

DADXS



ANEXO TÉCNICO PLAN TERRITORIAL DE SALUD

“ CARTAGENA CIUDAD DE DERECHOS EN SALUD 2024 - 2027 ”



**DUMEK TURBAY PAZ
ALCALDE MAYOR DE CARTAGENA**

**ALEX TEJADA NUÑEZ
DIRECTOR DADIS**

**HEYLIANA SOFIA GUZMAN LOPEZ
SUBDIRECTORA DADIS**

**SABRINA VAN LEENDEN GRANADOS
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO**

**MONICA JURADO MARQUEZ
DIRECTORA OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA**

**MALKA IRINA PIÑA BERDUGO
DIRECTORA OPERATIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO**

**MARÍA PAULINA OSORIO CORTINA
DIRECTORA OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL**

**WILLIAM JURADO OROZCO
DIRECTOR OPERATIVO DE ASEGURAMIENTO**

**JORGE LUIS CARO LEONES
DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**

**CESAR MALAMBO TOUS
PROFESIONAL UNIVERSITARIO OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO**

**ÁLVARO CRUZ QUINTERO
COORDINADOR DEL CENTRO REGULADOR DEL EMERGENCIAS Y DESASTRES – CRUED**

**NACIRA CONSUEGRA CASTRO
LÍDER PROMOCION SOCIAL DADIS**

**JOSE LEONARDO OSORIO
PROFESIONAL OFICINA PROMOCION SOCIAL DADIS**

**JORGE QUINTERO BULA
PROFESIONAL DIRECCION OPERATIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**NERY GUERRA CORREA
PROFESIONAL DIRECCION OPERATIVA DE ASEGURAMIENTO**

**NELSON MELO PAJARO
PROFESIONAL DIRECCION OPERATIVA DE DE VIGILANCIA Y CONTROL**

**LUISANA CARCAMO
PROFESIONAL DEL CENTRO REGULADOR DE EMERGENCIAS Y DESASTRES – CRUED**

**MILADIS BLANCO CARIILLO
PROFESIONAL DE DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

**EVA MASIEL PEREZ TORRES
LÍDER DE PROGRAMA VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA**

**MERCY MUÑOZ MARRUGO
LÍDER PROGRAMA GESTIÓN DEL PLAN Y PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE SALUD PÚBLICA
– PICSP**

**SANTIAGO ELÍAS FADUL PÉREZ
LÍDER DEL PROGRAMA TUBERCULOSIS Y LEPRO**

**CÉSAR GAVALO HERRERA
LÍDER DEL PROGRAMA SALUD MENTAL**

EDELIA PÁJARO MARTÍNEZ
LÍDER DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI

WILSON ORTEGA HERNÁNDEZ
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AMBIENTE Y SALUD -ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
ETV**

JORGE MORELOS MUÑOZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD ZONOSIS

JAMES IDARRAGA MIRA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD COMPONENTE AGUAS

GUSTAVO OROZCO LORDUY
LÍDER DEL PROGRAMA MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS

CLAUDIA VELÁSQUEZ AGUAS
LÍDER DEL PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SSR

MARÍA CRISTINA RICARDO
LÍDER DE PROGRAMAS INFANCIA E INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA-RA

PATRICIA ISABEL BUELVAS CASTELLAR
LÍDER DE PROGRAMA NUTRICIÓN

CLAUDIA MARÍA VÁZQUEZ CABEZA
LÍDER DE PROGRAMA CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

ETHEL SOFIA GARCIA ANGULO
LIDER DEL PROGRAMA SALUD Y AMBITO LABORAL

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO5

1. MARCO NORMATIVO 11

2. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA 17

2.1.1 Contexto territorial..... 17

2.1.1.1 Aspectos generales de ubicación y Accesibilidad geográfica..... 17

2.1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio
Características físicas del territorio
18

Clima 18

Relieve..... 19

Hidrografía 19

Aire..... 20

RIESGOS MEDIOAMBIENTALES 20

Contaminantes y Riesgos para la Salud:..... 21

Tipos de amenazas..... 24

Cambio climático 24

Influencia del fenómeno de la niña en el distrito de Cartagena..... 24

Escenarios de riesgos..... 25

Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Huracanes 25

Tormenta Tropical..... 26

Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Vendavales 26

Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Inundaciones..... 26

2.1.2 Contexto poblacional y demográfico
Población total..... 27

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado..... 27

Grado de urbanización y Población por área de residencia urbano/rural 27

2.1.2.1 Población por pertenencia étnica..... 27

2.1.2.2 Estructura demográfica..... 29

Figura 1. Pirámide poblacional de Cartagena, 2015, 2023 y 2026 29

2.1.2.3	<i>Dinámica demográfica</i>	30
2.1.2.4	<i>Movilidad Forzada</i>	31
2.1.2.5	<i>Población LGBTIQ+</i>	31
2.1.2.6	<i>Población habitante de calle</i>	32
2.1.2.7	<i>Población Migrante</i>	32
2.1.2.8	<i>Población Campesina</i>	33
2.1.3	<i>Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud</i>	33
2.1.3.2	<i>Gobierno y gobernanza en el sector salud</i>	34
2.2	<i>Contexto Procesos económicos y circunstancias de la vida social</i>	34
	<i>Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)</i>	36
2.2.2	<i>Dinámicas de convivencia en el territorio</i>	36
2.3	<i>Desenlaces mórbidos y mortales</i>	37
2.3.1.1	<i>Principales causas y subcausas de morbilidad</i>	37
2.3.1.2	<i>Eventos de alto costo, Distrito de Cartagena</i>	37
2.3.1.3	<i>Morbilidad de eventos de notificación obligatoria</i>	38
2.3.1.4	<i>Morbilidad de eventos precursores</i>	39
2.3.1.5	<i>Análisis de la población en condición de discapacidad</i>	39
2.3.2	<i>Análisis de la Mortalidad</i>	40
2.3.2.2	<i>Mortalidad específica por subgrupo</i>	40
	<i>Neoplasias</i>	40
	<i>Enfermedades del sistema circulatorio</i>	41
	<i>Causas externas</i>	41
	<i>Mortalidad por las demás causas</i>	42
2.3.2.3	<i>Mortalidad materno – infantil y la niñez</i>	42
	<i>Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en población de 1 a 4 años</i>	43
	<i>Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años</i>	43
2.3.2.4	<i>Identificación de prioridades en la mortalidad</i>	44
2.4	<i>Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio</i>	45

3. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO. 47

La priorización de los problemas y necesidades sociales en salud para el Distrito de Cartagena se realizó a partir de la priorización dada en el ASIS, en el marco de lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, los pilares y componentes del modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud-APS y a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social..... 47

En ese orden de ideas, el proceso de priorización fue realizado a través de dos mesas técnicas convocadas por el ente territorial DADIS (Departamento Administrativo Distrital De Salud), con el apoyo de la representantes de la política Proyecto de Apoyo Integral al Sistema de Salud en Migración – PAISS. 47

4. CONTENIDOS DEL COMPONENTE ESTRATÉGICO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD..... 51

4.1.1 PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO 51

Propósito 52

Objetivo..... 52

Pilar 1. Integridad en el Sector Salud 52

Pilar 2. Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad 53

Pilar 3. Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores del sector de la salud 53

Pilar 4. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud 53

4.1.2 COMPONENTES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO Soberanía Sanitaria 54

Ciencia, Tecnología e Innovación 54

Calidad e inspección, vigilancia y control 54

Sistema Único Público de Información en Salud 55

Gestión territorial para el cuidado de la salud..... 55

Participación social en salud..... 55

Vigilancia en Salud Pública 56

Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente 56

Conformación, y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud 56

Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria..... 57

IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en RIISS..... 57

Aspectos clave para la integración en el proceso de planeación 58

4.2.1 OBJETIVOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP. 59

4.3 PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD PRIORIZADOS EN EL TERRITORIO..... 63

TRANSFORMACION ESPERADA 64

4.4 VISION COMPARTIDA A LARGO PLAZO 73

4.4.1.1 VISION DEL PLAN TERRITORIAL..... 73

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL..... 73

4.4.1.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECIFICOS..... 73

4.4.2 RESULTADOS ESPERADOS POR EJES ESTRATÉGICOS Y PROGRAMAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD..... 74

PROGRAMA 3 FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL DISTRITO DE CARTAGENA - CRUED..... 81

PROGRAMA 4 SALUD PÚBLICA 84

4.4.3 METAS ESTRATEGICAS Y CADENA DE VALOR EN SALUD DEL TERRITORIO ARMONIZADAS CON PDD 89

INDICADORES DE RESULTADO 89

INDICADORES DE INDICADORES DE RESULTADO 91

INDICADORES DE RESULTADO 92

PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO -PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD..... 97

5. COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DE SALUD DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD..... 106

5.2 PLAN PLURIANUAL POR FUENTES DE RECURSOS..... 107

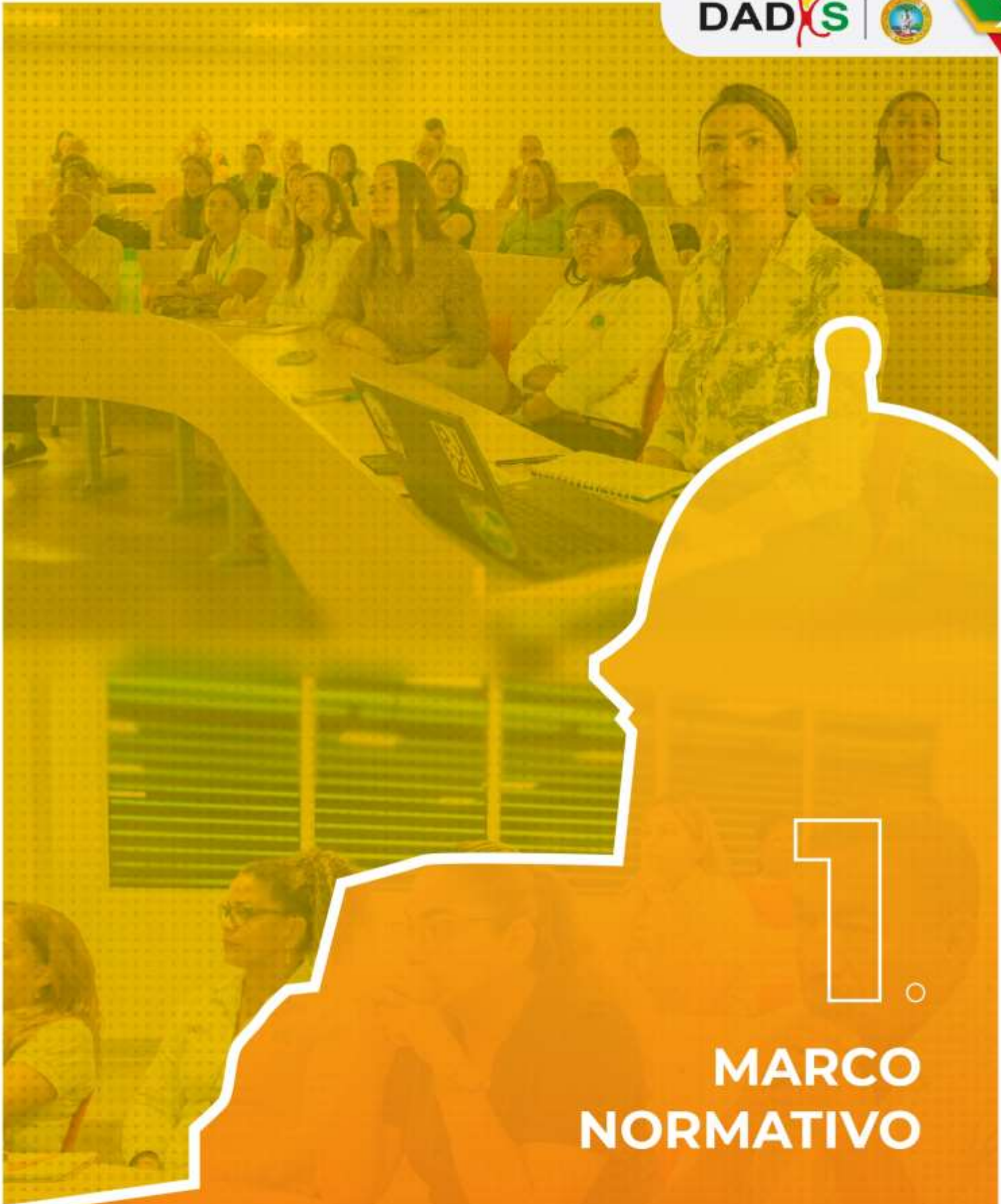
0. INTRODUCCION

Los Planes de Salud Territorial son ideados como elementos puntuales de la estrategia pública en salud, que entran en perfecta armonía con las políticas públicas direccionadas desde el orden nacional , nuestra hoja de ruta que surge a través del acuerdo social y ciudadano es el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 , Plan que establece lasmetas estratégicas para salud pública que nos permitirá a afrontar los desafíos en salud pública de los próximos 10 años, orientado a la garantía del derecho fundamental a la salud,el bienestar integral y la calidad de vida de las personas que viven en Colombia.

Los planes de salud territorial deben ser concretados de forma interactiva, encaminado a impactar positivamente en los determinantes de la salud del territorio y así mismo reducir las inequidades en salud, mejorando el escenario de salud de los moradores y visitantes del territorio. En ese orden de opiniones y conforme a la Ley 152 de 1994 que reglamenta el proceso de planeación en el país donde se establece que el plan está conformado en su organización por una parte estratégica y una parte correspondiente al plan de inversiones a mediano y a corto plazo, se desarrolla el Plan Distrital de Salud 2020-2023 “Por una Cartagena con Salud para todos” armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, Resolución 518 de 2015, Resolución 1536 de 2015, el Plan Nacional de Desarrollo Pacto por Colombia, pacto por la equidad por la Ley 1955 de 2015 y el cual hace parte integral del presente Plan de Desarrollo Distrital “CARTAGENA CIUDAD DE DERECHOS 2024 - 2027”

El Plan Territorial de Salud del Distrito de Cartagena como instrumento estratégico e indicativo busca aportar y territorializar las tres grandes apuestas delineadas en el PDSP 2022 – 2031 , fortalecimiento de la articulación intersectorial para la gestión e los determinantes sociales de la salud, la interseccionalidad al reconocer que las múltiples discriminaciones incrementan la carga de desigualdades en salud en contextos históricos, sociales y culturales determinados y el fortalecimiento de la gestión territorial integral de la salud pública, a través de un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y, por tanto, el logro de los objetivos.

Es válido comentar que en la búsqueda de darle cumplimiento a los objetivos y metas el mismo Plan se armoniza con el Análisis de la Situación en Salud del Distrito, así como con lo establecido en el Plan de Desarrollo Distrital buscando cohesionar los recursos yresponsabilidades de actores determinantes.



1.

MARCO NORMATIVO

1. MARCO NORMATIVO

En el presente numeral se desarrolla el marco normativo que son de referencia esencial para la elaboración del Plan de Salud Territorial de Cartagena de Indias Distrito Turístico y Cultural.

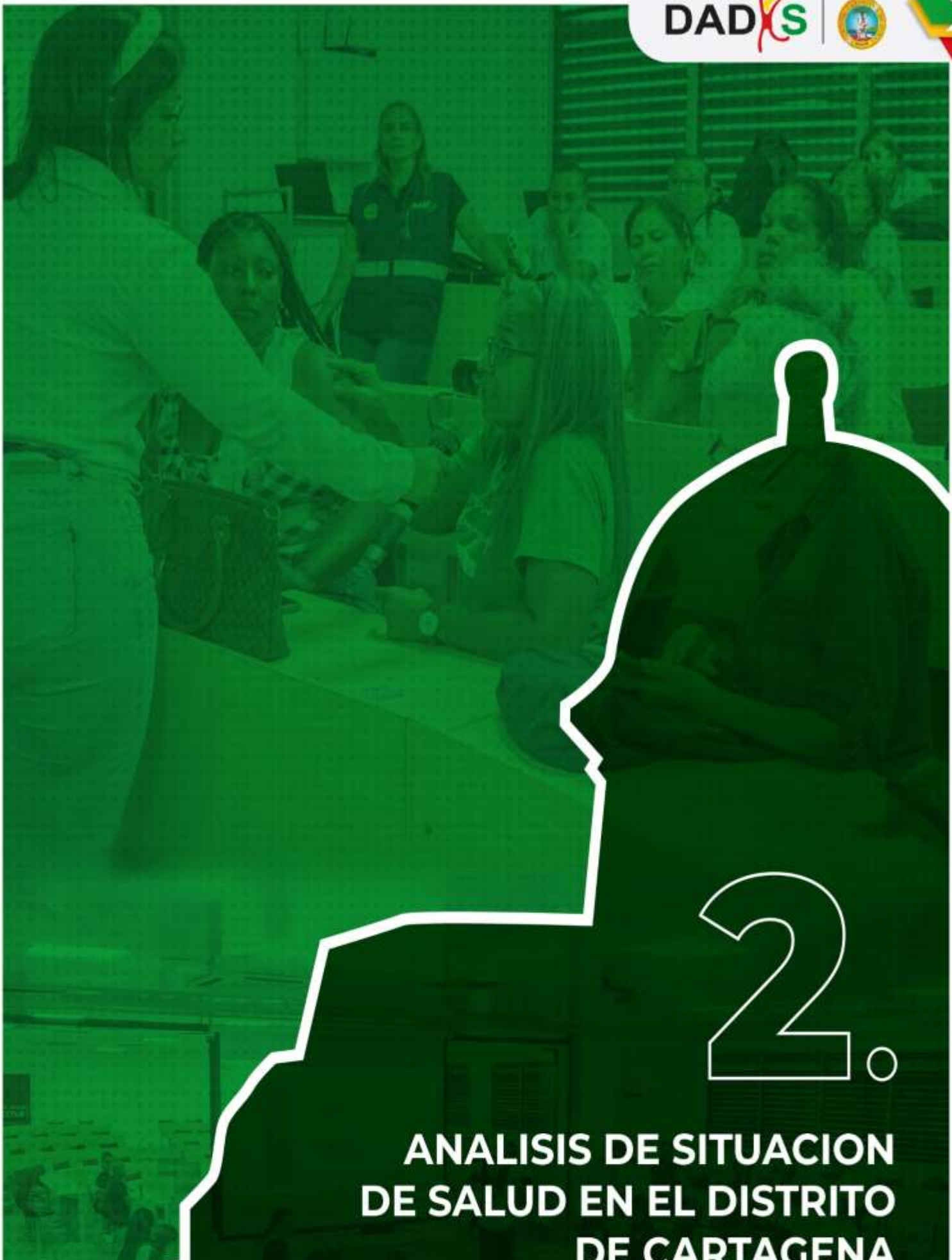
Norma	Disposición
Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) 10 de diciembre 1948	Normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos.
Constitución Política de Colombia de 1991	Derecho a la vida, salud como servicio.
Ley 009 del 24 de 1979	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Incorporada y sustituida por el Decreto 1298 de 1994, con excepción de los artículos 1°. al 62, 64, 65, literal h) del artículo 68, 80 al 89, 98 al 123, 129, 184, 231, 488, 491 al 514. Modificada por el Decreto Ley 2106 de 2019, 'por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública. De la protección del medio ambiente. Suministro de agua. Saneamiento de edificaciones. Alimentos. Drogas, medicamentos, cosméticos y similares. Vigilancia y control epidemiológico. Defunciones, traslado de cadáveres, inhumanación y exhumanación, trasplante y control de especímenes. Artículos de uso doméstico. De las sustancias peligrosas -plaguicidas. Vigilancia y control epidemiológico. Vigilancia y control. Derechos y deberes relativos a la salud. Desastres. Medidas de seguridad.
ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones Modificada por la Ley 1438 de 2011. Modificada por el Decreto 19 de 2012 incorporado Decreto 53 de 2012. .Modificada por la Ley 1562 de 2012. Modificada por la Ley 1955 de 2019 : Modificada por el Decreto Ley 2106 de 2019. Título preliminar. Sistema de seguridad social integral. Principios generales. Fundamentos del servicio público. Integrantes del sistema general de seguridad social en salud. Características básicas del sistema general de seguridad social en salud. Obligatoriedad de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud. Garantías de los afiliados. Plan de salud obligatorio. Sistema de referencia y contrarreferencia en entidades promotoras de salud. Atención inicial de urgencia
ley 152 de 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo

Norma	Disposición
ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Reglamentada por el Decreto Único Reglamentario 1082 de 2015. Modificado por el Decreto 762 de 2017 Por medio del cual se sustituyen los artículos 2.4.5 al 2.4.14 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Modificada por la Ley 1955 de 2019, 'por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"
ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Modificada por el artículo 11 de la Ley 1414 de 2010. Modificada por la Ley 1949 de 2019, 'por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones
ley 1176 de 2007	Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1751 de 2015	Por medio del cual se regula el derecho fundamental en salud.
Ley 2294 de 2023	Por medio del cual se expide plan nacional de desarrollo 2023 – 2026.
Ley 2317 de 2023	Mediante la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública de nutrición prenatal y seguridad alimentaria gestacional.
Ley 2333 de 2023	Por medio de la cual se modifica el artículo 100 de la ley 1438 de 2011 (artículo 100. Hospitales Universitarios. El hospital universitario es una institución prestadora de salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión.)
Ley 2297 de 2023	Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 2306 de 2023	Por medio de la cual se promueve la protección de la maternidad y primera infancia, se crean incentivos y normas para la construcción de áreas que permitan la lactancia materna en el espacio público y se dictan otras disposiciones.
Ley 2310 de 2023	Por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado en la salud mental de la mujer y la familia en caso de duelo por pérdida gestacional o perinatal y se dictan otras disposiciones "Ley brazos vacíos".
Ley 2329 de 2023	Por medio de la cual se modifica ley 1361 del 2009.
Ley 2287 de 2023	Por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Biobancos y se regula el funcionamiento de los Biobancos con fines de investigación biomédica biotecnológica y epidemiológica y se dictan otras disposiciones.

Norma	Disposición
Ley 2338 de 2023	Por medio de la cual se establecen los lineamientos para la política pública en prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la endometriosis, para la promoción y sensibilización ante la enfermedad.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Modificado por el Decreto 1683 de 2019, 'por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10 y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.20 al Decreto número 780 de 2016, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud. Modificado por el Decreto 1424 de 2019, 'por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2, se modifica el artículo 2.1.7.11 y se deroga el párrafo del artículo 2.5.2.2.1.5, en relación con las condiciones para garantizar la continuidad de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). El presente decreto cuenta con varias modificaciones las cuales se encuentran en el espacio exclusivo denominado Decreto Unico en la página web del Ministerio.
Resolucion 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.Reglamentada por el Decreto 2562 de 2014 y reglamenta parcialmente por el Decreto 2651 de 2014. Modificada por el Decreto Ley 2106 de 2019, por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública. Modificada por la Ley 1955 de 2019, Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad. Modificada por la Ley 1797 de 2016, Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Resolucion 518 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas - PIC
Resolucion 3202 de 2016	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones
Resolucion 3280 de 2018	Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Modificada por la Resolución 276 de 2019.
Resolucion 276 de 2019	Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018 Amplia el término para la ejecución de las intervenciones descritas en la resolución, cuya implementación se busca hacer de forma progresiva, así como de efectuar modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación y modifica los anexos técnicos.
Resolucion 1035 de 2022	Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera
Resolución 295 de 2023	Por medio del cual se modifican los artículos, 3,8,11,14,16y 18 de la resolución 518 del 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del plan de intervenciones colectivas y las condiciones para la ejecución.

Norma	Disposicion
Resolucion 2367 de 2023	Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031"
Resolucion 295 2023	Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución
Resolución 0184 de 2024	Por la cual se adopta la Política de Dispositivos Médicos.
Resolución 0207 de 2024	Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal.
Resolución 0400 de 2024	Por la cual se modifica el artículo 7 de la Resolución 2053 de 2019 modificada por la Resolución 1653 de 2023.
Resolución 0484 de 2024	Por la cual se fijan los lineamientos para el uso y ejecución de los recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud y deroga la Resolución 857 de 2020.
Resolución 0558 de 2024	Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023, en relación con la transición prevista para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación.
Resolución 0560 de 2024	Por la cual se establecen los requisitos para obtener la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos y se adopta el instrumento para su verificación.
Resolución 0591 de 2024	Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades.
Resolución 0625 de 2024	Por la cual se adopta para Colombia la iniciativa internacional "Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres".
Resolución 0633 de 2024	Por la cual se adopta en Colombia la Iniciativa Global de Equipos Médicos de Emergencia como Programa Nacional para la reducción del riesgo ante emergencias y desastres en el sector de la salud.
Resolución 0771 de 2024	Por la cual se define el porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra de recaudo de cotizaciones en salud, para las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas en salud para la vigencia 2024.
Resolución 0784 de 2024	Por la cual se establecen las condiciones y el procedimiento que deben cumplir las entidades promotoras de salud que se encuentren en proceso de liquidación.
Resolución 0158 de 2024	Por la cual se aclaran errores de digitación y transcripción contenidos en la Resolución 2364 de 2023 que fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones.

Norma	Disposición
Resolución 0224 de 2024	Por medio de la cual se modifica el artículo 98 de la Resolución 227 de 2022 "Por la cual se reglamenta el Decreto 811 de 2021 que sustituye el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con las licencias, cupos y autorizaciones para el acceso seguro e informado al uso del cannabis y de la planta de cannabis, sus derivados y productos, y se establecen otras disposiciones.
Resolución 0459 de 2024	Por la cual se adopta la Política de Prevención del Daño Antijurídico del Ministerio de Salud y Protección Social para las vigencias 2024-2025.
Resolución 0633 de 2024	Por la cual se adopta en Colombia la Iniciativa Global de Equipos Médicos de Emergencia como Programa Nacional para la reducción del riesgo ante emergencias y desastres en el sector de la salud Emergencia como Programa Nacional para la reducción del riesgo ante emergencias y desastres en el sector de la salud.
Resolución 0641 de 2024	Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, resultado del procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones.
Resolución 737 de 2024	Por la cual se establecen las reglas para la asignación y seguimiento de los recursos que se ejecutan mediante transferencia.
Resolución 740 de 2024	Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones.
Resolución 0769 de 2024	Por medio de la cual se modifica la Resolución 1838 de 2019.
Resolucion 100 de 2024	Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015



2.

ANALISIS DE SITUACION DE SALUD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA

2. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA

2.1 Configuración del Territorio

2.1.1 Contexto territorial

2.1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

Está localizada al norte de la República de Colombia, sobre el Mar Caribe, dentro de las coordenadas 10 Grados 25'30" de latitud norte y 75 Grados 33' 50" de longitud oeste, a una altitud de 5 metros sobre el nivel del mar. Es la capital del Departamento de Bolívar, se encuentra a una distancia de 600 kilómetros y por carretera de 1.204 km de Bogotá, Capital de Colombia.

2.1.1.1.1 Aspectos generales de ubicación y Accesibilidad geográfica

Limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el municipio de San Onofre, al Este con Santa Catalina, Santa Rosa, Turbaco y Turbana y al Oeste con el Mar Caribe.

Cartagena cuenta con un área de 63.982,33 ha, de las cuales 60.885,82 ha corresponden a la zona continental y 3.096,51 ha a la zona insular; correspondiendo a estas últimas el 4,83% del área total. Con base en estos mismos datos, se estimó que 7.583,47ha correspondían a suelo urbano consolidado y 56.398,86 ha a suelo rural, dentro del cual se identificaban a su vez 30 centros poblados, 8 de los cuales se localizan en territorio insular. El área total, de 623 Km², equivale a 2.3% del total de la extensión del departamento de Bolívar (24.978 Km²). El punto más elevado de la ciudad es el cerro de la Popa con una altitud máxima en su parte sur de 155 msnm, en la base del cerro se ubican barrios y asentamientos humanos que hacen parte de esos patrones de concentración territorial de pobreza urbana en el Distrito de Cartagena, borde de la ciénaga de la virgen y zona sur occidental en el área del cerro de Albornoz.

El Distrito de Cartagena de Indias ha realizado esfuerzos para el mejoramiento de vías, principales y alternas; En promedio, entre 2015 y 2020, el 56% de la malla vial fue de tipo rígido. Luego, el 32% fue tipo afirmado, el 12% en afirmado y menos del 1% en adoquín. A 2020, casi el 30% de la malla vial de Cartagena se encontraba en mal o regular estado. Se resalta un poco, que en los últimos años ha aumentado ligeramente el porcentaje de malla vial en buen estado: paso del 67,6% en 2015 al 71,6% en 2020, TRANSCARIBE S.A. es el titular del Sistema integrado de Transporte Masivo de la ciudad de Cartagena, Transcaribe y en tal calidad le compete la planeación, gestión, implementación y control del Sistema. Los servicios troncales del Sistema Transcaribe circulan por la Avenida Pedro de Heredia, que es la columna vertebral de la ciudad, Avenida Venezuela, Avenida Blas de Lezo, Bocagrande por la Avenida San Martín con retorno por la Avenida Tercera y de Crespo por

la Avenida Santander y carrera 70, con proyección a una ampliación de cobertura de rutas en Zona Norte, Castillogrande-Laguito, Parque Heredia, Zona Industrial de Mamonal y sus alrededores. En la actualidad, son 70 mil usuarios en promedio durante un día hábil quienes utilizan este servicio.

El Distrito de Cartagena actualmente cuenta con dos (2) terminales de transporte de las cuales solo una (1) se encuentra en funcionamiento. Esta terminal se localiza dentro del área urbana específicamente en la localidad Industrial y de la Bahía, en la unidad comunera de gobierno 13 en la zona oriental de la ciudad, está rodeada por los barrios Ciudad Jardín, Villas de la Candelaria, La Carolina, Villa estrella y El Pozón. Actualmente es la terminal terrestre que interconecta al Distrito con el resto del País.

Los documentos de análisis de la Malla Vial de la ciudad de Cartagena concluyen que el Distrito de Cartagena dentro de su complejidad no posee un amplio portafolio de vías arteriales y complementarias disponibles, limitándose a un flujo constante y de mayor frecuencia sobre solo unas cuantas vías principales para el traslado y circulación dentro un casco urbano muy poco organizado, con señalizaciones y semaforización ajustada y estricta a una red vial con poca equidad en cuanto a movilidad; entre las vías principales se destacan la avenida Pedro Heredia como principal Eje arterial, el Corredor de Carga, la Transversal 54, la Avenida del Lago, la Avenida Pedro Romero, la Avenida San Martín y la Avenida Santander, entre otras.

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena cuenta con una terminal aérea denominada como el “Aeropuerto Internacional Rafael Núñez”, localizado al Norte de la ciudad específicamente en el barrio Crespo de la localidad 1 Histórica y del Caribe Norte, en la unidad comunera de gobierno número 1, dentro del suelo urbano de acuerdo al plan de ordenamiento territorial vigente; lo que quiere decir que cuenta con la infraestructura vial y está dentro del perímetro de servicios públicos domiciliarios.

2.1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Características físicas del territorio

2.1.1.2.1 Características físicas del territorio

Clima

El régimen climático de la región donde se encuentra Cartagena de Indias está bajo la influencia de los desplazamientos Norte – Sur de la Zona de Convergencia Intertropical (Z.C.I.). Cartagena de Indias tiene un clima tropical semiárido influenciado por fenómenos climatológicos como los vientos Alisios entre diciembre y marzo, con períodos de lluvia y períodos secos. La temperatura promedio es de 27, 9º (EPA 2020), suavizadas por los

vientos marinos del noreste; la humedad relativa promedio es del orden del 90% y las lluvias están distribuidas durante el año en dos períodos, entre abril y mayo; y de septiembre a noviembre, alternados con épocas secas como el denominado “Veranillo de San Juan”. Las tierras están comprendidas en el piso térmico cálido.

Relieve

El Distrito de Cartagena se ubica en el costado noroccidental del departamento de Bolívar en la zona costera y su área es principalmente colinada se encuentra en una zona relativamente plana, dominada por depósitos cuaternarios y escasez de procesos de remoción en masa, compuesta principalmente por formaciones irregulares y accidentadas, así como zonas planas. Cerca de las costas no es común ver formaciones de montañas o elevaciones, sin embargo, en el Distrito se evidencian áreas abundantes en relieves positivos importantes conformados por material rocoso, como el sector nororiental del Distrito, al norte del centro poblado de Bayunca, o como el cerro de La Popa que alcanza una altura de 155m en su lado sur, localizado cerca de la costa y al pie de la Ciénaga de La Virgen. El cerro de La Popa, junto con el cerro de Albornoz y Marion que superan una altura de más de 55m, son áreas importantes dentro de la Estructura Ecológica Principal Urbana, por lo cual son consideradas áreas importantes para reforestación.

El relieve de Cartagena se caracteriza principalmente por dos zonas, una plana y la otra quebrada.

Hidrografía

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias es un ente territorial con diversidad geográfica extrema, la máxima extensión de su territorio se encuentra ubicado en la zona rural y de esta, un número muy representativo lo conforman, además de las zonas costeras las islas e islotes que tiene su jurisdicción. La ciudad está sobre una franja de 193 km de costa, la cual puede tener un ancho desde 17km en la zona norte (Punta Canoas) y menos de un kilómetro en algunas partes de la bahía de Cartagena y Barbacoas. Con 122,25 km de línea de costa que componen la zona insular. El sistema hídrico se conforma principalmente por todas aquellas aguas afluentes de la gran cuenca del Mar Caribe, sistema de Arroyos y Acuífero del norte, las Bahías de Cartagena y Barbacoas; El Canal del Dique del Río Magdalena del cual se capta agua para el acueducto de la ciudad, La cuenca del Humedal o Ciénaga de la Virgen; el Sistema de Caños y Lagos Internos de la ciudad. El área de influencia es supramunicipal, trasciende el territorio de la jurisdicción del DT y Cultural de Cartagena de Indias y por tanto es parte de la Unidad Ambiental Costera del Río Magdalena y Canal del Dique (UAC-RMCD) y del Departamento de Bolívar.

Aire

En el contexto de Cartagena, la industria, especialmente la petroquímica, química y plástica, desempeña un papel significativo en la economía de la ciudad. En el año de diseño del sistema, se registraron más de 136 empresas grandes y medianas en esta categoría. La presencia de estas industrias requiere un monitoreo constante de la calidad del aire, y para ello se implementó un Sistema de Vigilancia de Calidad del Aire (SVCA).

El comportamiento diario del contaminante PM_{2,5} en lo que va del año 2023 ha sido monitoreado en varias estaciones, y los resultados muestran que la calidad del aire se mantiene en niveles aceptables según los límites establecidos. A continuación, se presenta un resumen de la situación en diferentes estaciones de monitoreo:

RIESGOS MEDIOAMBIENTALES

Deforestación: Actualmente hay implicaciones peligrosas en la reducción de los bosques naturales; la pérdida de la cobertura vegetal por efecto de la explotación de canteras, la expansión de la frontera urbana, la quema incontrolada, la falta de alternativas de producción en la población, entre otras, provocan efectos graves sobre el recurso hídrico, la estabilidad del suelo y la pérdida de la biodiversidad. La deforestación también puede afectar directamente la salud de la población. La pérdida de bosques puede aumentar la exposición a enfermedades transmitidas por vectores, como malaria y enfermedades transmitidas por garrapatas, al eliminar los hábitats naturales de los organismos portadores. Además, la degradación ambiental asociada con la deforestación puede contribuir a la contaminación del aire y del agua, afectando la salud respiratoria y causando enfermedades relacionadas con la calidad del agua.

Erosión: La pérdida de vegetación y la erosión del suelo aumentan el riesgo de eventos extremos como inundaciones y deslizamientos de tierra. Estos eventos pueden representar amenazas directas para la vida y la seguridad de las comunidades, así como generar pérdidas materiales significativas.

La sedimentación excesiva de cuerpos de agua: Estos cambios afectan la biodiversidad y la funcionalidad de los ecosistemas marinos. Los cambios en la dinámica costera pueden tener implicaciones para la salud pública. Por ejemplo, la acumulación de sedimentos en áreas recreativas o de pesca puede introducir contaminantes y afectar la seguridad alimentaria

de las comunidades que dependen de los recursos marinos.

Inadecuada Explotación minera: En casos extremos, los cambios en la dinámica costera pueden contribuir al desplazamiento de comunidades costeras a medida que la línea costera evoluciona. Esto plantea desafíos significativos para la planificación urbana y la adaptación al cambio climático. Para abordar estos problemas, es esencial implementar prácticas de manejo sostenible de la tierra y de cuencas hidrográficas, así como medidas de conservación costera. La reforestación, la implementación de técnicas de conservación del suelo y la gestión adecuada de cuencas son enfoques clave para mitigar los impactos negativos de la sedimentación y la acreción. La contaminación en Cartagena, generada principalmente por el manejo deficiente de residuos y las actividades industriales, presenta riesgos significativos para la salud de la población y afecta los ecosistemas acuáticos. Aquí se exploran los aspectos clave relacionados con la contaminación en la región:

Contaminantes y Riesgos para la Salud:

Contaminantes Químicos, Físicos, Orgánicos y Microbiológicos: Las actividades económicas, industriales y urbanas introducen una variedad de contaminantes en el ambiente, incluyendo químicos tóxicos, residuos sólidos, desechos orgánicos y contaminación microbiológica. Estos pueden representar riesgos para la salud humana a través del consumo de agua y alimentos contaminados, así como la inhalación de aire contaminado.

Riesgos en la Producción Pesquera: La contaminación afecta la capacidad de los cuerpos de agua para soportar la vida acuática, impactando la producción pesquera. El consumo de pescado contaminado puede representar un riesgo directo para la salud de las comunidades locales que dependen de esta fuente de alimento.

Acelerados procesos de urbanización: El acelerado proceso de urbanización en Cartagena, impulsado por el crecimiento de los asentamientos humanos y el aumento de la población, tiene consecuencias significativas para la salud de los habitantes. Aquí se abordan algunos de los impactos asociados con este fenómeno:

Calidad del Aire: El aumento de actividades industriales, comerciales y de transporte en entornos urbanos puede resultar en una mayor emisión de contaminantes atmosféricos. La mala calidad del aire, caracterizada por altos niveles de partículas y gases contaminantes, afecta la salud respiratoria de la población.

Calidad del Agua: La urbanización puede dar lugar a la contaminación de fuentes de agua por desechos industriales, domésticos y urbanos. Las aguas residuales no tratadas y la escorrentía de superficies urbanas pueden introducir sustancias nocivas en los cuerpos de agua.

Problemas de Salud Pública: Enfermedades Respiratorias: La contaminación del aire,

especialmente en entornos urbanos con tráfico vehicular y actividades industriales intensas, está vinculada a un mayor riesgo de enfermedades respiratorias como asma y bronquitis.

Enfermedades Transmitidas por Agua: La contaminación del agua puede dar lugar a la propagación de enfermedades transmitidas por el agua, como gastroenteritis y otras infecciones gastrointestinales.

Deterioro de Ecosistemas y Servicios Ecosistémicos Pérdida de Biodiversidad: La expansión urbana a menudo implica la degradación y pérdida de hábitats naturales. Esto contribuye a la pérdida de biodiversidad, afectando a las especies locales y los servicios ecosistémicos que proporcionan.

Alteración de Ciclos Hidrológicos: La pavimentación y la urbanización pueden alterar los ciclos naturales del agua, aumentando el riesgo de inundaciones y afectando la recarga de acuíferos.

Demandas de Agua y Energía: El crecimiento urbano impone una mayor demanda de recursos naturales, como agua y energía. La sobreexplotación de estos recursos puede tener impactos negativos en la disponibilidad y sostenibilidad a largo plazo.

Acceso Limitado a Servicios de Salud: El rápido crecimiento poblacional puede ejercer presión sobre los servicios de salud, resultando en un acceso limitado a atención médica de calidad.

Desafíos en Saneamiento Básico: El rápido desarrollo urbano a veces supera la capacidad de proporcionar servicios básicos de saneamiento, lo que puede contribuir a problemas de contaminación y salud pública.

Desigualdades Sociales y Vulnerabilidad y marginación de Comunidades: En algunos casos, el desarrollo urbano puede resultar en la marginación de comunidades de bajos ingresos, exponiéndose a entornos menos saludables y limitando su acceso a servicios esenciales, la gestión sostenible del crecimiento urbano es esencial para mitigar estos impactos negativos. Planificación urbana adecuada, regulaciones ambientales efectivas, inversión en infraestructuras resilientes y medidas para mejorar la calidad de vida de los residentes son fundamentales para abordar los desafíos asociados con la urbanización acelerada.

La inseguridad alimentaria en Cartagena se ve agravada por varios factores asociados al abandono de los sistemas de producción y los cambios en el uso del territorio, lo que tiene implicaciones directas en la oferta de alimentos y, por ende, en la salud y bienestar de la población. Aquí se describen algunos de los aspectos clave relacionados con este problema:

Disminución de la Oferta Agropecuaria: Los cambios en el uso del territorio, como la expansión urbana y la conversión de tierras agrícolas, contribuyen al abandono de sistemas

de producción agropecuaria. Esto resulta en una reducción gradual de la oferta de alimentos producidos localmente.

Dependencia de Mercados Externos: La disminución de la producción local aumenta la dependencia de los mercados externos para satisfacer la demanda alimentaria. Esto hace que la ciudad sea más vulnerable a las fluctuaciones en los precios de los alimentos y a posibles interrupciones en la cadena de suministro.

Ampliación de la Frontera Urbana: La expansión de la frontera urbana presiona a los pequeños propietarios de tierras. La competencia por el acceso a extensiones de tierra puede resultar en desplazamiento de la economía campesina, afectando negativamente a quienes dependen de la agricultura para su subsistencia.

Impacto en la Economía Campesina: El desplazamiento de la economía campesina puede tener consecuencias socioeconómicas significativas. La pérdida de tierras y la disminución de la producción agrícola afectan los ingresos y la estabilidad económica de las comunidades rurales.

Consecuencias para la Salud de la Población: Desnutrición y Dietas No Saludables: La inseguridad alimentaria puede dar lugar a la falta de acceso a alimentos nutritivos, contribuyendo a problemas de desnutrición y a la adopción de dietas no saludables. Esto, a su vez, está asociado con diversas enfermedades y problemas de salud.

Aumento de Enfermedades Relacionadas con la Alimentación: La dependencia de alimentos procesados y la falta de acceso a productos frescos pueden contribuir al aumento de enfermedades relacionadas con la alimentación, como la diabetes y la obesidad.

Necesidad de Estrategias de Seguridad Alimentaria y promoción de Agricultura Sostenible: Se requieren estrategias que promuevan la agricultura sostenible y la preservación de tierras agrícolas. Esto implica políticas que protejan las áreas de producción alimentaria y fomenten prácticas agrícolas respetuosas con el medio ambiente.

Apoyo a Comunidades Rurales: Es fundamental proporcionar apoyo a las comunidades rurales, incluyendo acceso a recursos, capacitación y tecnologías que mejoren la productividad agrícola y fortalezcan la resiliencia económica.

Educación Nutricional: Iniciativas educativas que promuevan la nutrición adecuada y la importancia de dietas equilibradas pueden contribuir a mejorar la salud de la población.

La inseguridad alimentaria no solo se trata de la disponibilidad de alimentos, sino también de la equidad en el acceso a alimentos nutritivos y culturalmente apropiados. Enfrentar este desafío requiere enfoques integrales que aborden tanto las dimensiones económicas como las de salud y bienestar de la población.

Tipos de amenazas

En el marco de los aspectos físico-ambientales (geología, rasgos estructurales, geomorfología, hidrografía, fisiografía), variables climatológicas, aspectos socioculturales y económicos del Distrito de Cartagena, se producen diferentes fenómenos naturales, socio-naturales y antrópicos, con distinta potencialidad destructiva y nivel de recurrencia que constituyen una amenaza para la población y sus medios de vida, tales como huracanes, vendavales, inundaciones, mar de leva, cerámico (rayos), sismos, tsunamis, remoción en masa, erosión costera, diapirismo de lodos, incendios forestales, degradación de recursos naturales, contaminación, aglomeraciones en público, redes eléctricas, accidentes aéreos, derrames, fugas, explosiones e incendios estructurales.

Cambio climático

La interacción entre los fenómenos climáticos, el desarrollo socioeconómico y la salud de la población en Cartagena de Indias. Las variaciones climáticas, como las elevaciones del nivel del mar, las lluvias torrenciales y los eventos extremos, tienen un impacto directo en la salud y el bienestar de la población, así como en la infraestructura y la actividad económica de la ciudad.

En primer lugar, Cartagena de Indias es una ciudad expuesta a fenómenos climáticos debido a su ubicación costera, lo que la hace vulnerable a eventos como la erosión costera, inundaciones y otros desastres naturales. Estos eventos climáticos extremos pueden tener consecuencias directas en la salud de la población, como el aumento de enfermedades relacionadas con el agua, la pérdida de viviendas e infraestructuras esenciales para la atención médica, y el estrés psicológico causado por la incertidumbre y la pérdida de seguridad.

Influencia del fenómeno de la niña en el distrito de Cartagena

A través de la circular 026 el Instituto de Hidrología, Meteorología y estudios ambientales (IDEAM) y la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres se emitió pronóstico de aumento de lluvia en el País hasta de un 40% adicional para el 2022. En promedio en el Distrito de Cartagena llueve durante los meses de septiembre y noviembre un promedio de 514 mm de lluvias, pero se estimó que el promedio podría ascender con una estimación a 668 mm de lluvia como efecto del fenómeno de la niña.

Escenarios de riesgos

La formulación de escenarios de riesgo comprende la estimación de pérdidas y daños que podría sufrir un territorio ante la ocurrencia de algún desastre asociado a las principales amenazas priorizadas. En la medida que tanto las amenazas, como las condiciones de vulnerabilidad presentan variaciones en el territorio, es posible determinar una distribución espacial del riesgo, con la finalidad de determinar y priorizar acciones, intervenciones y proyectos de manera específica, orientados a disminuir los niveles de vulnerabilidad y riesgo. Para seleccionarlos se reconocen diferentes criterios según las miradas, intereses y actores involucrados, con base en los cuales se puede obtener una buena cantidad de posibles panoramas de riesgo. Para el caso del Plan Distrital de Gestión del Riesgo de Cartagena de Indias, se puntualizan los escenarios por fenómenos amenazantes, en los que cada escenario se refiere a las condiciones de riesgo asociadas con una amenaza en particular (fenómeno amenazante).

Cartagena de Indias, un distrito cuyo encanto colonial se entrelaza con la realidad de su exposición a una amplia gama de amenazas naturales y antropogénicas. Este crisol de historia y modernidad se ve sometido a la constante evaluación y preparación para enfrentar los múltiples escenarios de riesgo que pueden presentarse.

En la encrucijada entre el pasado y el presente, entre la belleza histórica y la realidad contemporánea, Cartagena de Indias se enfrenta a su destino con valentía y determinación. Reconociendo sus amenazas, abrazando sus fortalezas y trabajando en colaboración con actores públicos y privados, la ciudad se prepara para afrontar los desafíos que el futuro pueda deparar.

Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico:

Huracanes

Los huracanes son fenómenos Hidrometeorológico que se caracterizan por la aparición de vientos fuertes con trayectoria circular y con velocidades superiores a los 118 Km/h, que contienen bastante humedad y calor, se forman sobre el mar Caribe y su anillo tiene entre 100 y 200 Km de diámetro.

Los estudios realizados sobre huracanes en el país son muy pocos debido a la baja probabilidad de que se presente este tipo de eventos en el territorio, sin embargo hay que tener en cuenta que una amenaza puede desencadenar otra serie de eventos físicos dañinos como ocurre en este caso; adicionalmente los reportes nacionales sobre huracanes son muy pocos, pues a pesar de que están identificados, son escasos los datos de los impactos que generaron como pérdida de vidas humanas, número de damnificados,

infraestructura afectada, etc.1.

Tormenta Tropical

La región caribe colombiana, a pesar de estar catalogada como de baja probabilidad de ocurrencia de este tipo de fenómenos, no se encuentra exenta de sufrir los efectos de un huracán, ya sea de manera directa o indirecta por los efectos colaterales del mismo.

Por influencia directa de las bandas nubosas alimentadoras del ciclón tropical que puede generar lluvias fuertes, vendavales, semitornados, incremento de la altura del oleaje, tormentas eléctricas, entre otros, se encuentran las zonas costeras de los departamentos de Atlántico, Magdalena, Bolívar, Sucre y Córdoba; por efecto de las fuertes lluvias se pueden presentar además inundaciones en ciudades como Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Montería, Sincelejo, Valledupar y crecientes súbitas en ríos y quebradas de la Sierra Nevada de Santa Marta.

Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Vendavales

Los vendavales son fenómenos meteorológicos caracterizados por vientos fuertes y repentinos, que generalmente están acompañados de aguaceros intensos de larga duración y tormentas eléctricas locales. Estos eventos generalmente ocurren al finalizar los meses de verano y comenzar los de invierno y viceversa.

Se considera que el nivel de riesgo estimativo es alto para el Distrito y que este fenómeno puede presentarse en cualquier parte del territorio, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables

Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Inundaciones

El documento Diagnóstico del POT concluye que la inundación en el Distrito de Cartagena de Indias corresponde a las zonas bajas de llanuras intermareales a orillas del mar o a orillas de los cuerpos de agua internos, así como las partes bajas alrededor de los diferentes canales y drenajes, sectores que se encuentran expuestos a los cambios en el nivel de las aguas por múltiples causas: oleaje, vientos, mares de leva, mareas, así como por el desborde de canales de drenaje y de cauces naturales por lluvias intensas por deficiencia en los sistemas recolectores de agua, hechos que se manifiestan con frecuencia en la mayor parte del Distrito, por lo tanto es necesario reforzar los sistemas de alerta temprana en las zonas expuestas. En la actualidad estos regímenes se ven alterados durante la ocurrencia de los fenómenos de El Niño, La Niña y la Oscilación del Atlántico Norte.

2.1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población total.

El Distrito de Cartagena, de acuerdo con DANE 2020 - 2035 con proyección de población Post-COVID 19 se registra en 2023 una población total de 1.052.015 habitantes, se puede observar que con este último comparándolo con la proyección de DANE del 2018-2026 la población se disminuyó en 13.555 equivalente a 1,27% menos. Esta disminución aparte de los efectos de la pandemia por COVID 19, puede ser atribuida también a la migración y descenso de la natalidad.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado.

De acuerdo a su extensión territorial y a su número de habitantes, encontramos una densidad poblacional de 1710,4 habitantes por km cuadrado para el Distrito de Cartagena, lo cual incluye su área urbana y sus aproximadamente 25 corregimientos. Es importante tener en cuenta que la densidad de población no indica exactamente que esas sean las personas que viven por cada kilómetro cuadrado; se trata, solo, de una cifra que permite hacerse una idea aproximada de cuánto territorio está habitado en un determinado lugar.

Grado de urbanización y Población por área de residencia urbano/rural

Cartagena tiene una mayor extensión en zona rural, pero mayormente poblada en zona urbana situación que se ha ido creciendo a lo largo de los años, de esta forma en el 2005 el grado de urbanización fue de 81,91% mientras que para el 2022 alcanzó 88,5%, creciendo 8,0 puntos porcentuales esto implica que mientras en el área urbana viven 88,54% habitantes en el área rural sólo 11,46% de los habitantes. Algunas de las causas relacionadas con la urbanización creciente de la población pueden estar asociado a pobreza en zona insular, falta de empleo, mayores oportunidades de desarrollo en área urbana, además que por cada 100 personas que habitan en el área rural viven 781 personas en el área urbana.

2.1.2.1 Población por pertenencia étnica

El cabildo zenú es una comunidad conformada por 104 familias desplazadas de Córdoba. Aunque no tienen tierra, luchan en medio de la ciudad para preservar sus tradiciones.

Cabildo de Membrillal, Cartagena de Indias. Una vez despojados de sus tierras en el cabildo de San Andrés de Sotavento, Córdoba, hacia el año 2000, la comunidad indígena zenú no sabía a dónde ir. Fue por influencia de algunos familiares que decidieron migrar a Cartagena. El desplazamiento masivo de este grupo étnico fue causado por grupos paramilitares que los amenazaron y les dieron 24 horas para salir de su territorio.

En 2002 la comunidad formalizó el cabildo zenú asentado en el sector de Membrillal, en

Cartagena. Hoy es el único resguardo indígena en esta ciudad reconocido por el Distrito, el Ministerio del Interior y el resguardo indígena de San Andrés de Sotavento.

El censo 2018 planteó la pertenencia a los diferentes grupos étnicos conforme al auto reconocimiento de cada persona registrada, dada esta característica en el Distrito de Cartagena solo el 22% auto reconoció ser parte de un grupo étnico, el 0,88% no informó, el 78,71% expresó no pertenecer a ningún grupo de etnia.

En el Distrito de Cartagena existe un cabildo indígena ubicado en el barrio Membrillal.

Los grupos étnico son poblaciones que cuentan con condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas diferentes del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones. en Cartagena se auto reconocen mayoritariamente los siguientes:

Afrodescendientes: Comunidad con raíces y descendencia histórica, étnica y cultural africana nacidos en Colombia

Negritudes Población de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres

Palenqueros: Es la población descendiente de los esclavizados que mediante actos de resistencia y de libertad, se refugiaron en los territorios de la Costa Norte de Colombia desde el Siglo XV denominados palenques.

Raizales: Es la población nativa de las Islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina descendientes de la unión entre europeos (principalmente ingleses, españoles y holandeses) y esclavos africanos.

Para el censo del 2018 se planteó la pertenencia étnica a los diferentes grupos étnico conforme al autorreconocimiento de cada persona censada, las etnias fueron clasificadas como indígenas, gitanos o rom, raizal de archipiélago de San Andrés y Providencia y santa Catalina, Palenquero de San Basilio, negro, mulato, afrodescendiente, afrocolombiano. Dada estas características solo el 20,4% auto reconoció ser parte de un grupo étnico, el 78,71% de la población expresó no pertenencia a ningún grupo étnico y el 0,88% no informa.

La distribución de la población indígena en el distrito de Cartagena según el pueblo que pertenece se observa entonces cómo predomina con un 70,9 % y un equivalente a 922 individuos que se auto reconocen en este pueblo también se logra determinar un crecimiento poblacional 67,6% y su equivalente de 372 personas más identificadas en el censo del 2018 cuando se compara con los datos ofrecidos en el censo de 2005 también se podría decir que por cada 10 personas del pueblo Zenú en el 2005 2018 hay 6 personas más

en segundo lugar hay un grupo poblacional que se identifica como Wayuu mostrando un 7.5% y una reducción de 38,9% y 62 personas menos en el 2015 que en el 2005.

Kankuamos: Se les conoce como "guardianes del equilibrio del mundo" son el pueblo amerindio de la familia chibcha en la región Caribe de Colombia.

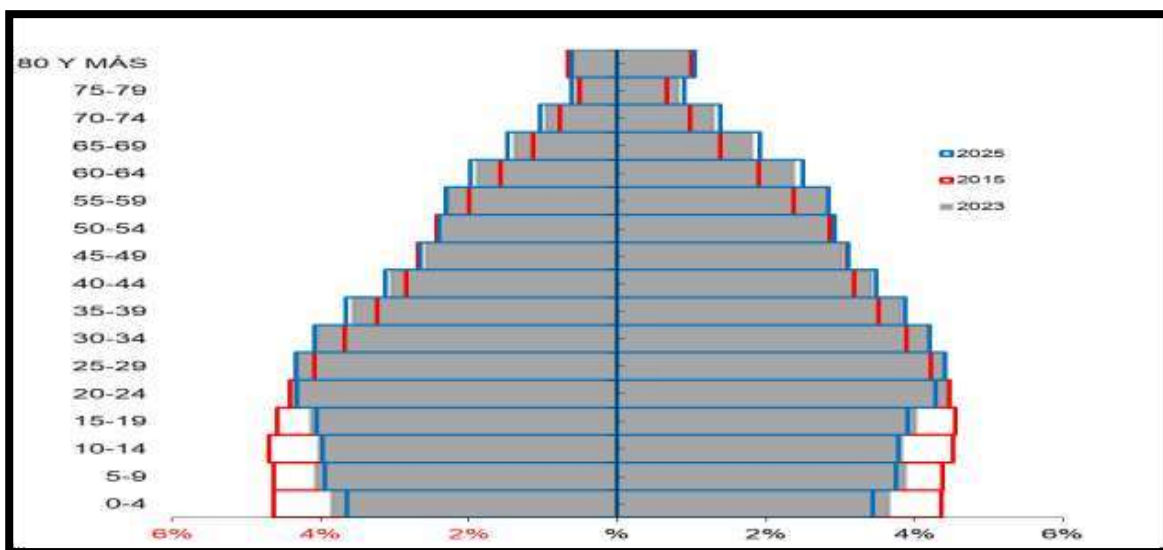
Ingas Son descendientes de los Incas y arribaron a la región como avanzadas militares en el proceso de expansión del imperio

Zenú Los Sinú o Zenú son un pueblo indígena de Colombia, cuyo territorio ancestral está constituido por los valles del río Sinú, el San Jorge y el litoral Caribe en los alrededores del Golfo de Morrosquillo, en los actuales departamentos colombianos de Córdoba y Sucre

2.1.2.2 Estructura demográfica

La pirámide poblacional de Cartagena es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, lo que es evidente al experimentar una reducción desde sus primeros años de vida hasta los 19 años para el 2023 y se proyecta que para el 2025 siga disminuyendo. Los grupos de edades que tienen más población son los de 20 a 29 años, se ve un leve ensanchamiento en la población adulto mayor, además el descenso de la mortalidad, esta pirámide poblacional se seguirá estrechando en su base y expandiéndose en los grupos de edades mayores. (Figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional de Cartagena, 2015, 2023 y 2026



Fuente: Proyección DANE 2000 -2017 y Censo DANE post COVID 19 proyección 2020 –2035.

Los cambios demográficos por curso de vida presentan su mayor incremento en la adultez (Persona mayor 60 años y más), con el 41,3 % del aumento de la población en el 2023 respecto al 2015 sin embargo respecto al peso porcentual de la población y un equivalente de 39.217 personas más. Así también el curso de vida de la Adolescencia (12 a 17 años) se mantuvo en los dos años (0,11 y 0,10%) y se proyecta que se mantenga para el 2026, (0,09) además se denotan cambios negativos en primera infancia (0 a 5 años), con una reducción 1,0%.

La esperanza de vida al nacer o expectativa de vida es la media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto período, además permite evaluar las condiciones con los individuos se desarrollan en la sociedad. La esperanza de vida es una medida hipotética porque se basa en las tasas de mortalidad actuales, pero las tasas de mortalidad reales cambian durante el transcurso de la vida de una persona. La esperanza de vida de cada persona cambia según la misma envejece y a medida que cambian las tendencias de mortalidad.

Los principales indicadores demográficos muestran que para el año 2023 la población total se incrementó en 12% equivalente a 116.128 habitantes con respecto al año 2015. Al comparar los tres años se evidencia que la razón de masculinidad pasa de 94,56 en el 2015 a 93 hombres en el 2023 y se proyecta que se mantenga en el 2025 por cada 100 mujeres, con predominio en mujeres.

2.1.2.3 Dinámica demográfica

Según fuente DANE para el 2022 en el Distrito de Cartagena se reportaron un total de 17.110 nacimientos (10,19 por 1).

La tasa de crecimiento natural o vegetativo que es la obtención de la diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad, la tasa de crecimiento vegetativo o natural para el año 2022 fue superior a la del 2021, 9,70 frente a 10,56; crecimiento natural positiva, lo que indica que la población está creciendo debido a un mayor número de nacimientos que de defunciones. La tasa de mortalidad presentó una disminución del 2021 con respecto al 2022, cabe destacar que las tasas de mortalidad más alta del 2005 al 2022 fueron las del 2020 y 2021, reflejo de las altas mortalidades del COVID 19, las tasas brutas de natalidad se han mantenido en los últimos tres años. Lo anterior sin tener en cuenta fenómenos migratorios.

Con relación a el comportamiento de la fecundidad en Cartagena en población de 15 a 19 años durante la serie analizada se denota cierta inestabilidad al inicio del período (2005-2007); sin embargo, a partir 2008, el patrón presenta una tendencia al incremento y que continúa hasta el año 2009 mostrando una cúspide con una tasa de 90,95 nacimientos por

1000 mujeres, para el 2022 se reportó una tasa de fecundidad de 60,14 nacimientos por cada 1.000 de 15 a 19 años, con una disminución del 10% comparado con el 2021. Al comparar con las tasas de ciudades como Barranquilla y Santa Marta se encuentra por encima de estas, donde la primera reporta una tasa de 55,9 y la segunda de 57,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre edades de 15 a 19 años.

Para la tasa de fecundidad de mujeres entre 10 a 14 años indica que para el último año del análisis 2 de cada 1.000 mujeres de la misma edad se embarazan, con tendencia estable, al comparar 2005 con el 2021, el pico más alto fue en 2014, 2015 y 2016 que aportó una tasa de 4 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edades de 10 a 14 años. Llama la atención si bien en los últimos 7 años las tasas han disminuido, esta continúa siendo elevada, teniendo en cuenta que en este grupo no debería ocurrir embarazos, lo cual en todos los casos se tratan acceso carnal en menor de 14 años.

2.1.2.4 Movilidad Forzada

De manera convencional, los organismos internacionales designan migración forzada como aquella movilidad humana ocasionada por anomalía o conflictos ajenos a la dinámica de acumulación de capital, es el caso de la violencia desatada por conflictos políticos, étnicos, religiosos o comunitarios, la violencia generada por las guerras, guerrillas, narcotráfico, también por la irrupción de catástrofes naturales como huracanes, inundaciones, sequías, etcétera.

Según datos de registro único de víctimas, con corte 29 de febrero del 2024, de 2015 a 2023 en el distrito hay 1.802 Personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 que fueron víctimas de un hecho victimizante, 11.218 Personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011, que declararon (narraron el hecho victimizante) ante el Ministerio público en el territorio., eventos 1.839 Ocurrencia de un hecho victimizante a una persona.

Los hechos victimizantes principales de personas que fueron reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 fueron los desplazamientos forzados con 1.207 (69%), amenazas (26%) y homicidios 90 (5%).

2.1.2.5 Población LGBTIQ+

En Colombia, según el DANE, durante el año móvil mayo 2021 – abril 2022, se identificaron alrededor de 501 mil personas LGBTIQ+, que equivale al 1,4% de la población mayor de 18 años del país. Los datos para Cartagena indican que hay alrededor de 1.444 hogares conformados por personas del mismo sexo; este valor es el cuarto mayor de 1.121 municipios estudiados del censo 2018, solo superada por Cali, Medellín y Bogotá.

La población LGTBIQ+ se enfrenta una serie de desafíos que afectan su bienestar físico y psicosocial, derivados de la discriminación, la intolerancia y la falta de aceptación en la sociedad, lo que resulta como fundamental reconocer a la población LGTBI, quienes históricamente le han sido negado el respeto y reconocimiento.

Entre el 2005 al 2023, de acuerdo al RUV a corte de 29 de febrero del 2024, en el distrito, personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 que fueron víctimas de un hecho victimizante, de población LGTBIQ+ del 2005 al 2023 fueron 23, de los cuales el año que más muertes por hecho victimizantes se presentaron fue el 2017 con 7 casos, seguido del 2023 con 4 casos.

2.1.2.6 Población habitante de calle

La Unidad de Habitante de calle de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social busca contribuir a generar una mirada integradora de la población Habitante de calle. Además trabaja para hacer efectivo los derechos humanos para los habitantes de calle, mediante la promoción, el respeto, garantía y protección de estos ciudadanos, impulsando además la formulación de la Política Pública Social del Habitante de Calle, con la que se estipulan los programas y estrategias para una convivencia y movilización ciudadana con redes de apoyo social, que permitan una mejor interacción de la ciudadanía, con los Habitantes de Calle basado en el respeto y en el reconocimiento mutuo.

Desde esta secretaría se han realizado cuatro caracterizaciones desde el año 2021 que han permitido mantener actualizada la base de datos y organizar las múltiples ofertas institucionales para esta población

Del 2021 a 2023 se cuenta con 1.533 habitantes de calle caracterizados de los cuales 899 han manifestado la solicitud de hogar y 150 son beneficiarios del hogar de paso. El año que más habitante de calle se caracterizó fue el 2021 con el 35%, en cuanto al sexo el 92% de los habitantes de calle son hombres. El 28% de los habitantes de calle son consumidores de sustancias psicoactivas, un 4,5% son migrantes, el 12% son adultos mayores.

2.1.2.7 Población Migrante

En el Distrito de Cartagena para el año 2022, se identificaron 16.504 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, significando un aumento del 12,54 % respecto del año anterior el cual en el ASIS anterior se refleja un análisis hasta la Semana Epidemiológica 52

del año 2021, un total de 2960 personas atendidas en los servicios de salud en los diferentes prestadores del Distrito de Cartagena. En el Departamento Incluyendo el distrito de Cartagena, Bolívar suma un total de 23.359 atenciones en los servicios de salud a personas migrantes, en Colombia el dato correspondiente a 737.897 personas atendidas en la prestación de los servicios en salud correspondería a la población atendida en Cartagena el 2,23% del total nacional.

Cartagena, de Indias es el sexto municipio de Colombia con mayor número de migrantes venezolanos, albergando a cerca de 70.201 personas en dicha condición al 28 de febrero de 2022, según hecho que genera mayores responsabilidades desde lo público, y una carga presupuestal igualmente mayor, ya que, para diciembre del año 2022 en la ciudad se reportaron 42.357 afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- con un número de atenciones en salud $n= 77.593$ del 2017 al 2022, mientras que para el 2021, fueron 32.905 los casos, de acuerdo con la información publicada por el Observatorio de Migración y Salud (OMS).

2.1.2.8 Población Campesina

En 2021 se inició la recolección con los nuevos lineamientos e instrumentos definidos en su rediseño. Una de las mejoras aplicadas a la GEIH dentro del proceso de rediseño fue la actualización del marco muestral 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 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. A partir del trimestre móvil febrero - abril de 2023, el cálculo de prevalencia de la población campesina se realiza con la información de la población en edad de trabajar, la cual corresponde a la población de 15 años y más.

En el trimestre móvil noviembre 2023 - enero de 2024, el total de la población de 15 años y más que se identificó subjetivamente como campesina fue de 11.411 mil personas para el total nacional. El 13,3% de la población de 15 años y más que reside en cabeceras son campesinos, equivalente a 4.179 mil personas. El 85,2% de esta población que se encuentra ubicada en centros poblados y rural disperso son campesinos (7.232 mil personas), frente al 14,6% que no se consideran campesinos (1.234 mil personas).

2.1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

2.1.3.1 Afiliación a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB.

La distribución porcentual de los afiliados al sistema de salud en los regímenes contributivo y subsidiado en el Distrito de Cartagena se distribuye de la siguiente manera: total general de afiliados: 1,235,785 personas de estas están afiliados al régimen contributivo: 556,230 lo que equivale al 45.01% para el régimen subsidiado: se denotan un total de 679,555 personas esto corresponde a un porcentaje de afiliados al régimen de 54.99%. El régimen subsidiado tiene una mayor proporción de afiliados en comparación con el contributivo, el régimen contributivo, aunque tiene una menor proporción, sigue siendo significativo,

Coosalud es la EPS con mayor número de afiliados en ambos regímenes, contributivo y subsidiado, las EPS Mutual Ser, Nueva EPS y Salud Total también tienen un alto número de afiliados en el régimen contributivo, mientras que Mutual Ser, Coosalud y Cajacopi son las principales EPS en el régimen subsidiado. a proporción de afiliados al sistema de salud es fundamental para comprender la distribución de los beneficiarios y planificar políticas y servicios de salud adecuados en el Distrito de Cartagena.

2.1.3.2 Gobierno y gobernanza en el sector salud

La Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, define el Plan Decenal de salud pública 2022-2031, teniendo como pilares, teniendo como pilares: Avanzar en la garantía del derecho fundamental de la salud. Avanzar hacia las mejoras de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes.

Esta fue modificada en los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031", quedando como resultantes 7 ejes estratégicos como ordenadores de la planeación integral territorial, entre los que se encuentra el eje de gobernanza y gobernabilidad

La gobernanza se refiere a la capacidad de accionar del gobierno está enmarcado en un Estado social de derecho, estableciendo alianzas, articulaciones, diálogos y mediaciones con los actores sociales, políticos, económicos e institucionales; en éste sentido, se debe identificar la capacidad para formular e implementar políticas públicas que garanticen los derechos individuales y colectivos, aseguren la estabilidad social, política y económica, establezcan acciones gubernamentales efectivas, faciliten los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, además debe proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana para un desarrollo sostenible. (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022).

2.2 Contexto Procesos económicos y circunstancias de la vida social

2.2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio y Condiciones de vida del territorio

La mayoría de la población en capacidad de trabajar en el Distrito asume la economía popular, en sus diferentes expresiones, el sector público y privado no satisface mínimamente gran población en capacidad de trabajo.

En cuanto a la economía popular de acuerdo al informe “Cartagena cómo vamos del 2022” Cartagena tiene la tasa de informalidad más alta de las principales capitales del país, con una tasa de 59,9% seguida de Barranquilla que se encuentra en 59,6 %, Cali con 47,3%.

Dentro de la economía popular se encuentran los trabajadores como carperos que son las personas que trabajan en las playas de Bocagrande, El Laguito, Marbella, Crespo y La Boquilla; por lo general cada Carpero tiene a su cargo 4 a 5 personas trabajando (son los que se encargan de limpiar las carpas, sillas, atender a los turistas que llegan a las playas).

Cobertura de servicios de electricidad: El último dato obtenido en 2021 reflejó que el 98,7 % de las viviendas de Cartagena tienen acceso a energía eléctrica, dicho porcentaje comparado con el promedio de nacional 96,5 %, no presenta diferencia estadística significativa, sin embargo, muestra que Cartagena se encuentra por debajo de la media nacional con 2,2 puntos porcentuales, se muestra además una diferencia relativa de 10 % con relación a las coberturas según áreas de residencia se mostró que la cabecera municipal presentó una cobertura de 100% y el resto de 94,8%.

Cobertura de acueducto: La cobertura total de los servicios de acueducto del Distrito de Cartagena al año 2021 corresponde a un 99,7%, según información encontrada en el RATING REPORT de Aguas de Cartagena S.A. E.S.P. 30 Jun, 2021, corte de marzo del 2021 al realizar la comparación con Colombia que presenta una cobertura de 86,4%, Cartagena presenta coberturas más altas que la nacional lo cual no muestra diferencias estadísticas significativas.

También se observa una diferencia relativa de 11 % entre los territorios, con relación a las diferencias de las coberturas desagregación según urbano-rural se logró analizar una diferencia relativa de 23,7 %.

Cobertura de alcantarillado: Las redes de alcantarillado se consideran en todos los urbanos un servicio fundamental y básico, lo cual son un requisito fundamental para adelantar y aprobar proyectos urbanísticos. En el Distrito de Cartagena la cobertura de alcantarillado según información encontrada en el RATING REPORT de Aguas de Cartagena S.A. E.S.P. 30 Jun, 2021, corte de marzo del 2021 fue de 91,4% es importante mencionar que el 8,6% de la población carece del servicio óptimo de alcantarillado y tratamiento de las aguas servida, también se denotó que entre el indicador nacional y el Distrital no existe una diferencia estadística altamente significativa.

Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)

Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada: El acceso a una fuente mejorada de agua y saneamiento en un hogar es indispensable, además es uno de los indicadores básicos para medir niveles de pobreza de una región, en el Distrito de Cartagena según dato 2018 un 1,0% de los hogares aún se encuentran sin acceso a estas fuentes de aguas, este dato se coloca por debajo la media nacional, lo que significa que la razón de tasas es menor de uno indicando que el que el indicador de la Cartagena es significativamente más bajo que el nacional además no existen diferencias estadísticamente significativas, colocando al Distrito en mejores condiciones.

Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: El Distrito de Cartagena el 7,8 % de los hogares se encuentran en inadecuada eliminación de excretas, este dato en relación al indicador nacional (11,6 %), muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el indicador de Colombia y el Distrital.

NBI_Total	12.38
Índice_Pobreza_Multidimensional (IPM)	19,9
NBI_Cabecera	11,49
NBI_Resto	20,52
Gini_Distrital_2018	0,452

2.2.2 Dinámicas de convivencia en el territorio

El ideal de progreso que representa la ciudad ha contribuido, en la última década, a que los desplazamientos forzados violentos sean la principal razón de esta migración (expulsión). Sin embargo, la emergencia de cientos de pandillas en los barrios periféricos de la ciudad, describen otra realidad alejada completamente de la paz con la que durante mucho tiempo se ha representado el Caribe.

La emergencia de pandillas en la ciudad lanza una serie de hipótesis sobre su configuración que vinculan factores de: clase, género y étnico/raciales con lo cual entender su ascenso en Cartagena, además de su relación con el ensamblaje del aparato del Estado y la construcción histórica de la ciudadanía. Estas pandillas están concentradas principalmente en los barrios materialmente más pobres de la ciudad, OH es el más grande de estos y su población mayoritariamente es afrodescendiente al igual que los integrantes de las decenas de pandillas.

La interseccionalidad de este problema se sustenta en la hipótesis que tanto la pobreza, la segregación socio-espacial y la violencia que se presenta en la ciudad tiene raíces estructurales vinculadas con la construcción histórica de lo que se puede llamar como un: Estado racial (Goldberg, 2002), el cual a su vez ha producido y reproducido una ciudadanía precaria, especialmente para las minorías, debilitando su acceso al capital económico en relación con las ciudadanía hegemónicas (blanco/mestiza), que en el caso de Cartagena se ha concentrado: social, material y simbólicamente en los espacios con mejores condiciones urbanísticas, proyección financiera, turística e inmobiliaria. Esto es un proceso que viene siendo planificado desde los años 70, creando de este modo las condiciones materiales y políticas para desplazar y segregar paulatinamente a la población afrodescendiente a las periferias de la ciudad, proceso que he definido como: violencia estructural (Galtung, 1969).

2.3 Desenlaces mórbidos y mortales

2.3.1 Análisis de la Morbilidad

2.3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad

En el Distrito de Cartagena en el periodo comprendido entre 2009 al 2022 se atendieron un total de 36.836.032, para el 2022 se atendieron un total de 3.384.860, que al comparar con el año 2021 las consultas se disminuyeron en 8%, de los cuales el 54.5% de las atenciones corresponde a mujeres, posiblemente porque las mujeres tienen mayor necesidad de ameritar servicios de salud, teniendo en cuenta las funciones reproductivas femeninas refiere un conjunto de necesidades particulares de atención como es la anticoncepción, el embarazo, el parto y puerperio. Por curso de vida la población que más demandó mayor número de atención fueron los cursos de vida de la adultez con el 39.8% seguido de las personas mayores de 60 años, las que menos demandaron consultas fueron los cursos de vida de la infancia. Al analizar variación porcentual entre el 2022 con respecto al 2021 por curso de vida, se evidencia que adultez, juventud y la adolescencia presentaron variaciones negativas, con mayor variación en la adultez donde las consultas disminuyeron en -10,89 puntos porcentual cdle 2022 con respecto 2021, para primera infancia, infancia y personas mayores de 60 años se incrementó, con mayor carga en los mayores de 60 años en 11,16 puntos porcentuales del 2022 con respecto 2021.

2.3.1.2 Eventos de alto costo, Distrito de Cartagena.

A través de la cuenta de alto costo del Ministerio se dispone de información cuantificada de algunas enfermedades que se caracterizan por requerir niveles altos de complejidad, lo cual están relacionadas con la capacidad del sistema de seguridad social, para captar, atender y tratar aquellas personas que son vulnerables de enfermar y morir, entre las que se encuentran la enfermedad renal crónica (ERC), Leucemias Mieloide aguda, Leucemia Linfoidea aguda, VIH/SIDA, en la versión ASIS 2022 , para el indicador de prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de

restitución o reemplazo renal no se encontró datos para el 2021.

Con relación al análisis de los eventos de alto costo, se realizó la estimación de los indicadores: incidencia de VIH notificada, incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada, la fuentes de información de los indicadores fue la de Sispro, en los casos de prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, la información fue tomada de eventos de alto costo del Ministerio de Salud y protección social.

La prevalencia en las personas diagnosticadas por enfermedad renal crónica en fase cinco por cada 100.000 habitantes fue de 100,74 en el 2022, con un indicador altamente significativo comparado con el país, la tendencia se mantiene al incremento del 2016 al 2022.

La incidencia del VIH fue de 51,38 por cada 100.000, este indicador altamente significativo comparado con el país, con tendencia al incremento del 2013 al 2022. La tasa de incidencia de leucemia pediátrica aguda mieloide no se encontró dato para el 2022 y leucemia pediátrica aguda linfocítica reportó una tasa de incidencia de 2,20 por cada 100.00 menores de 5 años frente a 2,64 del país, sin significancia estadística

2.3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un proceso esencial para la seguridad sanitaria nacional que tiene entre otras funciones, el identificar y recolectar información para el análisis y comprensión de las situaciones en salud de los territorios, se basa en una serie de eventos definidos como prioritarios para el país y las acciones al interior del sistema están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema general de Seguridad Social en el territorio nacional.

La priorización de los eventos se basa en criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público, entre otros. El flujo de la información desde el nivel local hasta el Instituto Nacional de Salud-INS, se realiza a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica-SIVIGILA y el ingreso de información y acciones relacionadas con los diferentes eventos, se soportan en los lineamientos del INS, plasmados en los protocolos y fichas de notificación.

Los Eventos de notificación, se caracterizan por tener la connotación de carácter obligatorio, tanto del sector público como el privado de ciertas enfermedades, brotes de enfermedades infecciosas y los fallecimientos de causa no explicada donde se sospeche

causa infecciosa, en personas previamente sanas. Estas enfermedades tienen distinta forma y periodicidad de notificación, distinguiéndose las de notificación inmediata, notificación semanal y las de notificación por centinelas.

2.3.1.4 Morbilidad de eventos precursores.

La Hipertensión Arterial junto con la Diabetes Mellitus son los principales eventos antecedentes de una enfermedad renal crónica y constituye un problema de salud pública y un reto para el sistema de salud. Estas dos enfermedades si no se detectan de manera temprana y de un tratamiento adecuado y oportuno, pueden llevar a la aparición de la enfermedad renal, la cual, sin un control adecuado, pueden llevar a la persona con terapia de soporte renal y deterioro de la calidad de vida.

Para el año 2022 se reportaron un total de 104740 que corresponde a personas de 18 a 69 años con hipertensión arterial, 14% mas que el año anterior, lo que representó una prevalencia de 13.20 por 100 personas de 18 a 69 años (estimada según datos CAC), con un comportamiento hacia que del 2016 al 2022 se mantiene. Al comparar el indicador con el Nacional sin diferencia estadísticamente significativa. En cuanto las EAPB Salud total reporta el mayor número de hipertensos entre las edades de 18 a 69 años con 27.807 (26%), seguido de Coosalud con 12.163 casos (12%) y en tercer lugar Mutual Ser con 10.461 casos (10%). El 57,5% de los casos corresponde al régimen contributivo seguido del Subsidiado con el 26,3%, el resto al régimen de excepciones. En cuanto al sexo el 59,5% corresponde a la población femenina.

2.3.1.5 Análisis de la población en condición de discapacidad

En cuanto a las barreras que restringen u obstaculizan la participación de las personas con discapacidad en igual de condiciones con las demás, en primer lugar, se ubican las barreras actitudinales que hacen referencia a las conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas y prejuicios, donde el 47% de las personas con discapacidad no perciben actitudes negativas, tanto solo un 6% percibe actitudes negativas de Miembros de la familia cercana y de amigos el 4,7%. En segundo lugar, la existencia o no de las barreras físicas y arquitectónicas influyen en la equiparación de oportunidades, acceso a los servicios, garantía de derechos y calidad de vida, dentro de estos espacios físicos, encontramos que el 54,3% perciben barreras en el uso del Transporte público, seguidamente el 51,3% en el Espacio público, 41,9% Edificaciones públicas o privadas y 22,3% en la Vivienda. Y en tercer lugar las barreras de comunicación, el acceso a la información es vital e incide en la calidad de vida, en el conocimiento, aprendizaje, la

información y la comunicación a la cual puedan tener acceso las personas hace parte del entorno cercano, el 39,1% percibe barreras de comunicación en las Entidades de salud, el 16,5% Entidades educativas, el 5,4% en tecnologías de información y comunicación TIC y medios de comunicación masivos

2.3.2 Análisis de la Mortalidad

2.3.2.1 Mortalidad general por grandes causas (Ajuste de tasas por edad).

En el Distrito de Cartagena de Indias a nivel general, el grupo de grandes causas las tasas ajustadas presentaron mayor carga a la mortalidad fueron en su orden las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias, situación que se ha mantenido durante toda la serie analizada, con relación a la tendencia se observa un comportamiento al descenso con tasas que van desde 171,4 muertes por 100.000 habitantes en el 2020, hasta 154,9 muertes por 100.000 habitantes en el año 2021 lo que refleja una reducción de la proporción de 9,6% menos y 16,48 muertes menos por cada 100.000 cartageneros que lo ocurrido en el año inmediatamente anterior. Con relación al comparativo con el año 2005 la condición de la tendencia se mantiene al aumento con un porcentaje de 12,5%. En segundo lugar, se ubican las demás causas con una leve tendencia que se visualiza al aumento, muestra una proporción de 0,17% más que pasa de 153,5 muertes por 100.000 habitantes en el 2020 a 153,8 muertes por 100.000 habitantes al final de la serie (2021). En tercer escalafón se sitúan las neoplasias y manteniéndose por toda la serie en este lugar, con un comportamiento al incremento con tasas que van desde 94,8 muertes por 100.000 habitantes en el 2020, hasta 103,7 muertes por 100.000 habitantes en el año 2021 muertes por 100.000 habitantes, esto refleja una proporción en aumento de aproximadamente 69,4% y su equivalente de 8,9 muertes menos por cada 100.000 habitantes en el 2021.

2.3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

Enfermedades transmisibles general Distrito de Cartagena.

Con relación a lo evidenciado en el indicador de enfermedades transmisibles en el Distrito de Cartagena se evidencia que la quinta causa de mortalidad por esta gran causa y manteniéndose por toda la serie analizada son las infecciones respiratorias agudas con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 47,8 por cada 100.000 habitantes la tasa más alta fue precisamente el año actual, aportando el 69,6% de la carga por este grupo de causas.

Neoplasias

Las neoplasias en la población en general del Distrito de Cartagena representan la tercera causa de muerte dentro de las grandes causas, manteniéndose en esta posición desde hace dos años consecutivos. En primer lugar, se encuentra el Tumor maligno de la próstata con 23,7 muertes por cada 100.000 hombres, seguidamente se encontró el tumor maligno de la mama de la mujer que actualmente aporta una tasa de 19,6 muertes por cada 100.000 habitantes, con tendencias al incremento, en tercer lugar, se encuentra los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con un aporte a la tasa de mortalidad general de 13,2 muertes por cada 100.000 habitantes.

Enfermedades del sistema circulatorio

En el Distrito de Cartagena en el año 2021, al igual que en Colombia las enfermedades isquémicas del corazón es el subgrupo de causa que más representó mortalidades con una tasa ajustada de 56,6 muertes por 100.000 habitante en esta patología en Cartagena aporta al grupo de grandes causas un 36,5%, se destaca una disminución de 20,3 puntos porcentuales cuando se compara con el año 2019, y su equivalente de 14,5 casos de fallecimientos por cada 100.000 habitantes más. Para este caso en particular se observó que las mujeres aportan una proporción que supera el 80 % a partir de los grupos poblacionales 65 a 80 años y más y con relación al género masculino se encontró dentro del análisis que los grupos de edad que más aportan a la carga de mortalidad por este es un grupo de causa fueron en primero y segundo lugar respectivamente de 80 años o más y de 70 a 74 años con 29,3 % y 13,6 %.

Las enfermedades cerebrovasculares desde lo ocurrido en el 2005 se ubicaron en segundo lugar con 43,3 muertes por 100.000 habitantes una tendencia a la disminución que muestra una probabilidad de 8,8% menos de morir por esta patología en el 2021 y por último, en tercer lugar, se ha mantenido por 16 años consecutivos, Enfermedades hipertensivas con una tasa de 33,4 muertes por cada 100.000 habitantes aportando un 21,6% a la carga general de mortalidad por este grupo de causa, se denota una tendencia al descenso de 2,5% cuando se compara con el 2020.

Causas externas

En el Distrito de Cartagena las causas externas ocupan en cuarto lugar de frecuencia de mortalidad, en el 2021 las agresiones (homicidio) se destacaron como la principal causa de muerte del grupo de causas externas en el transcurso de todos los años 2005 – 2021, observándose una tendencia con propensión al aumento, que representa un 4,4%, su equivalencia en datos absolutos de 1,0 casos menos por 100.000 habitantes, existe una brecha importante entre sexos, la tasa de mortalidad por homicidios es 17,1 veces más alta en hombres que en mujeres y un equivalente en riesgo porcentual del 94,0% y 42,7 casos

menos de muertes por esta causa en 100.000 mujeres. Con relación a la distribución de las agresiones por homicidio en el distrito de Cartagena por grupos de edad se nota una situación particular teniendo en cuenta que para ambos sexos se observan las mayores proporciones a partir de los 15 años hasta los 34 años de edad es así que para hombres el porcentaje es 65,1 % y para mujeres la proporción está ubicada con 55,7%.

Mortalidad por las demás causas

Para este grupo de enfermedades para la población general, las que presentaron mayor número de muertes fueron la Diabetes mellitus, las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis y el resto de las enfermedades son las tres primeras causas con tasas ajustadas que en su orden aportan a la carga de mortalidad así: 25,58, 21,0 y 20,4 muertes por cada 100.000 habitantes, para el caso de Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis muestra una tendencia que se dirige al incremento con un aumento del riesgo de 6,9% con su equivalente 1,3 casos más por cada 100.000 personas; para la Diabetes mellitus y el resto de Resto de las enfermedades la tendencia es al descenso con 8,3% y 1,4% respectivamente, lo que ofrece un total de 2,3 y 0,30 muertes menos por cada 100.000 habitantes.

2.3.2.3 Mortalidad materno – infantil y la niñez

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año

En el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizará la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45%, lo cual equivale a una reducción de casi ocho muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos, el

cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Sin embargo, se observa que entre 1998 y 2000 el indicador experimentó un APC de 1,3 aunque este incremento no fue estadísticamente significativo, posteriormente entre 2000 y 2014 la reducción tuvo un APC de -4,1 siendo significativo con un nivel de confianza del 95%.

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en población de 1 a 4 años

Los grupos de causas de mortalidad que presentan las tasas de mayor riesgo de morir de niños y niñas de 1 a 4 años en el periodo del 2005 a 2021 son las enfermedades del sistema respiratorio seguido de las causas externas de morbilidad y mortalidad y en tercer lugar los tumores (neoplasias).

Para el 2020 se registraron 26 muertes en esta edad, de los cuales la primera causa de muerte está dada por tumores (neoplasias) con el 34,6% (9 muertes) para una tasa de 12,89 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años, seguido se reportan enfermedades del sistema nervioso y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómica, cada una con una tasa de 5,73 muertes por cada menor de 1 a 4 años, la primera con tendencia al incremento del 2005 al 2021 con tendencia al incremento donde en el 2005 con una tasa de 2,81 y la segunda con tendencia a la disminución dónde en el 2005 fue de 16,88 muerte por cada 100.000 menores de 1 a 4 años y en tercer lugar se dieron las causas externas de morbilidad y mortalidad del 2005 al 2021 su tendencia fue a la disminución, con valores de 21,01 y para el último año de 4,30 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años.

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años

La mortalidad en la niñez (niños y niñas menores de 5 años), en el distrito de Cartagena entre el 2005 al 2021 el 60% de las causas de muertes presentaron una tendencia decreciente, y la mayoría ocurren antes de cumplir el primer año de vida, atribuible a ciertas afecciones ocurridas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Para el 2021 las ciertas afecciones ocurridas durante el periodo perinatal registraron una tasa de 163,37 muertes por cada 100.000 menores de 5 años con un incremento en tasas de 15,1% comparado con el año inmediatamente anterior, seguido de malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 62,13 muertes por cada 100.000 menores de 5 años con un incremento de 4% comparado con el 2020. En tercer lugar, las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 12,66 muertes por cada 100.000 menores de 5 años.

Tanto en niños como en niñas no se presenta diferencias por sexo en el orden de las dos primeras causas que produce la mortalidad, donde la primera causa está dada por ciertas

afecciones originadas en el periodo perinatal con tasa más alta en niños que en niñas, en cambio las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas más altas en niñas, en tercer lugar se ubican las infecciones respiratorias en niños con tasas de 17,98 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años y en las niñas la tasa es mucho más baja de 7,07 muertes por cada 100.000 niñas menores de 5 años, ocupando estas el cuarto lugar junto con las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas además de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. El tercer lugar en las niñas lo ocupan los tumores (neoplasias) que en los niños se ubican en un cuarto lugar junto con tumores (neoplasias), enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales además de enfermedades del sistema nervioso.

2.3.2.4 Identificación de prioridades en la mortalidad

La situación de salud en el Distrito de Cartagena de Indias presenta una tendencia al descenso en la mortalidad general, con una reducción del 9,6% en el 2021 en comparación con el año inmediatamente anterior. Sin embargo, las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias siguen siendo las principales causas de mortalidad en la población general, con una tendencia al aumento en el caso de las neoplasias.

En cuanto al género, las enfermedades del sistema circulatorio siguen siendo la principal causa de mortalidad en hombres, con una tendencia al aumento en el período analizado. Por otro lado, las demás causas y las neoplasias ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente en la mortalidad masculina, con una tendencia al decremento y al aumento respectivamente. En el caso de las mujeres, las demás causas siguen siendo la principal causa de mortalidad, seguidas de las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio.

En esta misma línea de ideas la tendencia al incremento en la mortalidad por causas externas en los hombres, especialmente la violencia, que ha provocado un aumento en la tasa de mortalidad en los últimos años. Por otro lado, las enfermedades transmisibles ocupan el quinto lugar en la mortalidad masculina, lo que indica la necesidad de fortalecer los programas de prevención y control de enfermedades infecciosas.

Esta situación debe motivar al fortalecimiento de los programas de prevención y control de enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y demás causas de mortalidad, implementar medidas para reducir la violencia y la mortalidad por causas externas en

hombres, mejorar los programas de prevención y control de enfermedades transmisibles, implementar estrategias para reducir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, fortalecer los sistemas de vigilancia y monitoreo de la salud para una respuesta oportuna y efectiva a las necesidades de salud de la población.

2.4 Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.

La participación de los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y transectoriales exigen acciones coordinadas y articuladas que permitan la intervención de las prioridades de salud identificadas. Se identifican los actores, su contribución, sus intereses y su posición frente a cada una de las necesidades identificadas.

A través de la Cartografía como metodología de trabajo colaborativo y participativo se permitió una visión integral y sistémica de la situación de salud en cada localidad.

La identificación de problemas y necesidades en salud deben ir enfocadas a posibles soluciones que permitan la gestión de las mismas. En este espacio mediante la identificación de convenciones se logró plasmar en la matriz las debilidades y fortalezas para dar solución a las diferentes problemáticas encontradas, partiendo de las siguientes preguntas orientadoras:

Ejes estratégicos, ¿Cuáles son las principales problemáticas en salud?

¿Qué situaciones influyen en las respuestas a las necesidades en salud?

¿Qué propondría para mejorar dichas problemáticas?



3.

**PRIORIZACIÓN DE LOS
PROBLEMAS Y NECESIDADES
SOCIALES EN SALUD
EN EL TERRITORIO.**

3. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.

La priorización de los problemas y necesidades sociales en salud para el Distrito de Cartagena se realizó a partir de la priorización dada en el ASIS, en el marco de lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, los pilares y componentes del modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud-APS y a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ese orden de ideas, el proceso de priorización fue realizado a través de dos mesas técnicas convocadas por el ente territorial DADIS (Departamento Administrativo Distrital De Salud), con el apoyo de la representantes de la política Proyecto de Apoyo Integral al Sistema de Salud en Migración – PAISS.



La puntuación de los núcleos de inequidad socio sanitaria para su priorización se basa en los siguientes criterios:

Magnitud: criterio que permite determinar el tamaño de un problema o necesidad. Hace referencia a la identificación de las características de las personas afectadas (grupos de edad, sexo, etnia, situación o condición, área geográfica), el comportamiento de los daños en el transcurso del tiempo, para determinar tendencias en la variación por regiones. Se refiere a qué tan grande e importante es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas. Se refiere a qué tan grande e importante es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas. Se va a definir por cuartiles:

- Baja: 1 cuartil (0 a 25%).
- Medio: 2 cuartil (26 a 50%).
- Alto: 3 cuartil (51 a 75%)
- Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%).

Pertinencia Social e intercultural: Interés de la comunidad “cualidad de algo de corresponderse totalmente con su contexto”, Es la medición entre una necesidad real (tangible) de interés en salud pública, ante una percepción formal de la comunidad obtenida a través del ASIS participativo. En este caso la pregunta a responder es ¿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?

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto

Trascendencia: permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales, socioeconómicas, socioculturales de los daños en salud en las personas, las familias, las comunidades y el territorio. Da cuenta de qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo Indicadores que se pueden usar: AVPP, ausentismo laboral, ausentismo escolar, AVISA.

También dan cuenta los siguientes indicadores sociales:

- Grado de desintegración familiar y social
- Alcoholismo
- Violencia,
- Farmacodependencia
- Discapacidad o invalidez
- Marginación social y laboral
- Dependencia impuesta a causa de un problema de salud

- Duración del dolor experimentado

La pregunta orientadora fue ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?

Se definió por cuartiles.

- Baja: 1 cuartil (0 a 25%).
- Medio: 2 cuartil (26 a 50%).
- Alto: 3 cuartil (51 a 75%)
- Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%)

Para la capacidad de intervención, se determinó a partir de dos categorías: Factibilidad y Viabilidad.

Factibilidad: se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, a través de las autoridades regionales, los planes nacionales de salud, el ministerio de salud, agencias, voluntarios y/o otras fuentes de intervenir y jerarquizar la resolución de los problemas de salud. Para algunos autores se refiere al costo – eficiencia de las actividades, y a la estimación de los resultados que se obtendrán utilizando recursos de costo conocido. Eficiencia de las actividades, y a la estimación de los resultados que se obtuvo utilizando recursos de costo conocido.

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto

Viabilidad: es la posibilidad de llevar un programa de salud con la voluntad política. Hace referencia al personal humano capacitado, recursos materiales e infraestructura, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio.

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto

Una vez socializados los criterios de priorización se procedió a la presentación de la matriz, diseñada internamente para hacer de la puntuación un ejercicio amigable y fácil de diligenciar, utilizando una escala del 1 al 10 en donde 1 es bajo y 10 muy alto además de dividirlos por percentiles se le agregaron colores para semaforizar el grado de cumplimiento de los criterios para la priorización.

Una vez aplicada la metodología se obtuvo el resultado final de la priorización de los núcleos de inequidad socio sanitaria teniendo en cuenta cada uno de los criterios con sus respectivas definiciones y la relación con cada problema o necesidad en salud antes descritos.

Tabla 1. Priorización de problemas y necesidades sociales en salud del Distrito de Cartagena

PROBLEMAS	CRITERIOS	Bajo		Medio				Alto		Muy alto		Sumatoria	Ponderación General	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático	Magnitud								32			32	147	
	Pertinencia					10			8	9		27		
	Trascendencia			3						16	9	28		
	Factibilidad de la intervención							6		16	9	31		
	Viabilidad de la intervención							6	7	16		29		
Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.	Magnitud							21		18		39	184	
	Pertinencia				4			6	7	8	9	34		
	Trascendencia							12		16	9	37		
	Factibilidad de la intervención					5			14	8	9	36		
	Viabilidad de la intervención							6	14		18	38		
Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.	Magnitud								28		10	38	189	
	Pertinencia				4				14	9	10	37		
	Trascendencia				4				7	8	9	38		
	Factibilidad de la intervención							12	7		9	38		
	Viabilidad de la intervención								14		18	6		38
Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida	Magnitud									36	10	46	208	
	Pertinencia			3						8	9	20		40
	Trascendencia			3							8	30		41
	Factibilidad de la intervención							6	7		27			40
	Viabilidad de la intervención							6		8	27			41
Entornos laborales de la economía popular y comunitaria con deficiencia de condiciones seguras y saludables por ausencia de medidas de promoción de la salud, prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral asociado a desconocimiento y baja percepción de los riesgos por parte de los trabajadores	Magnitud						24				10	34	159	
	Pertinencia					5	18				10	33		
	Trascendencia							18		8	10	36		
	Factibilidad de la intervención				4	5	12			8				29
	Viabilidad de la intervención			3		5	12	7						27
Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles	Magnitud									27	10	37	189	
	Pertinencia							6		8	27	41		
	Trascendencia							6		8	18	32		
	Factibilidad de la intervención							6			32	38		
	Viabilidad de la intervención							6		8	27	41		
Aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal relacionada a Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal y las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las que mujeres desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal	Magnitud								32		10	42	226	
	Pertinencia							7	24		10	41		
	Trascendencia							7	8	9	30	54		
	Factibilidad de la intervención								8	18	20	46		
	Viabilidad de la intervención						6		8	9	20	43		
Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles	Magnitud								18	9	10	35	171	
	Pertinencia								8	9	10	36		
	Trascendencia							7		18	10	36		
	Factibilidad de la intervención						12			18		30		
	Viabilidad de la intervención							7	8	9	10	34		
Deficiencia al acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva	Magnitud							7	16	9		32	154	
	Pertinencia							14	8	9		31		
	Trascendencia							14	16	9		32		
	Factibilidad de la intervención					6	7	16				29		
	Viabilidad de la intervención							14	2			30		
Morbimortalidad evitable por limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.	Magnitud								16			16	84	
	Pertinencia									18		18		
	Trascendencia									18		18		
	Factibilidad de la intervención								16			16		
Viabilidad de la intervención									16			16		



4.

**COMPONENTE ESTRATÉGICO
Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL
DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.**

El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo se define 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.

Propósito

Orientar el accionar de los agentes del sistema de salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la atención primaria en salud-APS a través de estrategias orientadas a recuperar la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente en el sector salud; y conformar y organizar redes integradas de servicios de salud en donde se fortalezca el nivel primario con equipos básicos de salud y centros de atención primaria en salud y se garantice el acceso y la continuidad de la atención en el nivel complementario.

Objetivo

Garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, sin barreras, desde un enfoque preventivo y predictivo mediante la implementación efectiva de la estrategia de atención primaria en salud - APS.

Pilar 1. Integridad en el Sector Salud

En el desarrollo del Modelo de Salud Preventivo, y Predictivo 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

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.

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.

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 resolutivas. 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 lo 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.

4.1.2 COMPONENTES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO

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

Ciencia, Tecnología e Innovación

El componente de gestión del conocimiento y desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTeI) es estratégico y transversal dado que permite la articulación entre los otros componentes del modelo de salud y los diferentes actores del sistema de CTeI 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 CTeI en salud y Minciencias de políticas orientadas por misiones y conformación de ecosistemas de investigación en salud.

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 Socio Sanitarios 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, aplicara las normas y procesos a los agentes, con fundamento en la Supervisión Basada en Riesgos.

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.

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) compresión 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.

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 articularse 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.

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.

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 dialogo 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.

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 RIIS 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 resolutive, 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.

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.

IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en RISS

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 contrarreferencia 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.

Aspectos clave para la integración en el proceso de planeación

1. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo busca a través de la operativización de sus pilares y componentes contribuir en la respuesta a cuatro problemas estructurales: i). Resultados en salud deficientes e inequitativos; ii). Oferta de servicios de salud fragmentada, segmentada y con grave deterioro de la infraestructura pública en salud; iii). personal de salud con distribución inequitativa y desigual y condiciones laborales precarias y iv). Persistencia de un esquema de financiamiento que prioriza la rentabilidad financiera sobre la rentabilidad social generando fragmentación y segmentación y crisis de confianza.

2. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo se orienta a hacer efectiva la Atención Primaria en Salud en el país como estrategia para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población.

3. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo establece el fortalecimiento de las capacidades locales y en salud pública sobre la base de un ordenamiento territorial, que permita la ejecución de las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y garantizar la atención en salud superando barreras de acceso sociales, geográficas, económicas, culturales, asistenciales y administrativas.

4. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo da cumplimiento a lo establecido en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026 "Colombia, potencia mundial de la vida", que hacen parte integral de la Ley 2294 de 2023. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo se encuentra armonizado al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, alineando sus componentes a los ejes estratégicos, resultados esperados, estrategias y metas del PDSP.

5. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo brinda un marco estratégico para la planeación integral en salud y se operativiza en los territorios a través de la construcción colectiva de respuestas a las necesidades sociales de la salud con participación social y coordinación intersectorial.

6. El Modelo de Salud reconoce la calidad en salud y sus dimensiones (efectividad, eficiencia, seguridad, atención centrada en las personas, familias y comunidades, equidad,

acceso, integración y sostenibilidad) como un eje transversal para la garantía del derecho fundamental a la salud.

7. En el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo, el personal de salud organizado en equipos interdisciplinarios que desarrollen acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y participativas, se constituye en la base para la gestión territorial del cuidado de la salud, el reconocimiento de las condiciones de salud de las personas, familias y comunidades y las transformaciones sociales en salud.

* (Grupo de Trabajo CLACSO, Salud internacional y soberanía sanitaria. 2021; Gómez-Arias R. 2022)

EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA.

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública

Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.

Eje 3. Determinantes sociales de la salud

Eje 4. Atención Primaria en Salud

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria

Eje 7. Personal de salud

4.2.1 OBJETIVOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP.

EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO
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 en liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.

EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO
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.
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.
Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.
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.
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.

4.2.2 RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP.

EJE PDSP 2022-2031	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.
	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.
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	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.
	Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas Intersectoriales y transectoriales.
	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 de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.
	Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Entorno económico favorable para la salud
	Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.
	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.
	Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.

EJE PDSP 2022-2031	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031
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.
	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 resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.
	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.
	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.
	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.
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.
	Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.
	Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública.
Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	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.
	Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública.
	Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud- TES.

EJE PDSP 2022-2031	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031
Eje 7. Personal de salud	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública.
	Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública.
	Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios.

4.3 PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD PRIORIZADOS EN EL TERRITORIO.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES EN SALUD	
1. Descripción del problema o núcleo de inequidad	2. Resultados de la priorización en salud
Aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal relacionada a Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal y las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las que mujeres desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal	Muy Alto
Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida	Muy Alto
Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles	Muy Alto
Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.	Muy Alto
Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inmunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.	Muy Alto
Entornos laborales de la economía popular y comunitaria con deficiencia de condiciones seguras y saludables por ausencia de medidas de promoción de la salud, prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral asociado a desconocimiento y baja percepción de los riesgos por parte de los trabajadores	Alto
Deficiencia al acceso integral a lo servicios de salud sexual y reproductiva	Alto
Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles	Muy Alto
Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático	Alto
Morbimortalidad evitable por limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.	Medio

TRANSFORMACION ESPERADA

Descripción del problema o núcleo inequidad	Propuesta de respuesta y recomendaciones
<p>Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal: Deficiente calidad en la atención en la salud (THS) Débil gobernanza (autoridad sanitaria) Deficiente gestión del riesgo- EAPB, (gestante-seguimiento, identificación de usuarios en edad fértil) Fragmentación- Desarticulación interinstitucional y otros actores comunitarios Débiles redes de apoyo comunitario Falta de adherencia a guías médicas, protocolo, ruta de atención materno perinatal</p>	<p>*Creación y cumplimiento de las rutas de atención neonatal. *intervención en estilos de vidas saludables y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en primera infancia, infancia y adolescencia, incluyendo la población materna adolescente. (se intervienen todos los cursos de vida) *Fortalecer la implementación de las rutas a nivel de las IPS</p> <p>*Socialización de rutas y actualización constante al talento humano que atiende la población neonatal. *Seguimiento a la implementación y cumplimiento de la política pública de ambientes escolares saludables. *Fortalecer Auditorías de calidad y auditorías concurrentes desde prestación de servicios.</p> <p>*Adopción de la estrategia (próximamente modelo de gestión) CERSS. (entornos saludables, estrategia 4x4) *Seguimiento a indicadores de resultados a las EAPB y tablero de problemas producto de la unidad de análisis de casos morbilidad materno perinatal.</p> <p>*El Ente Territorial establecerá normas regulatorias que permitan incluir campañas de educación e información en salud sobre promoción de estilos de vida saludable y control de enfermedades no transmisibles dentro de las EAPB e IPS para su talento humano y sus usuarios. *Fortalecer redes de apoyo comunitario para promover entornos materno infantil saludables.</p> <p>*Aprovechar los espacios intersectoriales para crear políticas públicas Distritales y/o actos administrativos que vayan encaminados controlar las condiciones no transmisibles y mejorar la calidad de vida de la población. *Seguimiento a operatividad y efectividad de los comités de calidad de historias clínicas a IPS que atienden población materno infantil para evaluación de adherencia, pertinencia y diligenciamiento (correcto uso del comité)</p>

Descripción del problema o núcleo inequidad	Propuesta de respuesta y recomendaciones
<p>Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida</p> <p>Limitación en el acceso a los servicios de salud</p> <p>Falta de atención especializada en la población infantil y adolescente que permita intervención durante las etapas críticas de su desarrollo</p> <p>Falta de coordinación sectorial e intersectorial que motiven la inclusión diferencial y de género</p> <p>Deficiencia en estrategias integrales que incluyan participación social, comunitaria e institucional.</p> <p>Fallas en la atención por curso de vida</p> <p>Deficiencia en el fortalecimiento de intervenciones y estrategias para la prevención de sustancias psicoactivas.</p> <p>Poca frecuencia en las actividades de actualización del recurso humano en salud</p> <p>Falta de intervenciones oportunas para abordar las causas multifactoriales del suicidio</p> <p>Deficiencia en la detección temprana de signos y síntomas que afectan el comportamiento en la salud mental de la población</p> <p>Limitación en el acceso a servicios integrales de salud</p>	<p>*Aumento del acceso a la oferta institucional para la promoción de habilidades de vida, involucramiento parental en el entorno familiar y comunitario, habilidades para el trabajo, entornos protectores, redes de apoyo y servicios para la detección oportuna de trastornos asociados a la salud mental. *Fortalecer la implementación de las rutas a nivel de las IPS.</p>
	<p>*Mejora de la respuesta multisectorial e interinstitucional para la atención integral y de casos de violencia intrafamiliar, alteraciones en salud mental, VBG y la gestión del riesgo en salud mental a poblaciones vulnerables y a la ciudadanía en general. *Establecer mecanismos de inspección vigilancia y control ante las deficiencias en la implementación.</p>
	<p>*Aumento de la formación y sensibilización de profesionales de salud para reducir la estigmatización en la atención en salud mental</p>
	<p>*Aumento del uso de las TIC'S como herramientas estratégicas para la optimización en la prestación del servicio a usuarios de salud mental</p>
	<p>*Aumento de la oferta de salud mental destinado a entornos educativos y espacios de rehabilitación</p>

Descripción del problema o núcleo inequidad	Propuesta de respuesta y recomendaciones
<p>Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles Poca continuidad y participación en estrategias de prevención y control Falta de articulación de los sectores para campañas masivas de detección temprana y tratamiento oportuno Ausencia de equidad en los servicios de salud Deficiencia en el manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles Deficiencia en la participación comunitaria y social en actividades y toma de decisiones Poco compromiso de los actores en las articulaciones sectoriales e intersectoriales Deficiencia en las actividades de supervisión interna y extrañas de las instituciones prestadoras de servicios de salud Falta de capacitación del personal sanitario.</p>	<p>* Intervención en estilos de vidas saludables y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en primera infancia, infancia y adolescencia, incluyendo la población materna adolescente. (se intervienen todos los cursos de vida) *Vincular nuevas estrategias para la valoración integral en el entorno hogar y comunitario concertadas con las comunidades y familias en respuesta a la no asistencia a los programas,</p>
	<p>*Seguimiento a la implementación y cumplimiento de la política pública de ambientes escolares saludables. *Implementar equipos básicos en salud.</p>
	<p>*Adopción de la estrategia (próximamente modelo de gestión) CERSS. (entornos saludables, estrategia 4x4)</p>
	<p>*El Ente Territorial establecerá normas regulatorias que permitan incluir campañas de educación e información en salud sobre promoción de estilos de vida saludable y control de enfermedades no transmisibles dentro de las EAPB e IPS para su talento humano y sus usuarios.</p>
	<p>*Aprovechar los espacios intersectoriales para crear políticas públicas Distritales y/o actos administrativos que vayan encaminados controlar las condiciones no transmisibles y mejorar la calidad de vida de la población.</p>

Descripción del problema o núcleo inequidad	Propuesta de respuesta y recomendaciones
<p>Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.</p> <p>Falta de identificación de necesidades específicas de cada grupo diferencial</p> <p>Deficiencia de la cooperación y sinergia de los actores en salud</p> <p>Deficiencia en el acceso a programas integrales que permitan promover la inclusión socioeconómica e integración social</p> <p>Fallas en el cumplimiento de la política pública de poblaciones vulnerables</p> <p>Inconsistencias en el seguimiento y control a las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p> <p>Deficiencias en la preparación del personal sanitario</p> <p>Limitación en el acceso a los servicios de salud</p> <p>Carencia en la inclusión de los principios de igualdad de género, diversidad y empoderamiento comunitario.</p>	<p>*Cumplimiento de las EPS a caracterización de población e identificación e intervención de lo la población en condición de discapacidad física y neurodesarrollo. *Implementar procesos de participación social para la adecuación sociocultural de la atención en salud.</p>
	<p>*Coordinación y trabajo articulado con entidades que gestionan y previenen la condición de trabajo infantil y niños en condición de calle. *Hacer una identificación en los sistemas de información de la población diferencial.</p>
	<p>*Fortalecer la integración de los sistemas de información en lo concerniente a poblaciones vulnerables</p>

Descripción del problema o núcleo inequidad	Propuesta de respuesta y recomendaciones
<p>Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores. Problemas en afiliación de niños y niñas por no identificación oportuna para el acceso a los servicios de salud</p> <p>No garantía de integralidad en las atenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, no adherencia a guías y protocolos</p> <p>Dificultad en la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en los niños que pueden llevar a la mortalidad. Deficiente seguimiento en programas de gestión del riesgo programas de prevención y mantenimiento de la salud</p> <p>Salas ERA con deficiente equipamiento a una infraestructura Adaptación e implementación de AIEPI clínico por el personal asistencial</p> <p>Esquemas incompletos de vacunación.</p> <p>Insatisfacción de los usuarios por barreras de acceso al servicio, por inoportunidad en la atención.</p> <p>Poca respuesta a demanda inducida por parte de padres y cuidadores</p> <p>No disponibilidad de agua potable en área rural insular y continental, e invasiones en área urbana.</p> <p>Aumento de la mortalidad infantil niños y niñas sin acceso a las atenciones promocionales de la salud, 11. Poca duración en la práctica de la lactancia materna exclusiva e introducción temprana de alimentación complementaria por desconocimiento de las ventajas de la lactancia, malos hábitos alimentarios de madres, padres o cuidadores.</p> <p>No adaptabilidad de la prestación de servicios a la RPMS considerando la atención diferencial Integralidad de la atención mediante procesos de referencia y contrarreferencia no solo limitado a la atención de urgencias Estrategias diferenciales de gestión del Riesgo en salud acordes a al ASIS y a la caracterización de la Población por parte del asegurador-----</p> <p>Articulación Intersectorial que permita consolidar y fortalecer redes de cuidado.</p> <p>Fortalecer la gobernanza y rectoría en salud de la entidad territorial para el cumplimiento de las competencias intersectoriales y la garantía de la atención en salud de niños y niñas</p>	<p>*Fortalecer la gobernanza y rectoría en salud de la entidad territorial para el cumplimiento de las competencias intersectoriales y la garantía de la atención en salud de niños y niñas. fortalecer infraestructura de salas ERA. Plan de implementación y/o choque de salas ERA /EDA con actas de compromiso de las IPS/EAPB.</p> <p>*Recién nacido con Registro civil garantizado al egreso de la IPS de atención del parto mediante la articulación con registraduría e IPS.</p> <p>*IPS con espacio para la atención de registro civil y talento humano para el servicio; entidad territorial con seguimiento a planes de mejora por incumplimiento a corto plazo. *Realizar Seguimiento a la adherencia de guías y protocolos, Establecer planes de mejoramientos a corto plazo a entidades que no estén adheridas a la ruta, guías y protocolos de ministerio.</p> <p>*Talento humano cualificado y con capacidad técnica para la implementación y seguimiento de las intervenciones de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, Ruta integral de atención en salud de las alteraciones nutricionales, mediante la ejecución de plan de inducción y reinducción en rutas integrales; exigencia de certificados de formación en rutas integrales y formación complementaria al recuso contratado para la prestación de servicios de salud y evaluación de la implementación de la ruta basado en los resultados de indicadores.</p> <p>*Hacer seguimiento a adaptación e implementación de estrategias como AIEPI y otras para la población infantil. *Articular con entes competentes para el seguimiento sanciones a las entidades que repetitivamente incumplen y colocan en riesgo la salud infantil.</p> <p>*Padres, madres, cuidadores y los actores de los diferentes entornos en que el niño permanece, con competencia en identificación oportuna del riesgo en salud y atención integral en primera infancia e infancia (prácticas alimentarias adecuadas, lactancia materna, vacunación). Redes de apoyo con trabajo articulado, permanente y sistemático fortalecidas en favor del cuidado de la gestante y la población infantil.</p> <p>*Entornos escolares con ambientes alimentarios saludable Niños y niñas de la primera infancia de las IE con prácticas alimentarias saludables</p> <p>*Utilidad del 95% o más en las coberturas de vacunación en la población objeto PAI, mediante el seguimiento a coberturas de actores de acuerdo a las competencias; desarrollo de capacidades en los actores en el cumplimiento de los lineamientos del PAI.</p>

Descripción del problema o núcleo inequidad	Propuesta de respuesta y recomendaciones
<p>Incremento de riesgos laborales en la población trabajadora de la economía popular y comunitaria: falta de control en el ambiente laboral. (entornos laborales de la economía popular y comunitaria con deficiencia de condiciones seguras y saludables por ausencia de medidas de promoción de la salud, prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral asociado a desconocimiento y baja percepción de los riesgos por parte de los trabajadores)</p> <p>Baja cobertura de afiliación integral al sistema general de seguridad social.</p> <p>Desconocimiento sobre riesgos de origen laboral y medidas preventivas.</p> <p>Debilidad en el sistema de información para el reporte de accidentes y enfermedades laborales de la economía popular y comunitaria.</p> <p>Ausencia de caracterización de la población de la economía popular y comunitaria.</p> <p>Débil seguimiento y acompañamiento de las ARL a las empresas Pymes.</p> <p>Desarticulación de los diversos actores y sectores para la atención de las necesidades de la economía popular y comunitaria.</p> <p>Ausencia en la aplicación de hábitos, condiciones y estilos de vida saludable en el ámbito laboral.</p> <p>Falta de medidas de protección y prevención en lugares de trabajo de la economía popular y comunitaria.</p> <p>Deficiencia en la articulación intersectorial para manejo integral.</p> <p>Incremento de nuevas actividades económicas populares e informales</p> <p>Falta de protección social, Los trabajadores informales a menudo carecen de cobertura de salud y seguridad ocupacional, lo que los deja desprotegidos ante enfermedades y accidentes laborales.</p> <p>Nutrición de baja calidad, la falta de acceso a una alimentación adecuada puede debilitar la salud de los trabajadores informales.</p> <p>Falta de acceso a agua potable y servicios sanitarios, la carencia de servicios básicos de agua y saneamiento aumenta los riesgos para la salud.</p> <p>Deficiencia en las estrategias de información masiva y comunitaria al momento de realizar actividades relacionadas con la prevención de riesgos laborales</p>	<p>*Realizar una caracterización de la economía popular y comunitaria y definir estrategias de intervención de acuerdo a los resultados de la caracterización. *Desarrollar intervenciones de educación para la salud e información en salud y procesos de articulación para promover la afiliación al sistema general de seguridad social integral. *Conformación y fortalecimiento de las instancias organizativas de la población de la economía popular y comunitaria.</p> <p>*Establecer mayor número de intervenciones de educación para la salud e información en salud sobre riesgo de origen laboral y medidas protección y preventivas a la población trabajadora de la economía popular y comunitaria.</p> <p>*Realizar un proceso de articulación con las EAPB e IPS de primer nivel con el propósito de establecer estrategias que permitan reconocer en la atención en salud la población trabajadora de la economía popular que asisten a consulta por accidentes de origen laboral.</p> <p>* Caracterización de toda la población del distrito de Cartagena que ejerce la economía popular y comunitaria.</p> <p>*Realizar asistencia técnica y desarrollo de capacidades a las ARL para promover el acompañamiento y seguimiento a la empresa Pymes.</p> <p>*Implementar procesos de coordinación intersectorial con actores y sectores, públicos, privados y comunitarios para el análisis y abordaje y necesidades de la economía popular y comunitaria del distrito.</p> <p>*Realizar intervenciones de educación para la salud e información en salud sobre, hábitos, condiciones y estilos de vida saludables a la población trabajadora de la economía popular y comunitaria.</p> <p>*Realizar intervenciones de educación para la salud e información en salud sobre, hábitos, condiciones y estilos de vida saludables a la población trabajadora de la economía popular y comunitaria.</p>

Descripción del problema o núcleo inequidad	Propuesta de respuesta y recomendaciones
<p>Deficiencia al acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva: Sexualidad a edad temprana- Facturas en los núcleos familiares Violencia de género - abuso sexual</p> <p>Deficiencia en la educación sexual y reproductiva desde los niveles básicos de educación, dejando de verlo como un tabú y entendiéndolo como un punto importante y necesario en la salud general del ser humano.</p> <p>Deficiente acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva para los jóvenes. Dificultades en la comunicación y relación entre profesionales de la salud y los pacientes, afectando la calidad de la atención y el proceso de cuidado.</p> <p>Explotación sexual</p>	<p>*Fortalecer programas de educación sexual dirigida a padres, cuidadores, docentes.</p> <p>*Trabajar sobre mitos y creencias de la sexualidad desde edades tempranas.</p> <p>*Fortalecer capacidades para abordaje de temas de salud mental y educación sexual en la comunidad educativa</p>
<p>Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles:</p> <p>Falta de saneamiento, infraestructura básica</p> <p>Falta de concientización de la población sobre la importancia de la prevención y el control de enfermedades transmisibles y falta de educación sanitaria.</p> <p>Propagación de enfermedades transmisibles, aumento de la carga de morbilidad y mortalidad relacionadas con ella Deficiencia de agua potable y alcantarillado en zona insular.</p>	<p>*Realizar educación en salud a la población priorizando mayores deficiencias de saneamiento básico</p> <p>*Articulación intersectorial para dar solución al saneamiento básico en áreas de mayor déficit. *Estructurar y adoptar un equipo funcional interinstitucional para el abordaje de enfermedades transmisibles (ETV- Zoonosis_TB y Lepra).</p> <p>*Fortalecer los recursos necesarios para las intervenciones de promoción, prevención, control y mitigación para el abordaje de las enfermedades transmisibles. *Fortalecer los recursos necesarios para las intervenciones de promoción, prevención, control y mitigación de las enfermedades transmisibles (ETV-Zoonosis_TB y Lepra).</p> <p>*Aumentar las coberturas de saneamiento básico y mejorar la calidad de los servicios</p> <p>*Coordinar intersectorialmente acciones conjuntas para control integral de las enfermedades transmisibles (ETV- Zoonosis_TB y Lepra). *Fortalecimiento de laboratorio de salud pública en ETV, Zoonosis, Lepra y Tuberculosis* Realizar caracterizaciones ambientales de los riesgos biológicos de ETV, Zoonosis, Lepra y Tuberculosis.</p>

Descripción del problema o núcleo inequidad	Propuesta de respuesta y recomendaciones
<p>Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental, la variabilidad del cambio climático y los productos de uso y consumo humano.</p> <p>Deficiencia en el acceso a agua potable en zonas rural (insular y continental) e invasiones en área urbana.</p> <p>Deficiencias en la cobertura y en prestación del servicio de acueducto y alcantarillado en zonas rural (insular y continental) e invasiones en área urbana.</p> <p>Mal manejo y disposición final de residuos sólidos y líquidos. Contaminación de cuerpos de agua.</p> <p>Deficiencia en la continuidad en actividades de educación que incluyan participación social y comunitaria, masiva.</p> <p>falta de conciencia ciudadana frente a las acciones de prevención y cuidado del ambiente, consumo excesivo de energía y combustibles fósiles que genera emisión de gases de efecto invernadero.</p> <p>Contaminación que afecta la calidad del aire</p> <p>Falta de herramientas y equipos tecnológicos que permitan la identificación de Alertas tempranas relacionadas con la variabilidad del cambio climático y contaminación ambiental.</p> <p>Incumplimiento de normas sanitarias en establecimientos de productos de uso y consumo humano.</p>	<p>*Aumento en la cobertura y prestación de servicio de agua potable y alcantarillado en zonas rural (insular y continental) e invasiones en área urbana.</p>
	<p>*Fortalecer la vigilancia de la calidad del agua para consumo humana, urbano y rural, Inspección, vigilancia y control sanitario relacionados con la salud ambiental</p>
	<p>*Desarrollar estrategias de Información, Educación y Comunicación para mejorar conductas sobre manejo del agua, saneamiento básico, entornos saludables, seguridad química, calidad del aire, ruido, variabilidad en el cambio climático y movilidad saludable, segura y sostenible.</p>
	<p>*Realizar estrategias de intervención para la descontaminación de cuerpos de agua.</p>
	<p>*Fortalecer estrategias comunitarias que favorezcan la conciencia ciudadana frente a las acciones de prevención y cuidado del ambiente, consumo excesivo de energía y combustibles fósiles que genera emisión de gases de efecto invernadero.</p>
	<p>*Garantizar el cumplimiento en la normatividad relacionada con la calidad del aire</p>
	<p>*Adquisición de herramientas y equipos tecnológicos que permitan la identificación de Alertas tempranas relacionadas con la variabilidad del cambio climático y contaminación ambiental.</p>
	<p>*Fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control con enfoque de riesgo en materia de medicamentos, alimentos y otros productos de uso y consumo objeto de vigilancia, que tienen impacto en la salud individual y colectiva.</p>
	<p>*Implementación de las Acciones de Gestión Integral del Riesgo para la respuesta en salud frente a los nuevos peligros ambientales relacionados con el cambio climático que generan desastres naturales y afectan la salud y bienestar.</p>
	<p>*Aumento del personal humano idóneo que realice las intervenciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control relacionadas con la salud ambiental, el cambio climático y los productos de uso y consumo humano.</p>
<p>*Fortalecer la vigilancia Institucional para la adherencia a la aplicación de protocolos y rutas integrales de atención en salud ante eventos de salud Pública de Importancia internacional ESPII.</p>	
<p>*Articulación intersectorial e interinstitucional para el abordaje conjunto de acciones encaminadas al cumplimiento de la normatividad y mitigar el efecto generados por las enfermedades relacionadas con la salud ambiental, la variabilidad del cambio climático y los productos de uso y consumo humano.</p>	
<p>*Fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE, los</p>	

<p>Surgimiento de nuevos peligros ambientales relacionados con el cambio climático que generan desastres naturales y afectan la salud y bienestar. La Deforestación Insuficiente personal humano idóneo que realice las intervenciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control relacionadas con la salud ambiental, el cambio climático y los productos de uso y consumo humano. No adherencia a la aplicación de protocolos y rutas integrales de atención en salud ante eventos de salud Pública de Importancia internacional ESPII.</p>	<p>Sistemas de Emergencias Médicas las acciones de conocimiento, reducción del riesgo y manejo de desastres en salud</p>
	<p>*Realizar educación en salud a la población priorizando mayores deficiencia de saneamiento básico</p>
	<p>*Articulación intersectorial para dar resolutivita a saneamiento básico en áreas de mayor déficit de saneamiento</p>
	<p>*Fortalecer los recursos necesarios para las intervenciones de promoción, prevención, control y mitigación para el abordaje de las enfermedades transmisibles</p>
	<p>*Continuar con el seguimiento al monitoreo de la calidad del agua para consumo humano y de diversión.</p>
	<p>*Realizar educación en salud a la población priorizando mayores deficiencias de saneamiento básico</p>
	<p>*Articulación intersectorial para dar resolutivita a saneamiento básico en áreas de mayor déficit de saneamiento.</p>
	<p>*Fortalecer los recursos necesarios para las intervenciones de promoción, prevención, control y mitigación para el abordaje de las enfermedades transmisibles.</p>
	<p>*Continuar con el seguimiento al monitoreo de la calidad del agua para consumo humano y de diversión</p>
<p>*Realizar educación en salud a la población priorizando mayores deficiencia de saneamiento básico</p>	
<p>*Articulación intersectorial para dar resolutiva a saneamiento básico en áreas de mayor déficit de saneamiento</p>	
<p>Riesgos para la salud asociados a un clima cambiante: Contaminación que afecta la calidad del aire y el agua, - Aumento de enfermedades transmitidas por vectores. - Aumento de infecciones Falta de tecnológico en el tiempo real, lo cual no permite tomar decisiones oportunas respiratorias. Aumento de enfermedades transmitidas por vectores Aumento de infecciones respiratorias</p>	<p>*Jornadas masivas de información en salud por IPS/EAPB bajo la supervisión y acompañamiento de DADIS.</p>
	<p>*Fortalecimiento de capacidades comunitarias para temas de prevención en contextos de emergencia ambientales</p>
	<p>*Articulación y coordinación con Saneamiento/ EPA/aguas de Cartagena la sensibilización en prevención de EDA.</p>
	<p>*Realizar monitoreo y sala situacional de análisis de riesgos ambientales para toma de decisiones</p>

4.4 VISION COMPARTIDA A LARGO PLAZO

4.4.1.1 VISION DEL PLAN TERRITORIAL

A 2031 Cartagena y sus habitantes de zona urbana, rural e insular, con pleno goce de sus derechos y deberes pueden contar con las herramientas para mejorar la calidad de vida mediante la incidencia sobre los determinantes sociales y con enfoque diferencial.

4.4.1.2 Principios y Enfoques

4.4.1.3 Principios

Se retoman los En el plan de desarrollo Cartagena Ciudad de derecho 2024 – 2027 se señalan como principios

orientadores:

Protección de la Vida

Sostenibilidad

Transparencia

Participación

Universalidad

Concurrencia

Coordinación

Gestión Orientada a Resultados

Prevalencia del Interés Superior de los Derechos de la Infancia

Indivisibilidad

4.2.1.1 Enfoques

En concordancia con los principios establecidos en el plan decenal de salud pública 2022 – 2031 el Plan territorial para el distrito de Cartagena acoge los principios y enfoque de derechos humanos y equidad, el enfoque diferencial de derechos, enfoque del curso de vida, el enfoque de género, enfoque intersectorial para abordar de manera integral a los sujetos de derechos en la salud pública.

4.2.1.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL

Consolidar al Distrito de Cartagena como Autoridad Sanitaria, rectora en la Implementación del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo, basado en la Atención Primaria en Salud, Gobernanza y Gobernabilidad incidiendo en los determinantes que mejoraran las condiciones de salud de la población.

4.2.1.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECIFICOS

PROGRAMA 1 SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN

Disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable en el Distrito de Cartagena, mejorando el acceso y la calidad en la atención en salud.

PROGRAMA 2 DERECHOS EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL

Fomentar la gestión de los derechos y la promoción social en salud con enfoque diferencial y preferencial de las poblaciones vulnerables en el Distrito de Cartagena

PROGRAMA 3 FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL DISTRITO DE CARTAGENA - CRUED

Optimizar la capacidad del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED) de Cartagena para coordinar efectivamente la respuesta ante emergencias y desastres, asegurando una gestión integral del riesgo que mejore la resiliencia de la salud pública frente al cambio climático

PROGRAMA 4 SALUD PÚBLICA

Desarrollar de manera integral e integrada políticas, planes y programas en salud pública a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo de las personas, familias y comunidades del Distrito de Cartagena.

4.2.2 RESULTADOS ESPERADOS POR EJES ESTRATÉGICOS Y PROGRAMAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.

PROGRAMA 1 SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN

OBJETIVO DEL PROGRAMA Disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable en el Distrito de Cartagena, mejorando el acceso y la calidad en la atención en salud

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

Una de las maneras de ejercer la autoridad sanitaria para el Distrito y que así mismo contribuirá a la generación de gobernabilidad y gobernanza sobre todo en materia de salud sería el hecho de que los diferentes actores en salud y demás referentes comunitarios y ejecutivos, desde sus diferentes sectores enfoques generen y coordinen acciones de manera orientadora hacia el logro de los resultados en salud.

Este programa pretende Garantizar el acceso a los servicios de Salud a toda la población

que lo requiera, en forma humanizada, con calidad e inclusión, con el fin de conservar y/o mejorar la calidad de vida de los residentes y visitantes del Distrito de Cartagena.

Pretendemos impulsar de igual forma el buscar un equilibrio entre los beneficios que se brinden para mejorar la atención al paciente, las condiciones de salud de las poblaciones, optimizar la gestión del riesgo, así como la optimización de recursos que permitan cumplir con los propósitos trazados a nivel del programa

En la gestión de garantizar la prestación de servicios de salud en Cartagena, en el año 2021 fue aprobado por parte del MSPS el **Programa Territorial de Reorganización Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado - PTRRMR del distrito de Cartagena**, el cual incluyó el diseño de un modelo de atención integral en salud que contempla como objetivo, **“contribuir al mejoramiento de la salud integral de la población de Cartagena de Indias, residente en el área urbana, rural y rural dispersa, con énfasis en la atención primaria en salud y el enfoque de salud familiar, que garantice el acceso a los servicios de salud, en condiciones de calidad, oportunidad, continuidad y eficiencia”**.

El modelo de atención integral en salud del distrito se construye teniendo en cuenta las siguientes cinco estrategias y enfoques básicos, los cuales deben ser vistos de manera interrelacionada para el cumplimiento de los objetivos planteados, así: Estrategia de Atención Primaria en Salud, Estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud, Enfoque de Promoción de la Salud, Enfoque en Salud Familiar

Se busca la articulación efectiva para el control y manejo de los determinantes sociales de salud que influyen en la salud de la población vulnerable del distrito, evitando el incremento de indicadores de morbilidad y mortalidad, interviniendo aspectos de vital importancia como el acceso a la seguridad social en salud, mediante el aseguramiento de toda la población, prestación de los servicios de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, regulando la red de prestadores de tal forma que garanticen integralidad en la atención

Mediante el **aseguramiento** se buscará universalizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población residente en el distrito de Cartagena, gestionando y asegurando el uso eficiente de los recursos y vigilando la calidad de la atención en salud de la población. Mantendremos la continuidad en la afiliación al Régimen Subsidiado que viene en la actualidad, así como gestionaremos la financiación y aseguramiento de nuevos afiliados.

La población total afiliada al Régimen Subsidiado en Salud a 31 de diciembre de 2023 es de 679.555, de los cuales 440.491 corresponden a los Grupos de SISBEN A, B y C Metodología IV, 118.116 a los Niveles 1, 2 y 3 del SISBEN Metodología III y 120.948 por listado censal, a quienes se les debe garantizar la continuidad de la afiliación

Bueno es comentar que, en la actualidad, existe en el Distrito de Cartagena una población de 118.116 personas afiliadas al régimen subsidiado en salud, que no están registradas en la Base de Datos del SISBEN Metodología IV validada por el Departamento Nacional de Planeación - DNP, dicha población se encuentra en riesgo de salir del SGSSS. Es importante destacar que El Ministerio de Salud y de la Protección Social, ha dado a esta población varias prorrogas para que diligencien la encuesta de SISBEN y no salgan del SGSS ya que dicha salida del SGSS crearía un impacto negativo a nivel social al quedar potencialmente desprotegidas y poniendo en riesgo su salud y sus vidas; a nivel económico, los recursos de oferta se verían afectados puesto que aumentaría la población no asegurada y la imagen de credibilidad del ente territorial también se vería afectada.

Es fundamental y necesario que, mediante la complementariedad de los sectores y afín de minimizar los impactos negativos, Desde la Oficina Distrital del SISBEN de la Secretaría Distrital de Planeación, y como apoyo a la garantía de derechos, realice la encuesta para que defina la clasificación de las 118.116 personas afiliadas a través de la Encuesta de SISBEN Metodología IV.

En materia de la **prestación del servicio de salud**, a la población no afiliada la misma se realizará garantizando el acceso de la población, acorde al modelo de atención establecido por el distrito de Cartagena, teniendo en cuenta sus aspectos individuales y colectivos, así como el enfoque de salud familiar, promoción de la salud y diferencial, basado en las estrategias de **Atención Primaria en Salud y Gestión Integral del Riesgo**.

Se acompañará a la red de prestadores y a los usuarios para que su experiencia en la atención sea la más pertinente, ajustada a guías clínicas de atención y dentro de los preceptos de calidad y humanización establecidos, fomentando un acceso oportuno a los servicios de salud en cualquiera de las fases de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo con las necesidades de cada persona y buscando la integralidad en su atención.

Con el objetivo de reorganizar y fortalecer la infraestructura hospitalaria del distrito de Cartagena, que permita la atención integral en salud acorde a estándares de habilitación, la autoridad sanitaria distrital en coordinación con la ESE Hospital Local Cartagena de Indias y Secretaria de Infraestructura realizará los ajustes necesarios a los diseños y verificara el cumplimiento de los requisitos que permitan viabilizar técnicamente los proyectos de obras civiles y de dotación a los centros y puestos de salud que actualmente se encuentran siniestrados.

Se realizarán actividades de promoción de la calidad de la atención en salud, inspección, vigilancia y control a los Prestadores de servicios de salud en el marco del Sistema

Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, que se compone del Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad de la Atención en Salud; así como también verificar dentro del Sistema Único de Habilitación gestión del servicio farmacéutico, el mantenimiento hospitalario, la tecnología biomédica controlada y tramitar y resolver las quejas relacionadas con las fallas en la calidad de la Prestación de Servicios de salud.

Estas acciones pretenden que los prestadores de servicios de salud cumplan y mantengan las condiciones de habilitación y su sistema de gestión de calidad de forma permanente, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud y brinden seguridad a sus usuarios, lo que se traducirá en una adecuada prestación de servicios de salud con calidad enfocado en una atención en salud humanizada reflejado en una mejor calidad de vida.

El Distrito de Cartagena, a través del Departamento administrativo Distrital de Salud brindará asistencia técnica a la Red de prestadores públicos priorizados, para gestionar su desarrollo tecnológico, de talento humano e infraestructura, que mejore la atención a los usuarios y de igual forma propenderá por fortalecer las Empresas Sociales del Estado **Clínica La Maternidad Rafael Calvo, Hospital Universitario del Caribe y la Casa del Niño y el Hospital Local Cartagena de Indias** que tienen presencia en toda la zona insular y corregimental del Distrito de Cartagena.

Eje estratégico el PDSP 2022-2031	Objetivos Estratégicos del PTS	Resultado esperado del PDSP 2022-2031	Meta de resultados en salud del PDSP 2022-2031 adaptadas al	Estrategias del Plan Territorial de Salud
Eje 1 Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	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 y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Incrementar el porcentaje de Población No Asegurada (PNA) con acceso garantizado a los servicios de salud mediante autorizaciones con máximo de 5 días hábiles, a 90%	Fortalecimiento y desarrollo de las capacidades institucionales para la gestión territorial y mecanismos para generar acciones intersectoriales y transectoriales en el marco de la atención primaria en salud.
		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Aumentar la Cobertura de Aseguramiento al Régimen Subsidiado en Salud al 100%.	Desarrollo de una agenda intersectorial (acuerdos sociales y comunitarios) en el Distrito de Cartagena que mejoren el sistema de respuesta en salud, adaptándolo a las necesidades específicas de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, personas con orientación sexual diversa y otras poblaciones vulnerables
			Lograr que el 60% de los prestadores de servicios de salud que sean visitados mantengan de forma permanente las condiciones de habilitación, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud, brinden seguridad a sus usuarios y mejoren continuamente la calidad en la atención en salud.	Fortalecimiento y desarrollo de las capacidades institucionales para la gestión territorial y mecanismos para generar acciones intersectoriales y transectoriales en el marco de la atención primaria en salud.
	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, y 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.	Incrementar el porcentaje de Población No Asegurada (PNA) con acceso garantizado a los servicios de salud mediante autorizaciones con máximo de 5 días hábiles, a 90%	Fortalecimiento y desarrollo de las capacidades institucionales para la gestión territorial y mecanismos para generar acciones intersectoriales y transectoriales en el marco de la atención primaria en salud.
		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Aumentar la Cobertura de Aseguramiento al Régimen Subsidiado en Salud al 100%.	Desarrollo de una agenda intersectorial (acuerdos sociales y comunitarios) en el Distrito de Cartagena que mejoren el sistema de respuesta en salud, adaptándolo a las necesidades específicas de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, personas con orientación sexual diversa y otras poblaciones vulnerables
			Lograr que el 60% de los prestadores de servicios de salud que sean visitados mantengan de forma permanente las condiciones de habilitación, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud, brinden seguridad a sus usuarios y mejoren continuamente la calidad en la atención en salud.	Fortalecimiento y desarrollo de las capacidades institucionales para la gestión territorial y mecanismos para generar acciones intersectoriales y transectoriales en el marco de la atención primaria en salud.

Eje estratégico el PDSP 2022-2031	Objetivos Estratégicos del PTS	Resultado esperado del PDSP 2022-2031	Meta de resultados en salud del PDSP 2022-2031 adaptadas al	Estrategias del Plan Territorial de Salud
Eje 4 Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud	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.	Incrementar el porcentaje de Población No Asegurada (PNA) con acceso garantizado a los servicios de salud mediante autorizaciones con máximo de 5 días hábiles, a 90%	Fortalecimiento y desarrollo de las capacidades institucionales para la gestión territorial y mecanismos para generar acciones intersectoriales y transectoriales en el marco de la atención primaria en salud.

PROGRAMA 2 DERECHOS EN SALUD Y PROMOCION SOCIAL

OBJETIVO DEL PROGRAMA Fomentar la gestión de los derechos y la promoción social en salud con enfoque diferencial y preferencial de las poblaciones vulnerables en el Distrito de Cartagena

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

Fomentar la gestión de los derechos y la promoción social en salud con enfoque diferencial y preferencial de las poblaciones vulnerables en el Distrito de Cartagena.

El presente programa reconoce las particularidades **de los Grupos Poblaciones Vulnerables (en función del curso de vida: Niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores y de las condiciones o situaciones particulares: Grupos étnicos (NARF, Indígenas), personas con discapacidad, habitantes de calle, víctimas del conflicto armado, migrantes y personas de acuerdo a su identidad de género y orientación sexual)**, las condiciones sociales, el precario reconocimiento de los derechos y deberes en salud, la extrema pobreza, la exclusión social, la marginalidad y vulnerabilidad en el ejercicio del derecho a la salud.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se presentan algunas barreras de acceso de los servicios de salud como otras formas de exclusión e inequidades, representado en servicios inoportunos, deficientes e insatisfacción de los usuarios frente a los mismos, lo cual se presenta en gran medida por el desconocimiento de la población de sus derechos y deberes en salud, para su defensa y reivindicación, así como de la apropiación de mecanismos participativos que les permitan a las comunidades y poblacionales vulnerables velar por la garantía de esos derechos.

Por consiguiente, este programa implementará acciones e intervenciones sectoriales y transectoriales, basados en el enfoque diferencial para fomentar la promoción de la participación social en salud de las poblaciones vulnerables y comunidad en general, que contribuyan a cambios en el entorno para generar salud y bienestar, desarrollando actividades enfocadas en garantizar: las órdenes de valoración del procedimiento de certificación de discapacidad y RLCPD, la atención psicosocial de personas víctimas del conflicto armado, la habilitación y la rehabilitación funcional de personas con discapacidad mediante el Banco de Producto de Apoyo Distrital-BPAD, los mecanismos la Atención y orientación en la gestión de quejas y reclamos en salud de los usuarios del SGSSS, por consiguiente la orientación en sus deberes y derechos en salud, desarrollo de capacidades en Deberes y Derechos, atención preferencial con enfoque diferencial y Políticas de los grupos poblacionales vulnerables dirigido a funcionarios actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, jornadas de atención integral al habitante de calle, asistencia técnicas a los centros de vida y Hogares geriátricos

Eje estratégico el PDSP 2022-2031	Objetivos Estratégicos del PTS	Resultado esperado del PDSP 2022-2031	Meta de resultados en salud del PDSP 2022-2031 adaptadas al	Estrategias del Plan Territorial de Salud
Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ 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	Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales	Incrementar el porcentaje de grupos poblacionales vulnerables participando en la promoción social en salud basado en el enfoque diferencial y preferencial al 100%	Desarrollo de una agenda intersectorial (acuerdos sociales y comunitarios) en el Distrito de Cartagena que mejoren el sistema de respuesta en salud, adaptándolo a las necesidades específicas de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, personas con orientación sexual diversa y otras poblaciones vulnerables

PROGRAMA 3 FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL DISTRITO DE CARTAGENA - CRUED

OBJETIVO DEL PROGRAMA Optimizar la capacidad del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED) de Cartagena para coordinar efectivamente la respuesta ante emergencias y desastres, asegurando una gestión integral del riesgo que mejore la resiliencia de la salud pública frente al cambio climático

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

El objetivo nos permite 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 fortalecer la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso a las tecnologías en salud necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.

Con la implementación y fortalecimiento de este programa, el CRUED del Distrito de Cartagena se hará responsable de coordinar y regular el acceso a los servicios de urgencias y la atención de la población afectada en situación de emergencias o desastres; fortaleciendo los mecanismos sectoriales de gestión y coordinación ante situaciones de urgencia, emergencia o desastres que impacten la salud pública; esto conlleva a la adopción de medidas de conocimiento y reducción del riesgo de desastres, acciones para el manejo

y respuesta, que incluyan la formación y capacitación del talento humano en la gestión integral del riesgo y en lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático; los sistemas de información y comunicación, estrategias de disminución de la vulnerabilidad de los servicios de salud, fortalecimiento de las capacidades sanitarias, protocolos y planes de respuesta, esquemas de coordinación sectorial e intersectorial, así como la articulación con los demás actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

Para que el CRUED de Cartagena y Bolívar pueda coordinar, organizar y operar la red de comunicación, el proceso de referencia y contrarreferencia, el sistema de información y las demás funciones asignadas, debe contar con un equipo humano interdisciplinario de planta que esté cualificado, entrenado y con las competencias para la gestión y operación de las acciones, además de una red de telecomunicación eficiente con los hospitales, los servicios prehospitalarios y la red de transporte asistencial, que le permita el fortalecimiento de los Servicios de Emergencias Médica, unificar el trabajo de los Centros Reguladores de urgencias y Emergencias, el desarrollo de capacidades técnicas del talento humano y contar con un sistema de comunicación y tecnología de punta, que permita el monitoreo de las actividades, el análisis y evaluación de la información en tiempo real, para la toma de decisiones estratégicas en las acciones de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, desastres, eventos naturales que afecten directa o indirectamente la salud pública por el cambio climático y fortalecer la estructura necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.

Este programa permitirá potenciar los componentes impulsores de avances del sector salud, mejorando los sistemas de vigilancia y alerta temprana que permitan respuestas oportunas y medidas de mitigación frente a situaciones de riesgo, amenazas y/o emergencias en salud, la modificación en los patrones del comportamiento de algunos eventos de interés en Salud pública, ESPII, en puertas de entrada del Distrito, sector Industrial, turístico, hotelero y/o en poblaciones vulnerables, generar información estadística en tiempo real y adecuada, que permita tomar decisiones coyunturales y estratégicas sobre el sistema en coordinación intersectorial.

Brindará a la Red de servicios de urgencias del distrito, el acompañamiento técnico y desarrollo de capacidades del talento Humano en salud en lo relacionado a la respuesta institucional en la implementación del plan de gestión integral del riesgo de emergencia y desastre en salud y los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático, a través de los equipos operativos y de análisis del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud COES, Centro de información de Asesoría y Atención en Toxicología - CIAAT y Centro de Información en Asesoría y Atención en Salud Mental – CIAASM y APH. , potenciando las acciones encaminadas a la generación de conocimiento a través de estrategias de investigación e innovación desarrolladas conjuntamente entre diversos actores y sectores,

con el fin de consolidar, generar, divulgar, traducir, usar y apropiar el conocimiento para la gestión de la salud pública.

Se espera que el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres – CRUED, cuente con una Infraestructura física, dotación, insumos y sistemas de información, telemática, que permita optimizar la respuesta en la regulación de las atenciones prehospitalarias y garantizar de manera oportuna la referencia y contrarreferencia de los servicios de urgencia para así mismo poder intervenir en los eventos asociado a mortalidad y/o modificación en el patrón del comportamiento epidemiológico y a los riesgos medioambientales tales como: Dengue grave, Paludismo o malaria, Cólera, Enfermedad Diarreica Aguda, Desnutrición, Estrés térmico, Hipotermia, Enfermedades Cardiacas, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Similares a Influenza, Covid-19 u otros agentes respiratorios que estén asociados a la variabilidad del cambio climático y sus efectos físicos y de la salud mental o comportamiento humano, Intoxicaciones por metales, materiales químicos, contaminación del agua y alimentos, enfermedades por la contaminación del aire y los efectos sobre la salud de situaciones de desastres. Eventos estos que de igual forma se pueden presentar tanto a nivel urbano como a nivel **corregimental o insular**

De igual forma desde el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, se emiten las viabilidades en salud para los eventos de afluencia masiva, previa revisión y análisis de los requisitos que garanticen la Atención prehospitalaria con la verificación en el cumplimiento para dar respuesta a posibles situaciones de riesgo en estos escenarios.

Eje estratégico el PDSP 2022-2031	Objetivos Estratégicos del PTS	Resultado esperado del PDSP 2022-2031	Meta de resultados en salud del PDSP 2022-2031	Estrategias del Plan Territorial de Salud
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas, por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortalecer la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso a las tecnologías en salud necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Intervenir el 100% de los casos reportados al CRUED asociados a la mortalidad y/o modificación del patrón de enfermedades en salud pública, de riesgos medioambientales por la variabilidad del cambio climático, urgencia, emergencia y desastres	Fortalecimiento y desarrollo de las capacidades institucionales para la gestión territorial y mecanismos para generar acciones intersectoriales y transectoriales en el marco de la atención primaria en salud.
		Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.		

PROGRAMA 4 SALUD PÚBLICA

OBJETIVO DEL PROGRAMA Desarrollar de manera integral e integrada políticas, planes y programas en salud pública a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo de las personas, familias y comunidades del Distrito de Cartagena

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

El programa se enfocará en implementar acciones destinadas a fomentar la salud y prevenir enfermedades, al mismo tiempo que fortalecerá la inspección, vigilancia y control sanitario para proteger la salud pública y mejorar el bienestar de todos los ciudadanos. Esto se llevará a cabo mediante el desarrollo de estrategias para el cuidado de la salud y la vida de los colectivos y comunidades, orientado hacia una atención integral, integrada e intercultural, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud, en un proceso participativo y transectorial y en consonancia con las directrices establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y los pilares del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo en el marco de las competencias de Ley.

2. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	3. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	4. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	5. Estrategias de acuerdo con resultados esperados del PDSP 2022-2031	6. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031
<p>Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública</p>	<p>Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, y 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.</p>	<p>Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.</p>	<p>Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes.</p>	<p>A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.</p>
			<p>Conformación y fortalecimiento de las instancias organizativas para la participación de la población de economía popular y comunitaria, pueblos indígenas y otros grupos de protección especial.</p>	<p>A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.</p>
			<p>Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.</p>	<p>A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.</p>
			<p>Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.</p>	<p>A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.</p>
			<p>Generación y adecuación de estrategias que promuevan capacidades institucionales para la garantía del derecho a la salud de la población de la economía popular y comunitaria en el territorio.</p>	<p>A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.</p>
			<p>Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial.</p>	<p>A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.</p>
			<p>Desarrollo de estrategias para la organización y acompañamiento de la participación ciudadana dirigida a la identificación de problemáticas, análisis, comprensión y definición de decisiones que impacten de manera positiva la salud</p>	<p>A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.</p>
			<p>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.</p>	<p>A 2031 el 100% de las Entidades territoriales departamentales y distritales contarán con una participación de organizaciones de base comunitaria y estructuras o formas de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de pueblos y comunidades étnicas como parte de la red integral e integrada territorial de salud según disposiciones del Ministerio de Salud y protección Social.</p>

2. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	3. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	4. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	5. Estrategias de acuerdo con resultados esperados del PDSP 2022-2031	6. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031
Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ 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	Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales	Reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género que afectan a las personas y colectivos en un territorio.	A 2031 el 100% de entidades territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que tienen en su territorio pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom han establecido acuerdos para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.
Determinantes Sociales de la Salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias	Entorno económico favorable para la salud	Caracterización y gestión de las opciones de intervención respecto de las condiciones de salud, ambiente de trabajo u ocupación que se relacionan con peores resultados en la salud y la vulneración de la población, en particular en lo relacionado con procesos de salud mental, enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles.	A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios. A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.
		Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	Gestión de los mecanismos para adoptar soluciones alternativas de cuidado integral en saneamiento básico, agua potable, calidad del aire, la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicos, la movilidad segura, saludable y sostenible y economías sociales y populares de cuidado comunitario en <u>salud teniendo en cuenta los factores socioculturales del</u> Gestionar los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para el desarrollo de estrategias Gestión del acceso a saneamiento básico y agua apta para consumo humano a través de procesos intersectoriales	A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios. A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.
		Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Fortalecimiento de procesos de movilización y organización social y popular en salud en los territorios de salud	A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios. A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

2. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	3. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	4. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	5. Estrategias de acuerdo con resultados esperados del PDSP 2022-2031	6. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031
Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud	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	Fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para el desarrollo de la APS con acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario. Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población Colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud
		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.	Reorganización de servicios de salud en complejidades y modalidades de prestación para mejoramiento de acceso, integralidad de la atención y continuidad del cuidado.	A 2031 los servicios de salud de mediana y alta complejidad han mejorado la eficiencia, efectividad y oportunidad de la atención en salud como dimensiones de la calidad en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. A 2031 operarán en el territorio nacional el 100% de los equipos básicos interdisciplinarios proyectados con base en las dinámicas poblacionales y territoriales para el fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria.
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas, por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortalecer la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso a las tecnologías en salud necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos inusuales en salud pública que afecten la salud de la población.	A 2031 se establecerán en el 100% de los Departamentos y Distritos, sistemas de alerta temprana para la identificación del riesgo por el cambio climático y la posible vulnerabilidad de la población desde un enfoque territorial.

2. Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.	3. Objetivo por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	4. Resultados esperados por Eje Estratégico del PDSP 2022-2031.	5. Estrategias de acuerdo con resultados esperados del PDSP 2022-2031	6. Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031
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.	Desarrollo de estrategias de comunicación, educación para el cambio de comportamiento y de acción colectiva que favorezcan la transformación de la cultura de seguridad social en salud y promover los entornos saludables y protectores.	A 2031 se fortalecerá en el 100% de los territorios la apropiación social del conocimiento en salud pública y el desarrollo de investigaciones que den respuesta a las necesidades en salud de cada territorio
			Desarrollo e implementación de otras estrategias para la generación de conocimiento acerca de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, evaluaciones de riesgo ambientales de la salud, entre otras.	
			Producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública	A 2031 se fortalecerán en el 100% de los Departamentos y Distritos las capacidades técnicas y de investigación en salud pública del personal de salud.
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	Fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales para la gestión territorial de la salud pública, en el marco de la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva	Incrementar al doble el número de cargos de planta de las Entidades territoriales de orden departamental, distritales y municipales contribuyendo al fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la salud pública

**4.2.3 METAS ESTRATEGICAS Y CADENA DE VALOR EN SALUD DEL TERRITORIO
 ARMONIZADAS CON PDD**

PROGRAMA 1 SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR	LÍNEA BASE	UNIDAD DE MEDIDA	META DEL CUATRENIO
Tasa de cobertura a la afiliación al Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena de Indias	99,14% Fuente: DADIS – Estadísticas Aseguramiento	Porcentaje	Aumentar la cobertura a la afiliación del Régimen Subsidiado al 100%
Porcentaje de población No asegurada (PNA) con acceso garantizado a los servicios de salud, mediante autorizaciones con máximo de 5 días hábiles	86% Fuente DADIS-Sigdadis	Porcentaje	Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población No asegurada (PNA) mediante la generación del 90% de las autorizaciones de servicios con un máximo de 5 días hábiles.

INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE	METAS DEL CUATRENIO	RESPONSABLE	POBLACION
Número de usuarios con continuidad de la afiliación al régimen subsidiado en salud en el Distrito de Cartagena	679.555 afiliados	Mantener la continuidad de la afiliación a 679.555 personas que vienen afiliados al régimen subsidiado en salud	Director Operativo Aseguramiento	679.555
Número de personas nuevas afiliadas al sistema general de seguridad social en salud	0	Afiliar 20.000 personas nuevas al sistema general de seguridad social en salud (con o sin SISBEN)	Director Operativo Aseguramiento	Migrantes NA, NA certificados por Minsalud y Retirados del Contributivo
Número servicios de salud habilitados para atender Población No Asegurada, conformando la red integrada de salud del Distrito de Cartagena	142 servicios	Mantener 142 servicios de salud habilitados conformando la red integrada de salud del Distrito de Cartagena para atender Población Pobre No Asegurado.	Director Operativo de Prestación de Servicios	16.740
Número de Equipos Básicos de Salud que operan en el Distrito monitoreados y evaluados.	3 equipos pilotos DADIS 2023	Monitorear y evaluar a 62 Equipos Básicos de Salud que se conformen y operen en el Distrito de Cartagena.	Director Operativo de Prestación de Servicios	465.000
Número de prestadores de servicios de salud con asistencia técnica de inspección, vigilancia y control para mejoramiento de la calidad de la atención en salud.	0	Realizar asistencia técnica de inspección, vigilancia y control a 60 prestadores de salud para mejoramiento de la calidad de la atención en salud	Director Operativo de Vigilancia y Control.	1.059.626

PROGRAMA 2 DERECHOS EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL

INDICADORES DE INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR	LÍNEA BASE	UNIDAD DE MEDIDA	META DEL CUATRENIO
Porcentaje de grupos poblacionales vulnerables participando en la promoción social en salud basado en el enfoque diferencial y preferencial.	70% (2023) DADIS	Porcentaje	Incrementar al 100% la participación de los grupos poblaciones vulnerables en la promoción social en salud basado en el enfoque diferencial y preferencial.

INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE	METAS DEL CUATRENIO	RESPONSABLE	POBLACION
Número de Personas con valoración clínica multidisciplinaria simultanea realizada con resultado condición de discapacidad	3.686 (2023) personas valoradas DADIS	Realizar valoraciones clínicas multidisciplinaria del procedimiento de certificación de discapacidad y Registro de Localización y Certificación de Personas con Discapacidad a 10.000 personas del Distrito de Cartagena	DADIS	Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Jóvenes y Adultos, Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera, indígena y víctimas del conflicto.
Número de Personas pertenecientes a los grupos poblaciones vulnerables en función del curso de vida y/o de las condiciones o situaciones con promoción de la participación social en salud.	25.000 (2023)	Promocionar la participación social en salud a 30.000 personas pertenecientes a los grupos poblaciones vulnerables en función del curso de vida y/o de las condiciones o situaciones particulares.	DADIS	Adolescencia, Jóvenes y Adultos, Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera, Indígena y víctimas del conflicto.

**PROGRAMA 3 FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS,
EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL DISTRITO DE CARTAGENA – CRUED**

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR	LÍNEA BASE	UNIDAD DE MEDIDA	META DEL CUATRENIO
Porcentaje de intervención a casos reportados al CRUED asociados a la mortalidad y/o modificación del patrón de enfermedades en salud pública, de riesgos medioambientales por la variabilidad del cambio climático, urgencia, emergencia y Desastres.	SD	Porcentaje	Intervenir 100% de los casos reportados al CRUED asociados a la mortalidad y/o modificación del patrón de enfermedades en salud pública, de riesgos medioambientales por la variabilidad del cambio climático, urgencia, emergencia y Desastres.

INDICADOR DE PRODUCTO	LINEA BASE	METAS DEL CUATRENIO	RESPONSABLE	POBLACION
Numero de IPS con servicios de urgencias del Distrito con Plan de Emergencia Hospitalaria y desarrollo de capacidades en las competencias frente a las adaptaciones de posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático implementados.	29 IPS con servicios de urgencias	Implementar anualmente en 29 IPS con servicios de urgencias del Distrito el Plan de Emergencia Hospitalaria y desarrollo de capacidades en las competencias frente a las adaptaciones de posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático	CRUED	Población general
Centro Regulador De Urgencias construido y dotado con tecnología de punta	0	Construcción y dotación Centro Regulador de Urgencias y Emergencias con tecnología que cumpla los estándares internacionales.	DADIS	1.059.626 habitantes

PROGRAMA 4 SALUD PÚBLICA

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR	LÍNEA BASE	Unidad de Medida	Meta del cuatrienio
Razón de Mortalidad Materna a 42 días (por cada 100000 nacidos vivos)	58,49 muertes por 100.000 nacidos vivos(2022) DANE	Razón	Reducir a 46 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna
Tasa específica de fecundidad deniñas de 10 a 14 años de edad.	2.21 x 1000 2022- BODEGA SISPROSGD-EEVV	Tasa	Disminuir 0,87x1000 laTasa de Fecundidad especifica en niñas de 10 a 14 años
Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad.	60,14 X 1000 2022- BODEGA SISPROSGD-EEVV	Tasa	Disminuir 47,60x1000 laTasa de Fecundidad especifica en adolescentes de 15 a 19años
Tasa de mortalidad infantil	14,21 por 1.000 nacidos vivos (2022) DANE	Tasa	Reducir a 11,4 x 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil
Tasa de Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	9,2 por 100.000 menores de 5 años (2022) DANE	Tasa	Reducir la tasa de mortalidad por desnutrición a 5 por 100.000 menores de 5 años
Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años	13,4 por 100.000 menores de 5 años	Tasa	Reducir la Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda a 10,72 por 100.000 menores de 5años
Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años	1.2 (2021) DANE – Defunciones no fetales Proyección Poblaciones	Tasa	Obtener Tasa de Mortalidad por EDA a menos de 4 x 100.000 menores de 5 años
Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama	16,83 por 100.000 Habitantes (2022) BODEGA SISPROGD-EEVV	Tasa	Disminuir la Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama a 15,2 por 100.000 habitantes
Tasa de incidencia de intentos de suicidio	52,7 por 100.00 habitantes (2022) SIVIGILA	Tasa	Reducir a 48 por 100.000 habitantes los intentos de suicidio
Letalidad por dengue	0,2% (2021) SIVIGILA	Porcentaje	Mantener en menos de 5% la letalidad por dengue
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en población de 30 a 70 años	247,55 x 100.000 habitantes (2022) DADIS	Tasa	Reducir la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un 25% en la población de 30 a 70 años.
Cobertura útil de vacunación	HB 95% Pentavalente y Triple viral 88% DPT 82% (2023) Sistema de Información PAI – DADIS	Porcentaje	Lograr cobertura útil de vacunación (95%) de biológicos trazadores en el Distrito de Cartagena

Indicador de producto	Línea base	Meta del cuatrienio	Responsable	Población
Número de procesos de gestión de la salud pública en el marco de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud implementados	1 proceso implementados en el cuatrienio 2020-2023 Fuente: DADIS, 2023	Implementar cuatro (4) Procesos de gestión de la salud pública en el marco de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud	DADIS	1.059.626 Habitantes
Número de establecimientos farmacéuticos y similares vigilados y controlados con enfoque de riesgo	500 establecimientos farmacéuticos y similares vigilados anualmente Fuente: DADIS, 2023	Vigilar y controlar anualmente con enfoque de riesgo a 700 establecimientos farmacéuticos y similares priorizados.	DADIS	1.059.626 Habitantes
Número de toma de muestras de agua y visitas a objetos de interés de la calidad del agua para consumo humano y de diversión, inspeccionados, vigilados y controlados.	1900 toma de muestras de agua y visitas a objetos de interés. Fuente: DADIS, 2023	Realizar anualmente 2100 muestras de agua y visitas a objetos de interés de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario (IVCS) de la calidad del agua para consumo humano y de diversión.	DADIS	1.059.626 Habitantes
Número de establecimientos de interés sanitario diferentes a establecimientos de medicamentos y alimentos, motonaves y aeronaves vigilados y controlados	7.600 establecimientos vigilados anualmente Fuente: DADIS, 2023	Vigilar y controlar anualmente a 7.600 establecimientos de interés sanitario diferentes a establecimientos de medicamentos y alimentos, incluyendo motonaves y aeronaves	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de animales vacunados contra la rabia	61.568 animales Vacunados en el cuatrienio 2020-2023	Vacunar anualmente 90.000 animales contra la rabia	DADIS	90.000 animales susceptibles a rabia

Indicador de Producto	Línea base	Meta cuatrienio	Responsable	Población
Número de grupos de eventos de interés en salud pública con acciones de Vigilancia en Salud Pública y Vigilancia Comunitaria	14 grupos de eventos Fuente: DADIS, 2023	Desarrollar anualmente acciones de Vigilancia en Salud Pública y Vigilancia Comunitaria a 17 grupos eventos de interés en salud pública	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de entidades con acciones de salud pública en enfermedades cardiovasculares, huérfanas, diabetes mellitus, cáncer, salud visual, auditiva y salud bucal desarrolladas en los diferentes entornos	205 entidades Fuente: DADIS, 2023	Desarrollar anualmente acciones de salud pública a 250 entidades en enfermedades cardiovasculares, huérfanas, diabetes mellitus, cáncer, salud visual, auditiva y salud bucal en los diferentes entornos	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de productos de la Política de Salud Mental y Política Nacional para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas implementados	Política Pública de Salud Mental del Distrito y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas Fuente: DADIS, 2023	Implementar en el cuatrienio los 17 productos de Política de Salud Mental y Política Nacional para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de entidades de salud prioritizadas con acciones en Rutas Integrales de Atención en Salud relacionadas con las alteraciones nutricionales y promoción de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos	40 entidades de salud Fuente: DADIS, 2023	Desarrollar anualmente acciones en Rutas Integrales de Atención en Salud relacionadas con las alteraciones nutricionales y promoción de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS) en 40 Entidades de salud prioritizadas	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de establecimientos y transportadores de alimentos vigilados y controlados con enfoque de riesgo	3.000 establecimientos y transportadores vigilados y controlados Fuente: DADIS, 2023	Vigilar y controlar anualmente con enfoque de riesgo a 3.500 establecimientos y transportadores de alimentos	DADIS	1.059.626 habitantes

Indicador de Producto	Línea base	Meta Cuatrenio	Responsable	Poblacion
Número de acciones de salud pública desarrolladas para la promoción de la salud materna en entidades de salud y en el entorno comunitario	95 acciones (2023) Fuente: DADIS	Desarrollar anualmente 95 acciones de salud pública para promoción de la salud materna en entidades de salud y entorno comunitario	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de acciones de salud pública desarrolladas para promoción de la salud sexual y reproductiva en entidades de salud, entorno comunitario y educativo.	544 acciones (2023) Fuente: DADIS	Desarrollar anualmente 675 acciones de salud pública para promoción de la salud sexual y reproductiva en entidades de salud, entorno comunitario y educativo.	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de niños y niñas menores de un año con seguimiento del esquema de vacunación de acuerdo a la edad	14.108 niños y niñas menores de un año con seguimiento a la vacunación Fuente: DADIS, 2023	Desarrollar el seguimiento anual a la Vacunación de 14.796 niños y niñas menores de un año con todos los biológicos del esquema de acuerdo a la edad	DADIS	14.796 niños y niñas menores de un año
Número de componentes de la estrategia de gestión integrada (EGI) de vectores desarrollada en los microterritorios priorizados	7 componentes Fuente: DADIS, 2023	Desarrollar anualmente los siete (7) componentes de la estrategia de gestión integrada (EGI) de vectores en los microterritorios priorizados	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de Salas de atención a Enfermedades respiratorias agudas y UAIC aumentadas	21 (2023) Fuente: DADIS	Aumentar en el cuatrienio a 30 Salas de atención a Enfermedades respiratorias agudas y 2 UAIC de los barrios y corregimientos priorizados, para la prevención, manejo y control de la IRA y la EDA en los niños y niñas menores de 5 años	DADIS	1.059.626 habitantes

Indicador	Línea base	Meta cuatrenio	Responsable	Población
Número de estrategias de salud infantil institucionales y comunitarias ejecutadas	47 (2023) Fuente: DADIS	Ejecutar anualmente estrategias de salud infantil en 70 instituciones prestadoras de salud priorizadas con servicios de atención materno infantil y atención del recién nacido y 2 estrategias comunitarias sobre AIEPI Comunitario y Cuidados del Recién Nacido en los diferentes entornos	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de entidades acciones de salud pública realizadas sobre prevención y control de la Tuberculosis en los diferentes entornos	15 entidades (2023) Fuente: Sistema Información TB-DADIS	Realizar anualmente acciones de salud pública a 75 entidades sobre prevención y control de la Tuberculosis en los diferentes entornos	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de entidades acciones de salud pública realizadas sobre prevención y control de la Lepra y prevención de la discapacidad en los diferentes entornos	15 entidades (2023) Fuente: Sistema Información Lepra-DADIS	Realizar anualmente acciones de salud pública a 75 entidades sobre prevención y control de la Lepra y prevención de la discapacidad en los diferentes entornos	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de acciones de promoción de entornos de trabajo seguros y prevención de enfermedades y accidentes laborales realizadas	660 (2020-2023) Fuente: DADIS, 2023	Realizar en el cuatrienio 720 acciones de promoción de entornos de trabajo seguros y prevención de enfermedades y accidentes laborales de la economía popular y comunitaria, pequeñas y medianas empresas del Distrito de Cartagena.	DADIS	1.059.626 habitantes

PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO -PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

El análisis de situación construido con la participación activa 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.

Ahora bien, entendiendo los acuerdos de la sociedad como un proceso de concertación dinámico, 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 esto se anexa matriz. Anexo 1

Conclusiones

En el análisis participativo con la metodología de la cartografía social con la participación de las comunidades de las diferentes localidades del Distrito de Cartagena y diferentes actores, se listaron las necesidades sentidas tanto de la comunidad como de los diferentes actores y se concluye.

La situación de salud en las localidades de Cartagena de Indias presenta una serie de desafíos comunes que afectan la calidad de vida de sus habitantes. Entre las problemáticas identificadas se encuentran la insuficiencia de personal en las instituciones de salud, problemas de inundación y contaminación, falta de gestión para mejorar la accesibilidad y seguridad en espacios públicos, puntos críticos de accidentes, focos de contaminación, enfermedades comunes y riesgos ambientales. Estos problemas tienen un impacto directo en la salud y el bienestar de la comunidad, limitando el acceso a servicios básicos, exponiendo a riesgos ambientales y de seguridad, y afectando la calidad de vida de los residentes. Para abordar estas problemáticas de manera integral y efectiva, se requiere una acción coordinada y colaborativa entre las autoridades locales, la comunidad y los diferentes actores involucrados en cada localidad. Algunas posibles soluciones para mejorar la situación de salud en las localidades de Cartagena incluyen:

1. Fortalecer la infraestructura de atención de salud y educativa para garantizar acceso equitativo y servicios de calidad para todos los habitantes, especialmente en áreas marginadas y con necesidades específicas.
2. Implementar medidas de prevención y control de enfermedades como el dengue, la leptospirosis e hipertensión entre otras.
3. Mejorar la gestión de residuos y la protección del entorno natural para reducir la contaminación y prevenir riesgos ambientales.
4. Promover la inclusión de personas con discapacidad en espacios públicos y mejorar la accesibilidad en parques y áreas recreativas.
5. Implementar estrategias de seguridad vial en puntos críticos de accidentes para reducir los riesgos de lesiones y accidentes.

6. Fortalecer la atención primaria en salud y ampliar el talento humano en el sector salud para garantizar una atención de calidad para todos los habitantes.
7. Realizar acciones de promoción y prevención de la salud para abordar enfermedades comunes y mejorar la calidad de vida de la población.

Los núcleos de inequidad identificados en el ASIS de Cartagena abarcan una amplia gama de áreas que impactan la salud y el bienestar de la población. Estos incluyen deficiencias en el manejo integral de factores de riesgo de salud mental, limitaciones en el acceso a servicios de salud, falta de atención especializada en poblaciones vulnerables, aumento de la mortalidad infantil por enfermedades prevalentes, morbilidad materna, mortalidad materna y perinatal, entornos laborales con condiciones inseguras, deficiente acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, intervención inadecuada en enfermedades transmisibles, y problemas relacionados con la salud ambiental y el cambio climático. Abordar los núcleos de inequidad requiere un enfoque integral, intersectorial y participativo que priorice la equidad, la prevención y la promoción de la salud en todos los aspectos de la vida de la población de los Cartageneros.

Dentro de las primeras cinco priorizaciones de acuerdo a las problemáticas definidas y las puntuaciones dadas por los diferentes actores en la mesa técnica se encuentra en su orden: Aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal relacionada a Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal y las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las que mujeres desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal, seguido de la Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida, en tercer lugar con la misma puntuación se encuentra Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles, y Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inmunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores; cuarto lugar Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud y en quinto lugar Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles.

Luego de priorizar los problemas identificados por la mesa técnica, se procede a plantear las transformaciones en salud o posibles soluciones a dichas problemáticas. Para ello, se aprovechó el espacio de trabajo con los líderes de programa y personal técnico y profesional de la entidad de salud del Departamento Administrativo de Salud (DADIS), donde se identificaron las posibles soluciones a cada una de las causas raíz de los problemas priorizados.

Estas transformaciones buscan dar respuesta a todas las necesidades de salud identificadas, alineándolas con los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública, teniendo en cuenta

los objetivos y resultados esperados de los mismos, así como los pilares y componentes del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo. y Resolutivo.

Con este ejercicio se da por finalizado el Análisis de Situación de Salud (ASIS) participativo, para dar paso al componente estratégico del Plan Territorial de Salud. En esta etapa, a las transformaciones identificadas se les asignarán metas de resultado y de producto, asociadas a bienes y servicios del nivel territorial, con el fin de cumplir con la apuesta en salud del territorio.

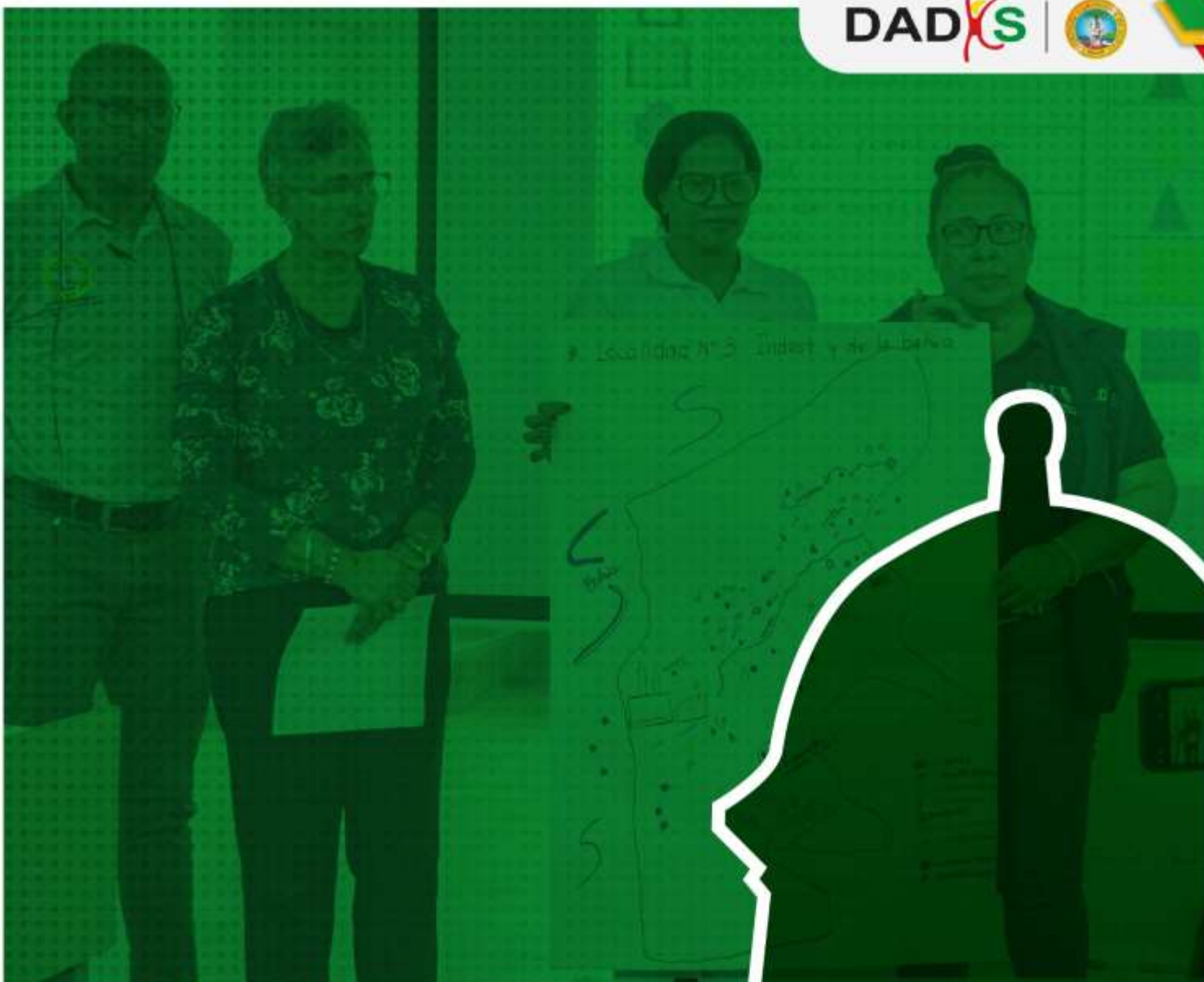
Las transformaciones en salud representan las soluciones propuestas para abordar las problemáticas identificadas en el ASIS, alineadas con los instrumentos de planificación en salud y el modelo de atención vigente. Su implementación efectiva permitirá avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de la población del territorio.

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
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.
	Sistema único público de información en salud.			Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ 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.
	Vigilancia en Salud Pública			
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			

<p>Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad</p>	<p>Participación social en salud</p>	<p>Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.</p>	<p>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</p>	<p>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. ☑</p>
<p>Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad</p>	<p>Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad</p>			<p>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 l ntersectoriales v- transectori ales.</p>
<p>Redes integrales e integradas de servicios de salud</p>	<p>Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.</p>			<p>Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversal izaci ón de los .enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.</p>
<p>Redes integrales e integradas de servicios de salud</p>	<p>Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.</p>			<p>Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.</p>

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 avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud
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.
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.			Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.
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.
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RISS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	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.
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RISS.			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 resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad, 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.
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la 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,
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			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.
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RISS			

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,	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.
	Participación social en salud			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública,
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública			
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.			
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,
	Soberanía Sanitaria			Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.
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.	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
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,



5.

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

5. COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DE SALUD DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.

5.1 PLAN PLURIANUAL POR PROGRAMAS Y AÑOS

Línea Estratégica SEGURIDAD HUMANA	2024	2025	2026	2027	TOTAL 2024 - 2028
Componente Impulsor del avance: Salud Pública y Aseguramiento					
TOTAL	1.217.309.556.579	1.389.382.714.684	1.587.879.954.696	1.812.465.128.207	6.007.037.354.167
PROGRAMA SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN	1.200.640.000.000	1.367.989.814.400	1.565.566.138.928	1.787.029.816.477	5.921.225.769.805
PROGRAMA DERECHOS EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL	1.277.000.000	1.402.078.000	1.533.812.765	1.673.766.654	5.886.657.419
PROGRAMA FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES	1.408.000.000	2.000.000.000	2.500.000.000	3.000.000.000	8.908.000.000
PROGRAMA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN SALUD PÚBLICA	13.984.556.579	17.990.822.284	18.280.003.003	20.761.545.076	71.016.926.942

5.2 PLAN PLURIANUAL POR FUENTES DE RECURSOS.

CODIGO DE FUENTE DE FINANCIACION	2.024	2025	2026	2027	TOTAL
1.2.3.2.28-015 - COLJUEGOS 75%	15.003.000.000	17.068.000.000	19.632.700.000	22.584.500.000	74.288.200.000
1.2.3.3.10-016 - TRANSFERENCIAS DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL SALUD PUBLICA	1.098.000.000	1.201.500.000	1.302.800.000	1.399.600.000	5.001.900.000
1.3.2.3.01-017 - RF FONDO LOCAL DE SALUD	350.000.000	383.000.000	415.200.000	446.100.000	1.594.300.000
1.2.3.3.07-049 - ADRES UPC Régimen subsidiado	755.268.600.000	859.248.000.000	988.331.900.000	1.136.902.900.000	3.739.751.400.000
1.2.4.2.01-068 - SGP SALUD REGIMEN SUBSIDIADO	374.406.000.000	430.567.000.000	490.847.200.000	554.657.300.000	1.850.477.500.000
1.3.2.2.06-087 - RF SGP SALUD PUBLICA	150.000.000	164.000.000	177.900.000	191.200.000	683.100.000
1.2.4.2.02-170 - SGP SALUD PUBLICA	11.897.900.000	13.019.900.000	14.117.500.000	15.166.400.000	54.201.700.000
1.3.2.2.07-179 RF SGP - SALUD - PRESTACIONDE SERVICIOS DE SALUD	15.000.000	16.400.000	17.700.000	19.100.000	68.200.000
1.2.3.2.25-184 - MULTAS DADIS	20.000.000	21.800.000	23.700.000	25.400.000	90.900.000
1.2.3.3.07-186 - ADRES ICV	4.427.300.000	5.036.800.000	5.793.500.000	6.664.400.000	21.922.000.000
1.2.3.2.28-187 - COLJUEGOS CADUCOS	552.200.000	628.200.000	722.600.000	831.200.000	2.734.200.000
1.2.3.2.28-188 - COLJUEGOS 25%	3.000.000.000	3.282.900.000	3.559.600.000	3.824.100.000	13.666.600.000
1.3.2.3.01-189 - RF FONDO LOCAL DE SALUD SSF	6.000.000	6.800.000	7.800.000	9.000.000	29.600.000
1.2.3.3.10-192 - TRANSFERENCIAS DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL OTRAS TRANSFERENCIAS	350.000.000	383.000.000	415.200.000	446.100.000	1.594.300.000
1.2.1.0.00-001 - ICLD	50.765.600.000	58.356.000.000	62.514.700.000	69.297.200.000	240.933.500.000
TOTAL	1.217.309.600.000	1.389.383.300.000	1.587.880.000.000	1.812.464.500.000	6.007.037.400.000

CONCLUSIONES.

El Departamento Administrativo Distrital de Salud en asocio con la secretaria de Planeación Distrital y el proyecto País, coordinó, direccionó y gestionó la construcción del Plan Territorial de Salud para el Distrito de Cartagena como parte integrante del Plan de Desarrollo Distrital 2024 - 2027, la construcción del Plan Territorial de Salud 2024-2027 se dio con la participación social.

Para la elaboración del Plan Territorial de Salud para el Distrito de Cartagena se realizó una revisión de los instrumentos del orden Distrital, Nacional e Internacional que deben ser base para la formulación de ese plan de tal manera que se cumpliera con la armonización del mismo y los criterios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad establecidos en la Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo , dicho Plan es coherente con el Análisis de la Situación de Salud, las políticas de salud nacional, los acuerdos internacionales, políticas sociales de otros sectores, que determinan en los procesos de salud enfermedad en el Distrito de Cartagena.

Marchar hacia un progreso de la salud en el Distrito de Cartagena se constituye en una apuesta mayor para la administración distrital y actores involucrados y beneficiarios ya que pasaremos de una mirada basada en enfermedad a uno basado en determinantes y responsables, todo en aras de que cada uno contribuya de una u otra forma en garantizar el disfrute pleno basado en Seguridad Humana y Bienestar.