el

		disminuido siguen presentándose este tipo de gestantes adolescentes por lo cual la respuesta social ha sido muy poca	salud y la más importante el entorno familiar de la misma			seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención
Red de ambulancias deficiente	la EPS realizó una contratación con la IPS proyectar IPS la cual cuenta con 2 ambulancias de traslado básica y 2 medicalizadas con la cual sule la población de afiliados en la ciudad debido a la no prestación del servicio por muchas clínicas o IPS las cuales no cuentan con este servicio	la sociedad como tal y los usuarios expresan su inconformidad mediante las herramientas de PQRS o quejas en las IPS de la ciudad al igual que ante la superintendencia de salud	secretaría de salud	Beneficiario	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención
Salud sexual y reproductiva	sura EPS brinda educación para la sexualidad mediante herramientas conceptuales, actitudinales, comunicativas y valorativas que permitan y ayuden a los adolescentes a tomar decisiones con relación a su sexualidad que se correspondan con lo que quieren, sueñan y esperan de su realidad	en relación con este tema aún persiste a nivel social mucha ignorancia sobre el tema y mala información de manera generalizada lo cual se convierte en una problemática que puede heredarse de generación en generación como ocurre en muchas familias	es un conjunto de actores como colegios promotores de salud puestos de salud IPS EAPB y la secretaria de salud y la más importante el entorno familiar de la misma	Cooperante	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención
Incremento de los casos de salud mental	la EPS realiza mediante apoyo psicológico y psiquiátrico la identificación de las patologías y las señales de advertencia para así tomar medidas prevenibles como control del estrés, aumentar la resistencia y levantar tu autoestima los cuales pueden ayudar a controlar los síntomas con el apoyo familiar que constituye una base importante en la recuperación de estos pacientes. Se le brinda el manejo	considero que la respuesta de la sociedad es de rechazo, pero al mismo tiempo se deben incrementar las campañas como estrategia de información e identificación de aquellos signos de alarma y poder evitar el incremento de la tasa de mortalidad de estos casos	secretaría de salud IPS EAPB	Cooperante	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención

	pertinente ambulatorio como hospitalario gracias a la red de prestadores que tenemos en la ciudad					
Incremento de casos de enfermedades transmisibles	se realiza una gestión integral en pro de disminuir los casos en la ciudad de santa marta mediante la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo y en aquellos casos identificados son reportados mediante la guía de notificación del ministerio al igual que los casos que se logran identificar a nivel intrahospitalario, sura EPS tiene contratado a nivel nacional a la IPS sies salud quien proporciona el manejo pertinente a nuestros pacientes	en relación con este tema aún persiste a nivel social mucha ignorancia sobre el tema y mala información de manera generalizada lo cual se convierte en una problemática que puede heredarse de generación en generación como ocurre en muchas familias	secretaria de salud IPS EAPB	Cooperante	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención
Incremento del consumo de estupefacientes sustancias psicotrópicas	según estudios en Colombia el 17,4 % tiene entre 16 y 18 años y ya han consumido estupefacientes o alguna sustancia psicotrópica de allí que sura EPS brinda el apoyo pertinente mediante el programa de promoción y prevención en su IPS básica el cual abarca el apoyo psicológico y psiquiátrico y hospitalario que amerite cada paciente mediante un prestador como Insecar IPS especialistas en estos casos	considero que la respuesta de la sociedad es de rechazo, pero al mismo tiempo se deben incrementar las campañas como estrategia de información e identificación de aquellos cambios conductuales del paciente y así poder brindar el apoyo necesario	es un conjunto de actores como colegios promotores de salud puestos de salud IPS EAPB y la secretaria de salud y la más importante el entorno familiar de la misma	Cooperante	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención
Desnutrición en niños y adolescentes	la EPS sura identifica los casos gracias a una primera atención por parte del área de nutrición se realiza el reporte a los entes territoriales en su área encargada y posteriormente se inicia el apoyo pertinente como formación de madres y padres- Alimento terapéutico-	La desnutrición infantil es un problema de salud pública en Colombia ya que aumenta la mortalidad asociada a causas que son prevenibles. Considero que un actor importante es la sociedad quien solicita mejor prestación de servicios públicos mejorar las	es un conjunto de actores como colegios promotores de salud puestos de salud IPS EAPB y la	Cooperante	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el

	charlas sobre la importancia de la Lactancia materna y continua en seguimiento por nutrición con agendamiento de citas periódicas para observar el comportamiento del caso	condiciones y accesos en relación con las vías y un factor importante la pobreza la cual se presenta principalmente en las zonas rurales, en donde uno de cada 10 niños presenta desnutrición	secretaria de salud y la más importante el entorno familiar de la misma			seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención
Violencia sexual contra niños y adolescentes	la EPS brinda cumple la resolución 459 del 2012 mediante la capacitación de los funcionarios de la IPS básica como médicos enfermeras psicólogos y otros con el fin de identificar y conocer los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas	considero que la respuesta de la sociedad es de rechazo, pero al mismo tiempo se deben incrementar las campañas como estrategia de información e identificación de aquellos signos de alarma y poder evitar el incremento de estos casos	es un conjunto de actores como colegios promotores de salud puestos de salud IPS EAPB y la secretaria de salud y la más importante el entorno familiar de la misma	Cooperante	la intervención de esta problemática, en que el actor lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud	la observación de la estrategia y la escucha atenta de los otros actores y la población los cuales forman parte del conjunto del manejo de la salud pública se consideran como los mecanismos propios y más adecuados para realizar el seguimiento y brindar un mejor acompañamiento al desarrollo integral en la atención

4.15.2 Análisis por la EPS CAJACOPI

PROBLEMATICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICION O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES (Objetivo - Meta)	CONTRIBUCION/GESTION DE CONFLICTOS
Oportunidad en atención	auditoria a red de servicios	quejas a diferentes niveles	EPS - entes territoriales	Beneficiario	mejorar la calidad en la atención	quejas y solicitudes
Accesibilidad a especialidades en zonas rurales o urbanas lejanas	tele consulta	quejas a diferentes niveles	EPS - entes territoriales	Beneficiario	mejorar la calidad en la atención	quejas y solicitudes
Entrega oportuna y regular de medicamentos	no solicitar autorización	quejas a diferentes niveles	EPS - entes territoriales	Beneficiario	mejorar la calidad en la atención	quejas y solicitudes

Falta de educación en autocuidado	campañas	quejas a diferentes niveles	EPS - entes territoriales	Beneficiario	mejorar calidad de vida	asistencia a capacitación
Salud publica deficiente	campañas	propagación de enfermedades	EPS - entes territoriales	Beneficiario	mejorar calidad de vida	asistencia a capacitación
Oportunidad en atención	auditoria a red de servicios	quejas a diferentes niveles	EPS - entes territoriales	Beneficiario	mejorar la calidad en la atención	quejas y solicitudes
Accesibilidad a especialidades en zonas rurales o urbanas lejanas	tele consulta	quejas a diferentes niveles	EPS - entes territoriales	Beneficiario	mejorar la calidad en la atención	quejas y solicitudes

4.15.3 Análisis por la EPS MUTUALSER

PROBLEMATICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICION O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES (Objetivo - Meta)	CONTRIBUCION/GESTION DE CONFLICTOS
Salud Materna - Infantil	Buena		ET,EAPB	Beneficiario	Gestionar el riesgo	Planes de respuesta
Dengue	Buena		ET,EAPB	Beneficiario	Gestionar de la Prevención y el Riesgo	PLANES RESPUESTA
Enfermedades Cardiovasculares	Buena		ET,EAPB	Beneficiario	Gestionar el riesgo población a cargo	RCV
Cáncer De Mama y Cerviz	Buena		ET,EAPB	Beneficiario	Gestionar el riesgo población a cargo	RIAS CANCER
Enfermedades Transmisibles (VIH)	Baja		ET,EAPB	Beneficiario	Gestionar el riesgo población a cargo	RIAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Desnutrición	Buena		ET,EAPB	Beneficiario	Gestionar el riesgo población a cargo	PROGRAMA NUTRICIÓN
Enfermedad Renal crónica	Buena		ET,EAPB	Beneficiario	Gestionar el riesgo población a cargo	RCV Y METABOLICO
Salud Materna - Infantil	Buena		ET,EAPB	Beneficiario	Gestionar el riesgo	Planes de respuesta

4.15.4 Análisis por la EPS SALUD TOTAL

PROBLEMATICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICION O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES (Objetivo - Meta)	CONTRIBUCION/GESTION DE CONFLICTOS
Anticoncepción en población en edad fértil		baja adherencia, y actualización de datos	EAPB E IPS	Cooperante	EAPB, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	MAYOR ADHERENCIA A PROGRAMA
Intervención en la salud mental en todos los ciclos de vida		baja adherencia, y actualización de datos	EAPB E IPS	Cooperante	EAPB, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	MAYOR ADHERENCIA A PROGRAMA
promoción de estilos de vida saludable		baja adherencia, y actualización de datos	EAPB E IPS	Cooperante	EAPB, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	MAYOR ADHERENCIA A PROGRAMA
Mente sana cuerpo sano		baja adherencia, y actualización de datos	EAPB E IPS	Cooperante	EAPB, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	MAYOR ADHERENCIA A PROGRAMA
prevención de la diabetes y tabaquismos		baja adherencia, y actualización de datos	EAPB E IPS	Cooperante	EAPB, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	MAYOR ADHERENCIA A PROGRAMA
Baja asistencia a programas de infancia y primera infancia		baja adherencia, y actualización de datos	EAPB E IPS	Cooperante	EAPB, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	MAYOR ADHERENCIA A PROGRAMA

4.15.5 Análisis por la COOPERACION INTERNACIONAL a partir de encuestas estructuradas con población migrante

PROBLEMATICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICION O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES (Objetivo - Meta)	CONTRIBUCION/GESTION DE CONFLICTOS
Hipertensión	Jornadas de salud y/o afiliación; Rendición de cuentas; Campañas de educación e información (capacitaciones); Comités;	baja adherencia, y actualización de datos	REDMUSA	Cooperante		No podemos olvidar que la salud es un derecho fundamental el cual está amparado por la constitución. Y es de responsabilidad de todas las instituciones que prestan servicios de salud crear mecanismos de

						acceso eficiente sin tantas barreras. Tener claridad de una ruta de atención a la población migrante que sea eficiente mantenimiento siempre a las Comunidades informadas desde cualquier medio informativo.
Digestivas, por el agua	Campañas de educación e información (capacitaciones);	baja adherencia, y actualización de datos	Redmusa	Cooperante		Emprendimiento acompañado de seguimiento
Depresión estrés ataques de ansiedad	Ninguna;	baja adherencia, y actualización de datos	Consejo noruego	Cooperante		discriminación que paren dieran calidad de trabajos ya que por ser migrante sufrimos de explotación laboral
Gripes, diarrea, vómitos, alergias, dolores musculares y vasculares	Ninguna;	baja adherencia, y actualización de datos	Integrate, Americares, medicamentos team	Cooperante		Mejor atención médica y asistencial, mejor cumplimiento a entrega de medicamentos
Hipertensión, diabetes	Jornadas de salud y/o afiliación;	baja adherencia, y actualización de datos	Malteser Internacional	Cooperante		Hay muchas personas que aún no tienen el ppt y eso les impide tener acceso a la salud
El Asma de Mis Nietas pequeñas de 3 años y 1 año	Jornadas de salud y/o afiliación;	baja adherencia, y actualización de datos	Grupo de WhatsApp de Venezolanos en Santa	Cooperante		Habemos muchos que hemos llegado después de lo del PPT y los que no tenemos Pasaporte y sé que aún están emigrando muchos más y Realmente no tenemos La Documentación Requerida para optar por la Salud qué si de alguna manera puedan ser más Flexibles en cuanto a eso...!! Sobre todo la Salud es lo más importante no nos vinimos a Turistiar nos venimos por la Situación que Aún tiene Venezuela

Hipertensión	Jornadas de salud y/o afiliación;	baja adherencia, y actualización de datos	Redmusa, oim, integrate, medical team, americares	Cooperante		Que las citas fueran más oportunas para todas las personas y no demorar tanto
Mareos	Ninguna;	baja adherencia, y actualización de datos	Team internacional concejo noruego	Cooperante		Mejoras en el sistema
Atención inmediata dan muchas vueltas para atender a los venezolanos, colocando trabas para no atender bien	Jornadas de salud y/o afiliación;		Cooperantes como USAID, Centro Intégrate			Que el personal de la salud no pongan peros a la hora de recibir los pacientes ya que todos somos humanos
Ayuda	Jornadas de salud y/o afiliación;		Consejo noruega	Cooperante		Ayuda muchas ayudas
Impertenciom	Ninguna;		Onu mujer redmusa	Cooperante		Mejor servicio
Atención por parte de especialistas	Jornadas de salud y/o afiliación; Campañas de educación e información (capacitaciones);		Fundación Equipaje de Talentos	Cooperante		Mayor capacitación A las entidades de salud
Problemas con la tensión	Campañas de educación e información (capacitaciones);		Fundación equipaje de talentos	Cooperante		Que sean régimen subsidiados
Problemas respiratorios, diabetes, digestivos	Jornadas de vacunación; Campañas de educación e información (capacitaciones);Jornadas de salud y/o afiliación;		Equipaje de Talento	Cooperante		Más jornadas de concientización, y de información en las comunidades, en las escuelas y en los colegios de secundaria
Hipertensión y diabetes	Jornadas de vacunación;		Equipaje de talentos	Cooperante		Que mejore el servicio a la hora de hacer un trámite
Presión arterial	Campañas de educación e información (capacitaciones);Jornadas de salud y/o afiliación;		Fundaequipaje	Cooperante		Más capacitación en los sectores

Estrés	Ninguna;		No se	Cooperante		Tener más sensibilidad a querer ayudar a las personas sin importar sus nacionalidades
Diabetes. Hipertensión. Problemas del corazón	Ninguna;		No	Cooperante		La inclusión de los migrantes y mejor trato
Migraña	Ninguna;		No	Cooperante		Ayudas contantes
Migraña	Ninguna;		Ninguna	Cooperante		Ayudas
Asma	Ninguna;		No	Cooperante		Mejora los centros de salud
En mi familia renal.	Ninguna;		REDMUSA	Cooperante		Tener más acceso a la información sobre cómo usar correctamente el sistema de salud.
Gripa	Campañas de educación e información (capacitaciones);		Intégrate, fundación Hilton	Cooperante		Al menos nos contesten las llamadas
Mi familia esta sana. Los vecino a visto que sufre de azúcar en la sangre	Jornadas de salud y/o afiliación;		Funde mictromac	Cooperante		Que todos no tratemos igual

4.15.6 Análisis CONCLUSION por la ENTIDAD TERRITORIAL

ITEM	PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICION O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES (Objetivo - Meta)	CONTRIBUCION /GESTION DE CONFLICTOS
1	Cobertura en salud en los centros poblados y rurales dispersos La ciudad atraviesa grandes retos en materia de cobertura en salud en los centros poblados y rurales dispersos, que, si bien los Equipos Básicos de salud se plantean como alternativa de superar barreras, no se ve su efecto en la ruralidad al igual que la carencia de redes integrales. No se concibe una metrópoli como Santa Marta sin servicios de Telemedicina, teniendo tanta oferta desde los prestadores de servicios como desde la Academia.	La Secretaría de Salud Distrital, implementa el plan de intervenciones colectivas a través de las estrategias de jornadas integrales con los equipos básicos, los cuales por limitaciones financieras han sido insuficientes para atender la demanda	La comunidad ha sido receptora de las jornadas integrales realizadas a través de ferias de la equidad u otros mecanismos	ESE Prospero Reveran	BENEFICIARIO	Implementar un modelo de cambio a una policlínica o centro de salud integral de segundo nivel en el corregimiento para una buena prestación de servicios médicos	Atiende la demanda de los servicios
		La oferta de servicios de telemedicina, considerada como una opción válida en estos sectores alejados, presenta barreras de acceso para los sectores rurales y rurales dispersos de la Sierra Nevada por no contar esa zona con conexión a internet.	La comunidad solicitó la conexión a internet en la mesas de concertación para establecer, las cuales quedaron en la iniciativas plasmadas en un decreto distrital en el año 2018.	EPS Presentes en el Distrito	COOPERANTES:	Construir dispensarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o autorizar la utilización de un solo dispensario	Garantizan derecho a la salud
		Capacitación a través de la estrategia 'Escuela de salud para líderes sociales y comunales' (incluye indígenas), como "agentes comunitarios" de los sectores urbanos y rurales 'través del programa 'Salud al barrio - Médico en tu casa'.	Participación de alrededor de 500 líderes en las capacitaciones de "agentes comunitarios" para prestar servicios en sus comunidades de su entorno social	ESE Prospero Reveran	BENEFICIARIO	Contratar a personal prestadores del servicio de salud como médicos y enfermeras superior de planta preferiblemente de la región	Garantiza la capacidad instalada
2	Calidad en la prestación del servicio. Actualmente el Distrito cuenta con 665 prestadores de servicios de salud registrados ante el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de Salud y Protección social, de los cuales el 43.01% son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y el 52.93% son prestadores independientes. No se conocen con indicadores pertinentes el cumplimiento	El distrito cuenta con una dependencia creada en la estructura de la Secretaría de Salud, como una dirección de prestación de servicios y aseguramiento con baja capacidad de respuesta a las necesidades del sector	La comunidad a través de las iniciativas reclama mejores servicios y la eliminación de barreras de acceso a los servicios, la entrega oportuna de medicamentos, la atención de especialistas y oportunidad en la citas	Secretaria Distrital de Salud	BENEFICIARIO	Conformar Equipo de IVC para la garantía de la calidad	Garantiza la calidad de los servicios y cumplimiento del SOGC

	por parte de los actores del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad- SOGC que inicia con la habilitación en el REPS Registro Especial de prestadores de servicios de salud por inacción de la autoridad sanitaria que no tiene recursos financieros ni humanos para el cumplimiento de la competencia asignada por la normatividad y es entender que mas alla de un cumplimiento legal lo que se trata es garantizar la vida de las personas con servicios que se prestan con el riguroso cumplimiento de los estándares de calidad	La Secretaría cuenta con un software para calidad en la prestación de servicios de salud del distrito	La comunidad presenta sus peticiones quejas y reclamos frente a la prestación de servicios a la dirección distrital de salud, a las EPS, las IPS y Supersalud.	Prestadores de servicios sin habilitar	OPONENTE	Cumplir con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019	Minimizar el riesgo en la vida de las personas
		La SSD, cuenta con acceso a la base de datos nacional denominada "REPS" Registro Especial de prestadores de servicios de salud, desde la se observan los servicios habilitados y demás de las redes prestadoras de servicios pública y privada del Distrito, esta información es la base para la verificación del cumplimiento de estándares.	A través de esta base de datos las comunidades se orientan sobre los servicios disponibles en la red de prestación de servicios de salud	Asociaciones de usuarios	BENEFICIARIO	Veedores del cumplimiento estricto del Sistema Obligatoria de garantía de la calidad	Control social y ejercicio de la participación como eje de la APS
3	Atención a niños entre 0 y 5 años En general los indicadores del desarrollo de nuestra población menor de 5 años nos muestran para el Distrito, gradientes y brechas muy por encima de los indicadores de país, producto de la ausencia o inoperancia de políticas públicas para la niñez. Mortalidad Neonatal La tasa de mortalidad neonatal para el 2021 se situó en 8,5 x1000 NV en el distrito comparativamente con la del país que se mantuvo estable alrededor de 5 x1000 NV, generando una desigualdad que se considera injusta Mortalidad Infantil (menores de 1 año) En el Distrito de Santa	La dirección de salud distrital direcciona y promueve la vacunación en la infancia a fin de prevenir muertes evitables, con algunas limitaciones por parte de la red, la cual no logra coberturas útiles	Las comunidades acuden a los puntos de vacunación, sin embargo hay cuidadores que no cumplen con su deber	Cuidadores	COOPERANTES:		
		Capacitación a cuidadores sobre el manejo de la higiene en el hogar que garantice la salud de los niños en su entorno familiar	Las limitaciones económicas de las familias se convierte en una limitante para alcanzar las acciones necesarias para mantener la salud de los niños	Familias	PERJUDICADO		

	Marta durante el año 2021, el resultado dista de la referencia Nacional, con un aumento de 6 puntos en las muertes, pasando de 9,8 a 16,2 x100.000 menores de 1 año infiriendo que durante los últimos 15 años, se observa una tendencia decreciente para el país del 27% y un aumento para el ente territorial, del 15% Mortalidad de la niñez (entre 1 a 5 años) El país mantiene estabilidad en su indicador, en tanto que Santa Marta muestra un alarmante incremento de 7 casos para el año 2021 pasando de una tasa de 11,7 a una de 18.4 por 100 mil menores de 5 años Mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA) para el 2021 hubo un pequeño descenso de este evento en el distrito con una tasa de 11,3 x 100.000 habitantes menores de años con relación al año inmediatamente anterior Mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) De manera general en el Distrito de Santa Marta se ha disminuido la mortalidad por esta causa, pasando de 8,4x100.000 menores de cinco años en 2005 a 6,8x100.000 menores de cinco años. Mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición Aguda Para el año 2022 se registraron 9 mortalidades en este grupo a causa del hambre.	La dirección a través de IVC hace seguimiento a las EPS sobre cumplimiento de los programas de la niñez, sin embargo las coberturas de los programas es baja, lo cual coloca en riesgo a este grupo poblacional	Las comunidades acuden a las PQR por barreras de acceso a los servicios	Entidad Territorial	COOPERANTES:		
4	Embarazo en adolescentes En 2022 se registraron 1.409 casos de embarazo adolescente en la ciudad, lo que representa que el 17% del total de embarazos se presentaron en mujeres entre los 10 y 19 años, casos que siguen siendo numerosos y altos en comparación con otras capitales Lo cual se convierte en alarma dada las	A través de la estrategia Médico en tu casa se capacita a los adolescentes en las IED sobre manejo responsable de las relaciones sexuales, sin embargo no se alcanza cobertura	Los adolescentes vienen teniendo relaciones desde temprana edad y algunos no siguen las instrucciones de los capacitadores y de los profesionales de la medicina que atienden sus consultas	Instituciones educativas	COOPERANTES:	Desarrollar e implementar estrategias integrales de educación sexual y reproductiva en las diferentes localidades	

	implicaciones que puede tener en los efectos sociales como Alto riesgo de mortalidad materna, Deserción Escolar y proyectos de vida que sufren transiciones de graves consecuencias Para el efecto se pueden comparar los indicadores de ciudad de tasa de fecundidad por 1000 mujeres con relación a los del país. Siendo los primeros mayores . Este hecho tiene un determinante social de tipo cultural como lo es la iniciación temprana de la sexualidad activa y ejercicio de sus derechos que no se asume con la debida responsabilidad al igual que de estrategias de abordaje como los servicios amigables que no muestran sus resultados	El grupo de IVC hace seguimiento a la red de prestación de servicios sobre estándares y adherencia a guía y protocolos con un TH limitado	Las comunidades reclaman de las EPS e IPS un mejor servicio a través de las PQR, las cuales muchas veces ni tienen respuesta por parte de la EPS	EPS Presentes en el Distrito	COOPERANTES:	Ampliar la red de consultorios púrpuras en las instituciones educativas como medida para brindar atención especializada en temas de salud sexual y reproductiva	
		La dirección implementó los servicios amigables, pero al programa no se le ha dado seguimiento y continuidad		ESE Prospero Reveran	OPONENTE	Realizar intervenciones y dotar al 100% las sedes de los puestos de salud con los recursos necesarios para garantizar una atención médica óptima en el Distrito de Santa Marta	
5	Seguridad alimentaria. Por una parte, en el Distrito 10 de cada 100 recién nacidos lo hacen con bajo peso al nacer (por debajo de 2.500 gramo) y de otra parte la seguridad alimentaria carece de oportunidad en el alimento vital y básico como lo es el agua. Además, las dietas autóctonas a base de carbohidratos y grasas saturadas no suplen los elementos esenciales de una canasta nutricional que garantice la seguridad alimentaria. Hecho que no se compadece con la multivariada de acceso al alimento dadas las características topográficas en el piedemonte de la Sierra Nevada cuya	La dirección de salud, cuenta con un programa de seguridad alimentaria y nutricional, que permite Vigilar los eventos de interés en nutrición y salud pública, tales como bajo peso al nacer, desnutrición aguda (moderada y severa) y mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores y hace los reportes correspondientes	Las comunidades se capacitan en distintos programas de lactancia materna exclusiva, orientaciones para manejo del bajo peso y la desnutrición a través del PIC y forman parte de las redes de apoyo que contribuye a la disminución de los riesgos de muerte por desnutrición	Entidad Territorial	BENEFICIARIO	Promover una educación sanitaria como manejo adecuado de alimentos e higiene en los establecimientos del distrito	

	multivariedad de pisos térmicos permite una abundante y constante producción de los mismos. La falta de políticas para garantizar el derecho humano a la alimentación se adolecen de voluntades políticas que no entienden la necesidad de la soberanía alimentaria para salvar vidas especialmente en los menores. Falta de pilares a nivel de seguridad alimentaria (acceso, nutrición, inocuidad). La desnutrición infantil es un problema de salud pública en Santa Marta ya que aumenta la mortalidad asociada a causas que son prevenibles.	Promueve la prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Promoción de la salud, alimentación y estilos de vida saludables. Evaluación y seguimiento en aspectos nutricionales y alimentarios que permita que los distintos actores involucrados respondan a la necesidades.	Los líderes capacitados promueven en sus comunidades la vacunación, la desparasitación y los orientan sobre las rutas de atención.	Líderes comunitarios	BENEFICIARIO		
		El distrito cuenta con una política de seguridad alimentaria y nutricional y ejecuta un proyecto con Minsalud de desparasitación antihelmíntica que contribuye con esta problemática.	La comunidad activa las alertas a través de las PQR sobre casos de desnutrición.	Familias	PERJUDICADO		
6	Atención primaria en salud fragmentada y segmentada donde se ha intentado desarrollar un nuevo modelo de atención en salud para el Distrito de Santa Marta con un enfoque territorial, basado en los principios de la Atención Primaria en Salud y enfocado en garantizar el derecho fundamental a la salud con el objeto de superar la inequidad, cuyo nombre es "Salud al Barrio Médico en tu Casa" el cual dirigieron especialmente al ámbito comunitario, educativo y hogar a través de las intervenciones colectivas, sin validación clara de su financiación, sostenibilidad e impacto fiscal. El problema inicia en el nombre del programa que desconoce la ruralidad y que se ha centrado misionalmente en un elemento de populismo y demagogia que desconoce la intersectorialidad como uno de sus principios para afectar determinantes sociales y la participación social que se antoja anclada a intereses de otro orden excepto a que las personas y organizaciones participen en las decisiones de política pública y por ende en la	Implementación del programa Médico en tu casa en el ámbito comunitario, educativo y hogar a través del plan de intervenciones colectivas.	Participa activamente en la promoción y como beneficiario de las jornadas integrales de salud.	Entidad Territorial	COOPERANTES:		
		Los equipos básicos territoriales son contratados directamente por la ESE Alejandro Próspero Reverend, de acuerdo con los recursos asignados or Minsalud, los cuales alcanzan a cubrir hasta 35 grupos y su cobertura es por priorización.	Los integrantes de las comunidades que cumplen con el perfil interan los equipos básicos y prestan un servicio a sus comunidades y demás.	ESE Prospero Reveran	COOPERANTES:		
		La capacitación de los equipos básicos y agentes comunitarios facilitan el desarrollo de las acciones en la comunidades.		EBS	COOPERANTES:		

	inversión de recursos públicos y su rendición de cuentas						
7	Autoridad sanitaria débil con resultados que no garantizan su rol de Rectoría y gobernanza deficiente El Distrito de Santa Marta al finalizar su gestión 2020-2023 presentó un bajo rendimiento en la vigilancia Epidemiológica por falta de recurso humano respectivo teniendo un indicador de 55,5%, sobre un indicador de eficacia mínima del 85%. No se conocen los resultados de eficacia y eficiencia de las intervenciones colectivas . La Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Aseguramiento manifestó que no se realizaron visitas de IVC por falta de talento humano contratado para el área de calidad en salud, incumpliendo con meta de indicador, sin embargo, se registran como hechos notorios pero aislados el cierre a prestadores de servicios de salud durante la vigencia 2023.Lo anterior infiere una Entidad carente de estructuras organizacional definida que parte de ser insuficiente en su talento humano de planta, convirtiéndose en un botín burocrático que se sostiene con los contratistas y que carece de lo elemental como lo es tener sus propias instalaciones para su desarrollo misional y operacional que ofrezcan a los usuarios espacios de dialogo y construcción colectiva que recién inicia	La dirección de salud cuenta con talento humano en su planta de personal y de OPS para atender la demanda como autoridad sanitaria, sin embargo es insuficiente para la cobertura distrital	La comunidad mantiene activa las PQR	Entidad Territorial	COOPERANTES:		
		La entidad cuenta con una estructura organizacional para atender los distintos frentes de la autoridad sanitaria, pero el TH no es suficiente y los de OPS no cuenta con estabilidad en su contratación	Las PQR en su gran mayoría estan asociadas a la falta de oportunidad en las citas y la entrega de medicamentos	Entidad Territorial	COOPERANTES:		
		Se contrata por OPS al talento humano, de acuerdo con los recursos asignados, los cuales son insuficientes		Entidad Territorial	COOPERANTES:		
8	Salud Rural ausente por cuanto la existente como se ha demostrado en la cartografía social se encuentra concentrada en la zona urbana al igual que internamente se reconcentra y lo cual manifiesta que la salud rural carece de infraestructuras y	La administración construyó el nuevo centro de salud de taganga, constuye el centro de salud de Guachaca y arreglos locativos en otros puntos del sector rural	Las comunidades dejaron centradas sus necesidades en las iniciativas relacionadas con las barreras de acceso a los servicios de salud	ESE Prospero Reveran	COOPERANTES:		

	dotaciones de calidad que garantizan e derecho a la salud a cerca de 60 mil de sus habitantes y la carencia de una red publica que se fundamente en el territorio y la población , la hace mas latente en el sentido de la falta de oportunidad del acceso a la salud de poblaciones que se concentran en dicho ámbito como lo son los indígenas, las víctimas del conflicto , los trabajadores rurales y los informales de la piscicultura y de la silvicultura entre otros	La población indígena cuenta con una EPS y su IPS con cobertura en la Sierra, la cual presenta alguna limitaciones de acceso a servicios y de vías	Las comunidades se quejan de no contar con recursos para desplazarse a la cabecera a recibir los servicios especializados, los medicamentos y procedimientos	EPS indígenas	PERJUDICADO		
		En la zona rural se programan jornadas integrales de salud con los equipos básicos territoriales, los cuales no alcanzan toda la cobertura.	Los líderes se han capacitado con el fin de contribuir con la eliminación de las barreras de acceso a los servicios	EBS	BENEFICIARIO		
9	Metrópoli con Multicausalidad de determinantes sociales Santa Marta por su características de ciudad costera, con puerto marítimo y destino turístico de gran atractivo por sus múltiples oportunidades la hacen una ciudad de interés global que concentra población flotante donde se destaca el arraigo de migrantes venezolanos y habitantes de calle y que consecuencia es la manifestación latente de una multiculturalidad y multideterminación social que terminan siendo un factor de riesgo por cuanto detrás tiene todo un andamiaje industrial del delito manifiesto en el microtráfico , el turismo sexual y la drogadicción como elementos de permanente comercio y pueden ser visibles en la cartografía , amen de ser conocida de otrora como la ciudad productora de la "Golden cannabis" y que género en los años ochenta el asentamiento vigente del narcotráfico en el tiempo con sus consecuencias La situación de control sanitario se ha tornado en una dicotomía en cuanto a RSI con la entidad del orden departamental en colisión de competencias	La dirección de salud distrital ha promovido la atención de la población migrante con apoyo financiero de Minsalud y la OIM, lo mismo a la población de calle, a los consumidores de sustancias psicoactivas	La población migrante ha recibido capacitación y ha venido tramitando su documentación y afiliación a los servicios de salud que le ha ofrecido la entidad territorial, dentro de las políticas de aseguramiento	OIM	PERJUDICADO		
		La ESE Alejandro Próspero Reverend y el HUIB han jugado un papel fundamental en la atención a los migrantes y durante la pandemia del COVID 19	Los migrantes vienen siendo capacitados por la OIM y los equipos territoriales y conocen y promueven las rutas de atención en salud dentro de sus comunidades	ESE Prospero Reverán	BENEFICIARIO		
		La capacitación a jóvenes sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas se ha venido desarrollando dentro de las acciones integrales del Plan de Intervenciones colectivas	La comunidad participa como multiplicadores en las capacitaciones sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Mercaderes de psicoactivos	OPONENTE		

10	La Ciudad rodeada de agua que carece de la misma Problema de siglos que clama por una ciudad que tenga servicio de agua potable accesible que aun no se resuelve donde las promesas incumplidas son deuda histórica de sus dirigentes dado que suena irónico que la ciudad que tiene al frente y en todo su límite norte el Mar Caribe y en su límite oriental la Sierra Nevada de Santa Marta donde nacen 18 ríos No tenga el acceso a la misma con las implicaciones que derivan en eventos de salud de origen hídrico como la desnutrición y los de origen dérmico. Al igual que un saneamiento básico insuficiente con malos manejos de aguas y servicios como de destinación de desechos con un alcantarillado que no se proyectó en el tiempo y desarrollo siendo arcaico que ocasiona cuando llueve el rebose de un alcantarillado con 2 siglos de atraso y con ello las consecuencias que se tienen en las ETV donde el dengue está en auge y las enfermedades respiratorias como la tuberculosis son de preocupación epidemiológica por su rebrote y permanencia	La dirección de salud con un programa de ETV, el cual cuenta con un talento humano de planta y de OPS, el cual es insuficiente para atender la demanda	Los agentes comunitarios capacitados forman parte de los multiplicadores de estrategias comunitarias de entornos saludables	Entidad Territorial	COOPERANTES:		
		El TH atiende todas las quejas sobre el manejo de las aguas y realiza controles con muestras para laboratorio, lo mismo que control de focos	La comunidad prende las alertas ante la presencia de casos de dengue y demás a través de las PQR y las rutas de atención en salud	Comunidad	PERJUDICADO		
		La dirección de salud ha venido desarrollando un trabajo de promoción y prevención de las enfermedades relacionadas con las ETV					
11	Santa Marta Municipio PDET Como uno de los 170 municipios PDET de la Subregión Sierra Nevada Perijá no logra estar en paz dado el aumento de todo tipo de violencia y permaniendo vigente el conflicto armado por grupos cuyo interés deja de ser político y tiene poderío sobre la Sierra Nevada como corredor estratégico y su apuesta por cumplir el Acuerdo de Paz FARC-EP-Gobierno, NO HA LOGRADO centrar su gestión rural para lograr el	La zona rural cuenta con infraestructura de Centros y Puestos de Salud, los cuales garantizan consulta externa y urgencias, con limitaciones de talento humano en algunos sectores. Hay servicios que no se prestan en la zona rural por los altos costos de sostenimiento	La comunidad asiste a la atención en los puntos de la zona rural, con las limitaciones en algunos servicios y le toca desplazarse a la cabecera para recibir algunos servicios, con el incremento de los gastos de la familia	ESE Prospero Reverán	COOPERANTES:		

	cumplimiento de las iniciativas demandadas por la población en el pacto municipal para la transformación regional, política pública del territorio en la Gestión de acciones para acercar la oferta de servicios y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales, asegurando cobertura, acceso, oportunidad y calidad de las atenciones en salud con un enfoque territorial, poblacional y de género. Igualmente, No ha impulsado las actividades para mejorar la calidad de vida de la población rural mediante la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud, el mejoramiento de la infraestructura de puestos y centros de salud y la calidad de la red pública hospitalaria. como la promoción del fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión de la salud e incrementar las acciones de promoción y prevención en las comunidades rurales, respetando la medicina tradicional y ancestral, usos y costumbres de los pueblos indígenas y afros y Garantizar la atención psicosocial a las víctimas del conflicto	Se ha gestionado con las EPS las citas oportunas y la entrega de medicamentos en la zona, sin embargo, hay limitaciones en servicios especializados, procedimientos, entrega de medicamentos entre otros	Las comunidades activan las PQR por citas y la entrega de medicamentos	EPS	OPONENTE		
		Se adelantó un programa para las víctimas del conflicto armado, sin embargo, esa competencia pasó al dpto.	Las víctimas recibieron el programa y activan las PQR por barreras de acceso	Secretaria Departamental de Salud	COOPERANTES:		
12	Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género La infraestructura hospitalaria del distrito es deficiente, no garantiza el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (hacer énfasis en la zona rural). Discriminación y estigmatización en mujeres y personas no binarias que solicitan interrupción voluntaria del embarazo Discriminación y estigmatización basada en prejuicios y atención precaria a personas LGTBIQ+ Violencia basada en genero dentro del	La población del distrito cuenta con cobertura universal, lo cual le garantiza un acceso a los servicios de salud en condiciones dignas	Los líderes promueven la afiliación sobre todo de la población migrante que cumple con los requisitos	Comunidad	BENEFICIARIO		
		La red de prestadores de servicios de salud pública y privada del distrito atiende la demanda de servicios, lo cual incluye la interacción voluntaria del embarazo, sin embargo, estos servicios presentan ciertos problemas de acceso por cuestiones culturales y normativos	Los usuarios de los servicios demandan los servicios y reclaman sus derechos ante la dirección local y/o la Supersalud	Prestadores de servicios sin habilitar	OPONENTE		

	sistemas de salud (Violencia obstétrica) Incremento acelerado de embarazos en adolescentes Incremento casos de violencia basadas en género en el área rural	Los equipos territoriales dictan capacitaciones de las adolescentes sobre sexo responsable y manejo de métodos anticonceptivos, sin embargo, hay situaciones culturales que no permiten cobertura	Los líderes capacitados en las "escuela de líderes" conocen las rutas de atención y la promueven en sus comunidades	Líderes Culturales	COOPERANTES:		
13	Salud Intercultural e incluyente para poblaciones especiales En Santa Marta viven 59.646 migrantes; 97.708 víctimas del conflicto armado, 19.000 en condición especial, 19.927 Afrocolombianos, 11.068 Indígenas, 73 Raizales, 40 Palenqueros 24 Gitanos Rrom Baja cobertura del SISBEN en la población afrocolombiana, afectando el acceso a la salud integral y otros beneficios, y causando el cierre del puesto de salud Olaya Herrera direccionado para la comunidad afrocolombiana Falta de una caracterización de la población con discapacidad en el distrito para su inclusión, priorización de ingreso y atención en las instituciones prestadoras del servicio de salud Deficiencia en el servicio de intérprete para acompañar a las personas con discapacidad en los servicios de salud y consulta Deficiencia en la caracterización de los habitantes de calle por parte del distrito para poder brindar atención médica Es decir no existen políticas públicas que direccionen el reconocimiento expedito de las poblaciones diversas y sus condiciones como lo puede ser en impulsar la implementación del SISPI para el pueblo indígena y los modelos de salud propio NARP	La población distrital tiene cobertura universal de afiliación lo cual le garantiza una atención oportuna en la red de cada EPS, sin embargo, hay limitaciones de atención en la red de la ESE Alejandro Próspero Reverend, por baja capacidad resolutive	Los líderes capacitados en "escuela de líderes" promueven en sus comunidades todo lo relacionado con deberes y derechos y lideran las PQR por las barreras de acceso que se presenten	Líderes Comunitarios	OPONENTE		
		La dirección de salud distrital, en 2023 formuló y contrató un proyecto relacionado con la certificación de discapacidad que tenía cobertura para 1700 personas, el cual no alcanzó a ejecutarse en su totalidad	La comunidad orientada por la Secretaría de salud llena los requisitos para acceder a los certificados de discapacidad y los tramita ante la entidad	Entidad Territorial	COOPERANTES:		
		Las comunidades indígenas en el año 2022 recibieron un recurso del Dpto, el cual fue asignado por Minsalud para culminar lo relacionado con el SISPI, el cual es desarrollado por las comunidades indígenas de la Sierra Nevada.	Los indígenas adelantan su proceso interno con el SISPI y la orientación de Minsalud	indígenas	BENEFICIARIO		

14	Cambio climático y Pandemia por COVID Los nuevos desafíos globales que se plantean para la salud de las personas originados en primer lugar por el cambio climático que para el caso de Santa Marta se manifiesta en incremento de la temperatura con olas de calor que afectan a personas vulnerables y aquellas con enfermedades de inmunodepresión lo que infiere adecuación de los servicios en servicios que lo minimicen y a su vez dentro lo propuesta por la OMS , respecto de sus infraestructuras obedezcan a cumplir las estrategias de hospitales verdes y seguros Igualmente las lesiones que nos dejó la pandemia parecen ser cosa del pasado cuando la latencia inminente de nuevas pandemias obligatoria a planes anticipatorios que las mitiguen y no cobren vidas humanas Limitada presencia de autoridades estatales para el control y regulación efectiva a las actividades económicas y ambientales de la ciudad	Ojalá y se logre, hospitales verdes y ciudad inteligentes		Entidad Territorial	COOPERANTES:		
15	Determinantes sociales de la salud Falta de articulación entre las Políticas Públicas de salud y los determinantes sociales de la salud pública en el distrito Falta de educación en salud y garantías de hábitos y estilos de vida saludable Deficiencia en la promoción y educación de salud sexual y reproductiva en la población Con relación al aseguramiento actualmente en el Distrito operan 13 EAPB de Régimen Contributivo, 11 de régimen Subsidiado y 4 de Régimen especial y la población afiliada por EAPB en 2023 asciende a 594.624 habitantes, la cual se concentra en un 84% en cinco (5) EAPB, Salud total con el 19,24%, Nueva EPS con	La falta de ver la salud en forma integral y la intersectorialidad da que cada uno mire la situación en salud en forma diferentes, no pudiendo mirar las determinantes desde la optica de complementariedad institucional del ente territorial y los sectores que deben estar articulados logrando dar las soluciones en forma conjunta	La sociedad civil desconoce de muchas situaciones al respecto	Sociedad Civil	OPONENTE	Articular estrategias integrales de promoción y prevención de la salud en los entornos educativos, en línea con el Proyecto Educativo Institucional (PEI), para garantizar un abordaje completo y efectivo de la salud en el ámbito escolar	Facilitar una ambulancia medicalizada permanente en el sector para garantizar una respuesta rápida y eficaz ante emergencias médicas, asegurando así la atención oportuna de los habitantes de la zona

	el 18,57%, Sanitas con el 17,19%, COOSALUD E.S.S.-CM con el 15,55% y Mutua ser con el 13,06% (fuente: Minsalud corte diciembre 2023). Ausencia de aseguramiento y cobertura en salud EPS para estudiantes			Otros Sectores	COOPERANTES:	Implementar programas de educación sobre derechos sexuales y reproductivos en distintos sectores, incluyendo colegios y la comunidad en general del Distrito de Santa Marta	Ampliar cobertura de especialistas para brindar un acceso a los servicios de salud de calidad
							Construir un dispensario de medicamentos en el corregimiento
16	Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en lo relacionado con el incremento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio al igual que de las que se producen por tumores malignos de aparatos reproductivo tanto masculinos como femeninos cuyas cargas llevaba que en el último año se perdieron la suma de 69.000 AVP lo cual obliga a mirar desde la determinación las que se dan por los temas de hábitos y estilos no saludables junto con algunas creencias y costumbres que llegan a confundirse inclusive con mitos La	La dimensión de Enfermedades Crónicas No transmisibles realiza estrategias con Salud al Barrio y Médico en tu casa, y con las diferentes EPS en promoción y prevención con relación a vida saludable, pero a veces estas estrategias no dan su alcance por la situación social de la población del distrito, de trabajo, alimentación y cultura de la sociedad.	Nuestra población no es receptiva con estos programas	Población	OPONENTE		

	tendencia de las principales causas de morbilidad por las enfermedades no transmisibles 2009-2022 mostraron su mayor impacto en las enfermedades cardiovasculares con 17,33% en 2009, tendencia creciente para 2022 con 20,29% y variación porcentual del -1,87% entre los años 2021-2022 En todos los cursos de vida desde primera infancia (0-5) hasta persona mayor (<60años), la causa que ocupa el primer lugar lo ocupa son las condiciones no trasmisibles, con una participación entre 35,62% y 83,85% del primero al último curso. Durante el periodo de 2005 a 2021, se evidencia que las enfermedades del sistema circulatorio mantienen su posición como la principal causa de mortalidad, con una tendencia creciente en los años 2014 y 2018. Específicamente, las muertes por enfermedades isquémicas del corazón representan el 30.7% del total de mortalidades.					
17	Salud Materna Morbimortalidad por abortos inseguros y violencia gineco obstetra en hospitales, EPS y centros de salud del distrito La morbilidad específica para condiciones materno-perinatales en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en condiciones maternas, representando el 95,76% en 2009 y disminuyendo a 92,30% en 2022. La tendencia de la razón de mortalidad materna tanto de País como de Santa Marta ha mostrado una curva ascendente para el año 2021, pasando la primera de 50,7 en el año 2019 a 83,16 en 2021, mientras que Santa Marta pasó de 48,0 en 2019 a 188.38 en 2021,	La red de prestadores de servicios de salud pública y privada del distrito atiende la demanda de servicios, lo cual incluye la interrupción voluntaria del embarazo, sin embargo estos servicios presentan ciertos problemas de acceso por cuestiones culturales y normativos	Los líderes capacitados en las "escuela de líderes" conocen las rutas de atención y la promueven en sus comunidades	Líderes Comunitarios	BENEFICIARIO	Crear espacios de salud diseñados específicamente para mujeres, donde se brinde atención integral y especializada en temas de salud sexual y reproductiva, prevención y detección de enfermedades, atención prenatal y postnatal
		Los equipos territoriales dictan capacitaciones de las adolescentes sobre sexo responsable y manejo de métodos anticonceptivos, sin embargo, hay situaciones culturales que no permiten cobertura		Elementos culturales	OPONENTE	Implementar rutas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

						Promover la humanización del servicio médico en hospitales y centros de salud para garantizar un trato respetuoso, empático y digno hacia los pacientes	
18	Oferta de Servicios que no satisface la demanda Se puede observar que, en la oferta de servicios a la red de prestadores del distrito, ocupa mayor proporción los profesionales independientes. Las barreras más comunes de acceso a los servicios de salud que reportan las comunidades tienen que ver con: a) Oferta de servicios especializados: La oferta de medicina especializada no es suficiente y a pesar de tener amplia cobertura en lo urbano donde se concentra, se convierte en la gran brecha para el habitante rural su acceso. Este es uno de los retos estructurales que tiene el sistema de salud samario que tiene grandes ventanas de oportunidad en la Telemedicina y en la oferta académica de Talento humano en salud. b) Falta de talento humano: Actualmente en las EAPB no existen un equipo como tal para conformar la parte de rutas integrales c) Insuficiencia de recursos económicos: Esta es una de las barreras más determinantes encontradas ya que si no tienen recursos no pueden tener más talento humano y proporcionar servicios de salud, ya que como se conoce, muchas EAPB sufren por desequilibrios económicos en la actualidad y además muchos de estos recursos que ya poseen los tienen destinados a gastos o servicios. Falta de transporte asistencial y medicalización con traslado de movimiento	Cierto toda la capacidad resolutoria de las EAPB no es suficiente para lograr dar la solución a dichos problemas y además la conectividad de redes para el uso de la telemedicina la ESE distrital no tenía la capacidad financiera para lograr subsanar esta situación.	Las comunidades dejaron de atender sus necesidades en las iniciativas relacionadas con las barreras de acceso a los servicios de salud	EAPB	OPONENTE		

	en las veredas aledañas al corregimiento de Guachaca						
19	Red Publica sin inversion Según el índice de competitividad de ciudades, el distrito se ubica de 31 entre las 32 ciudades medidas con la menor inversión destinada al sector salud con los ingresos corrientes de libre destinación, el cual repercute en el bajo capital humano y cualificación de estos mismos, de acuerdo a esto se encuentran grandes retos asociados en materia de inversión de recursos de libre destinación que atienda principalmente el problema de la baja capacidad para atender servicios de salud en la ciudad. los Centros de Salud rurales solo han logrado su reposición el de Taganga y con una gran deuda para Guachaca, Minca y Bonda con sus correspondientes puestos de salud.	Los CS de Bonda, Guachaca y Minca quedaron en el Plan Bienal, esos recursos y los planos quedaron, habia que solucionar problemas de los terrenos que fueran del ente territorial y se logró el de Guachaca, que do faltando un aporte de recursos propios para el de Minca, por la intervencion a la ESE nose logro dar por termiando el proceso, la ESE financieramnete no era viable	Las comunidades dejaron centadas sus necesidades en las iniciativas relacionadas con las barreras de acceso a los servicios de salud	Entidad Territorial	COOPERANTES:	Realizar control en la pertinencia, telemedicina, medicos expertos espejos para suplir las especialidades y subespecialidades de poca oferta y alta demanda en el distrito	
						Aumentar la capacidad instalada de ambulancias en la red pública y privada según la complejidad y población que se maneje	
20	Salud Rural Limitada diferenciación entre la salud tradicional y la salud occidental Falta de dispensarios de medicamentos en la zona rural Distrito de Santa Marta Bajo nombramiento de talento humano con enfoque en la región Falta de transporte asistencial y medicalización con traslado de movimiento en las veredas aledañas al corregimiento de Guachaca Falta de caracterización en zona rural con personas expertas en discapacidad y salud mental Falta de nombramiento de profesionales especializados en el área de la salud en el corregimiento de Minca Falta de puestos de salud y dotación de los ya existentes en las veredas del corregimiento de Minca Ineficiencia de los centros y puestos de salud en el corregimiento Baja dotación en los centros de salud en la zona rural Falta de talento humano médico en el corregimiento Baja cobertura de	Toda la situacion que dejo la pamdemia del COVID-19 genro en la pobalcion más vulnerbles grandes situaciones mentales dando el incremento acelerado de muchas patologias que eran enfermedaes con comprtamiento estacionario en años	Las comunidades dejaron centadas sus necesidades en las iniciativas relacionadas con las barreras de acceso a los servicios de salud	Entidad Territorial	COOPERANTES:		

	afiliación al sector salud de la población de las zonas rurales Barreras de acceso a los servicios de salud en el corregimiento						
21	La Salud Mental Riesgos en la infancia y la adolescencia frente a la salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, embarazos a temprana edad y suicidios Problemas de salud mental por la deficiencia de acompañamiento psicológico asociados a la violencia que viven las mujeres. Altos índices de problemas relacionados con la salud mental en la población diferencial Falta de caracterización de la población víctima de violencia LGBTIQ+ y LGBTIQ+ con discapacidad. En la mortalidad relacionada con la salud mental se observa un crecimiento acelerado del número de casos de epilepsia con un incremento del 155 % con respecto al año 2017, los trastornos mentales y del comportamiento mostró una tendencia creciente, con un aumento del 57% con respecto al año 2018, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA mostraron el primer caso en 2019, para el año 2020 no hubo casos de SPA.		La comunidad orientada por la Secretaría de salud llena los requisitos para acceder a los certificados de discapacidad y los tramita ante la entidad	Certificadores de discapacidad	OPONENTE	Realizar campañas de desestigmatización de las enfermedades mentales para la población del Distrito de Santa Marta	Contratar en las instituciones educativas a profesionales capacitados para dictar una cátedra sobre factores protectores y habilidades para la vida
		El CRUE distrital carece de todos esos elementos de información, la necesidad sentida nunca se entendió como es su naturaleza, además la interoperabilidad de las HC a nivel país nunca se pudo desarrollar en forma eficiente por la ruptura existente entre las EAPB nacionales		CRUE	PERJUDICADO	Implementar campañas para la prevención del suicidio adolescente en la ciudad de Santa Marta	
						Crear grupos de apoyo para familiares de personas con trastornos mentales	Implementar un mecanismo de coordinación interinstitucional que facilite una comunicación efectiva y continua entre todas las entidades implicadas en el proceso

22	Sistemas de información Deficiencia del sistema de información unificado del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) Igualmente no existe un sistema unico de informacion que pueda entender y leer la salud individual y familiar en tiempo real aprovechando las herramientas que hoy nos entregan las tecnologias informaticas No se tiene acceso inmediato a los datos Aun no se cuenta con historia clinica electronica y los msimos sitemas no han permitido un desarrollo de interactividad. Es decir, los sistemas actuales d ela información no está acorde con los grandes y acelerados desarrollos informaticos que puedan tener incluso a la mano formas de e-learning	La ESE es la encargada de la nominacion del TH en cada uno de los PS y CS del distrito de Santa Marta, Por norma nacional esos puntos de atencion nominan a personal de salud en SSO.		ESE ProsperO	COOPERANTES:	Implementar el SEM (Sistema de emergencia médica) para responder de manera rápida y eficaz a situaciones críticas de salud	
						Fortalecer los primeros respondientes a las urgencias, lo que implica proporcionar capacitación y herramientas a la población para que puedan brindar primeros auxilios de manera efectiva mientras llega la ambulancia	
23	Talento humano en salud Insuficiente recurso humano y poco capacitado (rotación constante del personal de salud en los centros médicos) Limitada diferenciación entre la salud tradicional y la salud occidental. Esta insuficiencia genera que no exista disponibilidad y la oferta tan limitada se traduce en no garantía del derecho a la salud en acceso y oportunidad de la poblacion por una capacidad que no cuemple indicadores minimos de OMS. Falta de nombramiento de profesionales especializados en el área de la salud en el corregimiento de Minca Bajo nombramiento de talento humano con enfoque en la región Deficiencia en el servicio de interprete para acompañar a las personas con discapacidad en los servicios de salud y consulta	Desde la diemnsion de poblaciones vulnerables, y con el progama deL PAPSIVI siempre se ralizo el apoyo respectivo a las necesidades de las vistimas del conflicto, despues ese programa se llevó por parte de la ESE distrital por norma	Ninguna	ESE Prospero Revera	COOPERANTES:	Verificar el cumplimiento en actualización de las hojas de vida del personal del área de salud en los centros médicos del Distrito de Santa Marta	

24	Atención del conflicto Falta de atención integral en salud a víctimas de violencia en conflictos armados (resolución 1912 de 2023) Deficiencia en la atención rápida y precisa en servicios de salud para la población víctima de conflictos armados		USAID siempre ha sido la aliada con la SSD con relación a todo lo que se refiere a poblaciones vulnerables	USAID	COOPERANTES:	Aplicar la resolución 1912 del 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social donde se establece la asignación de los recursos para que 224 Empresas Sociales del Estado (ESE) presten servicios de salud a las víctimas del conflicto	
		El PS de Olaya se cerró, porque en aquel momento la ESE no cubría sus necesidades de atención por haberse dado impulso la Clínica La Castellana, por su cercanía a esta no era necesario tenerlo abierto, bajo unas condiciones precarias,		IPS Olaya	PERJUDICADO	Realizar una amplia difusión de la Resolución 1912 del 2023, con el objetivo de informar a la comunidad sobre sus disposiciones y alcances	
		Siempre se ha reconocido por aparte institucionalidad el SISPI, es más el PIC indígena ha generado en ellos esa posibilidad de su atención, dándoles siempre el acompañamiento necesario		indígenas	BENEFICIARIO		
25	Salud Propia Falta de concertación de Salud Pública Distrital indígena en el marco de las normativas Falta de reconocimiento del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) en el distrito Baja cobertura del SISBEN en la población afrocolombiana, afectando el acceso a la salud integral y otros beneficios, y causando el cierre del puesto de salud Olaya herrera direccionado para la comunidad afrocolombiana Limitada diferenciación entre la salud tradicional y la	Para los afros nunca han solicitado su preferencia ancestral en su atención, nunca hicieron su gestión de reconocimiento como tal y la oficina se SISBEN no formaba parte de la SSD.	Siempre que hubo la necesidad de realizar apoyo cada vez que solicitaron se realizó, no conozco acciones de parte de la sociedad civil para estas situaciones	Comunidades Afro	OPONENTE	Promover la formación de sabedores tradicionales en temas de salud a través de programas y facilitar su financiación para preservar y promover los conocimientos ancestrales en el cuidado de la salud dentro de las comunidades	

salud occidental		Los indígenas adelantan su proceso interno con el SISPI y la orientación de Minsalud		Garantizar medicina en casa de carácter especializado con reconocimiento para asegurar que los pacientes tengan acceso a atención médica especializada en la comodidad de sus hogares	

5 CAPÍTULO V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA.

5.1 Definición. Proceso por el cual se seleccionan los problemas o necesidades de salud a partir del ordenamiento, valoración y jerarquización de estos según los criterios establecidos en el artículo 19 Resolución 100 de 2024. Este proceso constituye en elemento articulador entre la situación de salud en el territorio y la formulación del Plan Territorial de Salud.

5.2 Prioridades en salud. Las prioridades en salud son las expresiones de problemas, situaciones y condiciones de salud y de calidad de vida de la población en un territorio, que se expresan en causalidades de diverso nivel jerárquico que generan daños, deterioros en la salud y la vida en personas y colectivos, vulnerando el derecho fundamental a la salud en los territorios. Estas prioridades serán la base para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud.

5.3 Responsables de la definición de prioridades en salud. Las entidades territoriales del orden distrital son las responsables de liderar la definición consensuada de las prioridades de salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual deberán gestionar la participación de los actores definidos y podrán apoyarse en la academia, organizaciones y agremiaciones del sector salud y afines, con observancia de la gestión de conflictos de interés.

5.4 Criterios de priorización en salud. El establecimiento de prioridades en salud en el distrito se realizará teniendo en cuenta una comprensión de la dinámica social, económica, cultural, étnica y de género desde una configuración territorial, en donde el territorio se entiende como: el espacio físico y escenario social donde transcurre la vida de las personas, familias y comunidades; se construyen relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales y se producen y reproducen los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Las prioridades en salud serán definidas teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Magnitud, Gravedad, Pertinencia Social e intercultural, Trascendencia y Capacidad de intervención

Para la definición de las prioridades en salud la entidad territorial utiliza la Guía Conceptual y Metodológica para la construcción del Análisis de la Situación de salud en el Territorio incluida en el Lineamiento de Planeación Integral para la Salud, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la realiza a través de un diseño participativo colaborativo sobre métricas más específicas que no se desmarcan en los lineamientos que lo plantea por cuartiles que si no se tienen parámetros exactos, terminan siendo del orden subjetivo

La periodicidad de la priorización de los problemas y necesidades sociales en salud se realiza conforme a lo establecido en el artículo 15 de Resolución 100 de 2024.

5.4.1 La causalidad como centro del problema y no el problema como el centro de la causalidad. La determinación social

La propuesta explicativa de determinación como aproximación a la causalidad en salud, despliega múltiples aspectos que tienen efectos en los resultados de salud, pero además permite su integración, para aproximarse a un panorama sistémico, que por medio de la propuesta de los determinantes sociales de la salud corresponde a un marco de articulación que va más allá de una vinculación como factores directos en la salud, al organizarlos dentro de los diferentes ámbitos sociales de los modos, condiciones y estilos de vida. Esta organización es anidada, pues los modos de vida individuales o singulares se desarrollan dentro de escenarios de condiciones de vida de las comunidades a las que se pertenece, y a su vez, las condiciones de vida se desarrollan dentro del modo de vida de la sociedad, definido por política y económicamente.

El objetivo del análisis de los determinantes sociales de la salud es el de reconocer como se comportan, cuál es su dinámica, cuáles son los que condicionan de mayor forma la vida de los ciudadanos y por tanto la salud y la calidad de vida.

Este análisis, si bien viene siendo desarrollado y conceptualizado desde hace varias décadas, presenta limitaciones en la práctica, por la disponibilidad de información, pues generalmente no se cuenta con los niveles de desagregación que se quisieran tener, ni con la percepción que de ellos tienen las poblaciones sobre cómo afectan su estado de salud, lo que infiere al momento de la comprensión establecer un eje de terminación causa que inicia con preguntarse en primer lugar : ¿DÓNDE se originan las diferencias en salud entre grupos sociales, llevándolas hacia atrás hasta sus RAÍCES más profundas?

La respuesta a esta pregunta en términos de métodos cuantitativos de análisis de datos se enfoca en la identificación de Desventajas, Gradientes y Brechas.

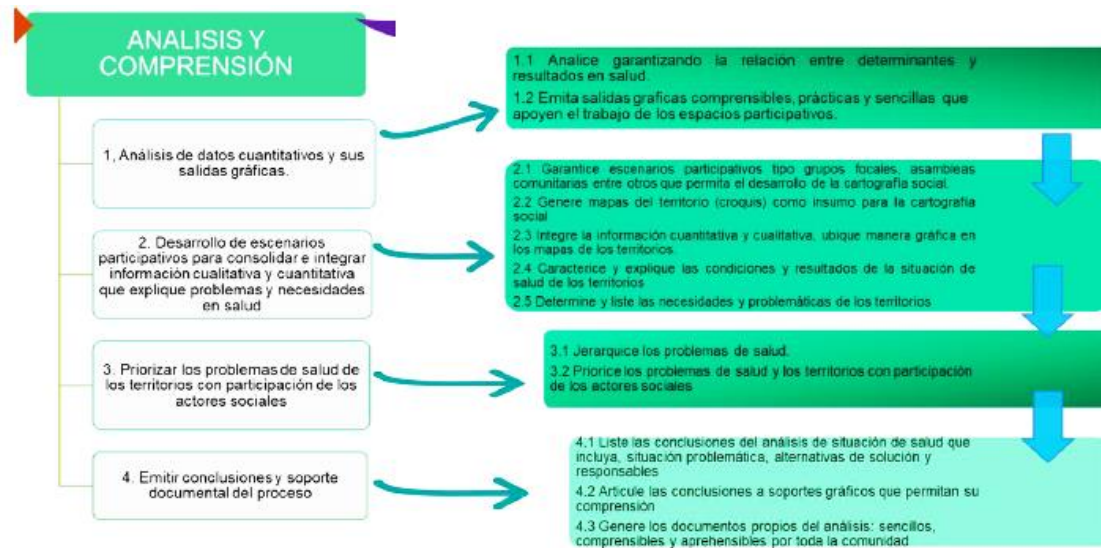
- Las desventajas se enfocan en diferencias, aceptando que hay desigualdad entre distintos segmentos de la población o entre las sociedades.
- Las brechas se enfocan en las diferencias entre los peores y algún otro grupo, asumiendo a menudo que aquellos que no son los peores disfrutan de uniformemente de buena salud.
- La aproximación a los gradientes explora las diferencias de salud a través del espectro completo de la población, aceptando un patrón sistemático de gradiente en las inequidades en salud

Y como consiguiente esta segunda pregunta: ¿Qué caminos llevan desde las causas raíz hasta las diferencias marcadas en el estado de salud observado a nivel de la población?

Para su respuesta se hace necesario constituir escenarios explicativos por medio de la reconstrucción de caminos causales, que implican que más que una segmentación se propenda por la identificación de interacciones entre factores, y de éstos con los resultados en salud. Para ello la iconografía de las correlaciones se plantean en los núcleos de necesidades socio sanitario

5.4.2 Pasos y actividades del momento de Análisis y Comprensión del ASIS

Figura 114 Pasos y Actividades del momento de análisis y comprensión del ASIS



Fuente Guía metodológica para elaboración ASIS

5.5 Métodos y técnicas de análisis-síntesis

La constitución de una base de evidencia de los Determinantes Sociales de la Salud es un punto que se basa en las consideraciones teóricas resumidas anteriormente, y que incorpora una importante diversidad metodológica, sin dar prioridad a unos métodos sobre otros.

En este aparte se presentarán algunos métodos y técnicas cuantitativos de carácter estadístico y epidemiológico, para su aplicación en el análisis-síntesis de los datos y la información disponibles, producidos por diferentes sistemas.

Los pasos del momento de análisis y comprensión son:

Listado de problema identificado y cuál es su Determinación

El ejercicio participativo ha descrito como cada participante ha identificado 3 grandes problemas y su posible causa. En este se lleva al reconocimiento de los determinantes sociales que inciden en cada uno de ellos y lo desarrolla estableciendo cuales son los determinantes para cada problema y a su vez responde las preguntas que se encuentran en dicho documento

3- Cuales oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?

“Consumo de Drogas, alcohol, basuras por todos partes a pesar de que los recojan. Controlar los recicladores y las ventas ambulantes, los que venden pescado que ya se ven vendiendo en el centro.”

4- Qué riesgos se identifican en el Distrito, que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?

“Ampliamente de recursos humanos, revisión de las redes de aguas residuales y de aguas limpias.”

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA

“J.A. Comunal urbanización Taminaca.”

3- Cuales oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?

“Agricultura.”

4- Qué riesgos se identifican en el Distrito, ¿que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?

“Contaminaciones ambientales.”

“Cambios ambientales”

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA

“Resguardo Kogui- Malayo-Arhuaco.”

“Secretaria de Salud del Pueblo Kogui”

3- Cuales oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?

“El carbón y la falta de agua.”

4- Qué riesgos se identifican en el Distrito, ¿que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?

“La no inclusión de los médicos tradicionales aumenta la mortalidad de las comunidades negras.”

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA

“Kumkumbamana.”

“Cermine Guerra Medina”

3- Cuales oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?

“Los trabajadores de la Drummond con el polvo del carbón factor respiratorio.”

4- Qué riesgos se identifican en el Distrito, ¿que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?

“Las faltas de ética en el profesionalismo de la salud. Para ampliar y satisfacer las necesidades propias.”

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA

“ASOCIACION ASOHANSEMAG. PANDO”

3- Cuales oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?

“El mototaxismo, causa el mayor problema de salud pública en estos momentos, accidentes, discapacidad y muertes que se generan, falta de tener seguros, falta de cultura ciudadana.”

4- Qué riesgos se identifican en el Distrito, ¿que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?

“Afectan el sistema de salud no tienen seguros, efectos auditivos, falta de control en el tránsito, a largo plazo daños en la piel, a corto plazo es una amenaza de incapacidades no previstas.”

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA

“Líder social comunitario Localidad 1.”

3- Cuales oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?

“Consumo de estupefaciente Habitantes de la calle.”

4- Qué riesgos se identifican en el Distrito, ¿que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?

“Problemas mentales.”

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA

“Villa del Carmen 3 Conciliadora.”

3- Cuales oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?

“El recicladores por no tener las dotaciones adecuadas y la falta de higienes del talento humano y/o los trabajadores no se cuidan.”

4- Qué riesgos se identifican en el Distrito, ¿que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?

“La falta de aseo total en las calles es una contaminación ambiental total.”

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA

“J.A.C. Junta de acción comunal Juan XXIII.”

3- Cuales oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?

“Consumo de estupefacientes Habitantes de la calle.”

4- Qué riesgos se identifican en el Distrito, ¿que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?

“Problemas Mentales.”

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA

“COPOCOSI.”

Análisis de datos cuantitativos y sus salidas gráficas

Consiste en la relación entre determinantes y resultados en salud que se han dado en los problemas manifiestos que no obliga un análisis cruzado con los eventos de salud que per se ya su cuantificación ha estado en el escenario del análisis que finalmente nos muestra como su resultado la problemática descrita en el capítulo IV

Los análisis que se plantean van desde un nivel básico, un intermedio y uno avanzado.

En el análisis básico, se plantea la necesidad de análisis descriptivo que dé cuenta de la relación bivariado, es decir entre el evento de análisis y las variables referidas a determinantes, para responder interrogantes sobre lo que sucede y como se caracteriza lo que sucede. (Causas del problema)

Un análisis intermedio, en el que se permita la interacción de varias variables para poder responder, no solo el que sino el porqué de dichas formas de presentación de los eventos o daños en salud. (Causa raíz)

Un análisis avanzado, donde a partir de modelos estadísticos se pueda dar respuesta al porqué del porqué, es decir a las cadenas de relaciones o de determinación que conllevaron a ciertos desenlaces. Posiblemente este aspecto requiere de un manejo más avanzado tanto de datos como de programas para el procesamiento de

datos estadísticos, sin embargo, no se descarta que se pueda realizar a nivel local. (Determinantes sociales de la salud)

El contexto, no es objeto de medición directa a través de variables, desde algunas de las fuentes expuestas, por lo que su consideración requiere de hacer una aproximación a lo que se ha definido como insumos de conocimiento y de información, y a la temporalidad o momento en que se introducen cambios o intervenciones de orden político, para la organización de la sociedad.

Para el contexto se hace necesario el análisis de determinantes y de su relación con la dinámica social, incluye la revisión, entre otras, de las siguientes categorías que de antemano correlacionamos con los ejes estratégicos del Plan Decenal 2022-2031;

Contexto político administrativo con el Eje de Gobernanza y Gobernabilidad

Condiciones ecológico – ambientales con el Eje Cambio climático y emergencias en salud

Condiciones socio económicas con el Eje Determinantes Sociales de la salud

Estructuración de la población en términos de quienes son, cuántos son, cuáles son las características demográficas y sociales que los caracterizan, con el Eje Determinantes Sociales de la salud

Estructuras organizativas, relaciones y prácticas sociales (relaciones de poder, relaciones

Jerárquicas, roles, posiciones de negociación). Con el Eje Atención Primaria en salud

Expectativas de vida, conductas y prácticas sociales con el Eje Determinantes Sociales de la salud

Procesos productivos y su relación con los de consumo con el Eje Determinantes Sociales de la salud

Acceso a servicios y bienes con el Eje Atención Primaria en salud

La necesidad del entendimiento y apropiación por el sector salud, debe permitir la comprensión de cómo los procesos políticos, económicos y sociales afectan diferencialmente unas poblaciones más que a otras y cuáles deberían ser las acciones correctivas en búsqueda de la equidad, al menos en el sector salud.

La apropiación de este nivel de análisis en la rutina cotidiana facilitará el reconocimiento de la capacidad de acción desde el sector y como interactuar con otros sectores para de forma complementaria y participativa lograr su intervención, lo cual se sustenta sobre la intersectorialidad que se propone desde la estrategia de Atención Primaria en Salud

Las políticas son consideradas como determinantes estructurales, y se requiere del reconocimiento de cómo afectan el desarrollo económico y social de las poblaciones por lo que el análisis debe dar cuenta de cómo las políticas de orden nacional afectan a la población. Por tanto, es importante entender como las políticas por ejemplo de mercado determinan las relaciones de la región con el distrito, con el país y con el nivel internacional, y por tanto en que magnitud se afecta el flujo de recursos, en donde se concentran y como afecta las condiciones laborales y el poder adquisitivo de las poblaciones.

Es necesario reconocer cual es la magnitud de las brechas, entre los grupos sociales a través del análisis de las capacidades económicas, de las posibilidades de acceso a servicios y bienes básicos, así como las características físicas y ambientales de los territorios, afectan las formas de vivir, de poblar, habitar y trabajar.

Una dificultad adicional para los análisis es que el acceso a los datos en el nivel de individuos no siempre se puede garantizar, de acuerdo con los flujos de datos, que en casos como los RIPS no incluyen a las autoridades sanitarias del nivel territorial, excepto para algunos subgrupos poblacionales que son cubiertos por estas dentro de la organización del sistema General de Seguridad Social en Salud. En el flujo de datos de las estadísticas vitales se describe el acceso a los datos individuales en el proceso de recolección de los certificados de defunción y nacimiento, pero no su retroalimentación luego de los procesos de codificación, depuración y consolidación.

En cambio, en el caso de los registros de SIVIGILA, los actores territoriales hacen parte del flujo de datos, por lo que en la medida que los recolectan y tienen un rol en su revisión y depuración, tienen acceso a los mismos. A pesar de ello, los registros que tienen como destino final al nivel central, a cargo del INS, se reciben con numerosos errores que requieren depuración adicional, así como validación de contenido por diferentes grupos de referentes para cada grupo de eventos observados.

En el caso de contarse con acceso a los identificadores, como ocurre con RIPS y Sivigila, para los actores correspondientes a autoridades sanitarias, es necesario enfrentar problemas de estandarización de las variables análogas.

Jerarquización de los problemas de salud

Se entiende como jerarquizar “Organizar acciones de acuerdo con unos criterios previamente definidos”, en este caso para jerarquizar los problemas, se recomiendan

Valor del problema: el valor de un problema o de la necesidad es alto cuando éste afecta seriamente los propósitos fundamentales o la misión

Costo de postergación: se refiere al costo social futuro que estaría obligada a asumir en caso de postergar la solución del problema o necesidad detectada. Refiere al costo social futuro a asumir en caso de postergar la solución del problema o necesidad detectada.

Factibilidad: consiste en determinar los recursos, medios, tiempo y otros elementos que pueden intervenir en el proceso de resolución del problema o necesidad que se quiere abordar.

Integralidad: permite realizar previsiones y estimar la probabilidad de solucionar varios problemas menores, mediante la solución de un problema mayor o la atención a una necesidad que permite a su vez cubrir otras.

Alcances y/o pertinencia social: se establece a través de la estimación o determinación del número de personas que afecta o involucra o el problema o solución que se estudia.

5.6 Priorización de los problemas de salud y los territorios con participación de los actores sociales

Priorizar es seleccionar y ordenar objetos o situaciones. Este proceso es importante porque permite la reducción de desigualdades que conllevan o desencadenan inequidades en salud y por tanto la reducción de brechas en los resultados de salud. Por otro lado, la priorización también orienta los recursos de toda índole en el proceso de toma de decisiones en salud.

Emitir conclusiones y soporte documental del proceso

Listar las conclusiones del análisis de situación de salud que incluya, situación problemática, alternativas de solución y responsables. Las preguntas formuladas, deben ser concretas y estar interrelacionadas con el análisis

y la discusión de los resultados, es decir, dan respuesta a la pregunta formulada, demuestran la hipótesis planteada o comprueban los objetivos señalados y en general permiten sintetizar los resultados obtenidos de la investigación realizada.

Si bien no hay una regla clara de cómo presentar las conclusiones ellas deben exponerse de forma clara y concisa y el orden expositivo será el mismo que aquel del cual ellas se derivan, indicando aquellas que se consideren importantes y suponen un avance del conocimiento. El proceso de emisión de conclusiones es el momento de la síntesis propiamente dicha, la cual es entendida un momento central para la unión de las partes que componen el análisis, esta permite la organización de cadenas explicativas y comprensivas de todo el análisis, por tanto para la organización de conclusiones se recomienda que sea basado en los ejes de síntesis previamente definidos y no desde cada variable, pues se puede presentar como un proceso aún en desarrollo, mientras que la síntesis va a dar cuenta de las respuestas hasta ahora encontradas con respecto a la situación de salud, haciendo el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas.

Se hace entonces necesario generar espacios de discusión presencial, no presencial y virtual, en que sea posible que cada uno de los participantes tenga acceso a dichas conclusiones.

Articulación de las conclusiones a soportes gráficos que permitan su comprensión

Como se refirió previamente, es necesario sacar el proceso de ASIS de una acción netamente técnica del sector salud y por lo tanto los soportes gráficos, esquemáticos y de tipo infográfico en general son importantes en todo el proceso, no solo en la gestión y consolidación de la información como se refirió en pasos previos, sino también al momento de expresar las conclusiones.

5.7 Metodología para la priorización

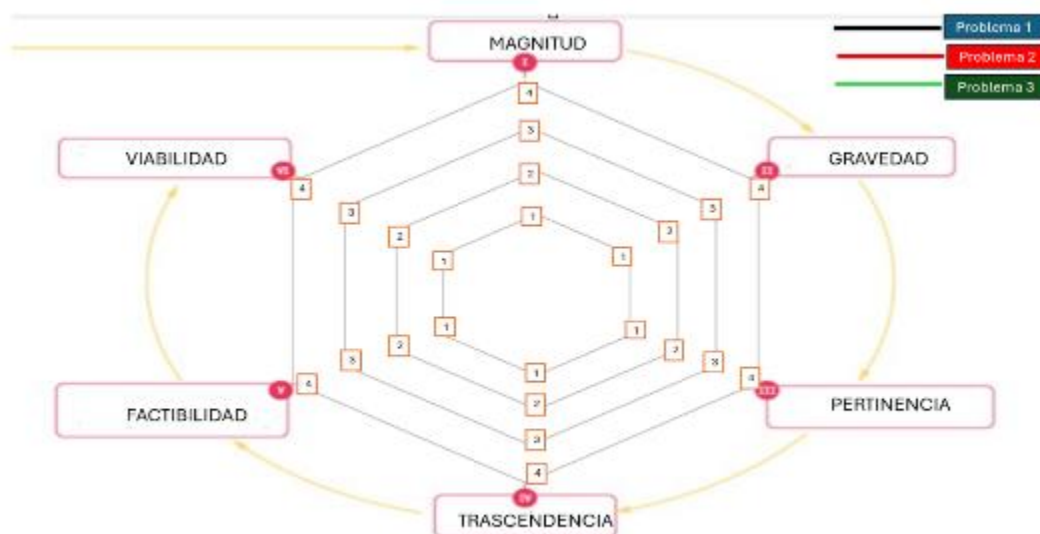
Teniendo en cuenta la división en grupos cada equipo deberá trabajar sobre el panel que permite la priorización de los problemas para el desarrollo de esta actividad se cuenta con 20 minutos. Es fundamental, que sea el facilitador central quien vaya dando las indicaciones del ejercicio y los moderadores de mesa guíen el diligenciamiento del panel.

Paso 1: El grupo revisará los problemas que cada participante ha colocado en el panel (3 por cada uno) y en consenso establecerán los que consideran los 3 más importantes a intervenir teniendo como referencia los ejes estratégicos donde se encuentran ubicados y los enumerará como P1, P2 y P3.

Paso 2: El facilitador entrega al grupo 3 marcadores de diferente color con los cual dibujara cada uno de los problemas.



Paso 3: En el panel encontrará una figura “telaraña” en la cual se va a realizar Este panel plantea realizar una calificación para cada criterio de evaluación La calificación es de 1 a 4. El orden de estos va en el sentido de las manecillas del reloj y se califican los 6 criterios así



Paso 4: El facilitador central menciona cada criterio y sus variables y da un espacio de 3 minutos para que las personas participantes puedan colocar su calificación en el panel. El orden de los objetivos en el sentido de las manecillas del reloj. Las personas participantes califican poniendo un punto sobre cada eje calificando de 1 a 4. Después de calificar unen con una línea los puntos que están calificando. El facilitador debe guiar su lectura a partir de los siguientes criterios:

Magnitud
Personas afectadas (grupos de edad, sexo, etnia, situación o condición, área geográfica), Comportamiento de los daños en el transcurso del tiempo, para determinar tendencias se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas.
1 No afecta a la población
2. afecta a poca población
3. Afecta mucha población
4. Afecta toda la población

Gravedad
Cuál es el grado de riesgo en la salud de las personas
1.No causa efecto en la salud
2. Genera riesgo de fácil intervención
3. El Riesgo es la morbilidad crónica
4.Alto riesgo de mortalidad

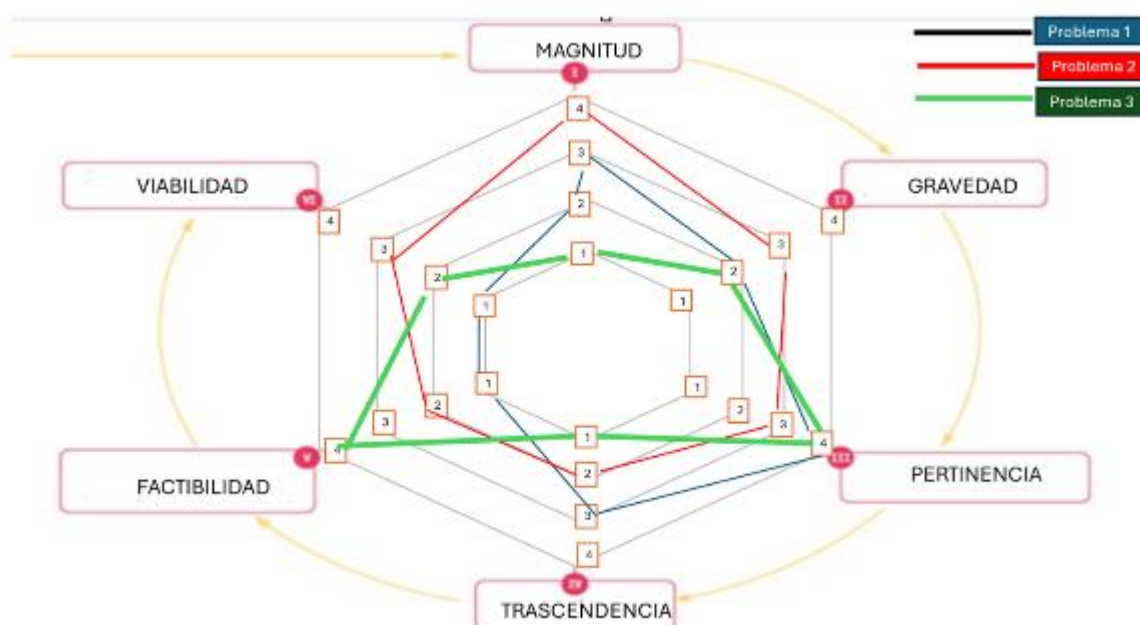
Pertinencia Social e Intercultural
¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?
1. Respeta y dialoga con la diversidad 2. Realiza acuerdos 3. Logra acuerdos parciales 4. No se interesa por la diversidad

Trascendencia
¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?
1. Lleva menos de 5 años 2. Menos de 10 años 3. Menos de 15 años 4. Más de 15 años

Factibilidad de la Intervención
¿Cuál es el costo eficiencia y los resultados de ser intervenido
1. Existen recursos Asignados 2. Los recursos son posibles, pero no suficientes 3. Los recursos requieren gestión 4. No tiene recursos ni fuentes

Viabilidad de la Intervención
¿Voluntad política, TH, infraestructura
¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?
1. Viable en corto plazo
2. Viable en mediano plazo
3. Viable en largo plazo
4. NO Viable

Paso 5: durante todo el proceso, los moderadores de mesa deben verificar que hayan colocado su calificación en cada criterio. Cada mesa debe unir los puntos de su calificación para finalizar con el ejercicio. El panel debe verse de la siguiente manera:



Paso 6: el facilitador central cierra esta actividad evidenciando el ejercicio de valoración conjunta que acaban de realizar las personas participantes. Es una lectura cuantitativa de la priorización de problemas

5.7.1 Resultado de la priorización

Se entrega resultado en esta matriz

Priorización por EPS SURA

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	SEMAFORO
	¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?	
Deficientes servicios públicos	4	2	4	3	3	3,2
Inoportunidad de subespecialidades	3	3	4	3	3	3,2
Embarazo en adolescentes	2	4	3	4	4	3,4
Red de ambulancias deficiente	4	3	3	3	3	3,2
Salud sexual y reproductiva	3	3	2	3	3	2,8
Incremento de los casos de salud mental	3	3	3	3	3	3
Incremento de casos de enfermedades transmisibles	3	3	3	3	3	3
Incremento del consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas	3	4	3	4	4	3,6
Desnutrición en niños y adolescentes	3	4	3	4	4	3,6
Violencia sexual contra niños y adolescentes	4	3	2	3	3	3

Priorización por EPS CAJACOPI

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	SEMAFORO
	¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?	
Oportunidad en atención	3	2	2	1	1	1,8
Accesibilidad a especialidades en zonas rurales o urbanas lejanas	3	2	2	1	1	1,8
Entrega oportuna y regular de medicamentos	3	2	2	1	1	1,8
Falta de educación en autocuidado	3	2	2	1	1	1,8
Salud publica deficiente	3	3	2	3	3	1,8

Priorización por EPS MUTUALSER

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	SEMAFORO
Problemas	¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?	
Salud Materna - Infantil	3	3	4	1	3	2,8
Dengue	4	3	4	1	3	3
Enfermedades Cardiovasculares	4	3	4	1	3	3
Cáncer De Mama y Cerviz	3	3	4	2	3	3
Enfermedades Transmisibles (VIH)	3	2	4	1	3	2,6
Desnutrición	2	2	4	1	3	2,4
Enfermedad Renal Crónica	3	2	4	1	3	2,6

Priorización por EPS SALUD TOTAL

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	SEMAFORO
	¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?	
Anticoncepción en población en edad fértil	3	2	2	3	2	2,4
Intervención en la salud mental en todos los ciclos de vida	3	2	2	3	2	2,4
Promoción de estilos de vida saludable	4	2	2	3	2	2,6
Mente sana cuerpo sano	3	2	2	3	2	2,4
Prevención de la diabetes y tabaquismos	3	2	2	3	2	2,4
Baja asistencia a programas de infancia y primera infancia	3	2	3	3	2	2,6

Priorización por ENTIDAD TERRITORIAL

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	SEMAFORO
	¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?	
Deficientes servicios públicos	4	2	4	3	3	3,2
Inoportunidad de subespecialidades	3	3	4	3	3	3,2
Embarazo en adolescentes	2	4	3	4	4	3,4
Red de ambulancias deficiente	4	3	3	3	3	3,2
Salud sexual y reproductiva	3	3	2	3	3	2,8
Incremento de los casos de salud mental	3	3	3	3	3	3
Incremento de casos de enfermedades transmisibles	3	3	3	3	3	3
Incremento del consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas	3	4	3	4	4	3,6
Desnutrición en niños y adolescentes	3	4	3	4	4	3,6
Violencia sexual contra niños y adolescentes	4	3	2	3	3	3

5.8 Construcción de Núcleos de inequidad Sociosanitaria a nivel territorial

Descripción de los hallazgos respecto del análisis y las conclusiones del momento Análisis y Comprensión del ASIS. Sobre el particular la Resolución 2367 de 2023 en su anexo técnico Capítulo 3. Diagnóstico Situacional de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades, señala algunas de las Circunstancias y condiciones injustas que producen inequidad Sociosanitaria en Colombia: a) Injusticias socioeconómicas b) procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico; conflictos socioambientales y cambio climático; e Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas.

Sin embargo, se debe entender que el Distrito de Santa Marta tiene particularidades, que se originan en la historia de cada territorio. Dado esto, los determinantes sociales de la salud, que se identifican de manera general para el país, no generan los mismos procesos de determinación social de la salud en los contextos específicos, elementos que explican las inequidades en salud entre entidades territoriales y al interior de estas. Lo anterior hace necesario que cada entidad territorial, realice su propio análisis y priorización de las circunstancias y condiciones injustas que causan las inequidades en salud territoriales.

No sobra decir, que entendemos los determinantes sociales de la salud, como las circunstancias y condiciones sociales injustas que infieren de manera diferenciada en los resultados de la salud de diferentes grupos poblacionales. Esta inferencia se da a través de relaciones, interacciones o vínculos, que se constituyen entre los determinantes sociales de la salud y el proceso de la salud-enfermedad y atención en un contexto territorial específico. Estas relaciones tienen características históricas, pueden ser dinámicas en el tiempo, y lo más relevante, pueden ser transformadas

En síntesis, el núcleo de inequidad Sociosanitaria reúne un conjunto de elementos, el determinante social de la salud, con las características propias que este tiene en un territorio, así como las relaciones que se establecen, entre el determinante social de la salud y el proceso de salud-enfermedad-atención, respecto de un evento o conjuntos de eventos en salud pública, que, a la vez, generan impactos en la vida de las personas, las familias y las comunidades.

A manera de orientación a continuación se enuncian algunas acciones para la descripción de los núcleos de inequidad Sociosanitaria:

¿Cuáles son las causas que explican un desenlace morbi-mortalidad u otro evento de salud pública priorizado?

¿Qué interacciones, vínculos o relaciones se dan entre las posibles causas, entre sí, y entre éstas y los desenlaces de salud en la ET?

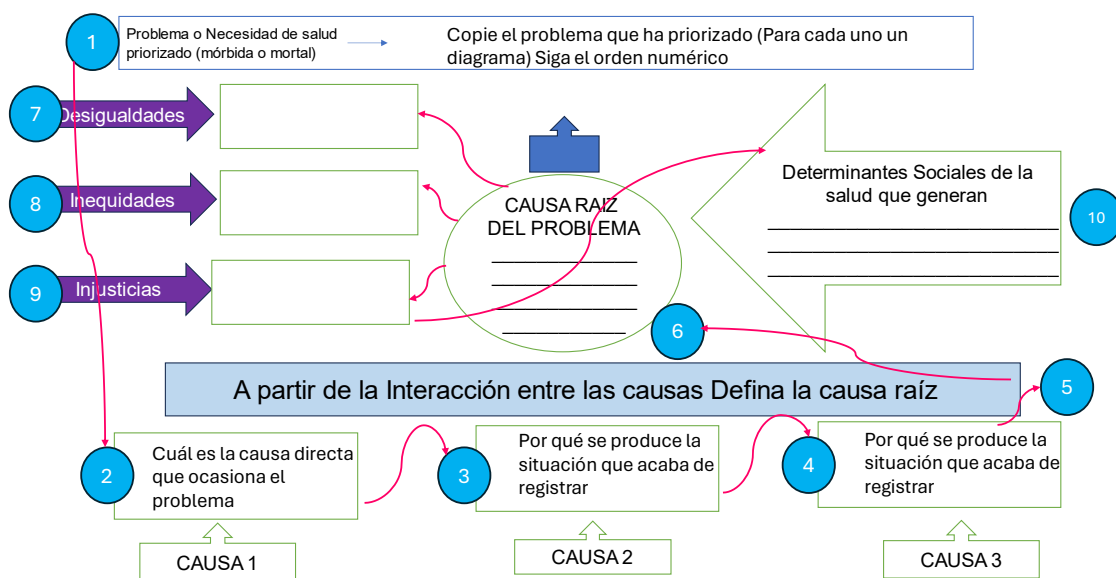
Las causas que tienen un rol de desencadenantes de otras causas constituyen las causas-raíz, estas corresponden a los determinantes sociales de la salud en el territorio, y serán el centro del núcleo de inequidad Sociosanitaria.

Graficar y describir los núcleos de inequidad Sociosanitaria del territorio

El núcleo incluye los determinantes sociales de la salud, las interacciones, vínculos y relaciones que estos tienen, en la cadena de explicación de los resultados del proceso salud-enfermedad-atención; y los eventos en salud pública priorizados. Además, Identificar el posible Eje (s) estratégico del Plan Decenal de Salud Pública, a través del cual se puede transformar la realidad encontrada

Metodología para la elaboración gráfica de los núcleos de inequidad

Este ejercicio se realiza a través de los 3 problemas que se han priorizado y jerarquizado en cada una de las mesas de trabajo y son el insumo para las transformaciones que se esperan se puedan planear estratégicamente. Se realiza para cada problema



Paso 1 Identifique el problema o necesidad que ha priorizado

En la figura donde encuentre el número 1 encerrado en un círculo Registre el problema objeto del análisis cualitativo

Paso 2 Identifique la causa directa

¿Se establece la causa directa que genera el problema y registre en el cuadro dispuesto para ello e inicie el momento de los por qué? ¿Por qué?

Paso 3 Identificar la causa indirecta 1

Analizar porqué se produjo la causa directa y registre en la casilla dispuesta para ello

Paso 4 Identificar la causa indirecta 2

Analizar porqué se produjo la causa indirecta 1 y registre en la casilla dispuesta para ello

Paso 5 Identificar la causa raíz

Mediante análisis interactivo y utilizando la IA establecemos la causa raíz

Paso 6 Identifique las desigualdades. Inequidades e injusticia

Que usted considera arraigan el problema

Paso 7 Identificar los determinantes sociales

Que inciden en el problema analizado para lo cual se entrega el siguiente listado a fin de que la mesa defina los que inciden de manera directa e indirecta en la problemática de la salud

Determinantes Sociales de la Salud

Autoridad sanitaria ausente en su ejercicio de control
Acceso a la educación
Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas
Acceso al transporte
Ambiente sano
Amenazas antrópicas y antrópicas propias de los territorios
Caracterizaciones de territorio personas y familias erradas o no se desarrollan
Cobertura de tratamiento antirretroviral
Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas
Control de vectores, zoonosis y tenencia inadecuada de mascotas
CTSSS inoperantes y de papel
Derecho a disposición de excretas
Derecho a vivienda digna
Derecho a energía y otros servicios públicos
Desnutrición por efecto de agua no potable y ETAS por mala manipulación
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses
Enfoques de intersectorialidad
Falta de acceso al agua potable
Hábitos y estilos de vida NO saludables
Impactos de la pandemia en conductas y costumbres
Inadecuado manejo de residuos sólidos, desechos
Infraestructuras de salud ausentes, obsoletas y sin dotaciones
La entrega de medicamentos es demorada y adiciona costos
La predisposición genética de NARP a enfermedades del sistema circulatorio

La sexualidad temprana como fenómeno cultural de madurez

Las oportunidades educativas son escasas en cuanto a mayores logros

Las PSAN no son efectivas y no generan soberanía alimentaria

Las violencias Sexual, personal e Intrafamiliar sin control de la autoridad

Legado traumático del conflicto armado en la salud mental

Microtráfico de SPA

Múltiples políticas públicas que no consideran la diferencia entre lo urbano y lo rural

No se garantiza la atención por especialidades

Perdida de estrategias comunitarios como los UROC (Desnutrición) y UAIRAC (enf respiratorias)

Pérdida de recursos comunitarios como promotoras de salud, promotores de saneamiento básico

Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años)

Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años)

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de verduras diariamente

Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas diariamente

Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años

Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años

Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año

Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años

Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años

Prevalencia de fumadores actuales

Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años

Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años

Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18

Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años

Recurso humano en salud sin incentivos y oferta limitada

Seguridad y soberanía alimentaria

Sin mapeo de actores sociales, dinámicas y resolución de conflictos

Sin mapeo de autoridades étnicas en salud en sus diferentes modalidades

Sin participación social en los mecanismos normados para salud

Sin vías de acceso para tenerlo en salud

Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar

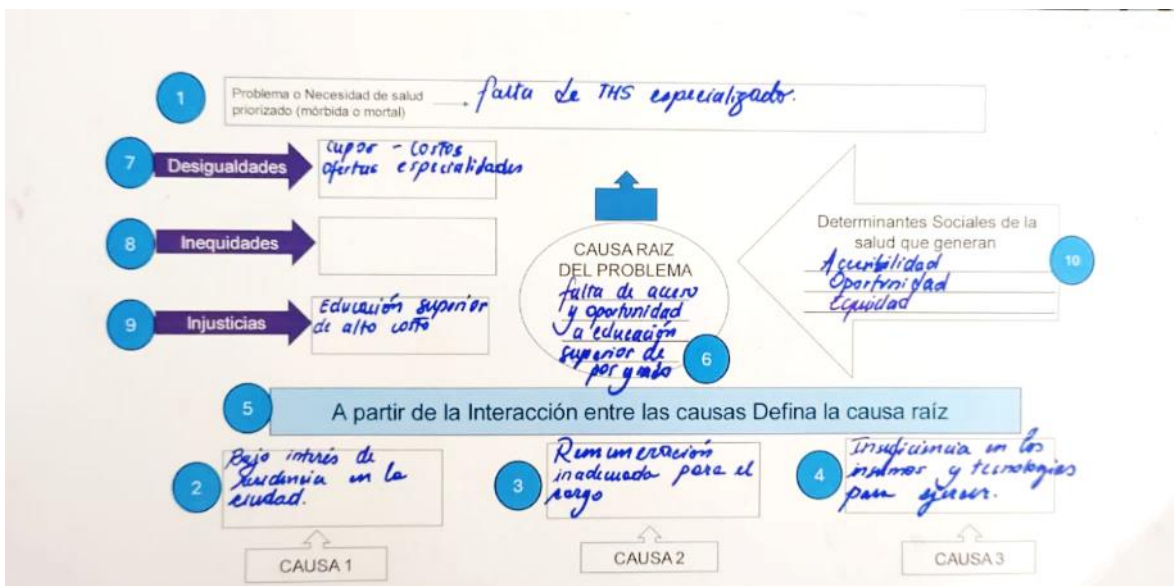
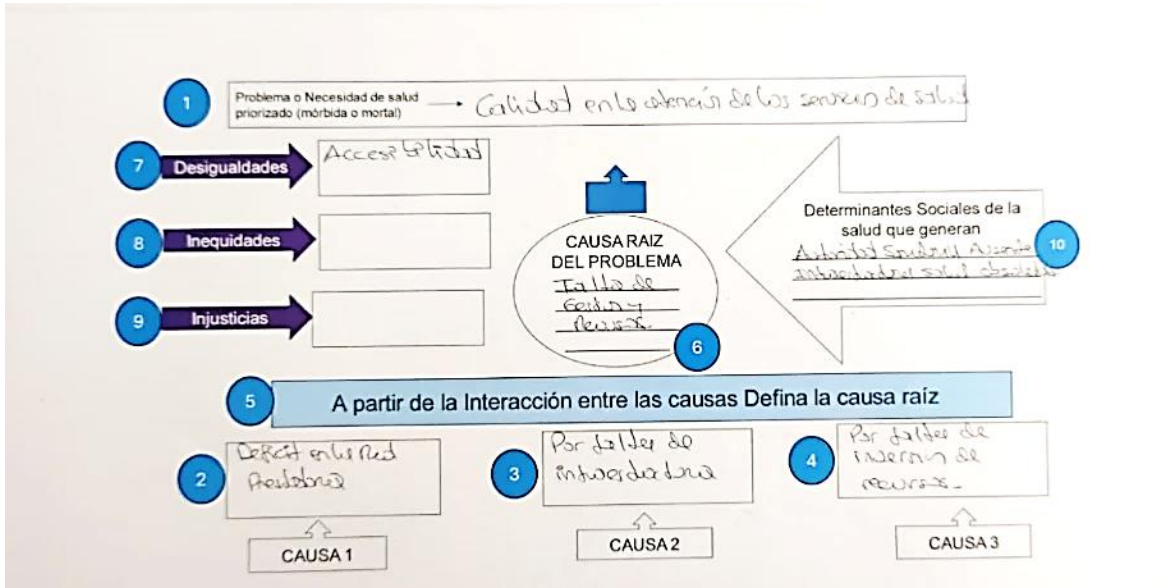
THS con Desconocimiento de cosmogonía y cosmovisión de los pueblos y del contexto rural

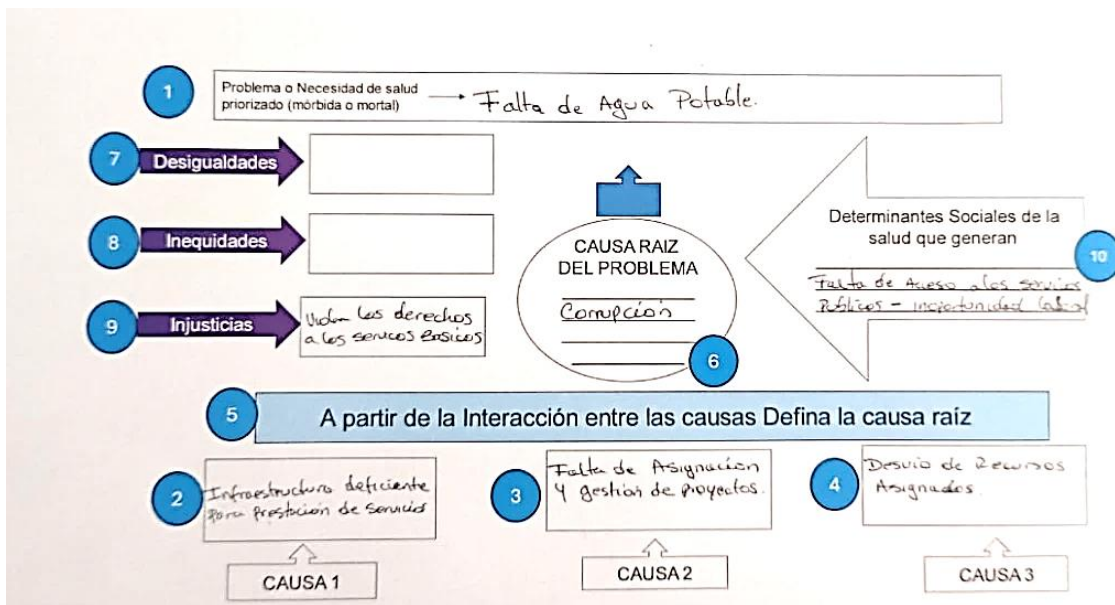
Trabajadores rurales sin protección social en cuanto a riesgos de su ocupación

Viviendas indignas generalmente con hacinamiento que incluye animales

El análisis de situación construido con la participación de los actores institucionales y comunitarios en el territorio ha permitido identificar las problemáticas con una visión más amplia desde el sentir de las comunidades, así como la capacidad de respuesta que se ha tenido frente a las mismas.

5.9 EJERCICIOS COLOBORATIVOS PARA LA CONSTRUCCION DE LA VISION DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD





Ahora bien, entendiendo los acuerdos de la sociedad como un proceso de concertación dinámica, que parte de las realidades y debe permitir una construcción permanente, desde el conocimiento y experiencia como territorio, se hace necesario plantear las propuestas de respuesta y recomendaciones en coherencia con el Modelo de salud Preventivo y predictivo (Capítulo VI)

6 CAPÍTULO VI PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS.

Se pasa a momento final que llamamos el “buzón del Alcalde”



Una vez analizada la situación de salud del territorio y las condiciones de salud de las personas RESPETUOSAMENTE le hago como ciudadana(o) en ejercicio del derecho a la participación y decisión de las políticas públicas para garantizar el derecho humano fundamental a la salud las siguientes propuestas y recomendaciones para las transformaciones desde el sector de la salud para una mejor calidad de vida de personas , familias y comunidades que habitamos en DTCH

Consiste en que cada participante después del análisis efectuado le escribe al Señor alcalde una carta de 3 párrafos que le dirá, a manera de propuesta o recomendación que, cómo y quién debe hacer para incidir en resolver los problemas Recuerde son 3 recomendaciones y 3 propuestas

Sr ALCALDE COMO CIUDADANO ME PERMITE RECOMENDARLE	
RECOMENDARLE esta solución al P1	
PROPONERLE además esto	

Una vez registrada proceda a depositar en el buzón dispuesto

El análisis de situación construido con la participación de los actores institucionales y comunitarios en el territorio ha permitido identificar las problemáticas con una visión más amplia desde el sentir de las comunidades, así como la capacidad de respuesta que se ha tenido frente a las mismas.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES EN SALUD

1. Descripción del problema o núcleo inequidad	Magnitud	Gravedad	Pertinencia Social	Transcendencia	Factibilidad de la	Viabilidad de la	Promedio	3. Propuesta de respuestas y recomendaciones
Cobertura en salud en los centros poblados y rurales dispersos La ciudad atraviesa grandes retos en materia de cobertura en salud en los centros poblados y rurales dispersos, que, si bien los Equipos Básicos de salud se plantean como alternativa de superar barreras, no se ve su efecto en la ruralidad al igual que la carencia de redes integrales. No se concibe una metrópoli como Santa Marta sin servicios de Telemedicina, teniendo tanta oferta desde los prestadores de servicios como desde la Academia.	2	3	3	4	2	3	2,83	Implementar un modelo de cambio a una policlínica o centro de salud integral de segundo nivel en el corregimiento para una buena prestación de servicios médicos Construir dispensarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o autorizar la utilización de un solo dispensario Contratar a personal prestadores del servicio de salud como médicos y enfermeras superior de planta preferiblemente de la región
Calidad en la prestación del servicio. Actualmente el Distrito cuenta con 665 prestadores de servicios de salud registrados ante el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de Salud y Protección social, de los cuales el 43.01% son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y el 52.93% son prestadores independientes. No se conocen con indicadores pertinentes el cumplimiento por parte de los actores del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad- SOGC que inicia con la habilitación en el REPS Registro Especial de prestadores de servicios de salud por inacción de la autoridad sanitaria que no tiene recursos financieros ni humanos para el cumplimiento de la competencia asignada por la normatividad y es entender que mas allá de un cumplimiento legal lo que se trata es garantizar la vida	2	4	4	4	3	2	3,17	Conformar Equipo de IVC para la garantía de la calidad Cumplir con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 Veedores del cumplimiento estricto del Sistema Obligatoria de garantía de la calidad

de las personas con servicios que se prestan con el riguroso cumplimiento de los estándares de calidad							
Atención a niños entre 0 y 5 años En general los indicadores del desarrollo de nuestra población menor de 5 años nos muestran para el Distrito, gradientes y brechas muy por encima de los indicadores de país, producto de la ausencia o inoperancia de políticas públicas para la niñez. Mortalidad Neonatal La tasa de mortalidad neonatal para el 2021 se situó en 8,5 x1000 NV en el distrito comparativamente con la del país que se mantuvo estable alrededor de 5 x1000 NV, generando una desigualdad que se considera injusta Mortalidad Infantil (menores de 1 año) En el Distrito de Santa Marta durante el año 2021, el resultado dista de la referencia Nacional, con un aumento de 6 puntos en las muertes, pasando de 9,8 a 16,2 x100.000 menores de 1 año infiriendo que durante los últimos 15 años, se observa una tendencia decreciente para el país del 27% y un aumento para el ente territorial, del 15% Mortalidad de la niñez (entre 1 a 5 años) El país mantiene estabilidad en su indicador, en tanto que Santa Marta muestra un alarmante incremento de 7 casos para el año 2021 pasando de una tasa de 11,7 a una de 18.4 por 100 mil menores de 5 años Mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA) para el 2021 hubo un pequeño descenso de este evento en el distrito con una tasa de 11,3 x 100.000 habitantes menores de años con relación al año inmediatamente anterior Mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) De manera general en el Distrito de Santa Marta se ha disminuido la mortalidad por esta causa, pasando de 8,4x100.000 menores de cinco años en 2005 a 6,8x100.000 menores de cinco años. Mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición Aguda Para el año 2022 se registraron 9 mortalidades en este grupo a causa del hambre.	2	4	3	4	2	2	2,83

La dirección de salud distrital continua la promoción de la vacunación en la infancia a fin de prevenir muertes evitables, sin limitaciones por parte de la red, la cual logra coberturas útiles
 Capacitación a cuidadores sobre el manejo de la higiene en el hogar que garantice la salud de los niños en su entorno familiar
 La dirección a través de IVC hace seguimiento a las EPS sobre cumplimiento de los programas de la niñez, logrando que la cobertura de los programas sea alta y con ello disminuir el riesgo a este grupo poblacional

Embarazo en adolescentes En 2022 se registraron 1.409 casos de embarazo adolescente en la ciudad, lo que representa que el 17% del total de embarazos se presentaron en mujeres entre los 10 y 19 años, casos que siguen siendo numerosos y altos en comparación con otras capitales. Lo cual se convierte en alarma dada las implicaciones que puede tener en los efectos sociales como Alto riesgo de mortalidad materna, Deserción Escolar y proyectos de vida que sufren transiciones de graves consecuencias. Para el efecto se pueden comparar los indicadores de ciudad de tasa de fecundidad por 1000 mujeres con relación a los del país. Siendo los primeros mayores. Este hecho tiene un determinante social de tipo cultural como lo es la iniciación temprana de la sexualidad activa y ejercicio de sus derechos que no se asume con la debida responsabilidad al igual que de estrategias de abordaje como los servicios amigables que no muestran sus resultados	2	3	4	4	3	3	3,17	Desarrollar e implementar estrategias integrales de educación sexual y reproductiva en las diferentes localidades Ampliar la red de consultorios púrpuras en las instituciones educativas como medida para brindar atención especializada en temas de salud sexual y reproductiva Ampliar la red de consultorios púrpuras en las instituciones educativas como medida para brindar atención especializada en temas de salud sexual y reproductiva
Seguridad alimentaria. Por una parte, en el Distrito 10 de cada 100 recién nacidos lo hacen con bajo peso al nacer (por debajo de 2.500 gramo) y de otra parte la seguridad alimentaria carece de oportunidad en el alimento vital y básico como lo es el agua. Además, las dietas autóctonas a base de carbohidratos y grasas saturadas no suplen los elementos esenciales de una canasta nutricional que garantice la seguridad alimentaria. Hecho que no se compadece con la multivariada de acceso al alimento dadas las características topográficas en el piedemonte de la Sierra Nevada cuya multivariada de pisos térmicos permite una abundante y constante producción de los mismos. La falta de políticas para garantizar el derecho humano a la alimentación se adolecen de voluntades políticas que no entienden la necesidad de la soberanía alimentaria para salvar vidas especialmente en los menores. Falta de pilares a nivel de seguridad alimentaria (acceso, nutrición, inocuidad) La desnutrición infantil es un problema de salud pública en Santa Marta ya que aumenta la mortalidad asociada a causas que son prevenibles	3	2	4	3	2	3	2,83	Promover una educación sanitaria como manejo adecuado de alimentos e higiene en los establecimientos del distrito. La dirección de salud continua con un programa de seguridad alimentaria y nutricional, que permite Vigilar los eventos de interés en nutrición y salud pública, tales como bajo peso al nacer, desnutrición aguda (moderada y severa) y mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores y hace los reportes correspondientes Promover la prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Promoción de la salud, alimentación y estilos de vida saludables. Evaluación y seguimiento en aspectos nutricionales y alimentarios que permita que los distintos actores involucrados respondan a la necesidades. El distrito cuenta con una política de seguridad alimentaria y nutricional y ejecuta un proyecto con Minsalud de

								desparasitación antihelmíntica que contribuye con esta problemática
Atención primaria en salud fragmentada y segmentada donde se ha intentado desarrollar un nuevo modelo de atención en salud para el Distrito de Santa Marta con un enfoque territorial, basado en los principios de la Atención Primaria en Salud y enfocado en garantizar el derecho fundamental a la salud con el objeto de superar la inequidad, cuyo nombre es“ Salud al Barrio Médico en tu Casa” el cual dirigieron especialmente al ámbito comunitario, educativo y hogar a través de las intervenciones colectivas, sin validación clara de su financiación, sostenibilidad e impacto fiscal. El problema inicia en el nombre del programa que desconoce la ruralidad y que se ha centrado misionalmente en un elemento de populismo y demagogia que desconoce la intersectorialidad como uno de sus principios para afectar determinantes sociales y la participación social que se antoja anclada a intereses de otro orden excepto a que las personas y organizaciones participen en las decisiones de política publica y por ende en la inversión de recursos públicos y su rendición de cuentas	4	4	3	2	2	2	2,83	Implementación del programa Médico en tu casa en el ámbito comunitario, educativo y hogar a través del plan de intervenciones colectivas Los equipos básicos territoriales son contratados directamente por la ESE Alejandro Próspero Reverend, y La capacitación de los equipos básicos y agentes comunitarios facilitan el desarrollo de las acciones en la comunidades
Autoridad sanitaria débil con resultados que no garantizan su rol de Rectoría y gobernanza deficiente El Distrito de Santa Marta al finalizar su gestión 2020-2023 presentó un bajo rendimiento en la vigilancia Epidemiológica por falta de recurso humano respectivo teniendo un indicador de 55,5%, sobre un indicador de eficacia mínima del 85%. No se conocen los resultados de eficacia y eficiencia de las intervenciones colectivas . La Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Aseguramiento manifestó que no se realizaron visitas de IVC por falta de talento humano contratado para el área de calidad en salud, incumpliendo con meta de indicador, sin embargo, se registran como hechos notorios pero aislados el cierre a prestadores de servicios de salud durante la vigencia 2023.Lo anterior infiere una Entidad carente de estructuras organizacional definida que parte de ser	4	4	4	4	3	3	3,67	La dirección de salud cuenta con talento humano en su planta de personal y de OPS para atender la demanda como autoridad sanitaria, suficiente para la cobertura distrital La entidad cuenta con una estructura organizacional para atender los distintos frentes de la autoridad sanitaria, y se dará estabilidad al mismo mediante modificación de la planta

insuficiente en su talento humano de planta, convirtiéndose en un botín burocrático que se sostiene con los contratistas y que carece de lo elemental como lo es tener sus propias instalaciones para su desarrollo misional y operacional que ofrezcan a los usuarios espacios de dialogo y construcción colectiva que recién inicia							
Salud Rural ausente por cuanto la existente como se ha demostrado en la cartografía social se encuentra concentrada en la zona urbana al igual que internamente se reconcentra y lo cual manifiesta que la salud rural carece de infraestructuras y dotaciones de calidad que garanticen el derecho a la salud a cerca de 60 mil de sus habitantes y la carencia de una red publica que se fundamente en el territorio y la población , la hace mas latente en el sentido de la falta de oportunidad del acceso a la salud de poblaciones que se concentran en dicho ámbito como lo son los indígenas, las víctimas del conflicto , los trabajadores rurales y los informales de la piscicultura y de la silvicultura entre otros	2	4	4	4	4	4	3,67
Metrópoli con Multicausalidad de determinantes sociales Santa Marta por su características de ciudad costera, con puerto marítimo y destino turístico de gran atractivo por sus múltiples oportunidades la hacen una ciudad de interés global que concentra población flotante donde se destaca el arraigo de migrantes venezolanos y habitantes de calle y que consecuencia es la manifestación latente de una multiculturalidad y multideterminación social que terminan siendo un factor de riesgo por cuanto detrás tiene todo un andamiaje industrial del delito manifiesto en el microtráfico , el turismo sexual y la drogadicción como elementos de permanente comercio y pueden ser visibles en la cartografía , amen de ser conocida de otrora como la ciudad productora de la "Golden cannabis" y que género en los años ochenta el asentamiento vigente del narcotráfico en el tiempo con sus consecuencias La situación de control sanitario se ha tornado	4	3	4	4	3	3	3,50

en una dicotomía en cuanto a RSI con la entidad del orden departamental en colisión de competencias							
La Ciudad rodeada de agua que carece de la misma Problema de siglos que clama por una ciudad que tenga servicio de agua potable accequible que aun no se resuelve donde las promesas incumplidas son deuda histórica de sus dirigentes dado que suena irónico que la ciudad que tiene al frente y en todo su límite norte el Mar Caribe y en su límite oriental la Sierra Nevada de Santa Marta donde nacen 18 ríos No tenga el acceso a la misma con las implicaciones que derivan en eventos de salud de origen hídrico como la desnutrición y los de origen dérmico. Al igual que un saneamiento básico insuficiente con malos manejos de aguas y servicios como de destinación de desechos con un alcantarillado que no se proyectó en el tiempo y desarrollo siendo arcaico que ocasiona cuando llueve el rebose de un alcantarillado con 2 siglos de atraso y con ello las consecuencias que se tienen en las ETV donde el dengue está en auge y las enfermedades respiratorias como la tuberculosis son de preocupación epidemiológica por su rebrote y permanencia	4	3	3	4	4	3	3,50
Santa Marta Municipio PDET Como uno de los 170 municipios PDET de la Subregión Sierra Nevada Perijá no logra estar en paz dado el aumento de todo tipo de violencia y permaniendo vigente el conflicto armado por grupos cuyo interés deja de ser político y tiene poderío sobre la Sierra Nevada como corredor estratégico y su apuesta por cumplir el Acuerdo de Paz FARC-EP-Gobierno, NO HA LOGRADO centrar su gestión rural para lograr el cumplimiento de las iniciativas demandadas por la población en el pacto municipal para la transformación regional, política pública del territorio en la Gestión de acciones para acercar la oferta de servicios y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales, asegurando cobertura, acceso, oportunidad y calidad de las atenciones en salud con un enfoque territorial, poblacional y de	3	3	3	3	2	2	2,67

género. Igualmente, No ha impulsado las actividades para mejorar la calidad de vida de la población rural mediante la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud, el mejoramiento de la infraestructura de puestos y centros de salud y la calidad de la red pública hospitalaria. como la promoción del fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión de la salud e incrementar las acciones de promoción y prevención en las comunidades rurales, respetando la medicina tradicional y ancestral, usos y costumbres de los pueblos indígenas y afros y Garantizar la atención psicosocial a las víctimas del conflicto							
Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género La infraestructura hospitalaria del distrito es deficiente, no garantiza el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (hacer énfasis en la zona rural). Discriminación y estigmatización en mujeres y personas no binarias que solicitan interrupción voluntaria del embarazo Discriminación y estigmatización basada en prejuicios y atención precaria a personas LGTBIQ+ Violencia basada en genero dentro del sistemas de salud (Violencia obstétrica) Incremento acelerado de embarazos en adolescentes Incremento casos de violencia basadas en género en el área rural	3	2	4	4	3	3	3,17
Salud Intercultural e incluyente para poblaciones especiales En Santa Marta viven 59.646 migrantes; 97.708 víctimas del conflicto armado, 19.000 en condición especial, 19.927 Afrocolombianos, 11.068 Indígenas, 73 Raizales, 40 Palenqueros 24 Gitanos ROM Baja cobertura del SISBEN en la población afrocolombiana, afectando el acceso a la salud integral y otros beneficios, y causando el cierre del puesto de salud Olaya herrera direccionado para la comunidad afrocolombiana Falta de una caracterización de la población con discapacidad en el distrito para su inclusión, priorización de ingreso y atención en las instituciones prestadoras del servicio de salud Deficiencia en el	2	2	3	4	3	3	2,83

servicio de interprete para acompañar a las personas con discapacidad en los servicios de salud y consulta Deficiencia en la caracterización de los habitantes de calle por parte del distrito para poder brindar atención médica Es decir no existen políticas públicas que direccionen el reconocimiento explicito de las poblaciones diversas y sus condiciones como lo puede ser en impulsar la implementación del SISPI para el pueblo indígena y los modelos de salud propio NARP								con la entidad territorial culminar lo relacionado con el SISPI, el cual es desarrollado por las comunidades indígenas de la Sierra nevada.
Cambio climático y Pandemia por COVID Los nuevos desafíos globales que se plantean para la salud de las personas originados en primer lugar por el cambio climático que para el caso de Santa Marta se manifiesta en incremento de la temperatura con olas de calor que afectan a personas vulnerables y aquellas con enfermedades de inmunodepresión lo que infiere adecuación de los servicios en servicios que lo minimicen y a su vez dentro lo propuesta por la OMS , respecto de sus infraestructuras obedezcan a cumplir las estrategias de hospitales verdes y seguros Igualmente las lesiones que nos dejó la pandemia parecen ser cosa del pasado cuando la latencia inminente de nuevas pandemias obligatoria a planes anticipatorios que las mitiguen y no cobren vidas humanas Limitada presencia de autoridades estatales para el control y regulación efectiva a las actividades económicas y ambientales de la ciudad	4	3	4	1	2	3	2,83	Todas las infraestructuras de salud deberán adaptarse para afrontar el cambio climático para lo cual deberán implementar las estrategia globales de hospitales verdes y hospitales seguros que impulsa la OMS
Determinantes sociales de la salud Falta de articulación entre las Políticas Públicas de salud y los determinantes sociales de la salud pública en el distrito Falta de educación en salud y garantías de hábitos y estilos de vida saludable Deficiencia en la promoción y educación de salud sexual y reproductiva en la población Con relación al aseguramiento actualmente en el Distrito operan 13 EAPB de Régimen Contributivo, 11 de régimen Subsidiado y 4 de Régimen especial y la población afiliada por EAPB en 2023 asciende a 594.624 habitantes, la cual se concentra en un 84% en cinco (5) EAPB, Salud total con el 19,24%, Nueva EPS con el 18,57%, Sanitas con el 17,19%,	4	4	4	4	3	3	3,67	Articular estrategias integrales de promoción y prevención de la salud en los entornos educativos, en línea con el Proyecto Educativo Institucional (PEI), para garantizar un abordaje completo y efectivo de la salud en el ámbito escolar Implementar programas de educación sobre derechos sexuales y reproductivos en distintos sectores, incluyendo colegios y la comunidad en general del Distrito de Santa Marta

COOSALUD E.S.S.-CM con el 15,55% y Mutua ser con el 13,06% (fuente: Minsalud corte diciembre 2023). Ausencia de aseguramiento y cobertura en salud EPS para estudiantes							
Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en lo relacionado con el incremento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio al igual que de las que se producen por tumores malignos de aparatos reproductivo tanto masculinos como femeninos cuyas cargas llevaba que en el último año se perdieron la suma de 69.000 AVP lo cual obliga a mirar desde la determinación las que se dan por los temas de hábitos y estilos no saludables junto con algunas creencias y costumbres que llegan a confundirse inclusive con mitos. La tendencia de las principales causas de morbilidad por las enfermedades no transmisibles 2009-2022 mostraron su mayor impacto en las enfermedades cardiovasculares con 17,33% en 2009, tendencia creciente para 2022 con 20,29% y variación porcentual del -1,87% entre los años 2021-2022. En todos los cursos de vida desde primera infancia (0-5) hasta persona mayor (<60 años), la causa que ocupa el primer lugar lo ocupa son las condiciones no transmisibles, con una participación entre 35,62% y 83,85% del primero al último curso. Durante el periodo de 2005 a 2021, se evidencia que las enfermedades del sistema circulatorio mantienen su posición como la principal causa de mortalidad, con una tendencia creciente en los años 2014 y 2018. Específicamente, las muertes por enfermedades isquémicas del corazón representan el 30.7% del total de mortalidades.	2	4	3	4	3	3	3,17
Estrategia para estilos de vida saludables desde lo individual que complemente dieta saludable con el ejercicio físico regular y a su vez lograr entornos saludables donde el cuidado apunte a incidir la determinación de las enfermedades crónicas, en especial las que son las primeras causas de morbimortalidades como lo son las enfermedades del sistema circulatorio. Se diseñarán estrategias comunitarias que aborden el problema con participación intersectorial.							

Salud Materna Morbimortalidad por abortos inseguros y violencia gineco obstetra en hospitales, EPS y centros de salud del distrito La morbilidad específica para condiciones materno-perinatales en mujeres entre 2009 y 2022 mostró su mayor impacto en condiciones maternas, representando el 95,76% en 2009 y disminuyendo a 92,30% en 2022. La tendencia de la razón de mortalidad materna tanto de País como de Santa Marta ha mostrado una curva ascendente para el año 2021, pasando la primera de 50,7 en el año 2019 a 83,16 en 2021, mientras que Santa Marta pasó de 48,0 en 2019 a 188.38 en 2021,	2	3	4	4	2	2	2,83	Crear espacios de salud diseñados específicamente para mujeres, donde se brinde atención integral y especializada en temas de salud sexual y reproductiva, prevención y detección de enfermedades, atención prenatal y postnatal Implementar rutas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) Promover la humanización del servicio médico en hospitales y centros de salud para garantizar un trato respetuoso, empático y digno hacia los pacientes El Distrito contará con un segundo nivel de atención para la salud materno infantil
Oferta de Servicios que no satisface la demanda Se puede observar que, en la oferta de servicios a la red de prestadores del distrito, ocupa mayor proporción los profesionales independientes. Las barreras más comunes de acceso a los servicios de salud que reportan las comunidades tienen que ver con: a) Oferta de servicios especializados: La oferta de medicina especializada no es suficiente y a pesar de tener amplia cobertura en lo urbano donde se concentra, se convierte en la gran brecha para el habitante rural su acceso Este es uno de los retos estructurales que tiene el sistema de salud samario que tiene grandes ventanas de oportunidad en la Telemedicina y en la oferta académica de Talento humano en salud. b) Falta de talento humano: Actualmente en las EAPB no existen un equipo como tal para conformar la parte de rutas integrales c) Insuficiencia de recursos económicos: Esta es una de las barreras más determinantes encontradas ya que si no tienen recursos no pueden tener más talento humano y proporcionar servicios de salud, ya que como se conoce, muchas EAPB sufren por desequilibrios económicos en la actualidad y además muchos de estos recursos que ya poseen los tienen destinados a gastos o servicios. Falta de transporte asistencial y medicalización con	4	3	4	4	3	2	3,33	Se implementará las Redes Integrales de servicios de la salud en el marco de APS y será de tipo nodal con fortalecimiento del prestador primario que logra alianzas público privadas que aprovecha la gran oferta que existe actualmente pero es fragmentada y no se ha concebido en el contexto de red integral de prestación de servicios de salud

traslado de movimiento en las veredas aledañas al corregimiento de Guachaca							
Red Publica sin inversión Según el índice de competitividad de ciudades, el distrito se ubica de 31 entre las 32 ciudades medidas con la menor inversión destinada al sector salud con los ingresos corrientes de libre destinación, el cual repercute en el bajo capital humano y cualificación de estos mismos, de acuerdo a esto se encuentran grandes retos asociados en materia de inversión de recursos de libre destinación que atienda principalmente el problema de la baja capacidad para atender servicios de salud en la ciudad. los Centros de Salud rurales solo han logrado su reposición el de Taganga y con una gran deuda para Guachaca, Minca y Bonda con sus correspondientes puestos de salud.	4	3	4	3	2	2	3,00
Salud Rural Limitada diferenciación entre la salud tradicional y la salud occidental Falta de dispensarios de medicamentos en la zona rural Distrito de Santa Marta Bajo nombramiento de talento humano con enfoque en la región Falta de transporte asistencial y medicalización con traslado de movimiento en las veredas aledañas al corregimiento de Guachaca Falta de caracterización en zona rural con personas expertas en discapacidad y salud mental Falta de nombramiento de profesionales especializados en el área de la salud en el corregimiento de Minca Falta de puestos de salud y dotación de los ya existentes en las veredas del corregimiento de Minca Ineficiencia de los centros y puestos de salud en el corregimiento Baja dotación en los centros de salud en la zona rural Falta de talento humano médico en el corregimiento Baja cobertura de afiliación al sector salud de la población de las zonas rurales Barreras de acceso a los servicios de salud en el corregimiento	2	4	4	4	2	2	3,00

La Salud Mental Riesgos en la infancia y la adolescencia frente a la salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, embarazos a temprana edad y suicidios Problemas de salud mental por la deficiencia de acompañamiento psicológico asociados a la violencia que viven las mujeres. Altos índices de problemas relacionados con la salud mental en la población diferencial Falta de caracterización de la población víctima de violencia LGBTIQ+ y LGBTIQ+ con discapacidad. En la mortalidad relacionada con la salud mental se observa un crecimiento acelerado del número de casos de epilepsia con un incremento del 155 % con respecto al año 2017, los trastornos mentales y del comportamiento mostró una tendencia creciente, con un aumento del 57% con respecto al año 2018, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA mostraron el primer caso en 2019, para el año 2020 no hubo casos de SPA.	3	3	3	3	2	2	2,67	Realizar campañas de des estigmatización de las enfermedades mentales para la población del Distrito de Santa Marta Implementar campañas para la prevención del suicidio adolescente en la ciudad de Santa Marta Crear grupos de apoyo para familiares de personas con transtornos mentales
Sistemas de información Deficiencia del sistema de información unificado del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) Igualmente no existe un sistema único de información que pueda entender y leer la salud individual y familiar en tiempo real aprovechando las herramientas que hoy nos entregan las tecnologías informáticas No se tiene acceso inmediato a los datos Aun no se cuenta con historia clínica electrónica y los mismos sistemas no han permitido un desarrollo de interactividad. Es decir, los sistemas actuales d ella información no está acorde con los grandes y acelerados desarrollos informáticos que puedan tener incluso a la mano formas de e-learning	4	3	4	4	2	1	3,00	Implementar el SEM (Sistema de emergencia médica) para responder de manera rápida y eficaz a situaciones críticas de salud Fortalecer los primeros respondientes a las urgencias, lo que implica proporcionar capacitación y herramientas a la población para que puedan brindar primeros auxilios de manera efectiva mientras llega la ambulancia
Talento humano en salud Insuficiente recurso humano y poco capacitado (rotación constante del personal de salud en los centros médicos) Limitada diferenciación entre la salud tradicional y la salud occidental. Esta insuficiencia genera que no exista disponibilidad y la oferta tan limitada se traduce en no garantía del derecho a la salud en acceso y oportunidad de la población por una capacidad que no cumplen indicadores mínimos de OMS. Falta de nombramiento de profesionales especializados en el	4	2	3	3	2	2	2,67	Verificar el cumplimiento en actualización de las hojas de vida del personal del área de salud en los centros médicos del Distrito de Santa Marta

área de la salud en el corregimiento de Minca Bajo nombramiento de talento humano con enfoque en la región Deficiencia en el servicio de interprete para acompañar a las personas con discapacidad en los servicios de salud y consulta							
Atención del conflicto Falta de atención integral en salud a víctimas de violencia en conflictos armados (resolución 1912 de 2023) Deficiencia en la atención rápida y precisa en servicios de salud para la población víctima de conflictos armados	3	2	3	2	3	3	2,67
Salud Propia Falta de concertación de Salud Pública Distrital indígena en el marco de las normativas Falta de reconocimiento del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) en el distrito Baja cobertura del SISBEN en la población afrocolombiana, afectando el acceso a la salud integral y otros beneficios, y causando el cierre del puesto de salud Olaya herrera direccionado para la comunidad afrocolombiana Limitada diferenciación entre la salud tradicional y la salud occidental	3	2	4	3	3	3	3,00

Ahora bien, entendiendo los acuerdos de la sociedad como un proceso de concertación dinámica, que parte de las realidades y debe permitir una construcción permanente, desde su conocimiento y experiencia como territorio, se hace necesario plantear sus propuestas de respuesta y recomendaciones en coherencia con el Modelo de salud Preventivo y predictivo

Para esta respuesta es necesario adentrarse en la estructura de los pilares del modelo, entendido de base como una construcción colectiva de base territorial fundamentada en la Atención Primaria en Salud. Su accionar se centra en las personas, las familias y las comunidades e implica el desarrollo de los principios y elementos centrales de la APS tales como: primer contacto a través de equipos básicos de salud y centros de atención primaria; abordaje familiar y comunitario; atención integral, integrada y continua; énfasis en la promoción y prevención; participación social incidente y decisoria; interculturalidad y transectorialidad.

El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo orienta la respuesta desde el sector salud y los otros sectores a partir de la comprensión integral de las necesidades sociales de la salud en los territorios, promoviendo la concurrencia y complementariedad de las acciones y recursos para el logro de la equidad en salud y la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.

Para ello retomamos algunos conceptos, a saber:

¿Qué se entiende por atención primaria en salud?

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas

El concepto de APS ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978, lo que ha generado confusión sobre su significado y en la práctica. Después de 45 años, el mundo ha cambiado y es necesario abordar nuevos desafíos. Al reconocer los logros de Alma-Ata y analizar los nuevos desafíos, podemos planificar y prepararse mejor para el futuro

La APS como piedra angular de un sistema de salud sostenible que permita lograr la Salud Universal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (ODS) y la seguridad sanitaria. Este compromiso ha sido formulado y reiterado en la Declaración de Astaná (1918) donde establece El Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal como un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región para lograr la salud universal y los ODS en el 2030. Es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho y que universal significa universal—es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras

6.1 ¿Que son y cómo están conformados los equipos básicos de salud?

Son estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios de salud en todos los entornos de desarrollo que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud Están conformados según tipología así

BÁSICOS: 1 médico general, 1 profesional de enfermería, 1 profesional en psicología y 4 a 5 auxiliares de enfermería, 1 líder comunitario / promotor y 1 profesional de la salud

COMPLEMENTARIOS DE PROFESIONALES DEL 1 Nivel Profesionales en Nutrición y dietética, Terapia ocupacional, Terapia física o fisioterapeuta, Terapia respiratoria, Fonoaudiología, Optometría, Bacteriología, Odontología

COMPLEMENTARIOS DE AUXILIARES Auxiliar en enfermería. - Auxiliar en salud pública. - Auxiliar en salud oral. - Auxiliar en servicios farmacéuticos. - Auxiliar en administración en salud.

ESPECIALISTA PROFESIONALES DEL 2-3 Nivel Profesionales en Salud familiar y comunitaria, Pediatría. Ginecología y obstetricia. Medicina interna. Cirugía. Anestesiología.

Geriatría (de acuerdo con la caracterización poblacional y el ASIS). Cuidados paliativos Psiquiatría. Y en municipios PDET o permeados por el conflicto armado: Ortopedia. Medicina Física y Rehabilitación

6.2 ¿Según las funciones previstas en el artículo 16 de la Ley 1438 para los EBST y el Plan de Cuidado Primario cómo se organiza la operación de estos?

Las funciones de los Equipos se traducen en la formulación de un Plan Integral de Cuidado Primario- PICP, el cual se establece desde la caracterización de los entornos (actividad definida en el PIC y que contempla no solo el entorno hogar , sino que igual hacerse en los entornos Comunitario, Educativo, Laboral e Institucional según lo plantea la Resolución 3280/18), la caracterización familiar e individual con lo cual se definen acciones específicas para cada familia y persona Los Equipos se deben encargar de gestionar el cuidado integral en salud de las personas, familias y comunidades asignadas

Los equipos conformados inician la caracterización a través de las auxiliares de salud quienes harán las correspondiente al entorno hogar y serán la puerta de entrada de los Equipos y para ello, realizarán acciones de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de las intervenciones individuales y colectivas, consolidadas en Planes Integrales de Cuidado Primario (PICP) para la Salud, en articulación con los actores institucionales competentes. Dichos planes funcionan como una herramienta de gestión operativa para organizar el trabajo del equipo y su relación con la población, el SGSSS y las instituciones socio sanitarias.

De manera progresiva, se buscará que en los PICP se integren las atenciones individuales (atención en salud con cargo a la UPC), colectivas (Atenciones del PIC), así como los planes de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), para gestionar y adelantar una atención integral en salud, incluyendo la promoción de la salud, la identificación y gestión del riesgo en salud y la prevención, atención, tratamiento, rehabilitación y paliación

de la enfermedad y muerte digna. Para este efecto, los EBS deberán coordinar acciones con las EAPB y ET, así como con las ARL a las cuales se encuentren afiliadas las personas, con el fin de integrar en los PICP las acciones de cuidado de la salud en los diferentes entornos

Debe avanzarse en procesos de fortalecimiento del prestador primario en los siguientes aspectos

- Evaluar las capacidades de los EBS en lo relacionado con conceptos y normatividad
- Reconocer el territorio para la comprensión de territorios, micro territorios que a su vez permita identificar la oferta social y de medicina popular en los mismos
- Establecer la gestión por procesos de los EBS y conocer una experiencia exitosa
- Conocer y aplicar los instrumentos para las caracterizaciones de entornos, familia, individuos y redes de apoyo.
- Construir en consenso con a la ET el anexo técnico del PIC de acuerdo con lo ordenado por la Resolución 295 de 2023 tanto desde el marco de las tecnologías como desde los ejes estratégicos del PDSP
- Definir mediante construcción colectivas los ROLES de cada uno de los integrantes de los EBS tanto en las intervenciones individuales como de las colectiva
- Establecer las fuentes de financiación y su sostenibilidad
- Comprender los indicadores de seguimiento y monitoreo tanto técnicos como de la inversión de los recursos asignados
- Conocimiento de conceptos y normas de base que se relación con la APS y en medida de su desarrollo, afianzar conceptos y unificar criterios frente a los temas abordados
- Elementos esenciales, principios y valores de la APS que se cimenta sobre la salud como derecho humano fundamental y que trae las nuevas corrientes de pensamiento global como lo es la salud universal donde una de sus 4 líneas estratégicas es precisamente la del eje 1 del PDSP en el Fortalecimiento de la Gobernanza y la Rectoría
- Inflexión y reflexión sobre conceptos de la salud en el marco del desarrollo humano y la justicia social más allá que los eminentemente asistencialistas
- Comprensión y unificación de criterio frente a los términos de injusticia, desigualdad e inequidad en la salud
- Entendimientos de los Determinantes Sociales de la Salud y para ello se propuso un análisis de caso con el indicador (dentro de los trazadores) que cada municipio decidió desarrollar

6.3 Pilares y Componentes del Modelo

El Modelo está estructurado en 4 grandes pilares que involucran la misionalidad estratégica de los actores del sector y a su vez en su interior cada pilar desarrolla unos componentes que enmarcan obligaciones y competencias tanto de la autoridad sanitaria como de los diferentes proveedores del sistema



6.3.1 PILAR 1 INTEGRIDAD DEL SECTOR

Define que todos y cada uno de los agentes del sistema de salud se comprometen a actuar con honestidad, lealtad y preeminencia del interés general sobre el particular, promueven el bienestar de la comunidad en su conjunto, aseguran la sostenibilidad del sistema, la calidad en salud, la concurrencia, complementariedad y eficiencia en el uso de los recursos, la soberanía sanitaria y la participación social y comunitaria como elementos centrales para garantizar el derecho fundamental a la salud, la legitimidad del sistema de salud y el fortalecimiento de la democracia

Componente 1 del Pilar 1 Soberanía Sanitaria

La soberanía sanitaria es la capacidad de las sociedades democráticas para asegurar, a través de su organización estatal, la equidad en la producción, distribución y acceso a los recursos esenciales para mantener la vida y la salud de las poblaciones*. El alcance de este componente se relaciona con la implementación de acciones y estrategias encaminadas a fortalecer la soberanía sanitaria por parte del estado, en particular, en lo referente al desarrollo, producción y distribución justa de las Tecnologías Estratégicas en Salud (TES), entendidas como las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, medicinas y terapias alternativas y complementarias, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, con el fin de garantizar su disponibilidad, mejorar el acceso y propender por la garantía del derecho fundamental a la salud.

Componente 2 del Pilar 1 Ciencia, Tecnología e Innovación

El componente de gestión del conocimiento y desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTel) es estratégico y transversal dado que permite la articulación entre los otros componentes del modelo de salud y los diferentes actores del sistema de CTel en Colombia, con el fin de contribuir a la generación de conocimiento en salud pública que permita dar solución a los principales problemas de salud de las poblaciones con la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. El modelo de salud preventivo y predictivo avanzará de la mano de la recuperación y ampliación de las capacidades nacionales y territoriales relacionadas con la gestión, producción, reconocimiento y divulgación del conocimiento científico, de los conocimientos tradicionales y saberes ancestrales y la investigación en salud.

Este componente se acoge el modelo planteado en la política de CTel en salud y Minciencias de políticas orientadas por misiones y conformación de ecosistemas de investigación en salud.

Componente 3 del Pilar 1 Calidad e inspección, vigilancia y control.

Es el componente por el cual se garantizará la materialización del derecho a la salud con oportunidad, accesibilidad, equidad y calidad, mediante la interacción del Sistema Integrado de Calidad y el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control, para de esta manera buscar mantener los estándares mínimos y superiores de calidad en todos los procesos a cargo de los actores del sector salud: Entidades territoriales, Aseguradores, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Servicios Sociosanitarios y usuarios.

En los procesos de cada actor se desarrollarán puntos de gestión y seguimiento de acuerdo con la calidad esperada, generando los insumos para el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, el cual, aplicará las normas y procesos a los agentes, con fundamento en la Supervisión Basada en Riesgos.

Componente 4 del Pilar 1 Sistema Único Público de Información en Salud

El Sistema único público de información en salud se orienta a garantizar la disponibilidad, oportunidad, calidad, gobernanza e interoperabilidad de la información del Sector Salud y Protección Social para la toma de decisiones y el desarrollo de las acciones en el marco de la operación del modelo de salud. Este componente integra el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático al ciclo de atención en salud incluyendo aspectos administrativos y financieros, así como la gestión de recursos físicos, humanos y tecnológicos para la atención en salud de acuerdo con la operación en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

6.4 PILAR 2 TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL; GOBERNANZA y GOBERNABILIDAD

El modelo de salud preventivo, y predictivo, crea niveles cercanos para avanzar hacia la descentralización, recuperando la autoridad sanitaria a nivel territorial y concretando políticas públicas mediante acuerdos no jerárquicos entre los actores del sistema de salud. Reconoce la participación social como un derecho y refuerza la incidencia de la ciudadanía en las orientaciones y decisiones relacionadas con la salud.

Este modelo adopta un enfoque integral para abordar la complejidad y diversidad de los territorios, considerando sus estructuras sociales, culturales, económicas, étnicas y de género y de esta manera organizar la respuesta del sector salud y de los otros sectores.

Componente 1 del Pilar 2 Gestión territorial para el cuidado de la salud

La gestión territorial corresponde al conjunto de procesos y acciones que realiza la Entidad Territorial de Salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación del cuidado de la salud, reconociendo las prioridades en relación con el derecho a la salud en conexidad con los demás derechos, así como las particularidades de los contextos y elementos propios del desarrollo de la población y el territorio. Comprende la gestión de la política, la gestión intersectorial, la gestión intercultural, la adecuación de la arquitectura institucional, la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de los actores del Sistema de Salud, entre otros.

La gestión territorial del cuidado de la salud comprende cuatro (4) acciones simultáneas e interdependientes, como son: (i) comprensión y planeación de la respuesta en salud en el territorio; (ii) abordaje territorial de la salud; (iii) continuidad de la atención en la red integral e integrada de servicios de salud y (iv) seguimiento a la gestión territorial del cuidado de la salud basado en APS.

Componente 2 del Pilar 2 Participación social en salud.

La participación social es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de los derechos. En el marco de este componente las Entidades Territoriales de Salud deben reconocer y articular a los espacios propios de la comunidad y a los tiempos y dinámicas de estas como condición indispensable para el desarrollo de políticas, programas y estrategias orientadas a la garantía del derecho a la salud.

Componente 3 del Pilar 2 Vigilancia en Salud Pública

La vigilancia en salud pública es entendida como un proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública. En el marco del modelo se establece el fortalecimiento de capacidades y competencias transversales y específicas del talento humano en vigilancia epidemiológica comunitaria y la conformación de Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria - RVSPC en el marco de la Atención Primaria en Salud y el fortalecimiento de la inteligencia epidemiológica para el desarrollo del eje predictivo del modelo de salud.

6.5 PILAR 3 TRABAJO DIGNO, DECENTE Y CONDICIONES DE EQUIDAD PARA LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DE LA SALUD

Los trabajadores del sector de la salud desempeñan un papel fundamental en el modelo de salud preventivo y predictivo, siendo la piedra angular para restablecer la gobernanza, la rectoría y la capacidad de las autoridades sanitarias a nivel Nacional, Departamental y Municipal. En este modelo, la noción de equidad, trabajo digno y trabajo decente se materializa mediante la integración de cinco elementos clave: la planificación y gestión con base en las realidades de los territorios, la redistribución de competencias en salud pública y atención primaria en salud, la promoción de posibilidades de empleo y condiciones laborales, la protección social y la garantía de los derechos de los trabajadores

Componente Único del Pilar 3 Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.

La Organización Internacional del Trabajo (1990), define cuatro elementos que integran el trabajo digno: el empleo, la protección social, los derechos de los trabajadores y el diálogo social. Estos elementos promueven las condiciones para acceder y mantener la calidad de vida de los y las trabajadoras en salud en pro de satisfacer las necesidades básicas en el marco de los derechos humanos. De igual forma, la agenda 2030 establece en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (objetivo N°8), la necesidad de promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible en el empleo productivo y el trabajo decente. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo, integra estos cuatro elementos a través de este componente con estrategias orientadas a mejorar la distribución del talento humano en salud, redistribuir competencias hacia la Atención Primaria en Salud - APS y promover el trabajo digno y decente

6.6 PILAR 4 REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo establece para la respuesta en salud una organización en redes integrales e integradas de servicios de salud que permita el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutorias. Las redes se conforman bajo el liderazgo de la Entidad Territorial Departamental y **Distrital** a partir de la definición de áreas geográficas para la gestión en salud, la comprensión integral de las necesidades sociales de la salud en el territorio y el análisis de la oferta y demanda de servicios. La respuesta a las necesidades en salud en lo individual y colectivo se organiza en un nivel primario fortalecido con equipos básicos de salud, centros de atención primaria en salud y coordinación con servicios sociales y de cuidado y un nivel complementario en donde se garantice el acceso a servicios de mediana y alta complejidad.

6.6.1 Componente 1 del Pilar 4 Conformación, y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

Este componente integra los procesos relacionados con la determinación de las organizaciones que harán parte de la red en el territorio y la integración funcional y coordinada de los prestadores de servicios de salud que conforman la Red. Estas redes reconocen la calidad en salud como un pilar esencial para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades e integran las dimensiones de efectividad, eficiencia, seguridad, atención centrada en las personas, familias y comunidades, equidad, acceso, integración y sostenibilidad.

La conformación y operación de las RISS se desarrolla bajo el liderazgo de las Entidades Territoriales Departamentales y distritales y se fundamenta en el análisis de la población (características, necesidades y demás), las condiciones del territorio, la oferta disponible y la suficiencia de servicios de salud, y la continuidad del cuidado.

En este sentido y bajo el enfoque del territorio, se organizan y articulan los diferentes prestadores de servicios de salud en función de su capacidad operativa, de gestión y resolutoria, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y asistencia para la muerte digna. Las redes se

organizan bajo un enfoque de la gobernabilidad y de la especificación de las competencias en el territorio y la articulación entre los diferentes componentes de la red (primario y complementario) donde los mecanismos de remisión y contra remisión de pacientes constituyen el elemento esencial para la continuidad de la atención dentro de todo el sistema

6.6.2 Componente 2 del Pilar 4 Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria

El nivel primario de atención se define como el componente de la red conformado por los centros de atención primaria en salud - CAPS como unidad polifuncional de base territorial y los equipos básicos de salud que tienen a su cargo un territorio y la población que en él habita.

El nivel primario se considera como puerta de entrada y primer contacto con el sistema de salud y su fortalecimiento se orienta a que en este nivel se puedan resolver el mayor número de necesidades en salud con un énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Facilita la coordinación entre sistemas de cuidados para una atención integral, continua, centrada en la persona, el fomento del bienestar y la calidad de vida; integra las formas de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de comunidades étnicas y campesinas, las estructuras propias de salud, así como los servicios sociales, sociosanitarios y ambientales del territorio, incluidos los dispositivos comunitarios

El Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS actúa como nodo articulador que facilita la coordinación entre las organizaciones que integran la red para una atención integral, continua, centrada en la persona, el fomento del bienestar y la calidad de vida, en marco de su operación con acciones universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública, de determinantes sociales, diferencial poblacional y territorial, en desarrollo de la atención primaria en salud.

6.6.3 Componente 3 del Pilar 4 IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en RIIS

Para la garantía de la atención integral y continua en salud de la población en todo el territorio nacional, en el marco de las redes se fortalecerán las instituciones de mediana y alta complejidad, para la provisión de servicios de salud de mayor requerimiento tecnológico y talento humano especializado, articulados con los CAPS los cuales apoyan la gestión de la referencia y Contrareferencia a lo largo de la red.

Con relación a las instituciones públicas de mediana y alta complejidad, en el contexto de las redes y los Planes maestros de inversiones en infraestructura y dotación en salud departamentales, distritales y nacional, se llevará a cabo su fortalecimiento y modernización, en especial en territorios con baja oferta de servicios con el fin de mejorar accesibilidad y cerrar brechas de equidad.

6.7 Metodología y resultados de armonización

Se dan a conocer las correlaciones entre los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031, su objetivo estratégico y como el modelo de salud preventivo y predictivo contribuye al logro de los resultados del primero a través de los pilares y componentes de pilar que conforman su estructura y que se presentan así para comprensión desde la coherencia y la pertinencia

Eje 1 Gobernabilidad y Gobernanza de la salud Calidad e inspección, vigilancia y control. Sistema único público de información en salud. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad. Vigilancia en Salud Pública Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 2 Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación. Participación social en salud Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.	Eje 3 Determinantes sociales de la salud Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad Participación social en salud Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.
Eje 4 Atención Primaria en salud Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS. Redes Integrales servicios salud Gestión territorial para la conformación y operación de las RIIS y el cuidado de la salud. Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en- RIIS	Eje 5 Cambio climático, emergencias, desastres y Pandemias Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad. Participación social en salud Ciencia, tecnología e innovación. Vigilancia en Salud Pública Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.	Eje 6 Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria Ciencia, tecnología e innovación. Soberanía Sanitaria
	Eje 7 Personal de salud Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	

RESULTADOS ESPERADOS PARA EL EJE	PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL PILAR	PROPUESTA DE RESPUESTA DESDE EL MODELO	RECOMENDACIONES
Los resultados estratégicos esperados a 2031.	Nombre de Pilar	Nombre del componente.	Acciones de respuestas desde el pilar y componente del modelo para contribuir al resultado del Eje PDSP	Las que surjan de la participación social a través de sus actores

A partir de allí, cada mesa de participación entrega la propuesta de respuesta desde el modelo en su contribución cuatrienal a la apuesta decenal y las recomendaciones que surjan del ejercicio democrático

Los resultados obtenidos para el Distrito de Santa Marta son los siguientes:

6.7.1 EJE 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza 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 con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Cumplimiento del Plan de desarrollo	Que se cumpla el plan de desarrollo
	Sistema único público de información en salud.				Dotación de equipos médicos	Gestionar los recursos necesarios para lograr la solución del problema
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Propuestas de seguridad para la convivencia	Trabajar con la secretaria de seguridad y convivencia y el coronel de la metropolitana y comunidad.
	Vigilancia en Salud Pública				Infraestructuras hospitalarias que garantizan el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (hacer énfasis en la zona rural)	Fortalecer la participación comunitaria en salud incluyendo grupos diversos, así como las mesas comunitarias
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	Todos los centros y puestos de salud dotados	Establecer con los diferentes secretarios y vigilancia el cumplimiento, el cual debe incluir educación, capacitación, entrenamiento a los involucrados en el sistema

6.7.2 Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ 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	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	Construir centros de salud para población diversa	Identificar la población a través de la plataforma piscis desde área de aseguramiento distrito reconociendo el listado censa, el cual es firmado por el representante del ente territorial el resguardo KNA (Gobernador del pueblo Kogui)
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			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 I intersectoriales v - transectoriales.	Capacitación para la minimización de las enfermedades que son la muerte de la población NARP	Articular las áreas jurídicas y gobierno de la alcaldía y representantes RKMA para ejecución de los recursos propios
				Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los. enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas	Adecuar un sitio para atender a la población en situación de discapacidad.	Para el manejo del autismo y otras discapacidades, se recomienda que las terapias sean individualizados

				de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
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.			Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Recomendar a la universidad del Magdalena hacer convenios de beca con el resguardo Kogui, malayo y Arhuaco y así poder en unos 10 años tener profesionales de salud Kogui, Wiwa y Arhuacos trabajando en sus propios territorios.	Dar aval para uso de los recursos de sistema general de participación la figura representativa y administrativa del resguardo Kogui, malayos, Arhuacos

6.7.3 Eje 3. Determinantes sociales de la salud.

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	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	Entorno económico favorable para la salud	Realizar los proyectos de alcantarillado a los barrios que comunidad lo han resuelto como: Cardonales y Oasis	Mas acercamiento con la comunidad para la solucionar el problema de agua
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Brindar educación a la comunidad sobre estilos de vida saludable y generar conciencia en ellos.	Mejor oferta de subsidios para mejorar la capacidad de educación en las fallas del talento humano.

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.		avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Gestionar los recursos para lograr mejorar los diferentes determinantes sociales que afectan los anteriores problemas.	Atención, alimentación en esta población
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.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	Realizar proyectos definitivos para el Agua potable, redes de Alcantarillado y fluvial	Enviar por más tiempo el agua por redes y donde no llega enviarle carrotanques

6.7.4 Eje 4. Atención Primaria en Salud

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	Gestionar el adecuado manejo de los recursos que garanticen el mejoramiento de la prestación de servicios públicos a la población.	Mejorar la red prestadora de servicio

	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.		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.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutorio fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,	Le propongo atención domiciliaria para estos pacientes y crear programas de acompañamiento y capacitación para padres y cuidadores.	Diseñar e implementar con EPS y ESE equipos extramurales de especialistas y complementarios a los equipos básicos 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.			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.	Construir más centros y puestos de salud y adecuarlos	Incentivar y gestionar recursos para la inversión en la infraestructura de salud del distrito
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	Crear un laboratorio de salud mental, para obtener acceso al tamizaje obtenido sobre los casos que se deben atender desde salud mental.	realizar atención psicológica tanto para el paciente como para su familia

	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	Tener en el centro de salud de Guachaca por lo menos 2 ambulancia	Ampliar, reestructurar y acondicionar los antes llamados puestos de salud que son gran beneficio a la comunidad.

6.7.5 Eje 5. Eje climático, emergencias, desastres y pandemias

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	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	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Darle solución a la contaminación y recuperación del río Manzanares	falta de infraestructura de alcantarillado fluvial y de aguas residuales
	Participación social en salud				Construir definitivamente la infraestructura de agua y redes de distribución insuficiente	Mejorando los servicios públicos de Santa Marta
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Se propone realizar campañas de sensibilización en contra de la deforestación	Deforestación y falta de arborización
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública				No existe saneamiento básico, agua potable, inspección comedores escolares	Fortalecer capacitaciones y estimular buenas prácticas.

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.		disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública,	Se propone crear oficina de medio ambiente en el Distrito de Santa Marta	contaminación de agua y aire por el ingreso de motonaves, tractomulas y vehículos de carga

6.7.6 Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria.

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	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.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades,	Crear centros de pensamiento en salud pública con actores de la red de gestión del conocimiento en alianza con universidades, investigadores y sociedad civil que lleven a convenios docentes asistenciales.	Recomiendo capacitaciones del beneficio en la salud de mujer y niños en el control natalidad
				Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	Tener un sistema único de información que permita el monitoreo y vigilancia de la salud de cada familia	Implementar servicios de telemedicina como obligatorio.
	Soberanía Sanitaria			Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	tener una empresa prestadora de servicios que tenga planes de acciones por localidades para que esto no esté manipulado por terceras personas para su conveniencia	Capacitar al personal que atiende (talento Humano)

6.7.7 Eje 7. Personal de Salud

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	Eje 7. Personal de salud	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.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	Recomiendo que los médicos trabajen por ética no por plata que trabajen con pasión	Que los puestos de atención tengan personal profesional especialistas para acercar la salud más a la comunidad
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Tener talento humano idóneo con la realización de alianzas con universidades y con entidades para la financiación de estudios y que pueda haber mayor oferta de programas.	Realizar espacios de formación obligatorios por ente control.
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,	Estabilidad de recurso humano	Ampliar la cobertura de los especialistas y contratación de los mismos

ANEXOS

ANEXO 1 6.9 MESA UNO (1) DE TRABAJO CON LOS COOPERANTES INTERNACIONALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS (FOLIOS 3 FECHA 6 DE MARZO 2024 JORNADA MAÑANA)

6.9.1 CONVOCATORIA



6.9.2 LISTADO DE ASISTENCIA MESA UNO (1) CON COOPERACIÓN INTERNACIONAL – 11 DE MARZO DE 2024

ALCALDÍA DE SANTA MARTA									
ALCALDÍA DE SANTA MARTA									
ACTIVIDAD:		donación ASIS participativo cartografía social con cooperación internacional		RESPONSABLE:		Secretaría de Salud Distrital			
LUGAR:		Auditorio Secretaría de Salud Distrital		FECHA:		11/03/2024	HORA INICIAL:	2:00pm	HORA FINAL:
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELÉFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA			
1	Kitty Ofie Grille	1082955253	Proyecto Comunitario Saludable de UPAEP	3013442923	kitty.ofie.grille@salud.gov.co	<i>[Firma]</i>			
2	Gloria Charis Beland	1082955520	Gestora / Entrenadora	3137544515	gloria.charis@entrenadora.com	<i>[Firma]</i>			
3	Yaremy Rodriguez	1082972909	Coordinadora / Asesoras	3024315442	yrodruiz@saludformate.org	<i>[Firma]</i>			
4	Helena Ponzon Caballero	36728978	Planificadora / Entrenadora	3012289580	hponzon@entrenadora.com	<i>[Firma]</i>			
5	Adriana Cantillo Aguirre	1082865007	Prof. Picaocual / Olot	3015940055	adriancantilloa@madam.com	<i>[Firma]</i>			
6	Chela Chela Mora	26887721	Prof. de Salud Comunitaria	3016666663	chela@saludcomunitaria.gov.co	<i>[Firma]</i>			
7	Claudia Jimenez Hernandez Ruiz	65771210	Profes. Especialista Formación de Gest. Serv. Salud y Ases.	3123442617	clajimenez3@tdmmail.com	<i>[Firma]</i>			
8	Rubén Ramírez Tib	36726566	Of. Atención al Ciudadano	3015914225	ofatencionciudadano@gov.co	<i>[Firma]</i>			
9	Karina Lopez L	51244617	U. Concordia	3218183814	karina.lopez@gmail.com	<i>[Firma]</i>			
10	Nina Vanessa Diaz Acosta	36727527	Secretaría de Salud	3014319924	nina.diaz@hotmail.com	<i>[Firma]</i>			
11	Juan C. Alvarez B	7621420	S.S. Especial. Soc. Ases.	3188601770	juan.alvarez.bonilla@gmail.com	<i>[Firma]</i>			
12	Yolanda Gómez R	26691611	Gerente IPS C-Intesp	3012716680	yolanda.gomez.vargas@hotmail.com	<i>[Firma]</i>			

6.9.1.3 EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE LA MESA UNO (1) DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA – ASIS



ANEXO 2 6.10 MESA DOS (2) DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS CON LOS GERENTES DE EAPB E IPS (FOLIOS 17 FECHA 1 DE ABRIL 2024 JORNADA TARDE)

6.10.1 CONVOCATORIA

Gerentes de EAPB – Folios 1 y 2

SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL No. 093.700.009-4

Santa Marta D.T.C.H, 22 de Marzo de 2024

CONVOCATORIA MESA DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS

Para: GERENTES EAPB COSALUD, CAJACORI, MUTUAL SER, NUEVA EPS, FANISANAR, SALUD TOTAL, COLSANITAS, SURA, DUSAKAWI DEL DISTRITO DE SANTA MARTA

Asunto: MESA PARTICIPATIVA DE ACTORES

Respetados Doctores:

Bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud Distrital, se quiere seguir contando con su apoyo en la construcción del Plan Territorial de Salud y los capítulos IV, V, y VI del Análisis de Situación de Salud del Distrito de Santa Marta – ASIS, por lo que se les extiende la invitación a la MESA PARTICIPATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA CARTOGRAFIA que se llevará a cabo el día lunes 1 de abril de 2024 en el Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital de 02:00 a 05:00 pm.

Lo anterior, está contemplado en la resolución 100 de 2024 en su artículo 10. Actores y responsabilidades. La formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud se realiza bajo la dirección y coordinación de la entidad territorial departamental, distrital y municipal como autoridad sanitaria en el ámbito de su jurisdicción. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las Entidades Adaptadas o quien haga sus veces, los regímenes exceptuados, las Empresas Sociales del Estado o quien haga sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas y Mixtas y las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL que operen en el territorio participarán al amparo de los principios de coordinación, concurrencia, subsidiariedad y complementariedad, así:

10.1 Hacer parte en la construcción de los análisis participativos de situación de salud en el territorio, aportando los insumos que se requieran en el marco de sus competencias.

10.2 Alinear y vincular en el Plan Territorial de Salud las acciones que en el marco de sus competencias aportan en la transformación de las problemáticas y necesidades sociales en salud identificadas en el territorio.

10.3 Cumplir con los compromisos establecidos en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de salud en el marco de sus competencias.

10.4 Aportar informes y toda la documentación relacionada con el cumplimiento de las acciones a su cargo de acuerdo con el Lineamiento de Planeación Integral para la Salud que emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARAGRAFO 1. Cuando el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas y Mixtas sea mayor de cinco (5) en el departamento, distrito o municipio, la participación en el proceso de formulación del PTS se realizará a través de la designación de un representante elegido por estas, de acuerdo con el procedimiento que la entidad territorial departamental, distrital y municipal defina para tal fin, en el marco de las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas en el territorio.

SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL No. 093.700.009-4

ALCALDIA DE SANTA MARTA

PARAGRAFO 2. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y las Entidades Adaptadas y Regímenes exceptuados analizarán las condiciones de salud de su población a cargo con desagregación departamental, distrital y municipal y para este último con diferenciación de acuerdo con la distribución geográfica (barrio, comuna, localidad, UPZ y/o corregimiento) en los sitios donde operen. Este análisis se realizará de acuerdo con las orientaciones que para tal efecto emita el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales harán parte del Lineamiento de Planeación Integral para la Salud. Dicho análisis será entregado al Ministerio de Salud y Protección Social y la respectiva entidad territorial a 29 de febrero del año 2024, como insumo para el Análisis de la Situación de salud en el Territorio y la Planeación Integral para la Salud.

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo gsalud@saludpublica.cundiosantamarta.gov.co o salud@salud@saludpublica.cundiosantamarta.gov.co y esperamos contar con su participación en tan importante Espacio para la ciudad.

Atentamente,

TONY RIVERA CASTAÑO
Secretario de Salud Distrital de Santa Marta

Revisó:	Alfonso Martínez Pita - Director Salud Pública
Proyectó:	María Victoria Bello - Asesora Jurídica
Proyectó:	Analía Ríos Urbina - Asesora Operativa
Proyectó:	Juan Carlos Arango - Asesora Operativa

Gerentes de IPS - Folios 3 y 4

**SECRETARÍA DE
SALUD DISTRICTAL**

S E C R E T A R Í A

Móv. 991-780-00-4

CUNO
AUTOSOLICITUD PARA EMERGENCIAS

PARAGRAFO 2. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y las Entidades Adoptadas y Regímenes exceptuados garantizarán las condiciones de salud en su población a cargo con desintegración departamental, distal y municipal para este último con diferenciación de acuerdo con la distribución geográfica (barrio, comuna, localidad, UPR) y/o corregimiento en los video donde opere. Este análisis se realizará de acuerdo con las orientaciones que para tal efecto emita el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales harán parte del Lineamiento de Planeación Integral para la Salud. Dicho análisis será entregado al Ministerio de Salud y Protección Social y la respectiva entidad territorial a 30 de febrero del año 2026, como insumo para el Análisis de la Situación de salud en el Territorio y la Planificación Integral para la Salud.

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo emissioanalisispublicos@psampr.gov.co o saludestrat@psampr.gov.co y esperamos contar con su participación en tan importante Espacio para la ciudad.

Atentamente,


ALEXANDER MARTÍNEZ
Secretario de Salud Distrital de Santa Marta

NOMBRE	Alexander Martínez - Secretario de Salud
DIRECCIÓN	Barrío Centro Histórico - Edificio Administrativo
TÍTULO	Abogado
TELÉFONO	310-4567890
EMAIL	alexander.martinez@psampr.gov.co



6.10.2 LISTADOS DE ASISTENCIA MESA DOS (2) CON EAPB E IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS – ABRIL 1 DE 2024 - FOLIOS 5 Y 6

ACTIVIDAD:		RESPONSABLE:		FECHA:		HORA INICIAL	HORA FINAL
Mesa de Recuperación con EAPP e IPS. Reunión de trabajo N° 7. Auditoría Sección de Salud		Secretaría de Salud Distrital		1-Abril 2014		2:30pm.	6:00 pm
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELÉFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA	
1	Zandra Ordoñez Gálvez	36688336	Perfeccionamiento de la EPS	3178195753	coordinacioncomunicacion@perfeccionamiento.gov.co	Zandra Ordoñez	
2	Darío (Gonzalo) Gálvez	1082147433	Salud Toxicológica EPS	3013902890	darlos@psd-att.com.co	Darío	
3	David Rodríguez Rico	108296550	Sec. Salud distrital	323238908	andresrodriguez2906@hotmail.com	David Rodríguez	
4	Christian F. Llorente Zamora	117523241	SSD - IUC / CPG - IPS	3125757020	cfmendez219@gmail.com	Christian F. Llorente	
5	Elita Caballero López	49787909	SSD - Vigilancia Sanitaria Pública y Gestión de Riesgos	3006614706	elitaecaballero@gmail.com	Elita Caballero	
6	Adolfo LOZA ROBLES	92601613	SSD - IUC - PPG EPS	3116806592	adolfo.loza@epscs.gov.co	Adolfo Loza	
7	Juan Pablo Rengifo Medinilla	1.08.662804	SSD - IUC - PPG EPS	304443546	Jpmedinilla@gmail.com	Juan Pablo Rengifo	
8	Ana María Campo Mejía	57437323	Sec. Salud distrital	3003624777	chechacampo@hotmail.com	Ana María Campo	
9	MARIELIZ TORRES A	45593391	FARMACIA EPS	327685293	atp@farmaciaepscs.gov.co	Marieliz Torres	
10	ANTHONY PRICHARD H.	566937	CLÍNICA DE LA VIGILANCIA	3025296564	gastianhumberto@clincadevigilancia.gov.co	Anthony Prichard	
11	Jessica Patricia Martínez	57433787	IPS PROV. SALUD	305515008	jp.martinez@ipsprov.gov.co	Jessica Patricia Martínez	
12	Fabrizio Ramírez Tolo	36726566	EPS PROV. SALUD	31504225	fabrizio@ipsprov.gov.co	Fabrizio Ramírez	

ALCALDÍA DE SANTA MARTA							
ALCALDÍA DE SANTA MARTA							
ACTIVIDAD: Mesa de Participación con EAPB e IRS.			RESPONSABLE: Secretaría de Salud Distrital.				
LUGAR: Auditorio Secretaría de Salud.			FECHA: 01 Abril 2024	HORA INICIAL: 2:30pm.	HORA FINAL: 6:00pm.		
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELÉFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA	
1	Mauricio Montaña Coronado	55313367	Da Centro de Salud 9 de Mayo	3102812303	mauricio.montana@salud.gov.co	[Firma]	
2	ARNOBYS RÍOS MEDINA	84452519	SSD / G.S.P.	3162447387	arnobysriosm@gmail.com	[Firma]	
3	Marta Chaves Riquelme	7142589	SSD / G.S.P.	3173238428	marta.chaves@salud.gov.co	[Firma]	
4	Tatly Ortiz Griselle	1082135253	UIAID / Comandante de Salud	3013442523	tatly-ortizgriselle@salud.gov.co	[Firma]	
5	Juan G. Alvarez B.	7628.422	SSD / G.S.P.	3188601770	juan.alvarez@salud.gov.co	[Firma]	
6	EDUARDO ACOSTA	19129974	SSS. ASesor	3156441616	eacosta@salud.gov.co	[Firma]	
7	Olivera Montaña Pardo	57452539	Secretaría de Salud	3108014010	olivera.montana@salud.gov.co	[Firma]	
8							
9							
10							
11							
12							

6.10.3 EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE LA MESA DOS (2) DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA – ASIS

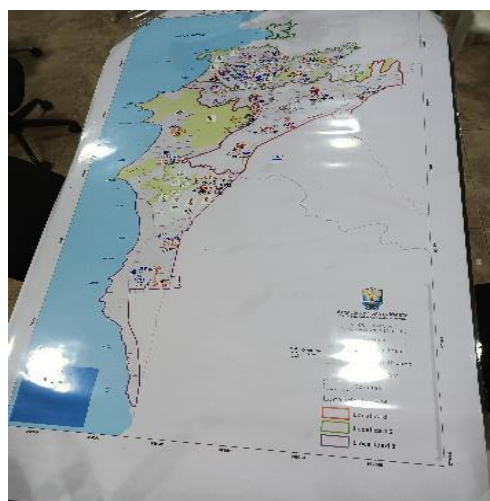
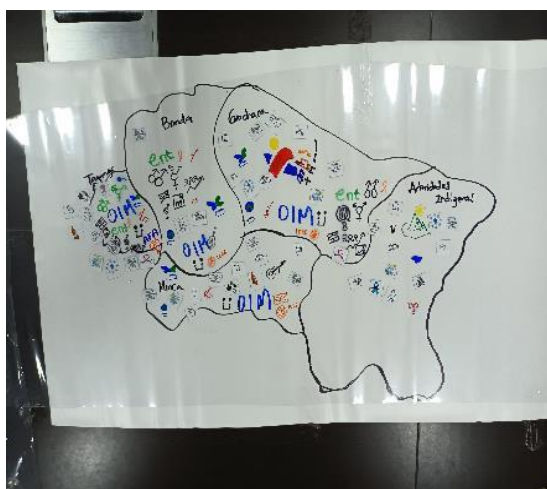
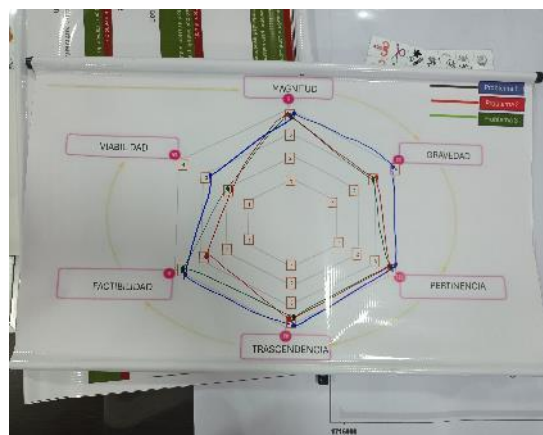
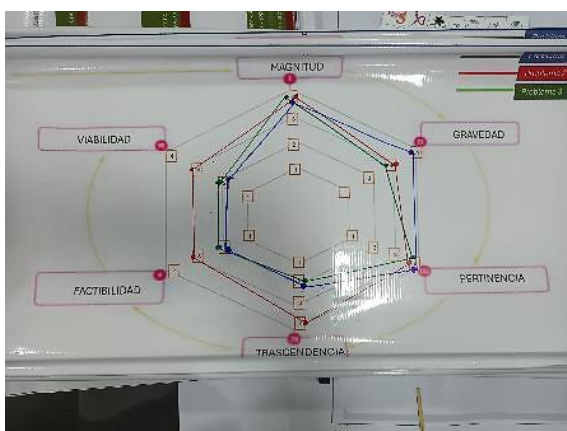




6.10.4 TABLAS DE RESULTADOS Y EVIDENCIAS FISICAS DE LA MESA DOS (2)

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	SEMAFORO
Problemas	¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?	
Deficientes servicios públicos	4	2	4	3	3	3,2
Inoportunidad de subespecialidades	3	3	4	3	3	3,2
Embarazo en adolescentes	2	4	3	4	4	3,4

Red de ambulancias deficiente	4	3	3	3	3	3,2
Salud sexual y reproductiva	3	3	3	3	3	3
Incremento de los casos de salud mental	3	3	3	3	3	3
Incremento de casos de enfermedades transmisibles	3	3	3	3	3	3
Incremento del consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas	4	4	4	4	4	4
Desnutrición en niños y adolescentes	3	4	3	4	4	3,6
Violencia sexual contra niños y adolescentes	4	3	2	3	3	3

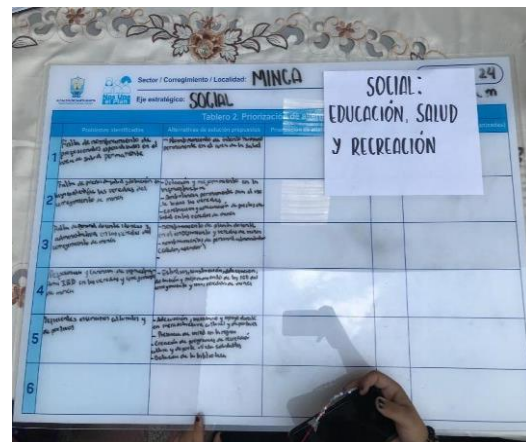


ANEXO 3 6.11 MESA TRES (3) DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS CON LA POBLACIÓN DEL CORREGIMIENTO DE MINCA (FOLIOS 4 FECHA 6 DE ABRIL 2024 JORNADA MAÑANA)

6.11.1 LISTADO DE ASISTENCIA DE LA MESA TRES (3) ACTORES COMUNITARIOS CORREGIMIENTO DE MINCA.

[illegible]

6.11.2 EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE LA MESA TRES (3)



6.11.3 TABLAS DE RESULTADOS DE LA MESA TRES (3)

Corregimiento de Minca	Fecha	6/04/2024
Colegio de Minca	Hora	8:00 am - 11:00 pm
45		

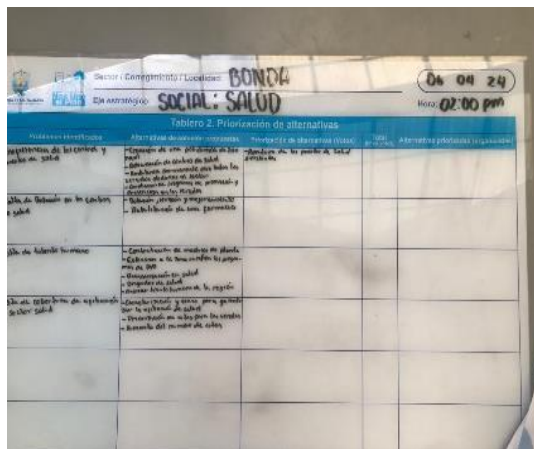
Sector/Corregimiento	Problemas identificados	Alternativas de solución	Línea temática del Plan de Desarrollo
Corregimiento de Minca	Falta de nombramiento de profesionales especializados en el área de la salud en el corregimiento de Minca	Designar personal capacitado permanente en el área de la salud para asegurar una atención continua y de calidad a la población, fortaleciendo así los servicios de salud y contribuyendo al bienestar general de la comunidad de Minca	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca			Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca			Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca			Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca	Falta de puestos de salud y dotación de los ya existentes en las veredas del corregimiento de Minca	Dotar y mejorar la infraestructura física y tecnológica para brindar una mejor atención médica en los puestos de salud	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca		Asignar ambulancias permanentes para cubrir las necesidades de todas las veredas	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca		Construir más puestos de salud en las veredas del Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas

ANEXO 4 6.12 MESA CUATRO (4) DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS CON LA POBLACIÓN DEL CORREGIMIENTO DE BONDA (FOLIOS 4 FECHA 6 DE ABRIL 2024 JORNADA TARDE)

6.12.1 LISTADO DE ASISTENCIA MESA CUATRO (4) ACTORES COMUNITARIOS CORREGIMIENTO DE BONDA

ACTIVIDAD: Construcción del Plan de Desarrollo del Distrito de Santa Marta		RESPONSABLE: Z. E. D. Bonda		FECHA: 06/04/2024		HORA: 2:45 PM		HORA: 2:45 PM	
LUGAR: Z. E. D. Bonda		NOMBRE Y APELLIDOS		NO. DE DOCUMENTO		CARGO		TELÉFONO/CELULAR	
1	Maidir Peón Jino	574112085	COORDINADOR	310 634 4394	Naide Jino				
2	Nancy Leal Caballero	49283246	COORDINADORA	221 856 9978	Campanero				
3	Paula A Pacheco A	1082984307	DOCENTE	3513875344	Paula Pacheco				
4	Carmen Avellanar A	36562385	LIDER	3014190140	Carmen Avellanar				
5	Carmen La Espinoza	1023 00283	COORDINADORA	3054075759	Carmen La Espinoza				
6	Graciela Puentes Sanchez	1083 036663	COORDINADORA	3153177144	Graciela Puentes Sanchez				
7	Patricia Cardona	39090653	SECRETARIA	3165547009	Patricia Cardona				
8	Zorita Nolasco	56 348361	TAS. NOLASCO	318 832 1632	Zorita Nolasco				
9	HORACIO PEDRERO	39 047 174	PTC. H.C. Bonda	3012253092	HORACIO PEDRERO				
10	Joselina Caballero Torres	76 545 631	S.S.D.E.	3045718666	Joselina Caballero Torres				
11	Juan P. Alvarez B	7 622 420	SAL. SALUD	208 8601920	Juan P. Alvarez B				
12	Alto Vergara C.	85454046	ADIR	3022364142	Alto Vergara C.				

6.12.2 EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE LA MESA CUATRO (4)



6.12.3 TABLAS DE RESULTADOS DE LA MESA CUATRO (4)

Sector/Corregimiento	Problemas identificados	Alternativas de solución	Línea temática del Plan de Desarrollo
Corregimiento de Bonda	Ineficiencia de los centros y puestos de salud en el corregimiento	Construir una policlínica de segundo nivel en el corregimiento para garantizar la prestación de servicios de salud a la comunidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Implementar la adecuación de centros de salud y dar apertura de los puestos de salud existentes	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Facilitar una ambulancia permanente para todas las veredas alejadas al sector para garantizar una respuesta rápida y eficaz ante emergencias médicas, asegurando así la atención oportuna de los habitantes de la zona	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda			Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda	Baja dotación en los centros de salud en la zona rural	Dotar, revisar y mejorar la infraestructura, equipamiento y servicios de los centros de salud existentes, con el fin de garantizar la calidad y accesibilidad de la atención médica para la comunidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Facilitar el proceso de habilitación de una farmacia en la zona, con el objetivo de brindar acceso a medicamentos y productos farmacéuticos de calidad a los habitantes de la comunidad	Salud que transforma vidas

Corregimiento de Bonda		Implementar un programa de primeros auxilios que incluya la distribución de kits de emergencia y la creación de un dispensario de medicamentos en el corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda	Falta de talento humano médico en el corregimiento	Contratar médicos de planta para los centros de salud locales, con el fin de garantizar una atención médica continua y de calidad para la población	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Realizar la extensión a la zona rural en los programas de Protección contra Lesiones Personales (PIP)	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Implementar programas de humanización en el sector de la salud y brindar brigadas en salud para garantizar un buen acceso a los servicios de salud de los habitantes del corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Priorizar la contratación de talento humano local en el sector de la salud, con el fin de fortalecer el sentido de pertenencia y la conexión con la comunidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Realizar una caracterización para garantizar la afiliación de salud de la comunidad del corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda	Baja cobertura de afiliación al sector salud de la población de las zonas rurales	Priorizar la asignación de citas médicas para las comunidades de las veredas, asegurando un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud en áreas rurales	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Ampliar la cobertura de citas médicas, garantizando un mayor acceso a los servicios de salud para la población del corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda			Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda			Salud que transforma vidas

ANEXO 5 6.13 MESA CINCO (5) DE TRABAJO CON EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, REPRESENTANTES DE ACADEMIAS, ASOCIACIONES DE SALUD Y SORIDAD ACTIVISTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS (FOLIOS 16 FECHA 08 DE ABRIL 2024 JORNADA TARDE)

6.13.2 CONVOCATORIA

Equipos Básicos de Salud

SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL N° 071.780.009-4

Santa Marta D.T.C.H. 08 de abril de 2024

Director
MARIO JOSÉ FERNÁNDEZ NAY
Gerente Asesoría Programa Promoción ESE
Equipo Básico de Salud
mariof@saludmarta.gov.co

Asunto: Invitación Mesa Participativa de Actores

Respetado Doctor:

El Plan Territorial de Salud PTS 2024-2027 es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud de Distrito de Santa Marta hace parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y permite contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Nacional de Salud Pública 2022 – 2025 y del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Consigne a esta **Secretaría de Salud** como Responsable de la Planificación Integral para la Salud entre otros los siguientes obligatorios: Dirigir, implementar y evaluar el proceso de planeación integral para la salud en el territorio; Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios en todo el proceso de Planificación Integral para la Salud; Promover y apoyar el desarrollo de espacios propulsores para la participación en salud a nivel territorial en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

De otra parte para la planeación integral para la salud en los pueblos y comunidades indígenas, población negra, afrocolombiana, raizal y palenquense, el pueblo Rom y Población Víctima de Conflicto Armado garantizará la participación activa de las comunidades y pueblos indígenas Admisión incluye participación en condición especial como indígenas, LGBTIQ+, discapacidad, campesinos al igual que líderes sociales y comunitarios.

Para el efecto se encamina la invitación a la mesa participativa en la construcción y formulación del PTS 2024-2027 del Distrito, a continuación se relaciona la información de la respectiva mesa:

Día	Hora	Lugar	Actor Convocado
Lunes 8 abril de 2024	8 a.m. – 10 p.m.	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital	Representantes de la Academia y Asociaciones de Salud

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo coordinacion@saludmarta.gov.co y esperamos contar con su participación en tan importante espacio para la ciudad.

Atentamente,
MARIO JOSÉ FERNÁNDEZ NAY
Gerente Asesoría Programa Promoción ESE
Equipo Básico de Salud
mariof@saludmarta.gov.co

Anexo del Formulario No. 13-07 adjunto.

Facultad Medicina Unimagdalena

SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL N° 071.780.009-4

Santa Marta D.T.C.H. 08 de abril de 2024

Directora
ANGELA RODRÍGUEZ CÁRDENAS
Docente Facultad de Medicina de la Salud
Unimagdalena
arodriguez@unimagdalena.edu.co

Asunto: Invitación Mesa Participativa de Actores

Respetada Doctora:

El Plan Territorial de Salud PTS 2024-2027 es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud de Distrito de Santa Marta hace parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y permite contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Nacional de Salud Pública 2022 – 2025 y del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Consigne a esta **Secretaría de Salud** como Responsable de la Planificación Integral para la Salud entre otros los siguientes obligatorios: Dirigir, implementar y evaluar el proceso de planeación integral para la salud en el territorio; Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios en todo el proceso de Planificación Integral para la Salud; Promover y apoyar el desarrollo de espacios propulsores para la participación en salud a nivel territorial en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

De otra parte para la planeación integral para la salud en los pueblos y comunidades indígenas, población negra, afrocolombiana, raizal y palenquense, el pueblo Rom y Población Víctima de Conflicto Armado garantizará la participación activa de las comunidades y pueblos indígenas Admisión incluye participación en condición especial como indígenas, LGBTIQ+, discapacidad, campesinos al igual que líderes sociales y comunitarios.

Para el efecto se encamina la invitación a la mesa participativa en la construcción y formulación del PTS 2024-2027 del Distrito, a continuación se relaciona la información de la respectiva mesa:

Día	Hora	Lugar	Actor Convocado
Lunes 8 abril de 2024	2 pm – 6 pm	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital	Representantes de la Academia y Asociaciones de Salud

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo coordinacion@saludmarta.gov.co y esperamos contar con su participación en tan importante espacio para la ciudad.

Atentamente,
ANGELA RODRÍGUEZ CÁRDENAS
Docente Facultad de Medicina de la Salud
Unimagdalena
arodriguez@unimagdalena.edu.co

Anexo del Formulario No. 13-07 adjunto.

Corporación Asmedas Magdalena

SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL N° 071.780.009-4

Santa Marta D.T.C.H. 08 de abril de 2024

Director
LUIS FRANCISCO DEL PRADO SALAZAR
Corporación Asmedas Magdalena
Corporación Asmedas Magdalena
luisfrancisco@asmedas.gov.co

Asunto: Invitación Mesa Participativa de Actores

Respetado Doctor:

El Plan Territorial de Salud PTS 2024-2027 es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud de Distrito de Santa Marta hace parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y permite contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Nacional de Salud Pública 2022 – 2025 y del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Consigne a esta **Secretaría de Salud** como Responsable de la Planificación Integral para la Salud entre otros los siguientes obligatorios: Dirigir, implementar y evaluar el proceso de planeación integral para la salud en el territorio; Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios en todo el proceso de Planificación Integral para la Salud; Promover y apoyar el desarrollo de espacios propulsores para la participación en salud a nivel territorial en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

De otra parte para la planeación integral para la salud en los pueblos y comunidades indígenas, población negra, afrocolombiana, raizal y palenquense, el pueblo Rom y Población Víctima de Conflicto Armado garantizará la participación activa de las comunidades y pueblos indígenas Admisión incluye participación en condición especial como indígenas, LGBTIQ+, discapacidad, campesinos al igual que líderes sociales y comunitarios.

Para el efecto se encamina la invitación a la mesa participativa en la construcción y formulación del PTS 2024-2027 del Distrito, a continuación se relaciona la información de la respectiva mesa:

Día	Hora	Lugar	Actor Convocado
Lunes 8 abril de 2024	2 pm – 6 pm	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital	Representantes de la Academia y Asociaciones de Salud

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo coordinacion@saludmarta.gov.co y esperamos contar con su participación en tan importante espacio para la ciudad.

Atentamente,
LUIS FRANCISCO DEL PRADO SALAZAR
Corporación Asmedas Magdalena
Corporación Asmedas Magdalena
luisfrancisco@asmedas.gov.co

Anexo del Formulario No. 13-07 adjunto.

Facultad de Medicina UCC

SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL N° 071.780.009-4

Santa Marta D.T.C.H. 08 de abril de 2024

Directores
SAUL TONCHES NIEZA
Decano de Medicina
YOLIA PAOLA HUAREZ
Decana de Enfermería
DORIANE CARMACHO RODRÍGUEZ
Decana de Fisiología
doriane@ucc.edu.co

Asunto: Invitación Mesa Participativa de Actores

Respetado Doctor:

El Plan Territorial de Salud PTS 2024-2027 es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud de Distrito de Santa Marta hace parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y permite contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Nacional de Salud Pública 2022 – 2025 y del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Consigne a esta **Secretaría de Salud** como Responsable de la Planificación Integral para la Salud entre otros los siguientes obligatorios: Dirigir, implementar y evaluar el proceso de planeación integral para la salud en el territorio; Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios en todo el proceso de Planificación Integral para la Salud; Promover y apoyar el desarrollo de espacios propulsores para la participación en salud a nivel territorial en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

De otra parte para la planeación integral para la salud en los pueblos y comunidades indígenas, población negra, afrocolombiana, raizal y palenquense, el pueblo Rom y Población Víctima de Conflicto Armado garantizará la participación activa de las comunidades y pueblos indígenas Admisión incluye participación en condición especial como indígenas, LGBTIQ+, discapacidad, campesinos al igual que líderes sociales y comunitarios.

Para el efecto se encamina la invitación a la mesa participativa en la construcción y formulación del PTS 2024-2027 del Distrito, a continuación se relaciona la información de la respectiva mesa:

Día	Hora	Lugar	Actor Convocado
Lunes 8 abril de 2024	2 pm – 6 pm	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital	Representantes de la Academia y Asociaciones de Salud

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo coordinacion@saludmarta.gov.co y esperamos contar con su participación en tan importante espacio para la ciudad.

Atentamente,
SAUL TONCHES NIEZA
Decano de Medicina
saultonches@ucc.edu.co

Anexo del Formulario No. 13-07 adjunto.

Rep. Usuarios Clínica Milagrosa

SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL N° 071.780.009-4

Santa Marta D.T.C.H. 08 de abril de 2024

Directora
LUICIA CABAS
Representante Usuarios
Clínica Milagrosa
luicia@clm.com.co

Asunto: Invitación Mesa Participativa de Actores

Respetada Doctora:

El Plan Territorial de Salud PTS 2024-2027 es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud de Distrito de Santa Marta hace parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y permite contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Nacional de Salud Pública 2022 – 2025 y del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Consigne a esta **Secretaría de Salud** como Responsable de la Planificación Integral para la Salud entre otros los siguientes obligatorios: Dirigir, implementar y evaluar el proceso de planeación integral para la salud en el territorio; Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios en todo el proceso de Planificación Integral para la Salud; Promover y apoyar el desarrollo de espacios propulsores para la participación en salud a nivel territorial en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

De otra parte para la planeación integral para la salud en los pueblos y comunidades indígenas, población negra, afrocolombiana, raizal y palenquense, el pueblo Rom y Población Víctima de Conflicto Armado garantizará la participación activa de las comunidades y pueblos indígenas Admisión incluye participación en condición especial como indígenas, LGBTIQ+, discapacidad, campesinos al igual que líderes sociales y comunitarios.

Para el efecto se encamina la invitación a la mesa participativa en la construcción y formulación del PTS 2024-2027 del Distrito, a continuación se relaciona la información de la respectiva mesa:

Día	Hora	Lugar	Actor Convocado
Lunes 8 abril de 2024	2 pm – 6 pm	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital	Representantes de la Academia y Asociaciones de Salud

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo coordinacion@saludmarta.gov.co y esperamos contar con su participación en tan importante espacio para la ciudad.

Atentamente,
LUICIA CABAS
Representante Usuarios
Clínica Milagrosa
luicia@clm.com.co

Anexo del Formulario No. 13-07 adjunto.

Secretaria de la Mujer Distrital

SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL N° 071.780.009-4

Santa Marta D.T.C.H. 08 de abril de 2024

Directora
ROSARIO SANCHEZ CINTRALLO
Secretaría de la Mujer y Equidad de Género
Rosario@saludmarta.gov.co

Asunto: Invitación Mesa Participativa de Actores

Respetada Doctora:

El Plan Territorial de Salud PTS 2024-2027 es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud de Distrito de Santa Marta hace parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y permite contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Nacional de Salud Pública 2022 – 2025 y del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Consigne a esta **Secretaría de Salud** como Responsable de la Planificación Integral para la Salud entre otros los siguientes obligatorios: Dirigir, implementar y evaluar el proceso de planeación integral para la salud en el territorio; Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios en todo el proceso de Planificación Integral para la Salud; Promover y apoyar el desarrollo de espacios propulsores para la participación en salud a nivel territorial en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventiva y Predictiva fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

De otra parte para la planeación integral para la salud en los pueblos y comunidades indígenas, población negra, afrocolombiana, raizal y palenquense, el pueblo Rom y Población Víctima de Conflicto Armado garantizará la participación activa de las comunidades y pueblos indígenas Admisión incluye participación en condición especial como indígenas, LGBTIQ+, discapacidad, campesinos al igual que líderes sociales y comunitarios.

Para el efecto se encamina la invitación a la mesa participativa en la construcción y formulación del PTS 2024-2027 del Distrito, a continuación se relaciona la información de la respectiva mesa:

Día	Hora	Lugar	Actor Convocado
Lunes 8 abril de 2024	2 pm – 6 pm	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital	Comunidad Feminista Social

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo coordinacion@saludmarta.gov.co y esperamos contar con su participación en tan importante espacio para la ciudad.

Atentamente,
ROSARIO SANCHEZ CINTRALLO
Secretaría de la Mujer y Equidad de Género
Rosario@saludmarta.gov.co

Anexo del Formulario No. 13-07 adjunto.

6.13.3 LISTADO DE ASISTENCIA MESAS CINCO (5) ACTORES EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, REPRESENTANTES DE ACADEMIAS, ASOCIACIONES DE SALUD Y SORIDAD ACTIVISTA

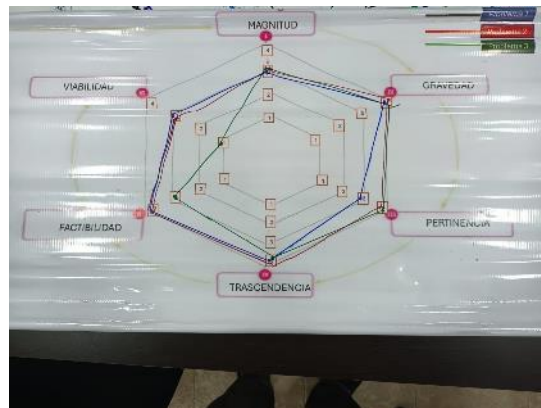
ALCALDÍA DE SANTA MARTA						
ALCALDÍA DE SANTA MARTA						
ACTIVIDAD: MESA PARTICIPACIÓN CON LOS REPRESENTANTES DE ACADEMIAS, ASOCIACIONES DE SALUD Y EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.			RESPONSABLE: SECRETARÍA SALUD DISTRITAL - G.S.P.			
LUGAR: AUDITORIO SECRETARÍA DE SALUD DISTR.			FECHA: 08/04/2024	HORA INICIAL: 14:15	HORA FINAL: 5:30 P.M.	
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELÉFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA
1	Maria Angelica Menaca	45561599	Universidad del Magdalena	3173563035	medicina@unimagdalena.edu.co	U/curryferro6
2	Alison Fontaine Navarro	1086904561	Secretaría de Activistas	3003493137	alisonfontaine1996@gmail.com	Alisfontaine
3	Diana Camargo Perea	1083507671	Secretaría de Activistas	3012944122	sonoridadactivista@gmail.com	Ampp
4	Yuracelis Lasso Acosta	365211495	Cooperativa de usuarios	3211-9113781	lauracelisasso@gmail.com	Yllasso
5	Heidy Palomares Páez	57461187	Unión Nacional Campesino	3016681245	heidy.palomares@uncc.org.co	Heidy Páez
6	Marta Escobedo Contreras	22492619	Universidad Cooperativa de Colombia	305226123	marta.escobedo@compuce.edu.co	Marta Escobedo
7	Miguel Angel Chacon Arandano	1004366870	Asociación de usuarios	3155153741	miguelchacaron26@gmail.com	Miguel Chacon
8	Luisa Fernanda Roa Lopez	108405402	Asociación de usuarios	3028780842	lroa31@gmail.com	Luisa Roa
9	Aracelys Rios Medina	84452515	Secretaría de Salud - G.S.P.	3162448182	aracelysriosm@gmail.com	Aracelys Rios
10	Martha Chaves Soto	7142589	Secretaría de Salud - G.S.P.	3173238428	marthachaves.soto@salud.gov.co	Martha Chaves
11	Ana Patricia Gaitanaris S.	57464645	Colectivo Sonoridad Act	3019777558	naipatricia@gmail.com	Ana Patricia
12	Heidy Palomares Páez	57461187	Unión Nacional Campesino	3016681245	heidy.palomares@uncc.org.co	Heidy Páez

ALCALDÍA DE SANTA MARTA						
ALCALDÍA DE SANTA MARTA						
ACTIVIDAD: MESA PARTICIPACIÓN CON LOS REPRESENTANTES DE ACADEMIAS, ASOCIACIONES DE SALUD Y EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.			RESPONSABLE: SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL - G.S.P.			
LUGAR: AUDITORIO SECRETARÍA SALUD DISTRITAL			FECHA: 08/04/2024	HORA INICIAL: 14:15	HORA FINAL: 5:30 P.M.	
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELÉFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA
1	Joselin Parthy H	1082921113	E.S.E	3012092840		Joselin Parthy
2	ANGÉLICA REYES V	1082942808	E.S.C	3012796504		ANGÉLICA REYES
3	Manuel A. Molina	1082984762	E.S.C. Asesor	3217367282	manuel.molina@asociacionuncc.org.co	Manuel A. Molina
4	Osmary Pabón Pabón	36666130	I.E.D. Beatriz Gutiérrez de Har	3045468535	osmarypabon03@gmail.com	Osmary Pabón
5	Claudia Jimena Hernández R.	65771210	S.S.D. Protes. Especializ.	3133442617	clajimena37@hotmail.com	Claudia Jimena
6	Daisy Y. Caicedo S	36162482	S.S. Protes. 1º	3205680809	daisycaicedo16@gmail.com	Daisy Y. Caicedo
7						
8						
9						
10						
11						
12						

6.13.4 EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE LA MESA CINCO (5)



6.13.5 EVIDENCIAS FISICAS DE LA MESA CINCO (5)





ANEXO 6 6.14 MESA SEIS (6) DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS CON LA POBLACIÓN DEL CORREGIMIENTO DE TAGANGA (FOLIOS 3 FECHA 6 DE ABRIL 2024 JORNADA MAÑANA)

6.14.2 LISTADO DE ASISTENCIA MESA SEIS (6) ACTORES COMUNITARIOS CORREGIMIENTO DE TAGANGA

Nos Une el Plan **FORMATO ASISTENCIA**

ÁREA DE PARTICIPACIÓN		RESPONSABLE		FECHA	HORA	NOMBRE		DISCAPACIDAD		GÉNERO		GRUPO POBLACIONAL		EJECUTOR	
NO.	NOMBRE	APELLIDOS	NO. DE DOCUMENTO	EDAD	ENTRADA/Organización	TELÉFONO CELULAR	EMAIL	SI	NO	M	F	AFRO	INDÍGENA	VICTIMA	MIGRANTE
1	Andrés	Villan	CE 705591	45	Grupo Dico-Café	3183389411	Manuel23@icp	X						X	X
2	José	Piñero	85452858	56	EDIL	3107972144	85452858	X							
3	Yolanda	Arango	85452858	61	Pt. A.H.T	3154006670	Yolanda23@icp	X							
4	Yolanda	Arango	85452858	25	COLOMBIA HI	3107972144	Yolanda23@icp	X							
5	Yolanda	Arango	85452858	46	IFD Taganga	3003584390	Yolanda23@icp	X							
6	Yolanda	Arango	85452858	26	J.A.C.	3003584390	Yolanda23@icp	X							
7	Yolanda	Arango	85452858	45	Sec. Salud	3118004130	Yolanda23@icp	X							
8	Yolanda	Arango	85452858	60	Vigilante Taganga	3118004130	Yolanda23@icp	X							
9	Yolanda	Arango	85452858	74	Asesoría y Trabajo	32277160	Yolanda23@icp	X							
10	Yolanda	Arango	85452858	46	Alta Condición	3162108000	Yolanda23@icp	X							
11	Yolanda	Arango	85452858	44	Subsecretaría AR	3003584390	Yolanda23@icp	X							
12	Yolanda	Arango	85452858												

6.14.3 EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE LA MESA SEIS (6)



6.14.4 TABLAS DE RESULTADOS DE LA MESA SEIS (6)

Corregimiento de Taganga	Fecha	8/04/2024	
Sede Universidad del Magdalena - Taganga	Hora	8:00 am - 12:00 pm	
42			
Sector/Corregimiento	Problemas identificados	Alternativas de solución	Línea temática del Plan de Desarrollo
Corregimiento de Taganga	Barreras de acceso a los servicios de salud en el corregimiento	Facilitar una ambulancia medicalizada permanente en el sector para garantizar una respuesta rápida y eficaz ante emergencias médicas, asegurando así la atención oportuna de los habitantes de la zona	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Taganga		Ampliar cobertura de especialistas para brindar un acceso a los servicios de salud de calidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Taganga		Construir un dispensario de medicamentos en el corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Taganga	Falta de promoción y prevención en la salud para los habitantes del sector	Implementar campañas de concientización para promover la sensibilización de los temas relacionados a los servicios de salud	Salud que transforma vidas

Corregimiento de Taganga

Corregimiento de Taganga

Designar funcionarios especializados en prevención y promoción de la salud

Brindar capacitación al personal de salud para fortalecer sus habilidades y conocimientos en el campo médico

Salud que
transforma
vidas

ANEXO 7 6.15 MESA SIETE (7) DE TRABAJO CON LOS ACTORES ETNIAS, COMUNIDADES Y POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, LÍDERES COMUNITARIOS – COPACOS – CTSS – VEEDURÍAS EN SALUD, PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS (FOLIOS 25 FECHA 15 DE ABRIL DE 2024 JORNADA MAÑANA)

6.15.1 CONVOCATORIA

Representante Negritudes Kumkumbamana

[illegible]

Albeiro Oliveros – PCD

[illegible]

Población Arhuacos - Kogui

[illegible]

JAC Taminaca 1

[illegible]

Ana Isabel Localidad 3

[illegible]

Funadinca - Comunidades

[illegible]

Ligia Matute PCD

Acta de la Sesión de la Mesa Participativa de Actores

Fecha: 15 de abril de 2024

Lugar: Auditorio de la Secretaría de Salud

Participantes: Ligia Matute PCD, Jairo Orozco Líder, Belia Del Carmen PCD

Temas: Mesa de Actores Etnias, Comunidades y Poblaciones en condición de discapacidad, líderes comunitarios - COPACOS - CTSS - Veedurías Salud

Resumen: La mesa participativa se realizó con el fin de discutir y tomar decisiones sobre los temas relacionados con la salud de las personas con discapacidad, líderes comunitarios y poblaciones en condición de discapacidad. Se abordaron temas como la accesibilidad, la participación y la inclusión social.

Conclusiones: Se concluyó que es necesario fortalecer la participación y la inclusión social de las personas con discapacidad, líderes comunitarios y poblaciones en condición de discapacidad. Se acordó implementar acciones para mejorar la accesibilidad y la participación.

Acciones: Se acordó implementar acciones para mejorar la accesibilidad y la participación.

Jairo Orozco Líder

Acta de la Sesión de la Mesa Participativa de Actores

Fecha: 15 de abril de 2024

Lugar: Auditorio de la Secretaría de Salud

Participantes: Ligia Matute PCD, Jairo Orozco Líder, Belia Del Carmen PCD

Temas: Mesa de Actores Etnias, Comunidades y Poblaciones en condición de discapacidad, líderes comunitarios - COPACOS - CTSS - Veedurías Salud

Resumen: La mesa participativa se realizó con el fin de discutir y tomar decisiones sobre los temas relacionados con la salud de las personas con discapacidad, líderes comunitarios y poblaciones en condición de discapacidad. Se abordaron temas como la accesibilidad, la participación y la inclusión social.

Conclusiones: Se concluyó que es necesario fortalecer la participación y la inclusión social de las personas con discapacidad, líderes comunitarios y poblaciones en condición de discapacidad. Se acordó implementar acciones para mejorar la accesibilidad y la participación.

Acciones: Se acordó implementar acciones para mejorar la accesibilidad y la participación.

Belia Del Carmen PCD

Acta de la Sesión de la Mesa Participativa de Actores

Fecha: 15 de abril de 2024

Lugar: Auditorio de la Secretaría de Salud

Participantes: Ligia Matute PCD, Jairo Orozco Líder, Belia Del Carmen PCD

Temas: Mesa de Actores Etnias, Comunidades y Poblaciones en condición de discapacidad, líderes comunitarios - COPACOS - CTSS - Veedurías Salud

Resumen: La mesa participativa se realizó con el fin de discutir y tomar decisiones sobre los temas relacionados con la salud de las personas con discapacidad, líderes comunitarios y poblaciones en condición de discapacidad. Se abordaron temas como la accesibilidad, la participación y la inclusión social.

Conclusiones: Se concluyó que es necesario fortalecer la participación y la inclusión social de las personas con discapacidad, líderes comunitarios y poblaciones en condición de discapacidad. Se acordó implementar acciones para mejorar la accesibilidad y la participación.

Acciones: Se acordó implementar acciones para mejorar la accesibilidad y la participación.

6.15.2 LISTADO DE ASISTENCIA MESAS SIETE (7) ACTORES ETNIAS, COMUNIDADES Y POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, LÍDERES COMUNITARIOS - COPACOS - CTSS - VEEDURÍAS EN SALUD.

ALCALDÍA DE SANTA MARTA									
ALCALDÍA DE SANTA MARTA									
ACTIVIDAD:	Mesa de Actores Etnias, Comunidades y poblaciones en condición de discapacidad, líderes comunitarios - COPACOS - CTSS - Veedurías Salud					RESPONSABLE: Secretaría de Salud Distrital			
LUGAR:	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital					FECHA:	Lunes 15-04-2024		
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELÉFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA	HORA INICIAL	8:00 AM	HORA FINAL
							12:00 M		
1	Kitty Ortiz Giraldo	1082435253	Comandante S. L. de la Guardia de Waid / Esp. de Gestión Ambiental	313442123	Kitty.ortizgiraldo@waid.com	[Firma]			
2	Juan G. Alvarado B	7628420	Sec. Salud, G. S. S. Sec. Salud Distrital	318601720	juan.alvarado10191@gmail.com	[Firma]			
3	Claudia Jimena Hernández	65771210	Protes. Especialista	3133442617	claudias76@hotmail.com	[Firma]			
4	Andrés Rojas Rojas	7142597	Profes. Unid. G. S. P	3173238428	andresrojas@univ.edu	[Firma]			
5	Leonidas Rios Meana	8445254	Sec. Salud, G. S. S. Sec. Salud Distrital	3162443382	andresrojas@univ.edu	[Firma]			
6	Bernice Guerra M	45366703	Kum Kumbamano	3162871998	kumkumbamano@univ.edu	[Firma]			
7	Gulima Román J	36726566	Secretaria de Salud	39014225	oficialdeplanificacion@gov.co	[Firma]			
8	Fran E. Mejía R	7305011	Sec. Salud	3176667173	oficialdeplanificacion@gov.co	[Firma]			
9	Alexander Hardy Rios	57432559	SSD Quilichao de Salud	3008044010	alexanderh@ssd-quilichao.gov.co	[Firma]			
10	Uribe / Uribe / Uribe	57313767	SSD Dirección General de Salud	302812303	uribe@ssd-quilichao.gov.co	[Firma]			
11	Carla P. Vasta	8545212	S. S. O. Atención	31628000	carla.vasta@ssd-quilichao.gov.co	[Firma]			
12	Natalia Rodríguez Blanco	1004347781	SSD	3205072410	natalia@ssd-quilichao.gov.co	[Firma]			

ALCALDIA DE SANTA MARTA						
ALCALDIA DE SANTA MARTA						
ACTIVIDAD: Mesa de Actores Etnias, Comunidades y poblaciones en condición			RESPONSABLE: Secretaria de Salud Distrital			
LUGAR: Auditorio de la Secretaria de Salud Distrital			FECHA: Lunes 15-04-2024			
			HORA INICIAL: 8:00 AM			
			HORA FINAL: 12:00 M			
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELEFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA
1	Ledismara Aguilar HERNANDEZ	57430007	Edif de la Loc 2	3077487009	ledis.aguilaredif@seccomun.gov.co	
2	Carmona Martha Russo HERNANDEZ	36.550.751	Lider Social	316 7629293	carmona222@hotmail.com	
3	Albeiro OLIVEROS	85473558	Lider Lindecos	3215062307	oliveros.albeiro7092976@beirooliveros	
4	Regina M. Maldonado	36520734	Relto de la o tunio ko	300814110	Regina.Maldonado@gmail.com	
5	Antonia Aragon Rodriguez	57427233	COPACOS	3016110771	antoniamaldonado20@gmail.com	
6	Carmen Vera HERNANDEZ	36554935	COPACOS	3145157253	Cvera-12@hotmail.com	
7	Ethel Emilia Gil Novita	1004333216	Edificio de Cambrion de	3203759245	seyimovite@gmail.com	
8	Vivante Dora Coronado	1151169410	Salud oral y Dental	315735639	vivantedoracoronado@gmail.com	
9	Justa Lilia Pantoja Coronado	1092849060	Salud oral y Dental	311620445	justapantoja@gmail.com	
10	Alex Cogollo Coronado	36556256	Plc JAC Juan xxiii	3014247138	alex.cogollo@helioil.com	
11	Jimena MORA P.	36451334	SS PNH	3136605439		
12	Dany Camilo S	36562472	SS PNH	320362009	danycamilob@gmail.com	

ALCALDIA DE SANTA MARTA						
ALCALDIA DE SANTA MARTA						
ACTIVIDAD: Mesa de Actores Etnias, Comunidades y poblaciones en condición			RESPONSABLE: Secretaria de Salud Distrital			
LUGAR: Auditorio de la Secretaria de Salud Distrital			FECHA: Lunes 15-04-2024			
			HORA INICIAL: 8:00 AM			
			HORA FINAL: 12:00 M			
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELEFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA
1	EDUARDO ACOSTA	19129974	SDS/ASESOR	3156461868	uacosta@gmail.com	
2						
3						

6.15.3 EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE LA MESA SIETE (7)



Aportes Representante Población Afro

[illegible][illegible]

SI AL CALDE COMO CIUDADANO ME PERMITE RECOMENDARLE	
RECOMENDARLE esta solución al P3	propone solución para la minimización de enfermedades que son la muerte de la población pobre
PROPONERLE además esto	construye con las organizaciones para dar la atención de la población

[illegible]

además esto
 fueron convertidos de Boca para
 el - Uruguay - Argentina y así
 20 años tener profesional
 en sus propias categorías

problema (E) - proyecto Interado por la
 Comisión de la OEA
 y Generación del país

Alfredo Obayas

1. IDENTIFIQUE LOS 3 PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA SALUD EN SANTAMARTA

PROBLEMA No 1 ¿Cuál es la información? ¿Cuál es la causa del problema?	<i>Falta Prestación de servicio de salud en población en situación de discapacidad no hay centros de atención en la población</i>
PROBLEMA No 2 ¿Cuál es la información? ¿Cuál es la causa del problema?	<i>Deficiencia en la prestación de los en el área rural</i> <i>Faltan Puestos de salud</i>
PROBLEMA No 3 ¿Cuál es la información? ¿Cuál es la causa del problema?	<i>Falta de una vivienda digna en las comunidades</i>

2. ESTABLEZCA MARCANDO CON UNA X CUAL DE LOS PROBLEMAS

Determinante Acceso a agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas Disponibilidad de alimentos sanos para una buena alimentación (variación (seguridad de alimentos) Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de residuos Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas Medio ambiente sano Acceso a transporte Acceso a la educación y recreación Condiciones de vida digna No discriminación de ningún tipo Paz (Violencia o Conflicto armado) Acceso a información sobre cuestiones relacionadas con la salud en la SISE Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planes comunitarios Diferencia y enfoques basados en la perspectiva de género Distribución de los recursos (Distribución social de recursos) Otros determinantes	X

3. Cuales otros u ocupaciones de los habitantes afectan en la salud de la población?

4. Qué riesgos se identifican en el Distrito, que pueden afectar la salud de la población?

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD PARTICIPÓ EN LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

RECOMENDARLE esta solución al P3	
PROPONERLE además esto	

Aportes Representante Coopacos

1. IDENTIFIQUE LOS 3 PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA SALUD EN SANTAMARTA

PROBLEMA No 1
¿Cuál es la información?
Agua potable, saneamiento de aguas residuales

¿Cuál es la causa del problema?
Falta de obras de saneamiento, falta de inversión en el sector, falta de mantenimiento

PROBLEMA No 2
¿Cuál es la información?
Inseguridad

¿Cuál es la causa del problema?
Ataques, homicidios, feminicidios, violencia intrafamiliar, lesiones por armas

PROBLEMA No 3
¿Cuál es la información?
Falta de Centro de Salud, falta de personal, falta de medicamentos, falta de insumos (guantes, mascarillas)

¿Cuál es la causa del problema?
La comunidad necesita más recursos, debe trasladarse a los centros de salud que se encuentran saturados y con condiciones de personal médico, enfermeras y enfermeros

2. ESTABLEZCA MARCANDO CON UNA X CUAL SON LOS DETERMINANTES DE SUS PROBLEMAS

Determinante	Problema 1	Problema 2	Problema 3
Acceso a agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas	X		
Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición (seguridad alimentaria)	X		
Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de residuos	X		
Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas	X		
Medio ambiente sano	X		
Acceso al transporte	X		
Acceso a la educación y recreación	X		
Condiciones de vida digna	X		
No discriminación de ningún tipo	X		
Paz (Violencia o Conflicto armado)	X		
Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, con énfasis en la SSR	X		
Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planes comunitarios	X		
Diferencias y enfoques basados en la perspectiva de género	X	X	
Distribución de los recursos (Distribución social de la riqueza)	X		
Otros determinantes		X	

3. Cuáles oficios u ocupaciones de los habitantes en Santa Marta están generando afectaciones en la salud de la población?
Consumo de sustancias psicoactivas, habitantes de Calle

4. Qué riesgos se identifican en el Distrito que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?
Problemas Mentales

CUAL ORGANIZACIÓN o COMUNIDAD REPRESENTA
Coopacos

Si ALCALDE COMO CIUDADANO ME PERMITE RECOMENDARLE
RECOMENDARLE esta solución al P1
Agua potable, obras de saneamiento y salud

PROPONERLE además esto
Que se cumpla en su plan de desarrollo

Si ALCALDE COMO CIUDADANO ME PERMITE RECOMENDARLE
RECOMENDARLE esta solución al P2
Colocar cámaras, alarmas y más vigilancia policial

PROPONERLE además esto
Trabajar con la Seguridad Pública y el Ejército en la zona portuaria y comunal

Si ALCALDE COMO CIUDADANO ME PERMITE RECOMENDARLE
RECOMENDARLE esta solución al P3
Construir más centros y puntos de salud y atención

PROPONERLE además esto
Hacer seguimiento al centro de salud de Santa Helena ya que en la atención médica están saturados

ANEXO 8 6.16 MESA OCHO (8) DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE VISIÓN Y PROPUESTAS DE REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE APS DEL DISTRITO DE SANTA MARTA A LOS GERENTES DE EAPB E IPS (FOLIOS 10 FECHA 15 DE ABRIL 2024 JORNADA TARDE)

6.16.2 CONVOCATORIA

Gerentes de EAPB – Folio 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
NIT: 891.786.009-4
ALCALDIA DE SANTA MARTA

Santa Marta D.T.C.H. 10 de abril de 2024

CONVOCATORIA MESA PARTICIPATIVA DE ACTORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE VISIÓN Y PROPUESTAS DE REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE APS Y ACTUALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD – ASIS DEL DISTRITO DE SANTA MARTA

Para: GERENTES EAPB (COASALUD), CAACOP, MUTUAL SER, NUEVA EPS, FARMASUR, SALUD TOTAL, COLSANTAS, SURA, DUSAGAWI DEL DISTRITO DE SANTA MARTA

Asunto: Invitación Mesa Participativa de Actores

Respetados Actores:

El Plan Territorial de Salud PTS 2024-2027 es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud de Distrito de Santa Marta hace parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y permite contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo Fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Corresponde a esta Secretaría de salud como Responsable de la Planeación Integral para la Salud entre otros las siguientes obligaciones: Dirigir, implementar y evaluar el proceso de planeación integral para la salud en el territorio; Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios en todo el proceso de Planeación Integral para la Salud; Promover y apoyar el desarrollo de espacios populares para la participación en salud a nivel territorial en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo Fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

De otra parte para la planeación integral para la salud en los pueblos y comunidades indígenas, poblaciones negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, el pueblo Rom y Población Víctima de Conflicto Armado garantizará la participación activa de las comunidades y pueblos indígenas. Además incluye poblaciones en condición especial como migrantes, LGBTIQ+, discapacidad, campesinos al igual que líderes sociales y comunitarios.

Para el efecto se extienden la invitación a la mesa participativa en la construcción y formulación del PTS 2024-2027 del Distrito, a continuación se relaciona la información de la respectiva mesa:

Día	Hora	Lugar	Actores Convocados
Lunes 15 abril de 2024	2 pm – 6 pm	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrito	EPS e IPS Construcción de Visión y propuestas de Redes Integrales de servicios de salud en el marco de APS

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo coordinacionpsa@saluddistrito.santamarta.gov.co y expresarnos contar con su participación en tan importante espacio para la ciudad.

Atentamente:
JORGE PAUL LASTRAS BANTILLO
Secretario de Salud Distrito de Santa Marta

(Firma)

Gerentes de IPS – Folio 2

REPUBLICA DE COLOMBIA
NIT: 891.786.009-4
ALCALDIA DE SANTA MARTA

Santa Marta D.T.C.H. 10 de abril de 2024

CONVOCATORIA MESA PARTICIPATIVA DE ACTORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE VISIÓN Y PROPUESTAS DE REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE APS DEL DISTRITO DE SANTA MARTA

Para: GERENTES IPS, CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTA DE LA ESPERANZA, VIRREY SOLIS, INSCIA, CLINICAS MAN CARIBE, PERFECTBODY, CIECHA, BAHIA, GESTION SALUD, DE LA MUJER, LA MALAGROSIA, ESS ALCAZAR, PROGRESO RIVERENDO, HOSPITAL JUAN MENDE BARRERENO DEL DISTRITO DE SANTA MARTA

Asunto: Invitación Mesa Participativa de Actores

Respetados Doctores:

El Plan Territorial de Salud PTS 2024-2027 es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud de Distrito de Santa Marta hace parte integral del Plan de Desarrollo Territorial y permite contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo Fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Corresponde a esta Secretaría de salud como Responsable de la Planeación Integral para la Salud entre otros las siguientes obligaciones: Dirigir, implementar y evaluar el proceso de planeación integral para la salud en el territorio; Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios en todo el proceso de Planeación Integral para la Salud; Promover y apoyar el desarrollo de espacios populares para la participación en salud a nivel territorial en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo Fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

Para el efecto se extienden la invitación a la mesa participativa en la construcción de visión y propuestas de redes integrales de servicios de salud en el marco de APS del Distrito, a continuación se relaciona la información de la respectiva mesa:

Día	Hora	Lugar	Actores Convocados
Lunes 15 abril de 2024	2 pm – 6 pm	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrito	EPS e IPS Construcción de Visión y propuestas de Redes Integrales de servicios de salud en el marco de APS

Finalmente, agradecemos confirmar su asistencia al correo coordinacionpsa@saluddistrito.santamarta.gov.co y expresarnos contar con su participación en tan importante espacio para la ciudad.

Atentamente:
JORGE PAUL LASTRAS BANTILLO
Secretario de Salud Distrito de Santa Marta

(Firma)

6.16.3 LISTADO DE ASISTENCIA MESAS OCHO (8) ACTORES GERENTES EAPB E IPS

ALCALDIA DE SANTA MARTA									
ALCALDIA DE SANTA MARTA									
ACTIVIDAD:	Mesa de Actores EPS e IPS Construcción de Visión y propuestas de Redes Integrales de servicios de salud en el marco de APS				RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Distrital			
LUGAR:	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital				FECHA:	Lunes 15-04-2024		HORA INICIAL	HORA FINAL
								2:00 PM	6:00 PM
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELEFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA			
1	Janece Navarro Garcia	37047867	Mutualiser / Gerente de Gestión	3107444460	jnavarro@mutualiser.org	Janece Navarro			
2	Katherine Arroyo Gomez	1128187343	Mutualiser / Gerente de APS	3006226616	Karuz@esa-social.org	Katherine Arroyo			
3	Isabel P. Kero Tardío	32376110	Vinepro / Gerente	3001002213	kelidax@vineprodps.com	Isabel Kero			
4	Sindy Juarez Gomez	26670828	Sena EPS / Gerente	3003083774	sindyjuarez@senaez.com.co	Sindy Juarez			
5	Clara Lopez Escobar	99216342	Doskhuu / EPS	3047462018	clara.lopez@doskhuu.com	Clara Lopez			
6	Kathy Kuezo Gomez	57296676	CA/COPI EPS	315820629	mkuezo@copi-eps.com	Kathy Kuezo			
7	Ligia Urbina J.	57420995	Mutualiser EPS	3114183440	lubina@mutualiser.org	Ligia Urbina			
8	Armando Romero E	12582535	Clínica La Milagrosa	3207957835	Armando.Romero@centra.com	Armando Romero			
9	Hugo Moreno R	3764452	Clínica de la Mujer	315748260	hugom@clinica.lamujer.com	Hugo Moreno			
10	Mary Luz Rincón	57430187	EPS Sanitas	303640008	maryluzr@sanitas.com	Mary Luz Rincón			
11	María Teresa Acevedo	45543391	Famisenar	3246852430	maria.teresa@famisenar.com	María Teresa Acevedo			
12	Doris Góngora Moreno	1082947433	Salud total EPS	3073407878	dorisgongora@saludtotal.com	Doris Góngora			

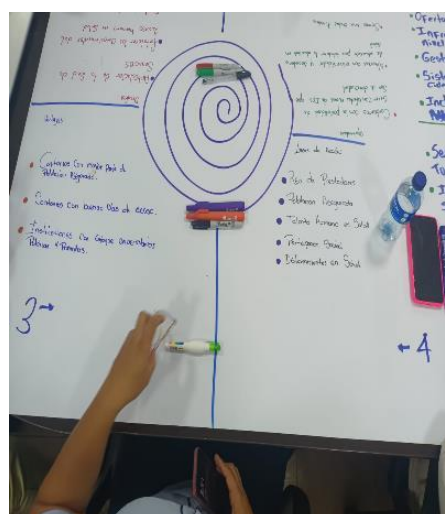
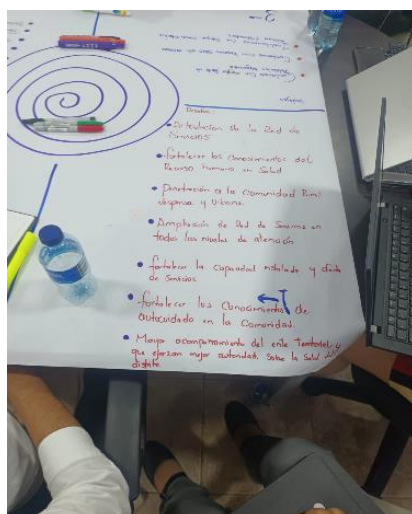
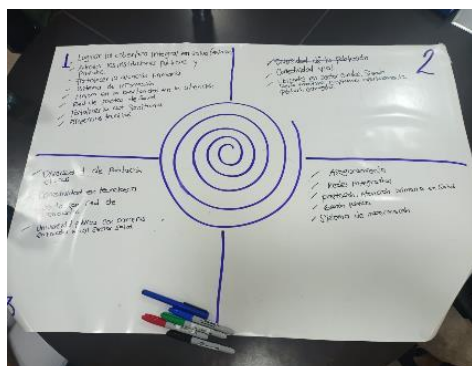
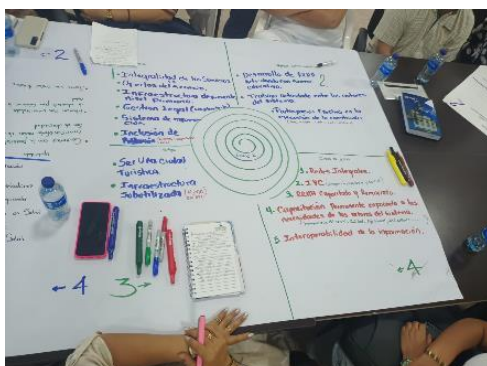
ALCALDIA DE SANTA MARTA									
ALCALDIA DE SANTA MARTA									
ACTIVIDAD:	Mesa de Actores EPS e IPS Construcción de Visión y propuestas de Redes Integrales de servicios de salud en el marco de APS				RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Distrital			
LUGAR:	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital				FECHA:	Lunes 15-04-2024		HORA INICIAL	HORA FINAL
								2:00 PM	6:00 PM
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELEFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA			
1	Nelis Daza Contillo	22191414	Corosalud EPS	313570692	nelis@corosalud.com	Nelis Daza			
2	Christian G. Botija Zambrano	117523211	SED - IVC/IPS IPS	3125759030	christianbotija@gmail.com	Christian Botija			
3	Adriana Días Medina	84452577	SEC. SALUD / GEP	316248357	adriana.dias@segsa.gov.co	Adriana Días			
4	Juan G. Arango B	7628470	SEC. SALUD / GEP	318601930	juan.g.arango@gmail.com	Juan Arango			
5	Tatiana Guevara Uribe	39141835	PSMC / Calend / Canal	4237101	calendado@perfecthuby.com.co	Tatiana Guevara			
6	Zoraida Olmos Gálvez	52668136	P.B.M.C. - GERENTE	312411777	zoraida.olmos@psmc.com	Zoraida Olmos			
7	Maria Elvira Mendota	110812511	Nueva EPS	3215237286	marie.mendota@nuevaps.com.co	Maria Elvira Mendota			
8	Claydia Jimena Asencio	65371210	SSD Profesional Especializ	3133442617	claydia.asencio@hotmail.com	Claydia Asencio			
9	Haiti Ochoa Higuera	7142588	Profesional Unid. GT	312323848	haiti.ochoa@unidgt.com	Haiti Ochoa			
10	Yurcedis Ruiz Collantes	36676286	Sis. Mayor	310634944	marce.teresa@famisenar.com	Yurcedis Ruiz			
11	Daisy Cárdenas A	36382482	SA - Salud Pública	3203680207	daisy.cardenas@segsa.gov.co	Daisy Cárdenas			
12	EDUARDO ACOSTA	3156461563	GPS - ASCOR	3156461563	eduardo@segsa.gov.co	Eduardo Acosta			

ALCALDIA DE SANTA MARTA									
ALCALDIA DE SANTA MARTA									
ACTIVIDAD:	Mesa de Actores EPS e IPS Construcción de Visión y propuestas de Redes Integrales de servicios de salud en el marco de APS				RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Distrital			
LUGAR:	Auditorio de la Secretaría de Salud Distrital				FECHA:	Lunes 15-04-2024		HORA INICIAL	HORA FINAL
								2:00 PM	6:00 PM
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELEFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA			
1	Kathy Ortiz Grillo	1582935253	Comunicación y Gestión Pública	3013426123	kathy.ortizgrillo@castore.com	Kathy Ortiz			
2	Nohara Serrato	57464962	SAC / SSD	3012496733	eliserrato8@gmail.com	Nohara Serrato			
3	Norma Prieto S.	57486486	SIAE / SSD	3014310922	mfamilia.norma@gmail.com	Norma Prieto			
4	Alexandra Martínez Páez	57432559	SSD Directora de Salud P	3008014010	alexandramartinez@segsa.gov.co	Alexandra Martínez			
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

6.16.4 EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE LA MESA OCHO (8)



6.16.5 TABLAS DE RESULTADOS DE LA MESA OCHO (8)



ANEXO 9 6.17 MESA NUEVE (9) DE TRABAJO INSTITUCIONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CAPÍTULOS IV, V, VI DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA - ASIS (FOLIOS 3 FECHA 21 DE FEBRERO 2024 JORNADA TARDE)

6.17.1 CONVOCATORIA



Meet

Reuniones en tiempo real de Google. Utiliza tu navegador para compartir tus vídeos, tu escritorio o tus presentaciones con compañeros de equipo y clientes.

meet.google.com

Alistamiento y construcción PST 2024-2027 Plan de trabajo y Avance

Miércoles, 21 de febrero · 3:30 – 5:00pm

Zona horaria: America/Bogota

Información para unirse con Google Meet

Enlace de la videollamada: <https://meet.google.com/mzp-uuxh-sfi>

1:02 p. m.

6.17.2 LISTADO DE ASISTENCIA MESA NUEVE (9) EQUIPO TÉCNICO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD -VIRTUAL PTS – PDD

ACTIVIDAD:		RESPONSABLE:		FECHA:		HORA INICIAL:		HORA FINAL:	
Alimentación - Iniciar el menú para Chirihuenes PDD-TTS 2024-2025		Secretaría de Salud - Dpto. Sal		21/10/2024		3:45 pm		5:05 pm	
LUGAR:	NOMBRES Y APELLIDOS		No. DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELÉFONO / CELULAR	E-MAIL	FIRMA		
1	Patricia Ténice Guinda		36543623	SSD/S. Asesor/a líder GSP	315 126 2921	patriciateniceguinda@gmail.com	<i>[Firma]</i>		
2	Javier Llanos		553133 767	DESSA / Dr. Jefe de	300 281 2303	manuel.llanos29@hotmail.com	<i>[Firma]</i>		
3	Luis Carlos Amador		76232 420	SSD / Apoyo G.S.P.	318 580 1130	juan.carlos.amador@gmail.com	<i>[Firma]</i>		
4	Rodolfo Lora Robles		926611 613	SSD / Jefe de alimentación y nutrición	316 806 592	lorarodolfo1964@yahoo.es	<i>[Firma]</i>		
5	Aracely Ríos Medina		54053159	SSD/S. P.R. / T.E. CREA/GS	316 243 557	aracelyrios3@gmail.com	<i>[Firma]</i>		
6	María Esther Aljice		7 142 594	SSD / G.S.P.	317 333 478	mariaestheralajice@gmail.com	<i>[Firma]</i>		
7	Aracely Patricia Santos B. Lopez		1018662869	SSD / Auditora Cuanta médica	3006601228	angelhu024@hotmail.com	<i>[Firma]</i>		
8	Cristina Ivonne Tobar Rojas		1022782631	SSD / Jefe de grupo de GSP	3046 777 7347	cristinatobar24@gmail.com	<i>[Firma]</i>		
9	Elisa E. Caballero Lopez		49987909	SSD / Jefe de grupo de GSP	300 660 4706	eliscaballero@gmail.com	<i>[Firma]</i>		
10	Gulmar Ramirez Ten		3692656	Oficina Ejecutiva de	308 501 4225	gulinra@ciudadanosa.org.ve	<i>[Firma]</i>		
11	Guadalupe Delgado Pereira		102942602	SSD / Apoyo a la gestión	316 360 4912	guadalupe.delgado@gmail.com	<i>[Firma]</i>		
12	Yolanda Paredes Lopez		55 411 216	SSD / Jefe de grupo de GSP	300 43 31777	yolanda.paredes@gmail.com	<i>[Firma]</i>		

ACTIVIDAD:	RESPONSABLE:		FECHA:		HORA INICIAL:	HORA FINAL:	REMARKS:
LUGAR:	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº DE DOCUMENTO	ENTIDAD/DEPENDENCIA/CARGO	TELÉFONO CELULAR	E-MAIL		
1	Claudia Jimena Hernández	6537210	Defensoría General de la Nación	313343261	claudiajimena@hotmail.com		08:35
2	Alfonso Martínez	5743255	DD Defensor de la Nación	300914010	alfonso.martinez@defensoria.gov.co		Suplente
3	(Párrafo)	3048229	DD BAG	300263221	mariaolga.gonzalez@defensoria.gov.co		08:35
4	Salvador Amézquita	4334718	Salvador Amézquita	304355621	salvadoramezquita@gmail.com		08:35
5	Juan Pablo Rangel Mendocú	7.067.641.804	TUC	3044545546	juanpablorangelm@gmail.com		08:35
6	Juan Carlos Mejía R.	72309011	Jefe Oficina de Apoyo	317664475	ofapayogeston@defensoria.gov.co		08:35
7	Jose R. Vazquez	65453456	SC - S-110	21622020	salvadoramezquita@gmail.com		08:35
8							
9							
10							
11							
12							

6.9 CONSOLIDADO DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS MESAS SECTORIALES DE PARTICIPACION PARA CONTRUCCION DEL PLAN DESARROLLO DISTRITAL Y PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024 – 2027.

Sector/Corregimiento	Problemas identificados	Alternativas de solución	Línea temática del Plan de Desarrollo
Sector juventud	Carencia de un componente de salud enfocado en la violencia diferencial que padecen las del Distrito de Santa Marta	Mejorar las políticas públicas relacionadas con la salud, especialmente aquellas que aborden la violencia diferencial contra las mujeres	Salud que transforma vidas
Sector juventud	Altas tasas de embarazos adolescentes en la ciudad de Santa Marta	Desarrollar e implementar estrategias integrales de educación sexual y reproductiva en las diferentes localidades	Salud que transforma vidas
Sector juventud		Ampliar la red de consultorios púrpuras en las instituciones educativas como medida para brindar atención especializada en temas de salud sexual y reproductiva	Salud que transforma vidas
Sector juventud		Realizar intervenciones y dotar al 100% las sedes de los puestos de salud con los recursos necesarios para garantizar una atención médica óptima en el Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Población adulto mayor	Ausencia de seguimiento en atención y articulación a la salud del adulto mayor de manera integral	Aumentar la cantidad de centros de vida en cada barrio del distrito como parte de una estrategia integral para mejorar el seguimiento y la atención en salud del adulto mayor	Salud que transforma vidas
Población adulto mayor		Implementar veedurías encargadas de verificar la calidad de vida del adulto mayor en el Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Población adulto mayor		Implementar medidas específicas para agilizar y priorizar la atención y entrega de	Salud que transforma vidas

		medicamentos y citas médicas, garantizando así una atención integral y oportuna para el adulto mayor	
Población adulto mayor	Falta de recursos en el Distrito de Santa Marta para la cobertura de salud en suministros de medicamentos	Garantizar que los adultos mayores reciban el subsidio que por ley les corresponde, especialmente en lo referente a la cobertura de medicamentos, asegurando así su acceso a la atención médica necesaria	Salud que transforma vidas
Población adulto mayor		Actualizar y ampliar el suministro de medicamentos entregados al adulto mayor, asegurando la disponibilidad de los tratamientos necesarios a pesar de las limitaciones de recursos en el Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Población adulto mayor	Falta de espacios, infraestructura y personal capacitado para brindar actividades que benefician la salud del adulto mayor	Realizar una campaña especial de actualización del Sisbén dirigida a la población adulto mayor con el objetivo de garantizar que reciban los beneficios y subsidios a los que tienen derecho	Salud que transforma vidas
Población adulto mayor		Capacitar a los líderes comunitarios del Distrito de Santa Marta en Sisbén para entregar censos óptimos con información veraz a la administración distrital	Salud que transforma vidas
Población adulto mayor		Mejorar la velocidad y sincronización del sistema para informar el puntaje del Sisbén al adulto mayor de manera rápida y eficiente	Salud que transforma vidas
Población afro	Baja cobertura del SISBEN en la población afrocolombiana, afectando el acceso a la salud integral y otros beneficios, y causando el cierre del puesto de salud Olaya herrera direccionado para la comunidad afrocolombiana	Inaugurar el Centro de Salud Olaya Herrera con su respectiva dotación tecnológica y recursos humanos necesarios para brindar atención médica de calidad a la comunidad del distrito	Salud que transforma vidas
Población afro		Ampliar la cobertura de atención médica en todo el Distrito de Santa Marta, asegurando que todos los	Salud que transforma vidas

		ciudadanos tengan acceso a servicios de salud cercanos a sus hogares	
Población en condición de discapacidad	Falta de una caracterización de la población con discapacidad en el distrito para su inclusión, priorización de ingreso y atención en las instituciones prestadoras del servicio de salud	Caracterizar a la población con discapacidad, Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en las instituciones para una mejor atención en salud frente a situaciones de emergencia, incidentes o accidentes	Salud que transforma vidas
Población en condición de discapacidad	Deficiencia en la priorización para el acceso a servicios de salud de la población en condición de discapacidad de la ciudad de Santa Marta	Desarrollar e implementar un programa integral de orientación y formación dirigido tanto a cuidadores como a personas en condición de discapacidad, con el objetivo de mejorar su calidad de vida	Salud que transforma vidas
Población en condición de discapacidad		Caracterizar a la población con discapacidad para inspeccionar y vigilar las rutas de atención en salud en la ciudad de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Comunidad LGTBIQ+	Altos índices de problemas relacionados con la salud mental en la población diferencial	Crear una escuela de padres dedicada a brindar orientación, apoyo y recursos a los padres y cuidadores de las personas con problemas de salud mental	Salud que transforma vidas
Comunidad LGTBIQ+		Formular una Política Pública integral que tenga como objetivo principal abordar las necesidades específicas relacionadas con la salud mental de la población diferencial	Salud que transforma vidas
Comunidad LGTBIQ+		Construir espacios restaurativos que proporcionen un ambiente seguro y acogedor para la resolución pacífica de conflictos	Salud que transforma vidas
Habitante de calle	Falta de un centro de atención integral y diferencial para habitantes de calle	Crear un convenio interdisciplinario con empresas públicas y privadas para brindar una atención integral y diferencial a los habitantes de calle del Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Habitante de calle	Deficiencia en la activación de las rutas de atención en	Crear un centro especial para los habitantes de calle donde se brinden servicios como	Salud que transforma vidas

	salud para los habitantes de calle	alimentación, educación, salud y recreación con el objetivo de brindarles apoyo holístico y facilitar su reintegración social y laboral	
Habitante de calle	Deficiencia en la caracterización de los habitantes de calle por parte del distrito para poder brindar atención médica	Caracterizar a la población de habitantes de calle por parte del Distrito de Santa Marta, con el fin de identificar sus necesidades, condiciones y características específicas	Salud que transforma vidas
Habitante de calle		Implementar un programa de gestores sociales dedicados exclusivamente a la atención y acompañamiento a los habitantes de calle	Salud que transforma vidas
Sector salud	Deficiencia en el servicio de interprete para acompañar a las personas con discapacidad en los servicios de salud y consulta	Capacitar al personal de salud para mejorar su comunicación y sensibilización, contando con el apoyo y la participación activa de la población discapacitada del Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Sector salud	Baja priorización en la prestación de servicio de salud a las personas con discapacidad	Implementar una ruta especializada para gestionar de manera inmediata las PQRS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias) de personas discapacitadas, en cumplimiento de la Ley 1618 del 2013, por parte de la Secretaría de Salud Distrital	Salud que transforma vidas
Sector salud	Dificultades en la expedición de los certificado de discapacidad	Solicitar a la Alcaldía Distrital recursos propios para la realización de certificado de discapacidad en un menor tiempo	Salud que transforma vidas
Sector salud	Deficiencia en la información que se le brinda a las personas en condición de discapacidad sobre las rutas en el sector salud	Garantizar la accesibilidad de las personas en condición de discapacidad a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para facilitar la comunicación e intercambio de información entre el personal y los usuarios, asegurando que todos puedan acceder y utilizar los recursos tecnológicos de manera inclusiva	Salud que transforma vidas

Sector salud	Falta de articulación entre las Políticas Públicas de salud y los determinantes sociales de la salud pública en el distrito	Realizar una caracterización por localidad para hacer la intervención específica de acuerdo a la necesidad de los habitantes del Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Sector salud	Insuficientes redes de prestadores de servicios con procesos de calidad especializada y subespecialidad en los servicios de salud	Realizar control en la pertinencia, telemedicina, médicos expertos espejos para suplir las especialidades y subespecialidades de poca oferta y alta demanda en el distrito	Salud que transforma vidas
Sector salud		Aumentar la capacidad instalada de ambulancias en la red pública y privada según la complejidad y población que se maneje	Salud que transforma vidas
Sector salud	Altas tasas de embarazos en adolescentes y falta de servicios de salud amigables hacia ellos	Fortalecer el tema de educación sexual desde las instituciones educativas del distrito e interactuar con el Plan de Intervención Colectivo (PIC)	Salud que transforma vidas
Sector salud		Implementar aulas de atención en servicios amigables y realizar búsqueda activa e institucional para brindar apoyo y atención especializada a la población del distrito	Salud que transforma vidas
Sector salud	Deficiencia del sistema de información unificado del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)	Implementar el SEM (Sistema de emergencia médica) para responder de manera rápida y eficaz a situaciones críticas de salud	Salud que transforma vidas
Sector salud		Fortalecer los primeros respondientes a las urgencias, lo que implica proporcionar capacitación y herramientas a la población para que puedan brindar primeros auxilios de manera efectiva mientras llega la ambulancia	Salud que transforma vidas
Sector salud	Insuficiente recurso humano y poco capacitado (rotación constante del personal de salud en los centros médicos)	Realizar seguimiento a la adherencia de guías por parte de los actores del sistema de salud del Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Sector salud		Verificar el cumplimiento en actualización de las hojas de vida del personal del área de salud en	Salud que transforma vidas

		los centros médicos del Distrito de Santa Marta	
Sector salud	Falta de inclusión del lenguaje de señas en las instituciones educativas y centros de salud del Distrito de Santa Marta	Implementar la Ley 1618 de 2003 (enfocada en los derechos de las personas con discapacidad) en los planteles educativos y en todas las instituciones del El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	Salud que transforma vidas
Sector salud	Riesgos en la infancia y la adolescencia frente a la salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, embarazos a temprana edad y suicidios	Contratar en las instituciones educativas a profesionales capacitados para dictar una cátedra sobre factores protectores y habilidades para la vida	Salud que transforma vidas
Sector salud		Implementar un mecanismo de coordinación interinstitucional que facilite una comunicación efectiva y continua entre todas las entidades implicadas en el proceso	Salud que transforma vidas
Sector salud	Falta de educación en salud y garantías de hábitos y estilos de vida saludable	Articular estrategias integrales de promoción y prevención de la salud en los entornos educativos, en línea con el Proyecto Educativo Institucional (PEI), para garantizar un abordaje completo y efectivo de la salud en el ámbito escolar	Salud que transforma vidas
Sector salud	Inexistencia de saneamiento básico, agua potable e inspección en comedores escolares de las instituciones del distrito	Establecer un sistema de vigilancia de los sistemas alternativos de suministro de agua en las Instituciones Educativas Distritales (IED), con el objetivo de reducir al mínimo los riesgos relacionados con el saneamiento básico	Salud que transforma vidas
Sector salud	Ausencia de aseguramiento y cobertura en salud EPS para estudiantes	Brindar las garantías oportunas para los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en los servicios de salud para garantizar la atención básica primaria	Salud que transforma vidas
Sector salud		Proporcionar dispositivos de apoyo técnico, como sillas de ruedas, muletas y otros equipos auxiliares, para mejorar la	Salud que transforma vidas

		movilidad y la calidad de vida de las personas que lo necesiten	
Sector salud		Proporcionar viáticos para facilitar la asistencia a consultas especializadas cuando estas han sido negadas por la EPS, garantizando así el acceso oportuno a atención médica adecuada	Salud que transforma vidas
Sector salud	Deficiencia en la promoción y educación de salud sexual y reproductiva en la población	Mejorar la efectividad de la demanda inducida por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) mediante la implementación de estrategias que fomenten una atención integral y adecuada para la población del distrito	Salud que transforma vidas
Sector salud		Implementar programas de educación sobre derechos sexuales y reproductivos en distintos sectores, incluyendo colegios y la comunidad en general del Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Sector salud		Generar mesas participativas con enfoque diferencial e implementar campañas masivas de sensibilización y difusión	Salud que transforma vidas
Sector salud	Morbimortalidad por abortos inseguros y violencia gineco obstetra en hospitales, EPS y centros de salud del distrito	Crear espacios de salud diseñados específicamente para mujeres, donde se brinde atención integral y especializada en temas de salud sexual y reproductiva, prevención y detección de enfermedades, atención prenatal y postnatal	Salud que transforma vidas
Sector salud		Implementar rutas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)	Salud que transforma vidas
Sector salud		Promover la humanización del servicio médico en hospitales y centros de salud para garantizar un trato respetuoso, empático y digno hacia los pacientes	Salud que transforma vidas
Sector salud		Promover la humanización del servicio médico en hospitales y centros de salud para garantizar	Salud que transforma vidas

		un trato respetuoso, empático y digno hacia los pacientes	
Sector salud	Aumento de enfermedades por vectores en el Distrito de Santa Marta	Realizar campañas de fumigación y limpieza de albercas para prevenir la proliferación de vectores de enfermedades y mantener un entorno saludable en todas las comunidades del distrito	Salud que transforma vidas
Sector salud	Falta de atención integral en salud a víctimas de violencia en conflictos armados (resolución 1912 de 2023)	Aplicar la resolución 1912 del 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social donde se establece la asignación de los recursos para que 224 Empresas Sociales del Estado (ESE) presten servicios de salud a las víctimas del conflicto	Salud que transforma vidas
Sector salud		Realizar una amplia difusión de la Resolución 1912 del 2023, con el objetivo de informar a la comunidad sobre sus disposiciones y alcances	Salud que transforma vidas
Sector salud		Realizar una amplia difusión de la Resolución 1912 del 2023, con el objetivo de informar a la comunidad sobre sus disposiciones y alcances	Salud que transforma vidas
Sector salud		Proporcionar atención cálida y respetuosa por parte del personal médico, así como espacios adecuados y dignos para garantizar la humanización del servicio de salud en todos los centros del distrito	Salud que transforma vidas
Sector salud		Implementar de forma adecuada la Ley de Salud Mental con enfoque de género diferencial y étnico	Salud que transforma vidas
Población Indígena	Limitada diferenciación entre la salud tradicional y la salud occidental	Mejorar y adecuar la red pública de salud con un enfoque tradicional, fortaleciendo la integración de prácticas ancestrales y medicina convencional	Salud que transforma vidas
Población Indígena		Dotar y garantizar el correcto funcionamiento de los centros de	Salud que transforma vidas

		salud para garantizar el acceso equitativo a servicios de calidad	
Población Indígena		Capacitar al personal del área de la salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI)	Salud que transforma vidas
Población Indígena	Falta de concertación de Salud Pública Distrital indígena en el marco de las normativas	Promover la formación de sabedores tradicionales en temas de salud a través de programas y facilitar su financiación para preservar y promover los conocimientos ancestrales en el cuidado de la salud dentro de las comunidades	Salud que transforma vidas
Población Indígena		Garantizar medicina en casa de carácter especializado con reconocimiento para asegurar que los pacientes tengan acceso a atención médica especializada en la comodidad de sus hogares	Salud que transforma vidas
Población Indígena		Darle continuidad, fortalecimiento y realizar un ajuste de la medicina occidental a la tradicional	Salud que transforma vidas
Población Indígena	Falta de reconocimiento del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) en el distrito	Reconocer y garantizar el cumplimiento del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) para promover la atención médica culturalmente adecuada y sensible a sus necesidades	Salud que transforma vidas
Población víctima	Deficiencia en la atención rápida y precisa en servicios de salud para la población víctima de conflictos armados	Mejorar la atención en llegadas y solución de documentos de cada paciente en los centros prestadores del servicio de salud	Salud que transforma vidas
Población víctima		Implementar una articulación efectiva en base de datos para centralizar y compartir información entre diferentes entidades o instituciones para facilitar el traslado de pacientes si es requerido	Salud que transforma vidas
Seguridad	Bajo aseguramiento y cobertura en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)	Implementar medidas específicas para mejorar el aseguramiento y la cobertura en salud para los estudiantes del distrito	Salud que transforma vidas

Seguridad	para los estudiantes del distrito	Desarrollar mecanismos de monitoreo y evaluación para seguir de cerca el progreso de las medidas implementadas y realizar ajustes según sea necesario	Salud que transforma vidas
Seguridad		Realizar campañas de sensibilización y educación dirigidas a los estudiantes, padres de familia y comunidad en general sobre la importancia del aseguramiento en salud y cómo acceder a los servicios disponibles a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Guachaca	Deficiencia en la prestación de servicios en el centro de salud del corregimiento	Implementar un modelo de cambio a una policlínica o centro de salud integral de segundo nivel en el corregimiento para una buena prestación de servicios médicos	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Guachaca	Falta de dispensarios de medicamentos en la zona rural Distrito de Santa Marta	Construir dispensarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o autorizar la utilización de un solo dispensario	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Guachaca	Bajo nombramiento de talento humano con enfoque en la región	Contratar a personal prestadores del servicio de salud como médicos y enfermeras superior de planta preferiblemente de la región	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Guachaca	Falta de transporte asistencial y medicalización con traslado de movimiento en las veredas aledañas al corregimiento de Guachaca	Solicitar autorización a las Empresas Sociales del Estado (ESE) para disponer de una ambulancia medicalizada que pueda movilizarse por todas las veredas, garantizando así una atención de emergencia eficaz y oportuna para toda la comunidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Guachaca	Falta de caracterización en zona rural con personas expertas en discapacidad y salud mental	Caracterizar a la población en condición de discapacidad de la zona rural	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca	Falta de nombramiento de profesionales especializados en el área de la salud en el corregimiento de Minca	Designar personal capacitado permanente en el área de la salud para asegurar una atención continua y de calidad a la población, fortaleciendo así los	Salud que transforma vidas

		servicios de salud y contribuyendo al bienestar general de la comunidad de Minca	
Corregimiento de Minca	Falta de puestos de salud y dotación de los ya existentes en las veredas del corregimiento de Minca	Dotar y mejorar la infraestructura física y tecnológica para brindar una mejor atención médica en los puestos de salud	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca		Asignar ambulancias permanentes para cubrir las necesidades de todas las veredas	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Minca		Construir más puestos de salud en las veredas del Distrito de Santa Marta	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda	Ineficiencia de los centros y puestos de salud en el corregimiento	Construir una policlínica de segundo nivel en el corregimiento para garantizar la prestación de servicios de salud a la comunidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Implementar la adecuación de centros de salud y dar apertura de los puestos de salud existentes	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Facilitar una ambulancia permanente para todas las veredas aledañas al sector para garantizar una respuesta rápida y eficaz ante emergencias médicas, asegurando así la atención oportuna de los habitantes de la zona	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda	Baja dotación en los centros de salud en la zona rural	Dotar, revisar y mejorar la infraestructura, equipamiento y servicios de los centros de salud existentes, con el fin de garantizar la calidad y accesibilidad de la atención médica para la comunidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Facilitar el proceso de habilitación de una farmacia en la zona, con el objetivo de brindar acceso a medicamentos y productos farmacéuticos de calidad a los habitantes de la comunidad	Salud que transforma vidas

Corregimiento de Bonda		Implementar un programa de primeros auxilios que incluya la distribución de kits de emergencia y la creación de un dispensario de medicamentos en el corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda	Falta de talento humano médico en el corregimiento	Contratar médicos de planta para los centros de salud locales, con el fin de garantizar una atención médica continua y de calidad para la población	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Realizar la extensión a la zona rural en los programas de Protección contra Lesiones Personales (PIP)	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Implementar programas de humanización en el sector de la salud y brindar brigadas en salud para garantizar un buen acceso a los servicios de salud de los habitantes del corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Priorizar la contratación de talento humano local en el sector de la salud, con el fin de fortalecer el sentido de pertenencia y la conexión con la comunidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Realizar una caracterización para garantizar la afiliación de salud de la comunidad del corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda	Baja cobertura de afiliación al sector salud de la población de las zonas rurales	Priorizar la asignación de citas médicas para las comunidades de las veredas, asegurando un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud en áreas rurales	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Bonda		Ampliar la cobertura de citas médicas, garantizando un mayor acceso a los servicios de salud para la población del corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Taganga	Barreras de acceso a los servicios de salud en el corregimiento	Facilitar una ambulancia medicalizada permanente en el sector para garantizar una respuesta rápida y eficaz ante emergencias médicas, asegurando así la atención	Salud que transforma vidas

		oportuna de los habitantes de la zona	
Corregimiento de Taganga		Ampliar cobertura de especialistas para brindar un acceso a los servicios de salud de calidad	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Taganga		Construir un dispensario de medicamentos en el corregimiento	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Taganga	Falta de promoción y prevención en la salud para los habitantes del sector	Implementar campañas de concientización para promover la sensibilización de los temas relacionados a los servicios de salud	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Taganga		Designar funcionarios especializados en prevención y promoción de la salud	Salud que transforma vidas
Corregimiento de Taganga		Brindar capacitación al personal de salud para fortalecer sus habilidades y conocimientos en el campo médico	Salud que transforma vidas
Localidad 1: Cultural Tayrona San Pedro Alejandrino	Falta de puestos de salud por localidad	Construir nuevos puestos de salud y mejorar la dotación de los ya existentes para garantizar una atención médica adecuada y accesible para toda la comunidad	Salud que transforma vidas
Localidad 1: Cultural Tayrona San Pedro Alejandrino	Limitado acceso a la educación en la localidad	Realizar articulaciones con instituciones para establecer nuevas sedes o sucursales con el fin de ampliar el acceso a la educación de los jóvenes de la localidad	Salud que transforma vidas
Localidad 2: Histórica Rodrigo de Bastidas	Ausencia de acompañamiento psicosocial (acceso a terapia, asesoramiento o servicios de apoyo psicológico en la comunidad)	Realizar campañas de sensibilización para concienciar a la comunidad sobre temas relevantes, acompañadas de apoyo espiritual proporcionado por personal capacitado y adecuado para brindar orientación y apoyo en aspectos emocionales y espirituales	Salud que transforma vidas
Localidad 2: Histórica Rodrigo de Bastidas	Inconsistencias en los sistemas de salud para la atención a los usuarios	Contratar profesionales del área de la salud cualificados para garantizar la calidad de los servicios prestados	Salud que transforma vidas

Localidad 2: Histórica Rodrigo de Bastidas		Implementar visitas domiciliarias para monitorear y dar seguimiento al estado de salud de los usuarios, asegurando una atención integral y personalizada	Salud que transforma vidas
Localidad 3: Perla del caribe	Inexistencia de una clínica u hospital de mediana o alta complejidad en la localidad	Gestionar recursos distritales y nacionales para la construcción de una clínica u hospital en la localidad para garantizar el acceso de calidad a los servicios de salud de la comunidad	Salud que transforma vidas
Localidad 3: Perla del caribe	Falta de pilares a nivel de seguridad alimentaria (acceso, nutrición, inocuidad)	Incremento de la inspección, vigilancia y control en establecimientos como restaurantes y fábricas de alimentos para garantizar una alimentación adecuada	Salud que transforma vidas
Localidad 3: Perla del caribe		Promover una educación sanitaria como manejo adecuado de alimentos e higiene en los establecimientos del distrito	Salud que transforma vidas

Santa Marta Abril 30 de 2024