



GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
DESPACHO DEL GOBERNADOR

Cartagena de Indias, 31 de julio 2024

SANCION GUBERNAMENTAL

El Gobernador de Bolívar, en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el numeral 9 del artículo 305 de la Constitución Política y el artículo 100 de la ley 2200 de 2022 y el artículo 133 de la Ordenanza No. 001 de 2022; por estar conforme a la Constitución, a la Ley y a las políticas de Gobierno, sanciona en todas sus partes la Ordenanza:

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, PARA EL PERIODO CONSTITUCIONAL 2024 – 2027, BOLÍVAR ME ENAMORA CON SALUD OPORTUNA Y DE CALIDAD".

La cual se identifica con el número:

375

PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE


YAMIL ARANA PADAUI
Gobernador de Bolívar

Aprobó: Doctor Rafael Montes Costa – Secretario Jurídico
Revisó: Doctora Nohora Serrano Van-Strahlen- Directora de Actos Administrativos



SECRETARÍA
de Salud

PLAN 2024 al 2027 TERRITORIAL DE SALUD

*Bolívar
me enamora*
con Salud Oportuna y de Calidad



NIT. 806.005.597-1

ORDENANZA NO. 375 DE 2024

“Por medio de la cual se adopta el Plan Territorial de Salud para el Departamento de Bolívar, para el periodo constitucional 2024 – 2027, BOLIVAR ME ENAMORA CON SALUD OPORTUNA Y DE CALIDAD”.

LA HONORABLE ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confiere la Constitución Política de Colombia en los artículos 339 a 344, la Ley 152 de 1994 y Ley 220 de 2022

ORDENA:

ARTÍCULO PRIMERO. ADOPCIÓN DEL PLAN: Adóptese para el periodo constitucional 2024 – 2027 como parte integral del Plan de Desarrollo “BOLÍVAR ME ENAMORA”, el Plan Territorial de Salud de Bolívar, “BOLÍVAR ME ENAMORA CON SALUD OPORTUNA Y DE CALIDAD”.

ARTÍCULO SEGUNDO. CONTENIDO DEL PLAN:

INTRODUCCIÓN	5
MARCO NORMATIVO	6
METODOLOGÍA	8
ANTECEDENTES	9
VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024 - 2027	10
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024 - 2027	11
SIGLAS	12
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL TERRITORIO	13
CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	14
1.1 Contexto territorial	14
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica	14



1.1.2	Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.....	23
1.2	Contexto poblacional y demográfico.....	28
1.2.1	Estructura demográfica.....	36
1.2.2	Dinámica demográfica.....	40
1.2.3	Movilidad forzada (Víctimas del conflicto armado).....	42
1.2.4	Población LGBTIQ+ u OSIGD.....	45
1.2.5	Población Migrante.....	47
1.2.6	Población Campesina.....	50
1.3	Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	51
1.4	Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	55
CAPÍTULO II. PROCESOS ECONÓMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL.....		59
2.1	Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	59
2.2	Condiciones de vida del territorio.....	62
2.3	Dinámicas de convivencia en el territorio.....	67
CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....		69
3.1	Análisis de la morbilidad.....	69
3.1.1	Principales causas y subcausas de morbilidad.....	69
3.1.2	Morbilidad de eventos de alto costo y precursores.....	82
3.1.3	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	83
3.1.4	Análisis de la población con discapacidad.....	90
3.1.5	Identificación de prioridades en la morbilidad.....	93
3.2	Análisis de la mortalidad.....	97
3.2.1	Mortalidad general.....	97
3.2.2	Mortalidad específica por subgrupo.....	103
3.2.3	Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	122
3.2.4	Identificación de prioridades en la mortalidad.....	142
3.3	Problemáticas y necesidades sociales y ambientales.....	144
3.4	Núcleos de inequidad sociosanitaria.....	148



CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO	162
PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD	173
CAPITULO V. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	174
CAPITULO VI. PROPUESTA DE RESPUESTAS Y RECOMENDACIONES EN EL MARCO PDSP 2022 - 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	188
COMPONENTE ESTRATÉGICO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	206



NIT. 806.005.597-1

375

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Bolívar, presenta el Plan Territorial de Salud 2024-2027 ***“Bolívar me enamora con Salud Oportuna y de Calidad”***, como un instrumento que se convierte en la hoja de ruta de las acciones del sector salud para organizar las necesidades y respuestas desde los diferentes sectores. Contribuye en los procesos de planificación, líneas de bases para la elaboración de políticas públicas, toma de decisiones, acciones de regulación, de inspección, vigilancia y control.

La Planeación Integral para la Salud se define como un proceso estratégico y operativo para la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios, que permite a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud, bajo los principios y elementos establecidos en la Ley 1751 de 2015 estatutaria de salud y demás normas concordantes, además garantiza la Participación Social, como un derecho con el que los Bolivarenses se apropian de sus condiciones, para visualizarlas y trabajar mancomunadamente con el gobierno para la toma de decisiones.

La construcción de los Planes Territoriales de Salud Pública se fundamenta en el Análisis de Situación de la Salud - ASIS. Por ello, el Ministerio de Salud y Protección ha desarrollado una Guía conceptual y metodológica para la elaboración participativa del ASIS, asegurando una construcción armoniosa y la participación de diversos sectores públicos y comunitarios. Se utilizan diversas fuentes de información, estas fuentes se integran en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), garantizando el acceso a los datos estadísticos para la construcción de indicadores y reportes.

Siguiendo con la guía conceptual que imparte el Ministerio de Salud y Protección Social, el documento se estructura en seis grandes capítulos: el primero aborda la configuración del territorio, incluyendo su contexto territorial, demográfico e institucional; el segundo abarca los procesos económicos y las circunstancias de la vida social, condiciones sociales y de la calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales; El tercero se centra en el análisis de la mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud del territorio; El cuarto gira en torno al análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud del territorio; En tal sentido, el quinto capítulo se fundamenta en la priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio; Y el sexto capítulo se basa en las propuestas y respuestas y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo que se sustenta en la Atención Primaria en Salud – APS.

Por último, encontramos el Componente Estratégico y de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud que nos ayuda a la articulación de las transformaciones del territorio con los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo, además de la conformación de la cadena de valor que establece la proyección de esos objetivos y metas para el cumplimiento de la Visión Territorial. De igual forma, presentamos la anualización de la inversión que se destinará para los diferentes programas estratégicos y que son parte integral para la consecución de los resultados en salud, de la población Bolivarenses.



NIT. 806.005.597-1

375

MARCO NORMATIVO

A continuación, se relacionan las normas más representativas dentro del sector.

1. Resolución 100 del 2024 Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.
2. Resolución 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.
3. Resolución 295 de 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.
4. Resolución 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.
5. Resolución 2626 de 2019 Por la cual se modifica la política de atención integral en salud PAIS y se adopta el modelo de acción integral territorial-MAITE.
6. Resolución 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.
7. Resolución 2063 de 2017 Política de Participación Social en Salud.
8. Decreto 780 de 2016 Compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.
9. Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
10. Ley Estatutaria 1757 de 2015 Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.
11. Decreto 2353 de 2015 Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.



12. Resolución 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.
13. Ley 1438 de 2011 Fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, promoviendo la integración del gobierno con las instituciones y la sociedad, consolidando las redes integradas de servicios de salud, a fin de desarrollar una propuesta a nivel territorial que afecte los determinantes sociales expresados de forma diferencial en el proceso salud enfermedad de la población.
14. La Ley 1122 de 2007 Realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del Sistema de Salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se reforman los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
15. Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las disposiciones se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.
16. Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.
17. La 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.
18. Ley 100 de 1993 Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social que incluye el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, El Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios.
19. Constitución Política de Colombia de 1991 A lo largo de su articulado, hace visibles los derechos de las poblaciones, en las diferentes etapas del transcurso vital, con especial atención en la infancia y los grupos poblacionales en condición o situación de vulnerabilidad.



NIT. 806.005.597-1

METODOLOGÍA

375

Teniendo en cuenta los antecedentes normativos y la normatividad legal vigente; así como los lineamientos y directrices respectivos por el grupo de planeación del Ministerio de Salud y la Protección Social, este Plan Territorial fue basado en la nueva metodología emitida por este ministerio, en el marco de la Resolución 100 de 2024, la cual contempla: el Análisis Situacional en Salud, Priorización de los Problemas y Necesidades en Salud y el Componente Estratégico y de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud.

De igual forma se articuló con el Plan Decenal de Salud pública 2022-2031 que asume un abordaje de enfoques múltiples: Salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional y presentan los ordenadores de este denominados los ejes estratégicos, el cual contempla una serie de estrategias y resultados en salud, articulados a las líneas operativas del Plan Territorial de Salud.

La metodología utilizada para la elaboración tanto del Plan de Desarrollo como del Plan Territorial de Salud, fué incluyente y participativa, contándose con una alianza de actores territoriales, sectoriales, administraciones y Departamentales que permitieron generar un marco de cooperación para impulsar el Plan de Desarrollo Departamental y en particular el PTS, en diferentes escenarios, convocados por Planeación Departamental y Secretaría de Salud a través de mesas participativas los cuales se desarrollaron mediante mesas de trabajo sectoriales, donde también se contó con la participación de representantes de los consejos Territorial de Seguridad Social en Salud Departamental y Territorial de Planeación.

Para la configuración del territorio se obtuvo información del área de Planeación, así como del Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud más recientes. Las fuentes de información utilizadas para el componente poblacional y demográfico fueron las proyecciones de la población de los Censos Nacionales 2005 y 2018 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Para la movilidad forzada se obtuvo información del Registro Único de Víctimas -RUV, y en cuanto a la población migrante, se utilizaron los registros del reporte de las atenciones a población extranjera de la Circular 029 de 2017, extrayendo información de los cubos SISPRO. Finalmente se implementó el ejercicio de participación y cartografía social, recogiendo las diferentes necesidades de la población, identificando los núcleos de inequidad, realizando posteriormente el ejercicio de priorización y relacionándolos con los ejes del PDSP 2022-2031, con un análisis previo de los núcleos de inequidad socio-sanitaria.



NIT. 806.005.597-1

375

ANTECEDENTES

Mediante la Resolución 100 del 17 de enero de 2024, se determinó el proceso de formulación de los Planes Territoriales de Salud (PTS) el cual regula la Planeación Integral de Salud.

Para la formulación de nuestro Plan Territorial de Salud, se tuvieron en cuenta diversos insumos que cumplen con criterios y ayudan a la contribución estratégica del plan. En su mayoría aseguran coherencia de las acciones del Gobierno Nacional, incorporan elementos trazadores que permiten orientación, dan continuidad a las políticas, son de gran importancia conceptual, cumplen con un proceso participativo, contribuyen a cumplir las metas y aportar al logro de la Visión Territorial de Salud.

- Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031.
- Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026.
- Plan de Desarrollo Departamental 2024 – 2027.
- Plan Territorial de Salud 2020 – 2023.
- Plan Operativo Anual y de Inversiones – POAI.
- Componente Operativo Anual y de Inversiones – COAI.
- Plan de Acción en Salud – PAS.
- Documentos Técnicos de Proyectos.



VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024 - 2027

Para el año 2027 el Departamento de Bolívar, se destacará por la implementación de iniciativas y estrategias que darán garantía a la cobertura de acceso y calidad de la atención integral, intersectorial y humanizada en salud pública con enfoque diferencial, afectando positivamente los determinantes sociales y ambientales de una manera equitativa, en pro de mejorar la calidad de vida de los Bolivarenses, incluyendo acciones etnoculturales en las comunidades por curso de vida basados en los principios de la atención primaria en salud.



NIT. 806.005.597-1

375

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024 - 2027

- Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.
- Priorizar la salud para promover estrategias y programas que fomenten estilos de vida saludables y una atención en salud accesible.
- Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.
- Implementar efectivamente los procesos de gestión de la salud pública e intervenciones colectivas, en donde se promueva la equidad, la accesibilidad y la calidad en la atención en salud, abordando los determinantes sociales.
- Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.
- Incluir saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa en los servicios de salud ofertados en el territorio, con enfoque etnocultural.
- Adoptar ejes estratégicos y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud para la implementación de la Política de Participación Social en salud en el Departamento de Bolívar.

**SIGLAS**

ASIS: Análisis de la Situación de Salud	IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos	JAC: Junta de Acción Comunal
BDUA: Base de Datos Única de Afiliados	LGBTI: Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales.
CAC: Cuenta de Alto Costo	MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
CDI: Centros de Desarrollo Infantil	NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10	Nº: Número
CNPV: Censo Nacional de Población y Vivienda	N.V.: Nacidos vivos
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística	OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
DNP: Departamento Nacional de Planeación	OMS: Organización Mundial de la Salud
DPTO: Departamento	OPS: Organización Panamericana de Salud
EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud	PAI: Programa Ampliado de Inmunización
EEVV: Estadísticas Vitales	PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda	REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
ERC: Enfermedad Renal Crónica	RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
ESE: Empresa Social del Estado	RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual	RUV: Registro Único de Víctimas
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores	PIB: Producto Interno Bruto
FASECOLDA: Federación de Aseguradores Colombianos	SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
FINAGRO: Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario	SINEB: Sistema de Información Nacional de Educación Básica y Media
HAB: Habitantes	SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
HTA: Hipertensión Arterial	SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
ICEE: Índice de Cobertura de Energía Eléctrica	SUI: Sistema Único de Información de Servicios Públicos
IDEAM: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales	TIC: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
INMLCF: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	TGF: Tasa Global de Fecundidad
IRCA: Índice de Riesgo de la Calidad del Agua	TRR: Terapia de Reemplazo Renal
INS: Instituto Nacional de Salud	UPA: Unidad Productora Agropecuaria
IPM: Índice de Pobreza Multidimensional	VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud	ZODES: Zona de Desarrollo Económica y Social
IRA: Infección Respiratoria Aguda	



Análisis de la Situación de Salud en el territorio

*Bolívar
me enamora*
con Salud Oportuna y de Calidad



CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

El departamento de Bolívar es uno de los más extensos de Colombia; abarcando una superficie de 25.978 km², lo que representa el 20% del territorio de la región Caribe y el 2,3% del territorio nacional. Limita al norte con el Mar Caribe y el Departamento del Atlántico, al este con el Río Magdalena, que lo separa de los departamentos del Magdalena (al noreste), Cesar y Santander, al sur con el Departamento de Antioquia, y al oeste con los departamentos de Sucre y Córdoba. Esta ubicación estratégica convierte a Bolívar en un epicentro crucial para el desarrollo económico, la explotación de recursos naturales, y la realización de eventos culturales y políticos con influencia regional.

El Departamento de Bolívar se localiza geográficamente entre los 07°00'03'' y los 10° 48' 37'' de latitud, y los 73° 45' 15'' y los 75° 42' 18'' de longitud al oeste de Greenwich (Gobernación de Bolívar, 2012 y 2016). Siendo éste un departamento con una configuración geográfica alargada, que se extiende desde el Mar Caribe hasta las selvas del Carare. Limita con los departamentos de Antioquia, Atlántico, Cesar, Córdoba, Sucre, Magdalena y Santander. La capital del departamento es Cartagena de Indias, una ciudad distinguida como Distrito Turístico y Cultural de la Humanidad. En Cartagena se encuentran la sede del gobierno departamental, la mayoría de las agencias nacionales, el cuerpo diplomático, una oficina alterna de la Cancillería, el sistema financiero territorial, la fuerza pública y las autoridades eclesiásticas, entre otras instituciones.

Mapa 1. Ubicación geográfica del Departamento de Bolívar





NIT. 806.005.597-1

375

Fuente: [https://es.wikipedia.org/wiki/Bol%C3%ADvar_\(Colombia\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Bol%C3%ADvar_(Colombia))

En relación con la división político-administrativa, el Departamento está conformado por 44 municipios, por el Distrito Especial, Turístico, Histórico y Cultural de Santa Cruz de Mompox y por el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias (capital). El municipio que tiene el mayor porcentaje de extensión territorial es Santa Rosa del Sur con 2.360 km² (9,1% del territorio de Bolívar), seguido de Montecristo que tiene 2.089 km² (8% del territorio), y en tercer lugar San Pablo con 1.977 km² (7,6% del Departamento).

Considerando las características particulares del Departamento que fundamente el presente análisis, muy especialmente su forma alargada (y tomando en cuenta las variables sociales y económicas de los municipios) desde principios de la década del 2000, el gobierno departamental, con la aprobación de la Honorable Asamblea departamental, decidió establecer las denominadas Zonas de Desarrollo Económico y Social (ZODES), que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Distribución de los municipios de Bolívar por extensión territorial y Zonas de Desarrollo Económico y Social (ZODES)

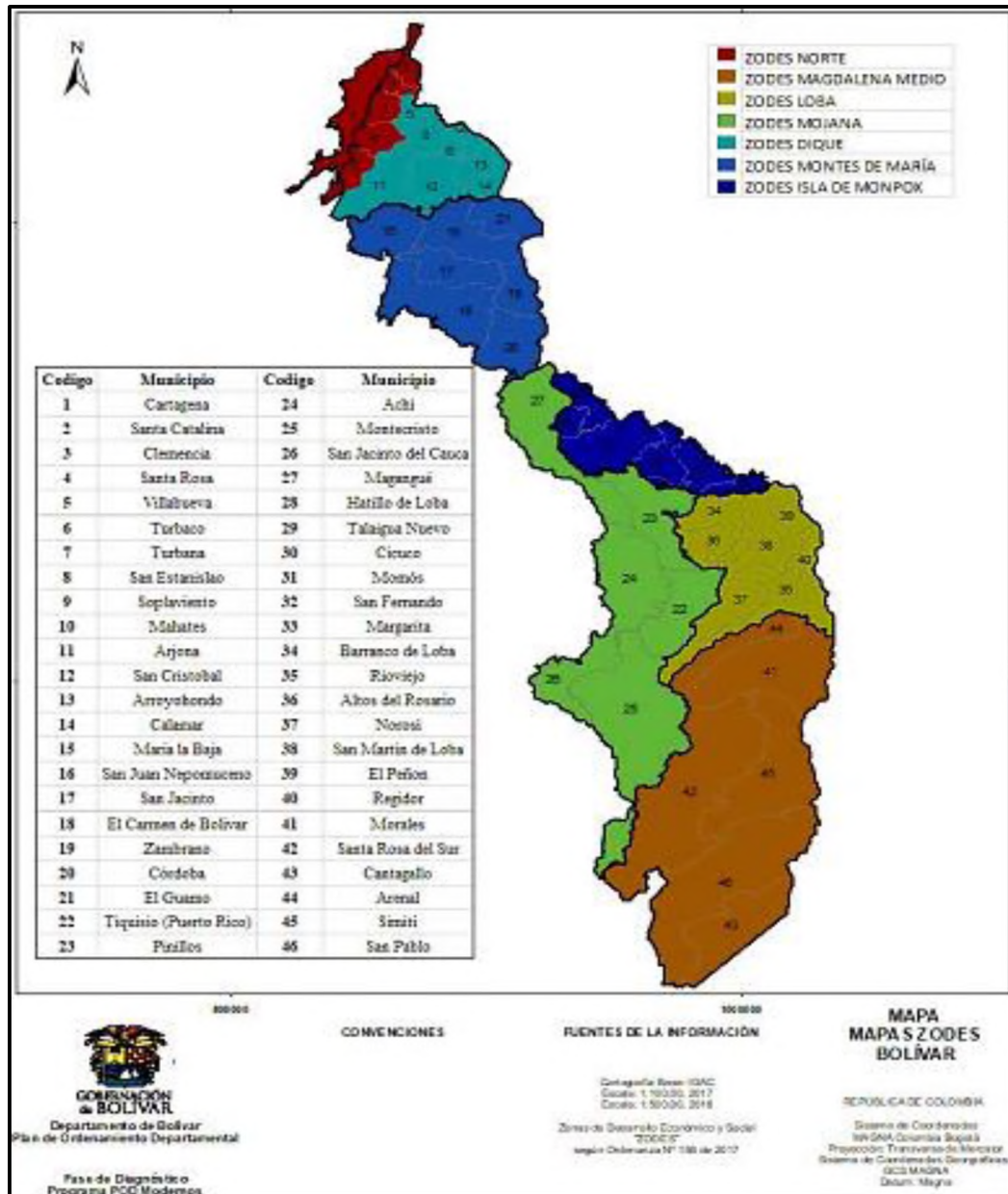
ZODES	Características	Municipio	Extensión total	
			Extensión km ²	Porcentaje
NORTE	Está conformada por los municipios que pertenecen al área de influencia del Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias.	Cartagena	559	2,2
		Santa Catalina	139	0,5
		Santa Rosa	151	0,6
		Clemencia	84	0,3
		Turbaco	196	0,8
		Turbaná	148	0,6
		Villanueva	134	0,5
DIQUE	Esta región actúa como el soporte y despensa agropecuaria para Cartagena y Barranquilla, además de poseer un significativo potencial marítimo y acuícola. Los principales corredores viales del Caribe Colombiano la atraviesan.	Arjona	566	2,2
		Arroyohondo	162	0,6
		Calamar	246	0,9
		Soplaviento	88	0,3
		Mahates	430	1,7
		San Cristóbal	43	0,2
		San Estanislao	208	0,8
MONTES DE MARÍA	Es una región caracterizada por contar con un distrito de riego y gran fertilidad, lo que la convierte en un área con una fuerte vocación agroindustrial, ganadera, forestal y artesanal. Su cultura se orienta con un fuerte hincapié en la agroexportación y, en los últimos años, ha desarrollado un importante complejo agroindustrial centrado en la producción de palma de aceite.	Córdoba	573	2,2
		El Carmen de Bolívar	900	3,5
		El Guamo	371	1,4
		María La Baja	517	2,0
		San Jacinto	434	1,7
		San Juan Nepomuceno	637	2,5
		Zambrano	287	1,1

ZODES	Características	Municipio	Extensión total	
			Extensión km²	Porcentaje
MOJANA	Esta subregión cuenta con una abundante dotación de recursos naturales y una rica biodiversidad. Tiene una fuerte vocación tanto minera como agropecuaria, y posee un considerable potencial para el desarrollo de la acuicultura.	Achí	1025	3,9
		Magangué	1102	4,2
		Montecristo	2089	8,0
		Pinillos	741	2,9
		San Jacinto del Cauca	428	1,6
		Tiquisio	758	2,9
ISLA DE MOMPOX	Ubicada en la zona centro-oriental del Departamento, esta área cuenta con suelos de alta calidad y una marcada vocación ganadera y artesanal. Además, presenta un gran potencial turístico y destaca en las actividades de orfebrería y ebanistería.	Cicuco	132	0,5
		Hatillo de Loba	196	0,8
		Margarita	263	1,0
		San Fernando	288	1,1
		Santa Cruz de Mompox	630	2,4
		Talaigua Nuevo	261	1,0
LOBA	Cuenta con una marcada vocación agropecuaria y minera, y presenta un gran potencial para el desarrollo de importantes proyectos mineros auríferos y agroindustriales, como los de palma y cacao.	Altos del Rosario	304	1,2
		Barranco de Loba	414	1,6
		El Peñón	327	1,3
		Norosí	407	1,6
		Regidor	180	0,7
		Río Viejo	829	3,2
		San Martín de Loba	414	1,6
MAGDALENA MEDIO	Esta región es abundante en recursos naturales y biodiversidad, con una fuerte vocación agropecuaria y minera. Además, posee un significativo potencial tanto para la agroexportación como para la minería aurífera.	Arenal	459	1,8
		Cantagallo	870	3,3
		Morales	1306	5,0
		San Pablo	1977	7,6
		Santa Rosa del Sur	2360	9,1
		Simití	1345	5,2

Fuente: Ordenanza departamental 188 de 2017. Ficha de caracterización territorial, Terridata - DNP

Las Zonas de Desarrollo Económico y Social (ZODES), es el nombre con el cual la Asamblea Departamental de Bolívar nombró a las subdivisiones territoriales que conforman el Departamento de Bolívar, mediante la Ordenanza No. 12 de 2001: "Por la cual se adopta el plan de desarrollo departamental 2001 - 2003 'consenso social para la convivencia'" y la Ordenanza No. 188 de 2017: "Por medio de la cual se establecen en el Departamento de Bolívar, las Zonas de Desarrollo Económico y Social 'ZODES' y se dictan otras disposiciones". En total son siete (7) subregiones creadas para facilitar la administración del Departamento: ZODES Norte Bolivarense, ZODES Dique Bolivarense, ZODES Montes de María Bolivarense, ZODES Mojana Bolivarense, ZODES Magdalena Medio, ZODES Isla de Mompox y ZODES Lobas Bolivarense. (Mapa 2)

Mapa 2. Subregionalización por Zonas de Desarrollo Económico y Social - ZODES del Departamento de Bolívar

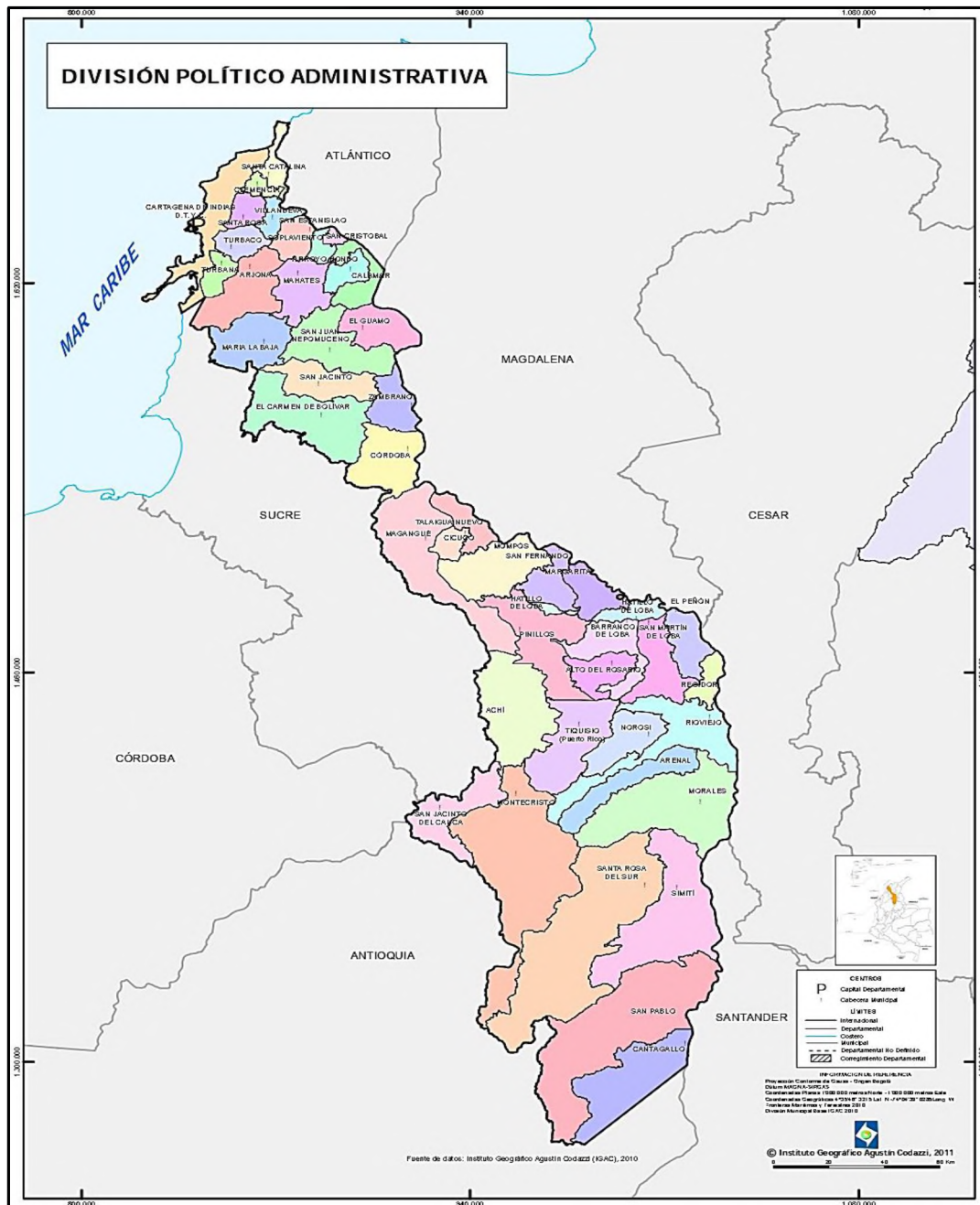


Fuente: Asamblea Departamental de Bolívar

El Departamento de Bolívar está compuesto por cuarenta y cinco (46) entidades territoriales: dos (2) distritos y cuarenta y cuatro (44) municipios. El Departamento está compuesto, en orden alfabético, por las entidades territoriales de Achí, Altos del Rosario, Arenal, Arjona, Arroyohondo, Barranco de Loba, Calamar, Cantagallo, El Carmen de Bolívar, Cartagena de Indias, Cicuco, Clemencia, Córdoba, El Guamo, El Peñón, Hatillo de Loba, Magangué, Mahates, Margarita, María La Baja, Mompox, Montecristo, Morales, Norosí, Pinillos, Regidor, Rio Viejo, San Cristóbal, San

Estanislao de Kostka, San Fernando, San Jacinto, San Jacinto del Cauca, San Juan de Nepomuceno, San Martín de Loba, San Pablo, Santa Catalina, Santa Rosa, Santa Rosa del Sur, Simití, Soplaviento, Talaigua Nuevo, Tiquisio, Turbaco, Turbaná, Villanueva y Zambrano. (Mapa 3)

Mapa 3. División política administrativa y límites del Departamento de Bolívar



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC, 2011



Accesibilidad geográfica

En los últimos años Bolívar ha tenido progreso en materia de infraestructura. Sin embargo, en el departamento persisten problemas de baja conectividad e insuficiente infraestructura de transporte que agudizan la baja integración del territorio y generan rezagos en materia de competitividad. La infraestructura y competitividad son clave para que el Departamento pueda articularse a la economía regional, propiciar un crecimiento económico sostenido y mejorar en la calidad de vida de la población.

La movilidad del departamento de Bolívar se apoya principalmente en el transporte terrestre, también hay una gran incidencia del transporte fluvial, aéreo e inclusive marítimo. El déficit de infraestructura de transporte propicia dificultad en la movilidad, lo que afecta servicios básicos como educación, seguridad, salud etc., y limita la competitividad del departamento, en la medida que se dificulta el movimiento de bienes y servicios especialmente los producidos desde el sector rural, para hacerlos llegar a las cabeceras municipales y a los grandes centros de consumo de la región Caribe y de la nación en general. De hecho, Bolívar se encuentra en la posición 16 en el pilar infraestructura de acuerdo al índice de Competitividad Departamental 2023.

El Departamento de Bolívar tiene una red vial a cargo de 2.800 km, equivalentes a 135,3 km de vías pavimentadas por cada 100.000 habitantes. La extensión vial total del Departamento es de 3.099 km, de los cuales 457,13 km (15% del total) es red vial primaria a cargo de la nación, 130 km (4%) es secundaria a cargo del departamento y 2.511 (81%) son de red vial terciaria a cargo de INVIAS y de los municipios.

En general la malla vial departamental se caracteriza por su bajo índice de cobertura del territorio, que equivale a 144,4 metros de vía por km² y deficiente cobertura geográfica que impide que extensas zonas accedan con facilidad a centros de consumo. El Departamento de Bolívar dispone de una amplia red de vías fluviales, integrada por los ríos Magdalena, con sus brazos de Loba y Mompós, el Cauca, el San Jorge y el Canal del Dique, además de una serie de lagunas y caños conectores. Estas vías fluviales son esenciales para la articulación del transporte intermodal, facilitando la conexión entre los centros de producción, consumo y desarrollo, así como con las rutas nacionales. En particular, los ríos Magdalena y Cauca son arterias fluviales cruciales para la integración de los municipios ubicados en sus márgenes y áreas circundantes.

El departamento de Bolívar enfrenta serios desafíos en seguridad vial y atención a víctimas, reflejados en cifras alarmantes de siniestralidad que superan el promedio nacional. Con alrededor de 450 fallecidos y más de 3,500 lesionados en siniestros viales solo en el año 2022, se evidencian factores como el mal estado de la infraestructura vial, la imprudencia de conductores y peatones, y el exceso de velocidad como principales causas de accidentes. Así mismo, el transporte fluvial representa un importante riesgo para la vida de las personas, puesto que la mayoría de botes, chalupas, Johnson y demás vehículos fluviales no se les realiza el correcto mantenimiento y cuentan con chalecos salvavidas deteriorados, aumentando la probabilidad de volcarse en el río.

La mayoría de municipios de Bolívar requieren tanto del transporte terrestre como del fluvial para poder llegar a ellos, los cual, además de representar un riesgo de que estos medios de transporte se volqueen, también representan



NIT. 806.005.597-1

375

retrasos en la atención en salud de las personas que necesitan ser transportadas de urgencia a una Institución de mayor nivel.

Los municipios situados en los ZODES Norte, Dique y Montes de María dependen principalmente de la red vial terrestre para su acceso. Por lo tanto, la situación descrita anteriormente se aplica más a los ZODES Isla de Mompox, Mojana, Loba y Magdalena Medio, que cuentan con conexiones multimodales terrestres y fluviales. En particular, los dos últimos ZODES experimentan mayores dificultades de transporte debido a su distancia con respecto a la capital de Bolívar. Esta lejanía, junto con su ubicación geográfica, les obliga a llevar a cabo sus actividades económicas y a acceder a servicios de salud de niveles dos y tres en la ciudad de Bucaramanga.

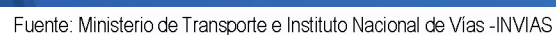
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros desde los municipios a la capital del Departamento de Bolívar

Municipios	Distancia en kilómetros desde el municipio hasta Cartagena	Tiempo de llegada desde el municipio hasta Cartagena	Tipo de transporte desde el municipio hasta Cartagena
Achí	328	420 minutos	Terrestre-Fluvial
Altos del Rosario	420	320 minutos	Terrestre-Fluvial
Arenal	450	520 minutos	Terrestre-Fluvial
Arjona	32	45 minutos	Terrestre
Arroyohondo	100	90 minutos	Terrestre
Barranco de Loba	390	300 minutos	Terrestre-Fluvial
Calamar	115	75 minutos	Terrestre
Cantagallo	620	720 minutos	Terrestre-Fluvial
Cicuco	340	210 minutos	Terrestre-Fluvial
Clemencia	36	35 minutos	Terrestre
Córdoba	195	170 minutos	Terrestre
El Carmen de Bolívar	126	120 minutos	Terrestre
El Guamo	94	110 minutos	Terrestre
El Peñón	365	360 minutos	Terrestre-Fluvial
Hatillo de Loba	360	300 minutos	Terrestre-Fluvial
Magangué	239	210 minutos	Terrestre-Fluvial
Mahates	71	60 minutos	Terrestre
Margarita	273	285 minutos	Terrestre-Fluvial
María abaja	72	60 minutos	Terrestre
Mompox	248	240 minutos	Terrestre-Fluvial
Montecristo	450	510 minutos	Terrestre-Fluvial
Morales	464	510 minutos	Terrestre-Fluvial
Pinillos	319	285 minutos	Terrestre-Fluvial
Regidor	504	500 minutos	Terrestre-Fluvial
Río Viejo	494	495 minutos	Terrestre-Fluvial



Municipios	Distancia en kilómetros desde el municipio hasta Cartagena	Tiempo de llegada desde el municipio hasta Cartagena	Tipo de transporte desde el municipio hasta Cartagena
San Cristóbal	95	90 minutos	Terrestre-Fluvial
San Estanislao de Kostka	52	60 minutos	Terrestre
San Fernando	264	270 minutos	Terrestre-Fluvial
San Jacinto	109	105 minutos	Terrestre
San Jacinto del Cauca	98	390 minutos	Terrestre-Fluvial
San Juan Nepomuceno	94	90 minutos	Terrestre
San Martín de Loba	390	310 minutos	Terrestre-Fluvial
San Pablo	593	735 minutos	Terrestre-Fluvial
Santa Catalina	45	45 minutos	Terrestre
Santa Rosa	24	25 minutos	Terrestre
Santa Rosa del Sur	548	615 minutos	Terrestre-Fluvial
Simití	518	570 minutos	Terrestre-Fluvial
Soplaviento	53	75 minutos	Terrestre-Fluvial
Talaigua Nuevo	257	225 minutos	Terrestre-Fluvial
Tiquisio (Puerto Rico)	370	390 minutos	Terrestre-Fluvial
Turbaco	21	20 minutos	Terrestre
Turban	29	40 minutos	Terrestre
Villanueva	35	35 minutos	Terrestre
Zambrano	168	150 minutos	Terrestre

Fuente: Ministerio de Salud Dirección General de Desarrollo de Servicios Mapa de Salud





1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

El Departamento de Bolívar se encuentra localizado al Norte de Colombia, en la región de la llanura del Caribe. En él se pueden distinguir tres grandes unidades fisiográficas: la primera en el norte, en la cual se destacan los Montes de María, cuya máxima elevación es el cerro de Maco, a 800 metros sobre el nivel del mar. También se encuentran zonas de sabanas, de relieve ondulado ha quebrado, interrumpido por el Canal del Dique y las numerosas ciénagas que éste forma. El canal a su vez se divide en dos sectores: el occidental, que comprende la faja costera donde sobresalen las bahías de Cartagena y Barbacoas, las puntas Barbacoas, Barú, Canoas, La Garita y Piedras y las estribaciones de la serranía de San Jacinto; y el sector oriental, que corresponde a la serranía, con una serie de colinas de alturas hasta de 500 m.s.n.m. La segunda unidad forma parte de la Isla de Mompox, la región más cenagosa y anegadiza de Colombia por la gran cantidad de brazos, caños, ciénagas y pantanos que allí se forman. (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2012).

La serranía de San Lucas es la tercera unidad ubicada en el sur del Departamento; corresponde a las estribaciones de la cordillera Central. Es un ramal muy extenso con un enclave selvático.

Hidrografía y Relieve

En cuanto a su hidrografía el eje fluvial de Bolívar es el río Magdalena, que pasa por el costado oriental del Departamento marcando el límite con los Departamentos de Santander, Cesar y Magdalena, hasta el Canal del Dique. Los principales afluentes del Magdalena son los ríos San Jorge y Cauca. Otras corrientes que llegan al Magdalena son los ríos Boque, Cimitarra, Santo Domingo y Tigüí; la Isla de Mompox es el área más inundable del país debido a la fuerte dinámica fluvial que hay en la fosa presente en la región; allí se forma una intrincada red de brazos y caños, gracias a la poca resistencia de los suelos aluviales que constituyen las paredes de los cauces y a los caudales de los ríos.

En materia de recursos hídricos, gracias a que Bolívar hace parte de los muchos Departamentos que atraviesa el río Magdalena a lo largo de sus 1.600 kilómetros aproximadamente destacándolo por sus características morfológicas y su dinámica fluvial, que alberga no solamente a Bolívar sino a 21 Departamentos más de Colombia. El río Magdalena junto al río Cauca comprende una de las cuencas hidrográficas más extensas e importantes de Colombia, con una extensión de 257.000 Km² aproximadamente abasteciendo más del 85% de la población del territorio colombiano, Los principales brazos y cuerpos de agua que se conforman en Bolívar, nacen y se abastecen por el río Magdalena. Los brazos más importantes son el brazo de Loba, brazo Morales, brazo Mompós, brazo Papayal, brazo Quitasol y el brazo Simití. Además del laberinto de cauces, hay numerosas quebradas y arroyos que llevan sus aguas a los tres principales ríos, brazos y ciénagas del Departamento. Las ciénagas más importantes del Departamento son las de Canaletal, El Dique, El Limón, El Uvero, Garrapata, Grande, Guamalito, Iguana, Jobo, Juan Gómez, La Botija, La Victoria, María La Baja, Mojana, Morales, Morrocoyal, Nervití, Simití, Tesca o La Virgen y Tupe, El complejo de humedales donde se conforman la mayoría de las ciénagas, se encuentra entre la zona de la Depresión Momposina y la Mojana Bolivareense, localizados al sur de Bolívar y siendo fuente de abastecimiento para toda la población aledaña.



Del río Magdalena se desprende el Canal del Dique, en una zona conformada por un complejo de humedales con una gran riqueza hídrica, donde se destaca la biodiversidad de especies y la cultura de las comunidades asentadas, que implementan actividades económicas como agricultura, ganadería, pesca, entre otras.

El crecimiento urbano y las zonas industriales han sido influyentes en el deterioro de muchos de los cuerpos de agua, puesto que uno de los impactos que más degradan a los mismos son los vertimientos, que contaminan de manera directa al ecosistema y ocasionan efectos negativos en la diversidad de flora y fauna, además de alterar la dinámica de los cuerpos de agua lo que provoca impactos en sus funciones ecosistémicas. Por lo anterior, en el Plan de Desarrollo de Bolívar 2020-2023 se destaca la necesidad de la implementación de un sistema de monitoreo ambiental en el Departamento de Bolívar con el fin de disponer de información válida sobre la contaminación de las fuentes hídricas del Departamento.

El Departamento de Bolívar es una llanura enmarcada por las estribaciones de la Cordillera Occidental y la Cordillera Central, que se constituyen en el principal elemento regulador de la hidrología y la climatología de la región. En su fisiografía están presentes dos importantes elevaciones que son los Montes de María y la Serranía de San Lucas, formación húmeda que es continuación de la Cordillera Central y recorre la margen izquierda del río Cauca, la cual está sometida a una fuerte presión colonizadora y extractiva.

También se encuentran en el territorio importantes áreas de sabanas identificadas como sabana arbolada, especialmente cerca de Magangué y la zona de influencia del río Magdalena; se encuentran las áreas de manglar, que están presentes en las bahías, ensenadas y ciénagas del Distrito de Cartagena y del Municipio de Santa Catalina. De otra parte, el territorio presenta cuatro áreas geográficas claramente diferenciadas desde el punto de vista fisiográfico; en cada una de ellas se localizan importantes ecosistemas tanto por su biodiversidad como por la oferta ambiental que brindan en términos de paisaje, abastecimiento de agua para consumo humano, amortiguación de crecientes y regulación de caudales y actividades productivas y culturales.

Temperatura y clima

El clima en Bolívar es tropical, con temperaturas que varían entre 26 y 30°C. Las lluvias están influenciadas por los vientos alisios del noreste y la zona de confluencia intertropical. Hay dos períodos de lluvias bien definidos: el primero, de abril a junio, y el segundo, de agosto a noviembre. En contraste, hay dos temporadas de sequía: una intensa de finales de noviembre a marzo, y otra más corta de junio a agosto.

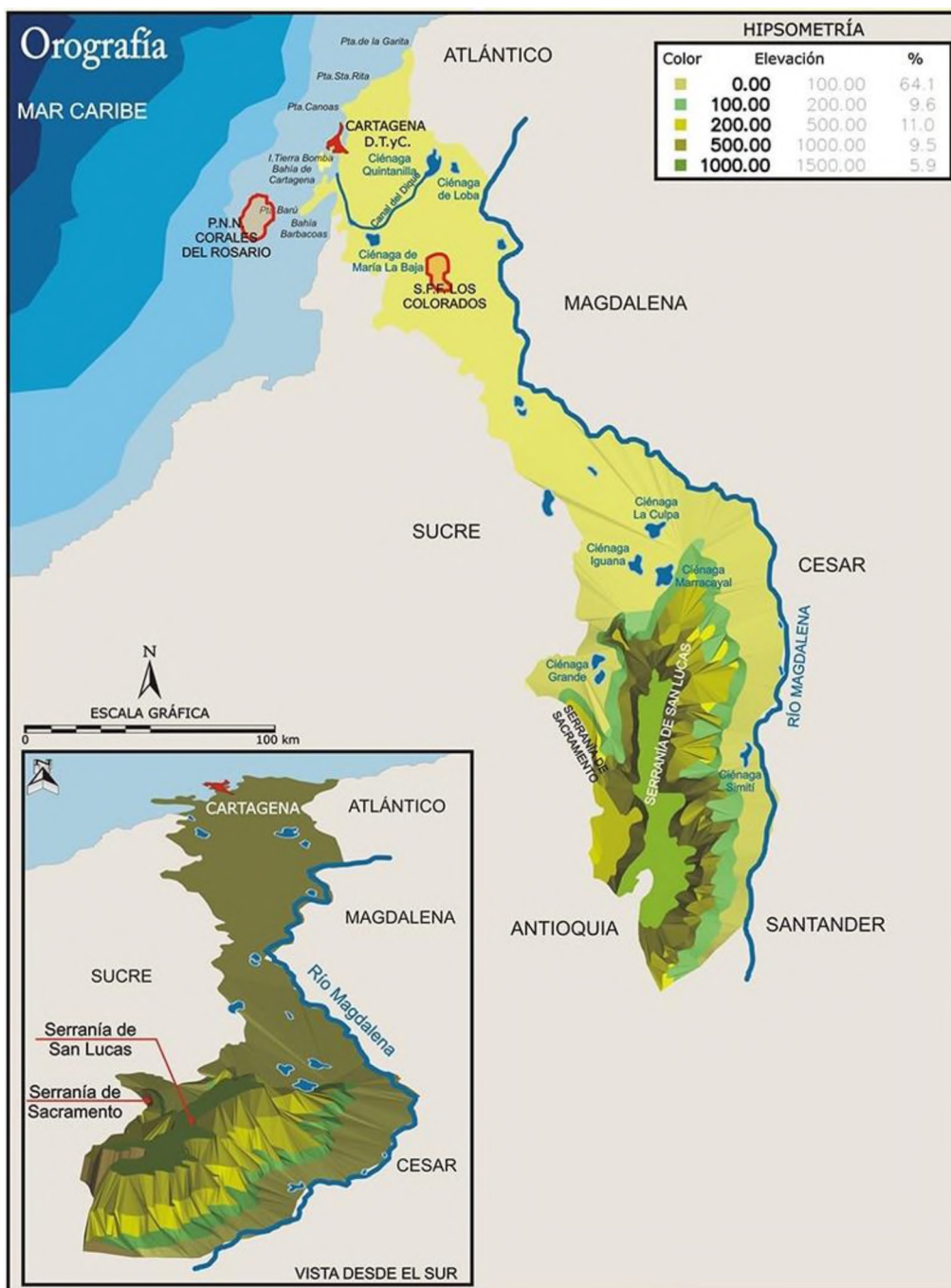
Según los escenarios proyectados, la temperatura en el Departamento de Bolívar podría aumentar en promedio 2,2°C para finales de siglo. En los próximos 25 años, se espera que la temperatura suba 0,9°C con respecto a la actual. Este incremento de temperatura afectará a todo el Departamento, con excepción de la Serranía de San Lucas, donde los cambios serán menos pronunciados.

Mapa 5. Hidrografía del Departamento de Bolívar



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC. Mapa publicado por La Sociedad Geográfica de Colombia

Mapa 6. Orografía del Departamento de Bolívar



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC. Mapa publicado por La Sociedad Geográfica de Colombia



Riesgos y amenazas

En cuanto a las zonas de riesgo, el Departamento enfrenta principalmente el peligro de inundaciones debido a su compleja red hidrográfica. Este riesgo es significativo en los siete ZODES y ocurre de manera cíclica durante las temporadas de lluvias. Las inundaciones han sido la principal causa de desastres naturales, impactando al 66% de la población entre 1980 y 2011. Los vendavales, que constituyen el 9% de los eventos, afectan sobre todo a los ZODES Dique, Montes de María y la Isla de Mompox.

La situación del Departamento se agrava con eventos de inundación y sequía, considerando su frecuencia y magnitud. No podemos ignorar la erosión fluvial, que actualmente afecta significativamente a poblaciones enteras como Tacamocho en Córdoba, Bolívar y Barbosa en Magangué, entre otras. Estos eventos son los que más impactan nuestro territorio. Dada la dinámica constante de los diferentes escenarios de riesgo de desastre en el Departamento, es esencial actualizar las condiciones de vulnerabilidad física, económica, ambiental y social. Esto permitirá realizar inversiones adecuadas que incrementen la seguridad de nuestros pobladores, mediante el estudio y la definición de los tipos de materiales y obras que cumplan con los estándares requeridos.

La particular geografía del Departamento de Bolívar, con su capital ubicada en un extremo y los municipios más expuestos a diversas situaciones de riesgo situados en el otro extremo, crea grandes distancias que dificultan y retrasan la llegada de ayudas con bienes y servicios necesarios para superar situaciones de desastres. Esta configuración geográfica impone una desventaja operativa considerable.

Según el Departamento Nacional de Planeación (DNP), se estima que el 62,48% del territorio del Departamento de Bolívar está amenazado por fenómenos hidrometeorológicos. Además, hay 11 municipios en el Departamento que presentan un riesgo muy alto debido al cambio climático. Por lo tanto, las acciones necesarias deben enfocarse en reducir o contrarrestar los efectos negativos del cambio climático y los eventos hidrometeorológicos, ya que estos deterioran las condiciones de vida de la población y pueden causar problemas de salud.

Tabla 3. Matriz de Riesgos del Departamento de Bolívar, 2019

Tipo de Evento	Amenaza	Vulnerabilidad	Factor de Riesgo	Susceptibilidad de Afectación
Inundaciones	Alta	Alta	Alto	ZODES Dique, Norte, Montes de María, Bajo Cauca, Isla de Mompox, Loba y Magdalena Medio
Vientos Huracanados	Media	Media	Medio	ZODES Dique, Montes de María e Isla de Mompox.
Diapirismo de Lodo	Baja	Media	Bajo	ZODES Dique
Erosión	Baja	Media	Bajo	ZODES Dique, Montes de María, Bajo Cauca (ZODES Mojana), Isla de Mompox, Magdalena Medio y Loba.
Deslizamientos del Suelo	Baja	Media	Medio	Magdalena Medio y Montes de María.

Fuente: Gobernación del Departamento de Bolívar, Plan departamental de gestión del riesgo Bolívar.

Tabla 4. Consolidado tipo de amenazas identificadas por ecorregiones de Bolívar, 2020

Tipos de amenazas	Costera y Ciénaga de La Virgen	Canal del Dique	Montes de María	Montañosa Serranía de San Lucas	Inundable Depresión Momposina
NATURALES					
Huracanes	Baja	-	-	-	-
Vendavales	Alta	Alta	Media	Media	Alta
Ceráunicos	-	-	Baja	Media	-
Sequía y desertificación	-	Alta	Alta	Media	Media
Inundaciones	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Avenidas torrenciales	-	-	Alta	-	-
Remoción en masa	Alta	Alta	Alta	Alta	-
Erosión	Baja	Alta	Alta	Alta	Alta
Sismos	Baja	Baja	Baja	-	-
Diapirismo de lodos	Baja	Baja	-	-	-
Tsunamis	Baja	-	-	-	-
SOCIO-NATURALES					
Incendios forestales	Media	-	Baja	Media	Baja
Degradación de recursos naturales	-	-	Alta	Alta	Alta
ANTRÓPICAS					
Contaminación	-	Alta	Alta	Alta	Alta
Aglomeraciones de público	-	-	Alta	-	Alta
Accidentalidad vial	Alta	-	Alta	-	-
TECNOLOGICAS					
Derrames	Media	Baja	Alta	Alta	Alta
Incendios estructurales	Media	-	Baja	-	Baja
Redes eléctricas	-	Baja	Media	-	-

Fuente: Plan de Desarrollo de Bolívar 2020-2023 Bolívar Primero

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población

Para el año 2023, el Departamento de Bolívar cuenta con 2.247.283 habitantes, de los cuales el 47,51% se encuentra ubicado en el Distrito de Cartagena de Indias con 1.052.015 personas, lo que da como resultado una población sujeta de intervención por parte de la administración departamental de 1.195.268 personas, en donde el 50,9 % (n= 608.203) son hombres y el 49,1 % (n=587.065) son mujeres (CNVP DANE 2018, proyecciones 2023 post COVID). El Censo DANE 2005 indicó una población de Bolívar (sin Cartagena) de 986.447 habitantes, lo que significa un crecimiento poblacional de 21% para el año 2023.



NIT. 806.005.597-1

375

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado.

El Departamento de Bolívar presenta una densidad aproximada de 87 habitantes por kilómetro cuadrado, aunque, sin incluir a Cartagena, el Departamento presenta una densidad poblacional de 47 hab. por km². Cartagena es la ciudad con mayor densidad poblacional con 1882 personas por km², seguido de los municipios de Turbaco, San Cristóbal, Villanueva, Clemencia y Santa Rosa. Así mismo, después de Cartagena, los municipios con el mayor número de habitantes son Magangué, Turbaco, El Carmen de Bolívar, Arjona y María La Baja.

El municipio con mayor superficie es Santa Rosa del Sur, seguido de Montecristo, San Pablo, Simití, Morales y Magangué. La mayoría de los municipios del sur de Bolívar presentan una baja densidad poblacional, dado que estos se caracterizan por una gran superficie territorial (Tabla 5).

Tabla 5. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado de los municipios del Departamento de Bolívar, año 2023

Municipio	Población 2023	Superficie en km ²	Habitantes x km ²
Cartagena	1.052.015	559	1882
Achí	26.995	1.025	26
Altos del Rosario	12.060	304	40
Arenal	7.937	459	17
Arjona	75.429	566	133
Arroyohondo	8.762	162	54
Barranco de Loba	16.181	416	39
Calamar	24.575	246	100
Cantagallo	9.019	870	10
Cicuco	14.652	132	111
Córdoba	17.408	573	30
Clemencia	16.081	84	191
El Carmen de Bolívar	75.923	900	84
El Guamo	9.404	371	25
El Peñón	8.060	327	25
Hatillo de Loba	13.176	196	67
Magangué	145.035	1.102	132
Mahates	30.104	430	70
Margarita	11.710	263	45
María La Baja	50.463	517	98
Montecristo	18.243	2.089	9
Mompox	48.385	630	77
Morales	24.596	1.306	19
Norosí	10.758	405	27
Pinillos	26.467	741	36
Regidor	7.502	180	42
Río Viejo	11.436	829	14
San Cristóbal	8.676	43	202



Municipio	Población 2023	Superficie en km ²	Habitantes x km ²
San Estanislao	19.816	208	95
San Fernando	13.725	288	48
San Jacinto	25.702	434	59
San Jacinto del Cauca	11.024	428	26
San Juan Nepomuceno	40.020	637	63
San Martín de Loba	15.943	414	39
San Pablo	29.547	1.977	15
Santa Catalina	15.889	139	114
Santa Rosa	22.736	151	151
Santa Rosa del Sur	35.854	2.360	15
Simití	19.902	1.345	15
Soplaviento	11.585	88	132
Talaigua Nuevo	13.906	261	53
Tiquisio	19.500	758	26
Turbaco	114.716	196	585
Turbaná	17.776	148	120
Villanueva	25.795	134	193
Zambrano	12.795	287	45
Bolívar sin Cartagena	1.195.268	25.419	47
Bolívar total	2.247.283	25.978	87

Fuente: Terridata – DNP. Proyecciones de población 2023, Censo DANE 2018

Población por área de residencia urbano/rural

Para el año 2023, el 59,6% (n= 712.768) de la población del Departamento sin incluir Cartagena, habita en las cabeceras municipales, y 53,2% restante (n= 482.500) vive en área rural (centros poblados y rural disperso).

De acuerdo con el número de habitantes, los municipios de mayor concentración o porcentaje de población en las cabeceras municipales son: Soplaviento, Turbaco, Santa Rosa, el Distrito de Cartagena, Zambrano y Villanueva. La mayor concentración de personas residentes en zona rural se encuentra en los municipios de: Pinillos, Margarita, San Fernando, Achí y Montecristo.

Todas estas desigualdades en la distribución poblacional, sumada a la lejanía de la ciudad de Cartagena, las condiciones territoriales y fluviales de muchos municipios, en especial los ubicados en los ZODES Mojana, Loba y Magdalena Medio, dificultan el acceso de estas poblaciones a los servicios de salud, agregando altos costos administrativos para la atención (Tabla 6).



NIT. 806.005.597-1

375

Tabla 6. Población por área de residencia de los municipios del Departamento de Bolívar, año 2023

Municipio	Población cabecera municipal		Población centro poblado y rural disperso		TOTAL	
	Población	Porcentaje*	Población	Porcentaje*	Población	Porcentaje**
Cartagena	931.503	88,5%	120.512	11,5%	1.052.015	46,8%
Achí	5.604	20,8%	21.391	79,2%	26.995	1,2%
Altos del Rosario	4.092	33,9%	7.968	66,1%	12.060	0,5%
Arenal	4.708	59,3%	3.229	40,7%	7.937	0,4%
Arjona	58.499	77,6%	16.930	22,4%	75.429	3,4%
Arroyohondo	4.841	55,2%	3.921	44,8%	8.762	0,4%
Barranco de Loba	6.052	37,4%	10.129	62,6%	16.181	0,7%
Calamar	13.730	55,9%	10.845	44,1%	24.575	1,1%
Cantagallo	4.845	53,7%	4.174	46,3%	9.019	0,4%
Cicuco	9.303	63,5%	5.349	36,5%	14.652	0,7%
Córdoba	3.903	22,4%	13.505	77,6%	17.408	0,8%
Clemencia	13.342	83,0%	2.739	17,0%	16.081	0,7%
El Carmen de Bolívar	54.547	71,8%	21.376	28,2%	75.923	3,4%
El Guamo	4.925	52,4%	4.479	47,6%	9.404	0,4%
El Peñón	2.853	35,4%	5.207	64,6%	8.060	0,4%
Hatillo de Loba	3.056	23,2%	10.120	76,8%	13.176	0,6%
Magangué	98.281	67,8%	46.754	32,2%	145.035	6,5%
Mahates	10.318	34,3%	19.786	65,7%	30.104	1,3%
Margarita	1.674	14,3%	10.036	85,7%	11.710	0,5%
María La Baja	21.330	42,3%	29.133	57,7%	50.463	2,2%
Montecristo	3.960	21,7%	14.283	78,3%	18.243	0,8%
Mompox	23.894	49,4%	24.491	50,6%	48.385	2,2%
Morales	7.518	30,6%	17.078	69,4%	24.596	1,1%
Norosí	2.401	22,3%	8.357	77,7%	10.758	0,5%
Pinillos	3.456	13,1%	23.011	86,9%	26.467	1,2%
Regidor	4.630	61,7%	2.872	38,3%	7.502	0,3%
Río Viejo	5.472	47,8%	5.964	52,2%	11.436	0,5%
San Cristóbal	6.591	76,0%	2.085	24,0%	8.676	0,4%
San Estanislao	13.034	65,8%	6.782	34,2%	19.816	0,9%
San Fernando	2.006	14,6%	11.719	85,4%	13.725	0,6%
San Jacinto	22.000	85,6%	3.702	14,4%	25.702	1,1%
San Jacinto del Cauca	2.568	23,3%	8.456	76,7%	11.024	0,5%
San Juan Nepomuceno	29.286	73,2%	10.734	26,8%	40.020	1,8%
San Martín de Loba	7.579	47,5%	8.364	52,5%	15.943	0,7%
San Pablo	23.521	79,6%	6.026	20,4%	29.547	1,3%
Santa Catalina	5.955	37,5%	9.934	62,5%	15.889	0,7%
Santa Rosa	20.494	90,1%	2.242	9,9%	22.736	1,0%
Santa Rosa del Sur	21.321	59,5%	14.533	40,5%	35.854	1,6%
Simití	6.167	31,0%	13.735	69,0%	19.902	0,9%



Municipio	Población cabecera municipal		Población centro poblado y rural disperso		TOTAL	
	Población	Porcentaje*	Población	Porcentaje*	Población	Porcentaje**
Soplaviento	11.358	98,0%	227	2,0%	11.585	0,5%
Talaigua Nuevo	6.468	46,5%	7.438	53,5%	13.906	0,6%
Tiquisio	6.292	32,3%	13.208	67,7%	19.500	0,9%
Turbaco	104.604	91,2%	10.112	8,8%	114.716	5,1%
Turbaná	13.117	73,8%	4.659	26,2%	17.776	0,8%
Villanueva	22.120	85,8%	3.675	14,2%	25.795	1,1%
Zambrano	11.053	86,4%	1.742	13,6%	12.795	0,6%
Bolívar sin Cartagena	712.768	59,6%	482.500	40,4%	1.195.268	53,2%
Bolívar total	1.644.271	73,2%	603.012	26,8%	2.247.283	100,0%

Fuente: CNPV DANE 2018 Proyecciones de población post COVID 2023. *Porcentaje respecto a total municipal. **Porcentaje respecto al total de Bolívar

Población con pertenencia a pueblos y comunidades étnicas

El Departamento de Bolívar no cuenta con una caracterización propia de la población étnica, por lo tanto, se tiene como base las proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE sobre Autorreconocimiento étnico. Se destaca que, Departamento cuenta con el corregimiento de San Basilio de Palenque, ubicado en el municipio de Mahates, y es el primer pueblo libre de la América Colonial reconocido como Patrimonio cultural e inmaterial de la humanidad; a pesar de este reconocimiento, históricamente ha presentado dificultades en servicios públicos, vías de acceso, servicios de salud, condiciones de vivienda entre otros.

El Departamento cuenta con Territorios Colectivos de Comunidades Negras -TCCN como el Consejo Comunitario Ma Kankamaná de San Basilio de Palenque en los municipios de Mahates y San Juan Nepomuceno, el Consejo Comunitario de la Comunidad Negra del Gobierno Rural de La Boquilla, el Consejo Comunitario Orika Islas del Rosario y el Consejo Comunitario de Tierra Baja en Cartagena de Indias, además de otros Consejos Comunitarios en los municipios y en Cartagena que involucran comunidades étnicas.

El Departamento de Bolívar cuenta con 376.394 personas autorreconocidas como de etnia negro, mulato, afrodescendiente o afrocolombiano, representando el 16,75% de la población. Al excluir a Cartagena quedan 158.017 personas (13,22%) que se reconocen de esta etnia, lo cual indica una gran concentración en la capital del Departamento.

La población negra o afrocolombiana del Departamento de Bolívar se encuentra concentrada en su mayoría en la ciudad de Cartagena, seguido de los municipios de María la Baja, Arjona, Mahates y Barranco de Loba. Así mismo, Barranco de Loba es el municipio con mayor proporción de población negra o afrocolombiana en relación con su población total, luego María la Baja, Mahates, Altos del Rosario y San Cristóbal.

En cuanto a las otras etnias, se destaca la población indígena y la palenquera. La primera constituye el 0,4% de la población de Bolívar (sin Cartagena) y la palenquera el 0,27%. La mayor parte de la población indígena se ubica en



NIT. 806.005.597-1

375

Cartagena, seguido de El Carmen de Bolívar, Achí, Arjona y María La Baja. En cuanto a la mayoría de población palenquera, esta se ubica en Mahates, seguido de Cartagena de Indias, Turbaco y Arjona.

La atención a los grupos poblacionales ha sido competencia de la Dirección de Desarrollo Social de la Gobernación de Bolívar, quien ha venido adelantado acciones para garantizar los derechos y buscar el desarrollo de la población del Departamento. De esta forma se busca también mejorar las condiciones de vida de las mujeres, los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, familias, comunidades étnicas, adultos mayores y personas con discapacidad del Departamento de Bolívar. En el enfoque de las intervenciones se consideran las necesidades de los diferentes grupos poblacionales, priorizando el ciclo vital (infancia y niñez, jóvenes, adulto mayor) y luego los grupos vulnerables (comunidades étnicas, víctimas y personas en situación de discapacidad). En la actualidad, el Departamento de Bolívar no cuenta con una política pública para atención de población por pertenencia étnica, por tanto, es necesario incorporar las estrategias, acciones y proyectos priorizados en cada una de ellas dentro del Plan de Desarrollo, con el fin de asegurar una continuidad en la ejecución de las acciones en salud.

Tabla 7. Población por pertenencia étnica de los municipios del Departamento de Bolívar, año 2023

Grupo étnico	Indígena		Gitano(a) o ROM		Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina		Palenquero(a) de San Basilio		Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cartagena de Indias	1.641	0,16%	19	0,00%	572	0,05%	1.689	0,16%	218.377	20,76%
Achí	898	3,33%	2	0,01%	2	0,01%	6	0,02%	122	0,45%
Altos del Rosario	7	0,06%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6.226	51,63%
Arenal	5	0,06%	0	0,00%	1	0,01%	4	0,05%	2.681	33,78%
Arjona	604	0,80%	0	0,00%	12	0,02%	22	0,03%	20.845	27,64%
Arroyohondo	6	0,07%	0	0,00%	0	0,00%	7	0,08%	1.862	21,25%
Barranco de Loba	1	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,01%	15.512	95,87%
Calamar	10	0,04%	3	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	244	0,99%
Cantagallo	3	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%	504	5,59%
Cicuco	15	0,10%	0	0,00%	4	0,03%	1	0,01%	596	4,07%
Córdoba	21	0,12%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	50	0,29%
Clemencia	28	0,17%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	235	1,46%
El Carmen de Bolívar	1.337	1,76%	5	0,01%	0	0,00%	2	0,00%	2.860	3,77%
El Guamo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1.480	15,74%
El Peñón	7	0,09%	0	0,00%	1	0,01%	1	0,01%	173	2,15%
Hatillo de Loba	5	0,04%	0	0,00%	1	0,01%	0	0,00%	89	0,68%
Magangué	148	0,10%	1	0,00%	14	0,01%	6	0,00%	1.366	0,94%
Mahates	190	0,63%	0	0,00%	5	0,02%	3.121	10,37%	18.351	60,96%
Margarita	9	0,08%	0	0,00%	1	0,01%	0	0,00%	38	0,32%
María La Baja	488	0,97%	1	0,00%	3	0,01%	3	0,01%	47.092	93,32%
Montecristo	43	0,24%	0	0,00%	3	0,02%	0	0,00%	3.501	19,19%
Mompós	9	0,02%	0	0,00%	1	0,00%	0	0,00%	238	0,49%

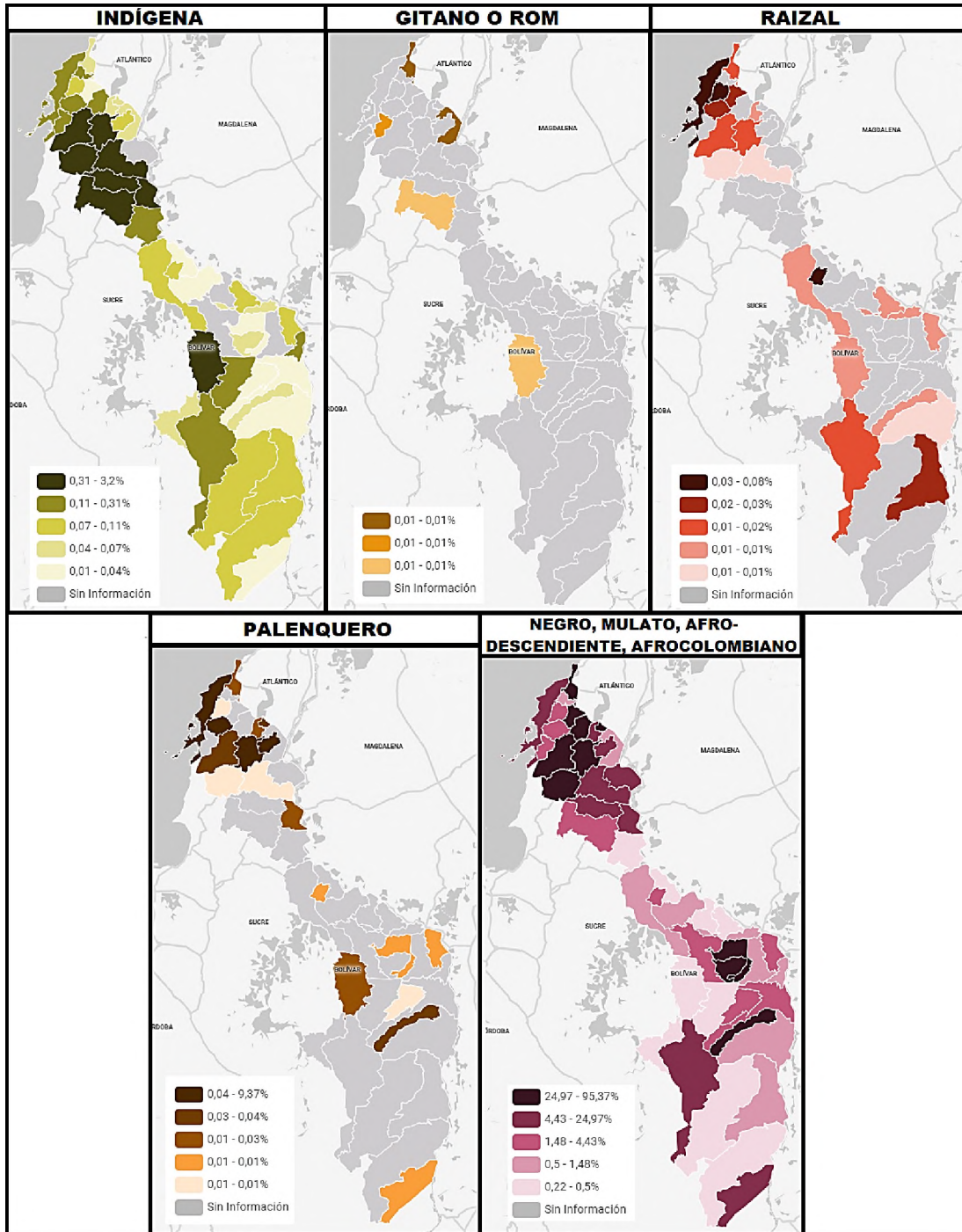


NIT. 806.005.597-1

Grupo étnico	Indígena		Gitano(a) o ROM		Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina		Palenquero(a) de San Basilio		Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	
Morales	1	0,00%	0	0,00%	1	0,00%	0	0,00%	207	0,84%
Norosi	2	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%	272	2,53%
Pinillos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	391	1,48%
Regidor	8	0,11%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	103	1,37%
Río Viejo	3	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	158	1,38%
San Cristóbal	4	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%	3.737	43,07%
San Estanislao	39	0,20%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7.191	36,29%
San Fernando	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	39	0,28%
San Jacinto	86	0,33%	0	0,00%	1	0,00%	0	0,00%	1.301	5,06%
San Jacinto del Cauca	6	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	52	0,47%
San Juan Nepomuceno	332	0,83%	0	0,00%	2	0,00%	6	0,01%	2.781	6,95%
San Martín de Loba	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	165	1,03%
San Pablo	26	0,09%	1	0,00%	1	0,00%	0	0,00%	141	0,48%
Santa Catalina	7	0,04%	1	0,01%	1	0,01%	2	0,01%	4.003	25,19%
Santa Rosa	24	0,11%	0	0,00%	18	0,08%	1	0,00%	959	4,22%
Santa Rosa del Sur	38	0,11%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,00%	137	0,38%
Simití	16	0,08%	0	0,00%	6	0,03%	0	0,00%	145	0,73%
Soplaviento	9	0,08%	0	0,00%	1	0,01%	3	0,03%	1.534	13,24%
Talaigua Nuevo	2	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	56	0,40%
Tiquisio	27	0,14%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	42	0,22%
Turbaco	216	0,19%	0	0,00%	24	0,02%	49	0,04%	2.221	1,94%
Turbaná	25	0,14%	2	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	649	3,65%
Villanueva	5	0,02%	0	0,00%	6	0,02%	0	0,00%	7.108	27,56%
Zambrano	66	0,52%	0	0,00%	0	0,00%	4	0,03%	560	4,38%
Bolívar sin Cartagena	4.776	0,40%	16	0,00%	109	0,01%	3.245	0,27%	158.017	13,22%
Bolívar total	6.417	0,29%	35	0,00%	681	0,03%	4.934	0,22%	376.394	16,75%

Fuente: CNPV DANE 2018 – Proyecciones de población post COVID 2023

Mapa 7. Distribución de la población por pertenencia étnica en los municipios de Bolívar



Fuente: Geovisor de autorreconocimiento étnico DANE, CNPV 2018. <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/autorreconocimiento-etnico/>



NIT. 806.005.597-1

375

1.2.1 Estructura demográfica

Para el año 2023, Bolívar (sin Cartagena) cuenta con una población sujeta de intervención por parte de la administración departamental de 1.195.268 personas, en donde el 50,9 % son hombres y el 49,1 % son mujeres.

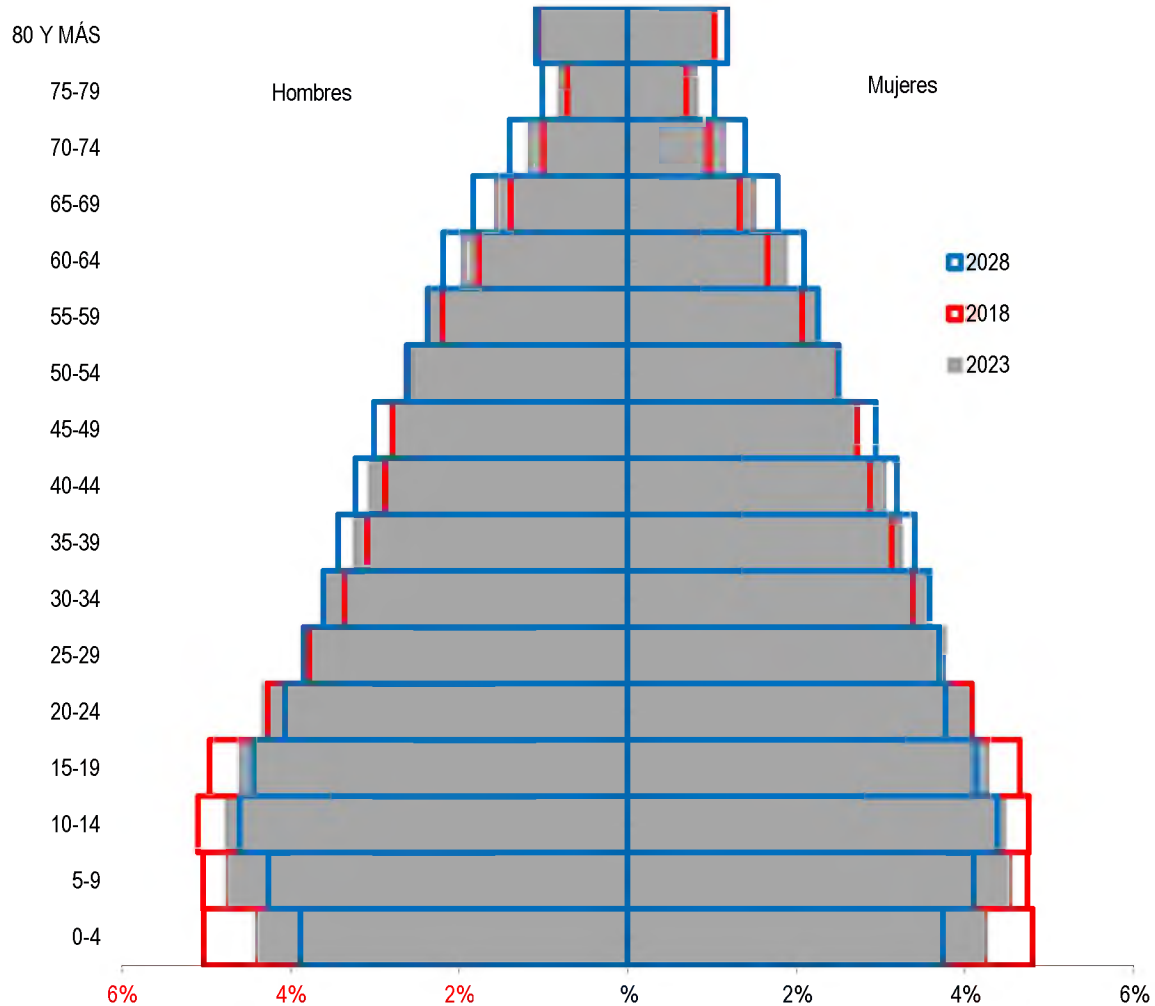
La pirámide poblacional del Departamento de Bolívar es expansiva, en donde los menores de 25 años representan la mayor población, correspondiente a niños, adolescentes y jóvenes. Esta población muestra un comportamiento hacia el descenso, observando que la base de la pirámide se estrecha con los años. A su vez, la población adulta mayor (60 años y más) representa la minoría, pero se proyecta hacia el aumento.

Los grupos poblacionales de niños y adolescentes, que representan la mayor parte de la población, requieren la priorización de acciones en programas de salud, que integren al individuo en las primeras etapas del desarrollo humano, las cuales son claves para sentar las bases para las capacidades, habilidades y potencialidades humanas, entre las cuales se encuentran el lenguaje, la visión, audición, la motricidad, etc. Así mismo, han crecido en este grupo poblacional las actividades delictivas, el microtráfico y consumo de drogas, y fenómenos como el pandillismo, lo cual conlleva a que ciertos indicadores en atención en salud se vean aumentados por este flagelo.

De igual forma, el aumento de la población adulta mayor requiere paralelamente del incremento en acciones de salud enfocadas a la prevención de las enfermedades crónicas o de sus complicaciones, necesitando ampliar las coberturas de los diferentes programas o acciones en salud que abarcan a esta población.

La población de 30 a 49 años muestra una proyección proporcional hacia el aumento, indicando a su vez un incremento de la población económicamente activa y con ello la necesidad de la generación de empleo, de microempresas o, como sucede en la mayoría de municipios, el aumento de la informalidad laboral (Figura 1).

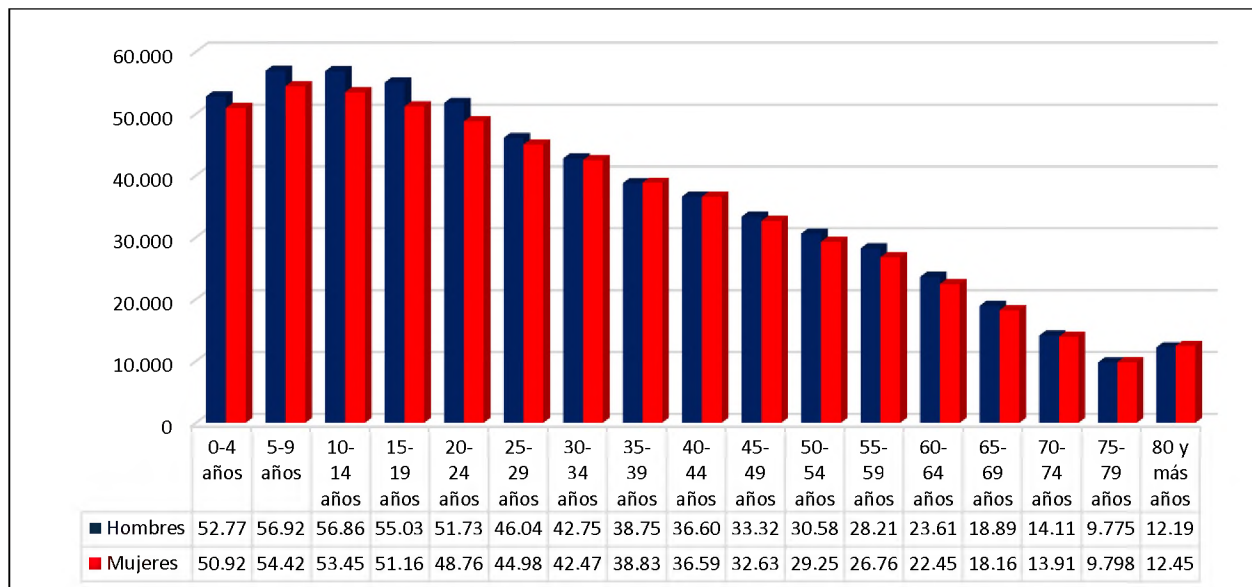
Figura 1. Pirámide poblacional del Departamento de Bolívar, 2018, 2023, 2028



Fuente: CNPV DANE 2018 – Proyecciones y retroproyecciones de población post COVID

Los hombres representan un mayor número respecto a las mujeres en la gran mayoría de los grupos de edades. De igual forma se corrobora que la mayor cantidad de la población se encuentra en las edades de 0 a 24 años y va disminuyendo el número a medida que avanza el quinquenio de edad, teniendo a los adultos mayores de 59 años como los de menor cantidad poblacional. Esto también es indispensable para la distribución de recursos y la planificación de acciones en salud, indicando que la balanza debe estar más inclinada a la población infantil, adolescente y joven, sin descuidar a los adultos mayores que se proyectan al aumento (Figura 2).

Figura 2. Población por sexo y quinquenio de edad del Departamento de Bolívar, 2023



Fuente: CNPV DANE 2018 – Proyecciones de población post COVID

La tendencia en cuanto a proporción por ciclos vitales para el año 2023 muestra una disminución en los grupos de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud con relación al 2018, mientras que, en los grupos de adultez y vejez se presenta un aumento, aun cuando la mayoría de la población del Departamento de Bolívar sigue siendo joven. La mayor proporción de la población se concentra en la adultez, mostrando esta una tendencia al aumento en la proyección para el 2028, así como el ciclo vital de vejez ha superado proporcionalmente a los primeros 3 ciclos vitales. Esto confirma el comportamiento de la dinámica poblacional descrito en el análisis de la pirámide, en donde los niños y adolescentes van disminuyendo, mientras se incrementa la población adulta mayor (Tabla 8).

Tabla 8. Proporción de la población por ciclo vital del Departamento de Bolívar, años 2018, 2023, 2028

Ciclo vital	2018		2023		2028	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Primera infancia (0 a 5 años)	129222	11,8%	125835	10,5%	113420	9,2%
Infancia (6 a 11 años)	128909	11,8%	133652	11,2%	127638	10,4%
Adolescencia (12 a 17 años)	129424	11,8%	130273	10,9%	130630	10,6%
Juventud (18 a 28 años)	198812	18,1%	215610	18,0%	211956	17,2%
Adultez (29 a 59 años)	383909	35,0%	434515	36,4%	462971	37,6%
Vejez (60 años y más)	126789	11,6%	155383	13,0%	184721	15,0%
Total	1.097.065	100%	1.195.268	100%	1.231.336	100%

Fuente: CNPV DANE 2018 – Proyecciones y retroproyecciones de población post COVID

Otros indicadores de estructura demográfica

Los principales indicadores demográficos muestran un descenso en los índices de infancia y juventud, mientras los de vejez y envejecimiento van aumentando. El índice demográfico de dependencia y el índice de dependencia infantil disminuyeron y el índice de dependencia en mayores aumentó. Así mismo, el índice de Friz que determina si la población es joven o envejecida y se encuentra en 142,9 lo que quiere decir que la mayoría de la población es adulta o madura. (Tabla 9).

Tabla 9. Otros indicadores de estructura demográfica del Departamento de Bolívar, 2018, 2023, 2028

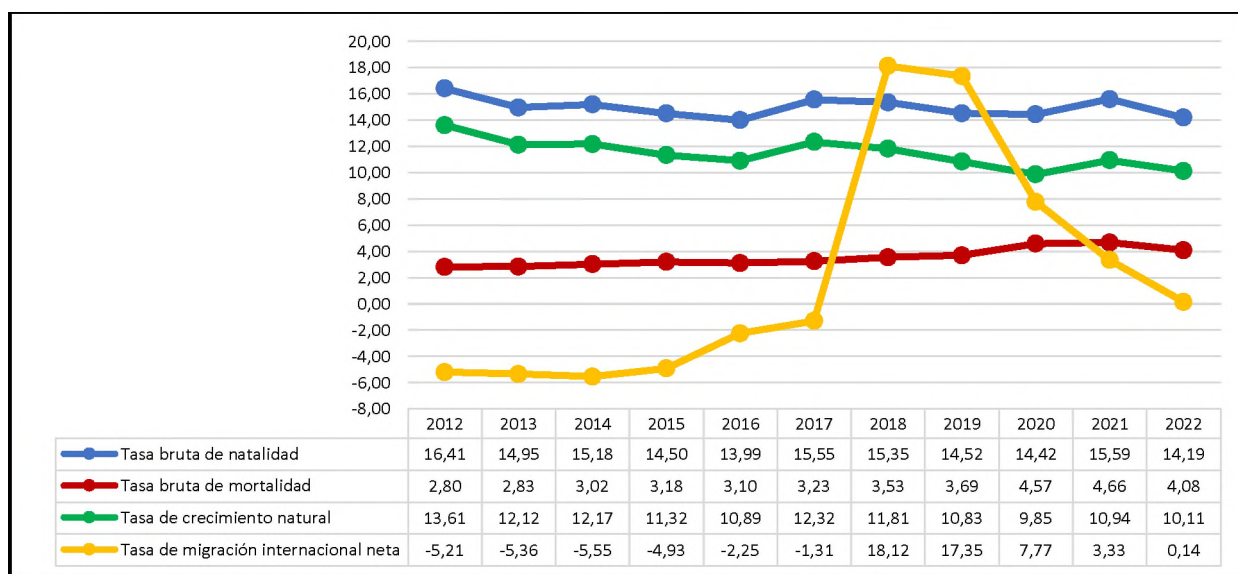
Índice Demográfico	Año			Interpretación
	2018	2023	2025	
Relación hombres: mujer	104	104	103	En el año 2018 por cada 104 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 104 hombres, había 100 mujeres
Razón niños: mujer	40	35	31	En el año 2018 por cada 40 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2023 por cada 35 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	29,4	27,2	25,0	En el año 2018 de 100 personas, 29 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 27 personas
Índice de juventud	25,4	24,9	23,9	En el año 2018 de 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 25 personas
Índice de vejez	8,1	9,1	10,7	En el año 2018 de 100 personas, 8 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 9 personas
Índice de envejecimiento	27,6	33,6	43,0	En el año 2018 de 100 personas menores de 15 años, 28 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 34 personas
Índice demográfico de dependencia	60,2	57,2	55,5	En el año 2018 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 60 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 57 personas
Índice de dependencia infantil	47,2	42,8	38,8	En el año 2018, 47 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 43 personas
Índice de dependencia mayores	13,0	14,4	16,7	En el año 2018, 13 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 14 personas
Índice de Friz	161,4	142,9	127,1	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. En Bolívar la población es madura con descenso del índice de friz.

Fuente: CNPV DANE 2018 – Proyecciones y retroproyecciones de población post COVID

1.2.2 Dinámica demográfica

- La Tasa Bruta de Natalidad muestra una tendencia hacia el descenso de 2 nacimientos por cada 1.000 habitantes al comparar los años 2012 y 2022, con un leve aumento en los años 2017 y 2021, cerrando con una tasa de 14,19 nacimientos por cada 1.000 habitantes en el 2022.
- la Tasa Bruta de Mortalidad muestra un comportamiento ascendente con su mayor valor en el año 2021. En el año 2022, la tasa de mortalidad fue de 4,08 defunciones por cada 1.000 habitantes. Al comparar este valor con el del año 2022, el aumento es de una muerte por cada 1.000 habitantes.
- La Tasa de Crecimiento Natural mide el aumento o decrecimiento de una población y está definida por la relación entre los nacimientos y las defunciones. En Bolívar se muestra una tendencia a la disminución de la tasa de crecimiento natural, aunque se mantiene positiva, dado que los nacimientos superan las defunciones. Este indicador es impactado por la reducción de los nacimientos y el aumento de las defunciones en el Departamento.
- La Tasa Neta de Migración Neta Internacional para el Departamento de Bolívar (incluyendo a Cartagena), según las proyecciones del Censo DANE 2018, muestra un aumento considerable en los años 2018 y 2019, lo cual se relaciona con el fenómeno de la inmigración de la población venezolana. Esto produjo la necesidad de nuevas políticas encaminadas a la atención en salud de la población migrante para dar abasto a las necesidades de esta población. En los últimos años ha vuelto a nivelarse y se proyecta hacia el descenso (Figura 3).

Figura 3. Tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad, tasa de crecimiento natural y tasa de migración internacional neta del Departamento de Bolívar, años 2012 - 2022



Fuente: EEV DANE y proyecciones y retroproyecciones de población CNPV DANE 2018. La tasa de migración incluye a Cartagena, Indicadores crecimiento poblacional proyecciones y retroproyecciones CNPV DANE post COVID.



NIT. 806.005.597-1

375

Otros indicadores de la dinámica de la población.

- La Tasa Global de Fecundidad de Bolívar (incluyendo Cartagena) indica un promedio a lo largo del periodo 2012-2022 de 2 hijos por cada mujer durante su periodo fértil.
- La Tasa General de Fecundidad presenta tendencia al descenso, pasando de 56,31 en el año 2012 a 48,03 nacimientos por mil mujeres en edad fértil en el año 2022, aunque en algunos años ha incrementado.
- La Tasa de Fecundidad Específica en mujeres de 10 a 14 años muestra un comportamiento variable, pero con tendencia al aumento al comparar el año 2012 con el 2022. En el último año analizado, la tasa fue de 4,2 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años, superando al indicador nacional de este año (tasa de 2,2).
- La Tasa de Fecundidad Específica en mujeres de 15 a 19 años en el año 2022 fue de 80,6 nacimientos por cada 1000 adolescentes de este grupo de edad. Este indicador muestra un descenso con respecto al año 2012, pero se sitúa muy por encima del indicador nacional del año 2022 (tasa de 47,1).
- La Tasa de Fecundidad Específica en mujeres de 10 a 19 años también presenta importantes tasas en el periodo analizado, dado el aumento de las dos tasas específicas anteriores, con un valor de 41,7 nacimientos por cada mil mujeres de 10 a 19 años en el 2022, superando también al indicador de Colombia (tasa de 25).

Es así como estas tasas de fecundidad en adolescentes indicarían un problema de salud pública y social a priorizar en el Departamento de Bolívar, de acuerdo a las consecuencias que trae el embarazo adolescente, entre las cuales se enlistan la deserción escolar, los conflictos intrafamiliares, la pobreza, afectación psicológica, efectos nocivos en la salud y el bienestar de la madre e hijos, entre otros.

Tabla 10. Indicadores de fecundidad de la población del Departamento de Bolívar, años 2012 - 2022

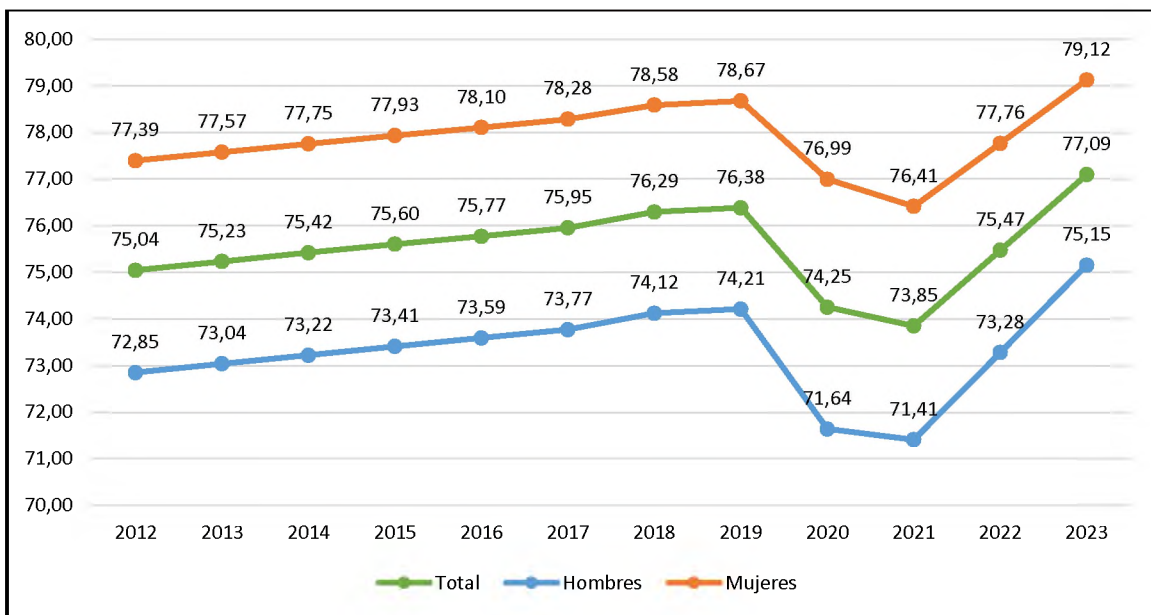
Indicador/año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tasa global de fecundidad (quinquenos)*	2,43	2,41	2,39	2,37	2,35	2,34	2,30	2,25	2,20	2,05	2,01
Tasa general de fecundidad	56,31	51,38	52,26	60,51	58,37	64,90	61,74	58,26	57,85	62,49	48,03
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años	3,91	3,95	4,35	4,33	3,78	4,83	4,06	4,19	4,28	5,13	4,19
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años	87,82	81,08	80,61	78,47	78,96	86,48	83,80	82,22	80,77	89,05	80,62
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años	44,66	41,75	41,97	41,03	41,07	45,27	43,39	42,85	42,13	46,49	41,73

Fuente: Cubos SISPRO: Indicadores y nacimientos sobre proyecciones de población Censo DANE 2005 y 2018. *Bolívar incluye a Cartagena, Indicadores cambio demográfico proyecciones y retroproyecciones CNPV DANE post COVID.

Esperanza de vida

La esperanza de vida en el Departamento de Bolívar muestra una tendencia al aumento pasando de 75,04 en el año 2012 a 77,09 en el 2023, es decir, un aumento en la expectativa de años de vida de aproximadamente 2 años. Se destaca el descenso que hubo en los años 2020 y 2021, que coincide con la pandemia de COVID-19 y al aumento de la mortalidad en la población adulta y adulta mayor. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa que en ambos se da un incremento en la esperanza de vida, manteniéndose siempre mayor en las mujeres que en los hombres, con una diferencia de 4 años en el año 2022. La esperanza de vida en las mujeres para el año 2023 sería de 79 años y la de hombres de 75 años (Figura 4).

Figura 4. Esperanza de vida al nacer por sexo, Departamento de Bolívar, años 2012 – 2023



Fuente: Proyecciones de población Censo DANE 2018. Bolívar incluye a Cartagena

1.2.3 Movilidad forzada (Víctimas del conflicto armado)

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. Bolívar es uno de los territorios de Colombia donde mayor población se ha visto afectada por el conflicto armado interno a lo largo de los años, en donde el desplazamiento forzado es una de las principales consecuencias. Las zonas más afectadas en Bolívar han sido los Montes de María y el Sur de Bolívar.

En cuanto al tipo de personas reportadas en el Registro Único de Víctimas, se especifica lo siguiente:

- Número de personas por ocurrencia: Persona afectada por un hecho victimizante en el territorio.
- Número de personas con declaración: Realizaron su declaración en el territorio).
- Número de víctimas por ubicación geográfica: Definida de acuerdo con el último dato aportado por la víctima.

- Número de víctimas por ubicación sujetos a atención: son personas que se encuentran activas para la atención y no registran novedades como: • Fallecimiento a causa del hecho victimizante o que han sido reportadas como • Fallecidas en otras fuentes de información • Sin documento de identificación o con números de documento no válidos • No activas para la atención, las personas víctimas de desplazamiento forzado que no han solicitado ayuda humanitaria.
- Número de eventos registrados: Ocurrencia de un hecho victimizante a una persona, en un lugar (municipio) y en una fecha determinada.

En el Departamento de Bolívar (excluyendo Cartagena), al 30 de noviembre de 2023, hay un total de 311.708 personas registradas en el Registro Único de Víctimas (RUV) como víctimas del conflicto, las cuales son sujetos de atención. De estas, el 50,8% son hombres y el 49,2% mujeres. El número de víctimas varía según la ocurrencia, declaración o ubicación geográfica, y se ha registrado que, a lo largo de los años, el número total de víctimas por ocurrencia en el Departamento asciende a 728.130 personas. Además, se tiene constancia de 158 personas de la población LGBTI (Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales) que son sujetos de atención, de las cuales 17 se identifican únicamente como intersexuales (ver Tabla 11).

Tabla 11. Población víctima del conflicto armado por personas y sexo del Departamento de Bolívar, año 2023

Sexo	N° de personas por ocurrencia	N° personas por declaración	N° de víctimas por ubicación geográfica	N° de víctimas por ubicación sujetos a atención
Masculino	363370	219810	187821	156354
Femenino	364325	215261	182051	155179
LGBTI	381	248	187	158
Intersexual	41	23	19	17
No informa	13	8	0	0
Total	728130	435350	370078	311708

Fuente: Registro Único de Víctimas <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/> con fecha de corte 30/11/2023.

En cuanto a los grupos de edad, la mayoría de población víctima se sitúan en la edad adulta de 29 a 60 años y los jóvenes de 18 a 28 años, aunque también hay una importante cantidad de adolescentes y ancianos víctimas. Estas distribuciones en la población, evidencia que no solo los adultos jóvenes y en etapa productiva son víctimas de este flagelo, también lo son y de forma importante las poblaciones infantiles y adolescentes, dificultando no solo su desarrollo físico, académico, económico y social; también los vuelve vulnerables a ser parte de grupos delictivos, a la deserción escolar, al consumo de sustancias psicoactivas y embarazos adolescentes, entre otros problemas sociales y de salud pública (Tabla 12).



NIT. 806.005.597-1

375

Tabla 12. Población victimizada del conflicto armado por personas y grupo de edad del Departamento de Bolívar, 2023

Grupo de edad	N° de personas por ocurrencia	N° personas por declaración	N° de víctimas por ubicación geográfica	N° de víctimas por ubicación sujetos a atención
0 a 5 años	8493	5550	4042	2347
6 a 11 años	45838	26445	23856	18204
12 a 17 años	79895	47097	43174	36300
18 a 28 años	170997	101109	85852	74938
29 a 60 años	304694	181271	155270	136351
61 a 100 años	98311	61830	56800	43151
No definido	19902	12048	1084	417

Fuente: Registro Único de Víctimas <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/publicacion-de-datos-abiertos/> con fecha de corte 30/11/2023.

A continuación, se presenta la distribución de víctimas por hecho victimizante, en dónde el principal es naturalmente el desplazamiento forzado con el 98% de la población víctima del conflicto, seguido de las amenazas y los homicidios (Tabla 13)

Tabla 13. Población víctima del conflicto armado por hecho victimizante del Departamento de Bolívar, año 2023

Hecho Victimizante	Victimas Ocurrencia	Victimas Declaración	Victimas Ubicación	Sujetos de Atención	Número de Eventos
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	2.305	1.773	1.582	1.450	2.383
Amenaza	27.514	13.434	16.182	15.790	28.540
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	3.244	1.678	1.816	1.787	3.323
Desaparición forzada	5.149	983	2.496	2.125	5.452
Desplazamiento forzado	684.041	411.101	361.970	305.048	748.052
Homicidio	23.538	9.720	12.335	10.334	24.925
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	495	80	155	137	506
Secuestro	1.981	1.034	1.279	1.142	2.047
Tortura	325	90	164	149	329
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	241	51	103	97	268
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	2.516	29	1.645	1.498	2.900
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	3.887	2.551	2.640	2.435	3.922
Lesiones Personales Físicas	490	1.095	898	886	491
Lesiones Personales Psicológicas	389	6	273	243	391
Confinamiento	891	891	634	633	892
Sin información	5.999	0	4.280	3.908	6.190



Fuente: Registro Único de Víctimas <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/> con fecha de corte 30/11/2023.

De acuerdo a la distribución por municipios de las víctimas sujetos de atención registradas en el RUV frente al número de habitantes de cada uno, tenemos que, la mayor proporción la tienen los municipios de Arenal, San Jacinto, Zambrano, Córdoba, El Carmen de Bolívar, San Pablo y Santa Rosa del Sur, los cuales hacen parte de las ZODES Montes de María y Magdalena Medio, que, como se mencionó anteriormente, han sido las zonas más afectadas por el conflicto armado en el Departamento de Bolívar (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución de la población víctima del conflicto armado sujetos de atención por municipios de Bolívar, año 2023

Municipio	N° Víctimas	Proporción por hab.	Municipio	N° Víctimas	Proporción por hab.
Arenal	5471	68,9%	Magangue	31880	22,0%
San Jacinto	17007	66,2%	Cantagallo	1560	17,3%
Zambrano	8255	64,5%	El Peñon	1291	16,0%
Cordoba	11146	64,0%	Villanueva	3492	13,5%
El Carmen De Bolivar	47430	62,5%	Cicuco	1913	13,1%
San Pablo	17442	59,0%	Talaigua Nuevo	1504	10,8%
Santa Rosa Del Sur	19621	54,7%	San Cristobal	890	10,3%
Tiquisio	10315	52,9%	Arjona	6362	8,4%
Altos del Rosario	6059	50,2%	Santa Rosa	1916	8,4%
San Juan Nepomuceno	18201	45,5%	Clemencia	1319	8,2%
Norosi	4758	44,2%	Hatillo De Loba	1029	7,8%
Achi	11053	40,9%	Mahates	2254	7,5%
Montecristo	7419	40,7%	Arroyo Hondo	607	6,9%
Simiti	7462	37,5%	Mompos	3199	6,6%
Barranco de Loba	5607	34,7%	Turbaco	6997	6,1%
San Martin De Loba	4970	31,2%	Santa Catalina	782	4,9%
Regidor	2281	30,4%	San Estanislao	954	4,8%
Morales	7193	29,2%	Calamar	1183	4,8%
Maria La Baja	14681	29,1%	Margarita	479	4,1%
Rio Viejo	3074	26,9%	Turbana	715	4,0%
San Jacinto Del Cauca	2883	26,2%	San Fernando	346	2,5%
El Guamo	2267	24,1%	Soplaviento	272	2,3%
Pinillos	6169	23,3%			

Fuente: Registro Único de Víctimas <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/> con fecha de corte 30/11/2023.

1.2.4 Población LGBTIQ+ u OSIGD

En el Departamento de Bolívar no se cuenta con una caracterización de la población LGBTIQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual y queer) u OSIGD (orientación sexual e identidad de género diverso). Sin embargo, existen 35 organizaciones sociales LGBTIQA+ en 27 municipios de Bolívar, cada una con su representante. Así mismo, en el departamento de Bolívar se cuenta con la política pública de diversidad sexual y de género 2016, en donde se identificaron situaciones que vulneran los derechos humanos de la población LGBTIQA+ como lo son: escasa participación de personas LGBTI en espacios de toma de decisiones, agresiones y homicidios

contra personas LGBTI siendo en su mayoría mujeres trans y hombres gays; negación de servicios en centro de salud personas trans; prácticas discriminatorias hacia hombres gays y mujeres trans en razón de su orientación sexual y grupo étnico/racial; inexistencia de programas de salud en promoción y prevención de infecciones de transmisión sexual -ITS; inexistencia de programas culturales dirigidos a personas LGBTI en los municipios; dificultades para la inserción laboral de personas LGBTI; abuso de la Fuerza Pública y violencia selectiva a personas LGBTI, entre otras.

A continuación, se enlistan las diferentes organizaciones LGBTIQA+ del departamento de Bolívar (Tabla 15).

Tabla 15. Listado de organizaciones sociales LGBTIQA+ del departamento de Bolívar, año 2023

MUNICIPIO	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN
Achí	Achí Diverso más Incluyente
Arenal	Corporación Arenal Diverso
Arenal	Asivic Arenal del Sur
Cantagallo	Corporación Cantagallo Diversa
Carmen de Bolívar	Asociación Población Diversa Víctima para la Construcción de Paz
Carmen de Bolívar	Colectiva Lesbofeministas Lex Monté Marianas
Carmen de Bolívar	Organización Guadalupe Montes de María
Cicuco	-
Clemencia	Corporación Clemencia Diversa
El Guamo	Líder
Magangué	Corporación Social y Cultural Magangué más Diversa
Mahates	Líder Dique Somos
María La Baja	Hilos de Amor Diverso
ZODES Montes De María	Corporación LGBTIQA+ todos somos Iguales de los Montes de María
Montecristo	Líder
Morales	Asociación Morales Diversa
Norosí	Corporación Norosí Diversa
Rio Viejo	Asociación de Color Diverso Rio Viejo
San Cristóbal	Corporación LGBTIQ+ por la Diversidad y Equidad de San Cristóbal Bolívar
San Jacinto	Asociación Arko Irys de San Juan
San Juan Nepomuceno	Corporación San Juan LGTBQ Cuenta Conmigo
San Juan Nepomuceno	Corporación Orgullo Diverso
San Juan Nepomuceno	Asociación Vivir Como Soy
San Pablo	Organización Amigos Comunes de San Pablo (OACOSP)
San Pablo	Corporación San Pablo Diversa
Santa Rosa Norte	Corporación Santa Rosa Respetuoso
Santa Rosa de Sur	FUIPSC Fundación Unidos por la Igualdad y Paz del Sur de Bolívar y Colombia
Simití	Corporación Gente Feliz y Diversa del municipio de Simití
Talaigua Nuevo	Corporación Brazos Abiertos
Talaigua Nuevo	Corporación Talaigua Diverso
Tiquisio	-
Turbaco	Asociación Turbaco Diverso
Turbana	Corporación Turbana Diversa



MUNICIPIO	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN
Villanueva	Corporación Villanueva Incluyente
Villanueva	Corporación New Girs
Villanueva	Corporación Lago de Arco Iris
Zambrano	Organización Zambrano Diversa LGTBIQ+

Fuente: Programa de Poblaciones Vulnerables componente víctimas de violencia de género.

1.2.5 Población Migrante

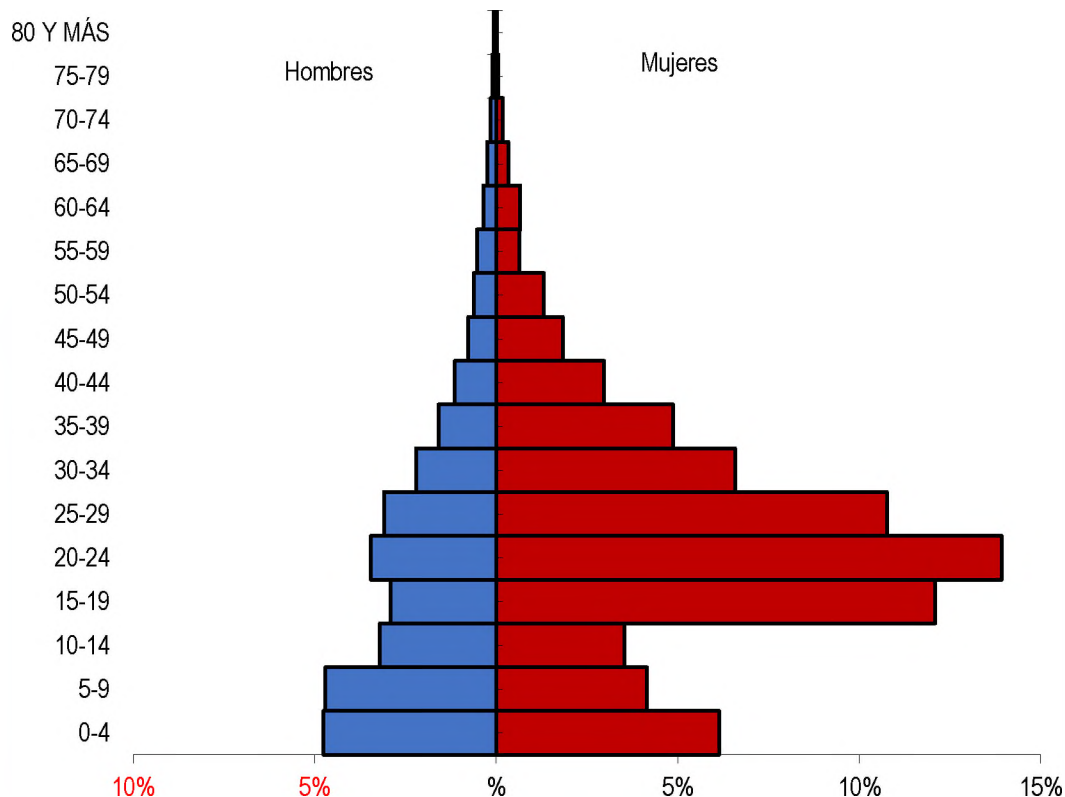
De acuerdo con los datos reportados por Migración Colombia sobre la distribución de migrantes, a corte de agosto de 2023, Bolívar tiene 95.313 migrantes venezolanos, distribuidos en los 45 municipios, es decir en el 98% del territorio, principalmente en Cartagena de Indias con el 73,7% (70.272 migrantes) y Turbaco con el 3,4% (3.227 migrantes). La población migrante en Bolívar representa el 3,3% de la población venezolana en Colombia. (Mundial, 2024)

En el Departamento de Bolívar, a diciembre del año 2023 hay 67.798 migrantes afiliados al SGSSS, de los cuales 54.022 se encuentran afiliados en Cartagena, por lo que en el resto de municipios el total de migrantes sería de 13.776 personas, la gran mayoría afiliados al régimen subsidiado.

Para el año 2022 se identificaron 7.267 personas migrantes atendidas en los servicios de salud de los municipios de Bolívar, significando un descenso del 9% con respecto al año anterior. Incluyendo el Distrito de Cartagena, el Departamento atendió 22.745 personas extranjeras en los diferentes servicios de salud, lo que corresponde al 2,9% del total nacional.

El sexo femenino fue el más atendido con el 73,16% (n= 5.090), mientras que por el sexo masculino se atendieron 2.177 personas. Así mismo, los quinquenios de edades entre 15 y 29 años, especialmente mujeres, fueron los más atendidos en el año 2022, seguido de los de 0 a 4 años, por lo que se puede considerar que el comportamiento de estas atenciones se ve marcada en las poblaciones vulnerables principalmente la infantil, adolescente y adulto joven, quienes solicitan atención por diferentes necesidades médicas y porque probablemente la población joven migrante, las embarazadas o con niños es la que mayor ingreso tiene en el país (Figura 5).

Figura 5. Pirámide de población extranjera atendida del Departamento de Bolívar, año 2022



Fuente: Cubos SISPRO Reporte Circular 029 de 2017, MSPS. Consulta por departamento de atención, realizada el 08/01/2024.

Desde la implementación del reporte de la población extranjera atendida con base en la Circular 029 de 2017, en los municipios de Bolívar se han atendido 30.279 personas migrantes, de las cuales la gran mayoría han sido mujeres. Así mismo, el principal país de procedencia de estas personas fue Venezuela (Tablas 16 y 17).

Tabla 16. Población migrante atendida en el Departamento de Bolívar, años 2017 - 2022

Sexo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total*
Femenino	180	2.280	5.721	5.301	5.846	5.090	21.537
Masculino	87	1.063	2.243	1.953	2.131	2.177	8.742
Total	267	3.343	7.964	7.254	7.977	7.267	30.279

Fuente: Cubos SISPRO Reporte Circular 029 de 2017, MSPS. Consulta por departamento de atención, realizada el 08/01/2024. *Una persona pudo ser atendida en diferentes años, por eso el total no es la suma de personas atendidas por año.



Tabla 17. Población migrante atendida por país de procedencia en el Departamento de Bolívar, años 2017 - 2022

PAÍS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total*
ALEMANIA				1			1
ARGENTINA				1	1	2	3
AUSTRALIA			1	1			1
BAHAMAS						1	1
BOLIVIA				1			1
BRASIL	3					1	4
CANADÁ		1					1
CHILE				1	1	2	4
CHINA				1	2		2
COLOMBIA		4	3	2	1	1	10
COSTA RICA	1		1		9	1	11
CUBA		1					1
DINAMARCA					1		1
ECUADOR	3	4	4	2	5	10	26
ESPAÑA			1	3	1	1	5
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	1	1		1	3	4	10
FRANCIA				2	1	1	4
HONDURAS						1	1
ISLAS VÍRGENES BRITÁNICAS			1				1
JAMAICA						2	2
MÉXICO			2	2	3	1	8
NO DEFINIDO	106	2.086	2.253	727	811	984	6.403
PAÍSES BAJOS						1	1
PANAMÁ						2	2
PERÚ		1	3		5	3	11
REPÚBLICA DE COREA					1	1	2
REPÚBLICA DOMINICANA						1	1
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS					1		1
SUIZA			1				1
URUGUAY		1				1	2
VENEZUELA	153	1.244	5.694	6.509	7.131	6.246	23.757
Total*	267	3.343	7.964	7.254	7.977	7.267	30.279

Fuente: Cubos SISPRO Reporte Circular 029 de 2017, MSPS. Consulta por departamento de atención, realizada el 08/01/2024. *Una persona pudo ser atendida en diferentes años, por eso el total no es la suma de personas atendidas por año.

Excluyendo el Distrito de Cartagena, Magangué ha sido el municipio de Bolívar que mayor número de personas extranjeras ha atendido durante los años 2017-2022, seguido de Santa Rosa del Sur, Arjona, Turbaco y San Juan Nepomuceno, los cuales también son de los municipios con mayor población de Bolívar (Tabla 18).



NIT. 806.005.597-1

375

Tabla 18. Población migrante atendida por municipios del Departamento de Bolívar, años 2017 - 2022

Municipio	Total personas	Municipio	Total personas
Magangué	5.573	Clemencia	201
Santa Rosa del Sur	3.674	Córdoba	135
Arjona	3.521	Barranco de Loba	133
Turbaco	2.982	Cicuco	130
San Juan Nepomuceno	2.344	Morales	108
El Carmen de Bolívar	1.708	Santa Catalina	99
San Pablo	1.555	San Fernando	89
María La Baja	1.150	Río Viejo	87
Mompós	1.144	Achí	78
San Cristóbal	758	Cantagallo	68
Arenal	631	Turbaná	64
Sin información	529	Pinillos	62
Villanueva	486	Zambrano	62
Tiquisio	399	San Estanislao	45
Santa Rosa	389	Hatillo de Loba	35
Simití	287	El Guamo	34
San Jacinto	276	Soplaviento	34
San Martín de Loba	274	San Jacinto del Cauca	30
Arroyohondo	250	Margarita	21
Montecristo	250	Regidor	16
Mahates	240	Altos del Rosario	10
Calamar	229	Norosi	9
Talaigua Nuevo	202	El Peñón	5

Fuente: Cubos SISPRO Reporte Circular 029 de 2017, MSPS. Consulta por departamento de atención, realizada el 08/01/2024.

1.2.6 Población Campesina

En el Departamento no se cuenta con una caracterización propia de la población campesina de Bolívar. Sin embargo, sabemos que la mayor parte de la población reside en áreas rurales (40,4%), y las principales actividades económicas son la agricultura, la ganadería y la pesca, lo cual dimensiona que en nuestra población hay una importante proporción de personas que se dedican a actividades del campo. Además, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022, en Bolívar (incluyendo a Cartagena) hay alrededor de 783.000 personas mayores de 15 años y 224.000 hogares que se identifican subjetivamente como población campesina.

La anterior encuesta también indica que el 85,2% de los hogares campesinos se consideran pobres, el 33,3% de los hogares cuenta con acueducto público como fuente de aprovisionamiento de agua para preparar los alimentos y solo el 12,6% cuenta con servicio de alcantarillado, lo que sugiere una baja calidad de vida de esta población y poca satisfacción de sus necesidades básicas, lo que posteriormente se traduce en factores de riesgo para la salud, convirtiéndolos en una población vulnerable.



1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

En el Departamento de Bolívar se ha trabajado en el fortalecimiento de la articulación intersectorial y la participación social. La Secretaría de Salud departamental ha sido fundamental para gestionar diversas acciones en estos procesos. Sin embargo, aún existen debilidades y resistencias por parte de varios actores.

El Departamento cuenta con limitadas herramientas, especialmente en términos económicos y de poder político, para generar espacios más activos de participación social y transformar las realidades sociales que afectan la salud de la población. A pesar de ello, se ha logrado recuperar la confianza de las diferentes comunidades y aumentar su participación en las decisiones políticas relacionadas con la salud pública.

El Departamento de Bolívar enfrenta diversos desafíos en el ámbito de la protección social y la salud. En este contexto, las instituciones gubernamentales desempeñan un papel crucial en el diseño, implementación y seguimiento de políticas que buscan garantizar el bienestar y la salud de la población.

La estructura institucional de protección social en Bolívar involucra a la Secretaría de Salud Departamental, quien asume un rol fundamental al coordinar estrategias y programas destinados a mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud para los habitantes bolivarenses, de acuerdo a las orientaciones de diversas entidades gubernamentales, entre las que se destaca el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que es la entidad rectora del sector salud en Colombia y tiene como objetivo formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública y promoción social en salud. Sumado a la secretaría de Salud del Departamento.

Además, en el marco del sector salud, se destaca la colaboración con otras instituciones, tanto a nivel local como nacional, para abordar temas prioritarios como la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la gestión de recursos. La intersectorialidad se convierte en un componente esencial para afrontar integralmente los retos que afectan la salud de la población, fomentando la colaboración entre diferentes áreas gubernamentales.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, persisten desafíos significativos. Las limitaciones presupuestarias, la disponibilidad de recursos humanos capacitados y la necesidad de fortalecer la infraestructura de atención son aspectos críticos que requieren atención continua. En tal sentido, el análisis del contexto institucional de protección social y salud en el Departamento de Bolívar ofrece una visión integral para orientar futuras acciones y políticas que contribuyan a mejorar el bienestar de la comunidad bolivarense.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el sistema de salud colombiano que garantiza el derecho a la salud a todos los ciudadanos. El SGSSS está conformado por el régimen contributivo, el régimen subsidiado y los regímenes de excepción. La cobertura de afiliación al del Departamento (incluyendo Cartagena) fue de 105% a diciembre de 2023, indicando que hay una cobertura óptima y gran parte de la población se encuentra afiliada al sistema de salud, aumentando las probabilidades de que esta población sean beneficiada de acciones de promoción y prevención en salud. Al excluir a Cartagena, la cobertura de afiliación de Bolívar fue de 92%, aunque hay una importante población que reside en los municipios de Bolívar, pero aparecen afiliados en Cartagena, en especial

los de los ZODES cercanos a la capital del Departamento, por ello se toma la cobertura del total de Bolívar como referencia.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las entidades que brindan los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En los municipios de Bolívar operan las siguientes EPS: Mutual Ser, Nueva EPS, Coosalud, Salud Total, Cajacopi Atlántico, Famisanar, EPS Familiar de Colombia, Sura, Sanitas, Ferrocarriles Nacionales (estas tres últimas con pocos afiliados) y aseguradoras de los regímenes de excepción y especiales. La población del Departamento se encuentra afiliada principalmente al régimen subsidiado de las EPS Mutual Ser, Nueva EPS y Coosalud.

Las barreras de atención más comunes para el acceso a los servicios de salud que reportan las comunidades son las demoras y rechazos de las autorizaciones y asignación de citas con especialistas y para diferentes estudios y procedimientos, así como para la entrega de los medicamentos, además de dificultades o retrasos para que las EAPB aprueben los viáticos de las personas que deben trasladarse a otras ciudades para una atención en salud de mayor nivel. También es muy débil la demanda inducida que deben realizar estas entidades, así como poca coordinación para las acciones de promoción y prevención, principalmente porque no disponen del recurso humano necesario.

Tabla 19. Población afiliada del Departamento de Bolívar por EAPB y regímenes, 2023

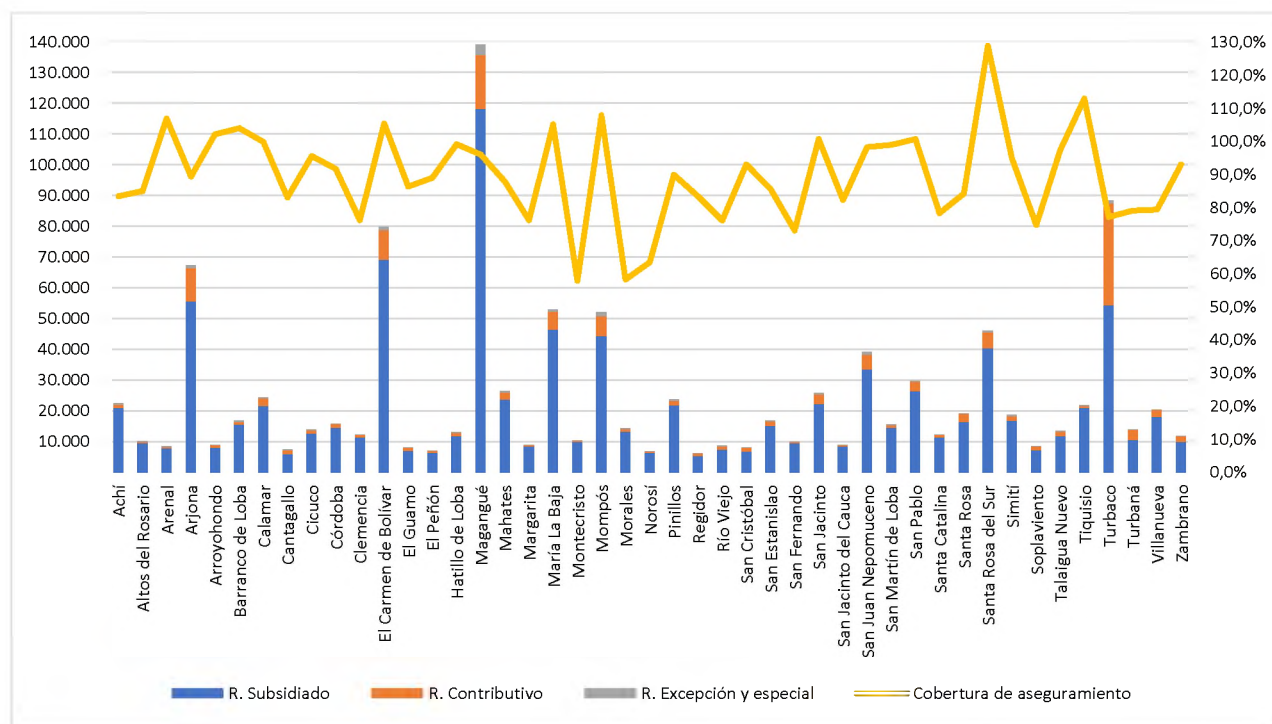
Nombre Entidad	Régimen			Total Afiliados
	Contributivo	Subsidiado	Excepción & Especiales	
Mutual Ser Eps	76.442 (54,87%)	561.695 (59,87%)		638.137 (58,21%)
Nueva Eps	29.953 (21,50%)	170.722 (18,20%)		200.675 (18,30%)
Coosalud	8.723 (6,26%)	122.923 (13,10%)		131.646 (12,01%)
Cajacopi Atlántico	3.136 (2,25%)	74.628 (7,95%)		77.764 (7,09%)
Salud Total EPS	19.399 (13,93%)	6.057 (0,65%)		25.456 (2,32%)
Régimen de Excepción			18.798 (100,00%)	18.798 (1,71%)
Famisanar EPS	1.469 (1,05%)	1.031 (0,11%)		2.500 (0,23%)
EPS Familiar de Colombia	38 (0,03%)	1.162 (0,12%)		1.200 (0,11%)
Ferrocarriles Nales	101 (0,07%)			101 (0,01%)
EPS Sura	35 (0,03%)			35 (0,00%)
EPS Sanitas	12 (0,01%)	2 (0,00%)		14 (0,00%)
Total Afiliados Régimen	139.308 (100,00%)	938.220 (100,00%)	18.798 (100,00%)	1.096.326 (100,00%)

Fuente: Cifras de afiliación en salud – MSPS, en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>. Fecha de corte: diciembre de 2023.

De acuerdo a la distribución de la población afiliada por municipios, en todos ellos es superior el régimen subsidiado. Así mismo, hay 18 municipios con una cobertura de aseguramiento mayor a 94% y 23 municipios con una cobertura inferior a 90%, es decir que, casi la mitad de municipios de Bolívar no cuentan con una cobertura óptima de aseguramiento, lo que dificulta que la población sea beneficiaria de las diferentes acciones de promoción y prevención

a cargo de las EAPB, así como se generan gastos adicionales para el sector salud cuando la población no afiliada requiere atención médica (Figura 6).

Figura 6. Afiliación por regímenes y cobertura de aseguramiento por municipios del Departamento de Bolívar, 2023



Fuente: Cubo SISPRO BDUA – MSPS. Cobertura calculada sobre proyecciones de población Censo DANE 2005 y 2018. Corte a diciembre de 2023

Servicios habilitados y capacidad hospitalaria

En el periodo comprendido entre 2015 y 2022, se ha observado un marcado dinamismo en la configuración de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas en el Departamento de Bolívar, reflejando una evolución significativa en la oferta de servicios médicos. Un aspecto relevante se centra en el crecimiento notorio de IPS especializadas, consolidándose como pilares fundamentales en la atención sanitaria. Entre estas especialidades, destacan servicios de vanguardia como la electrofisiología para marcapasos y arritmias cardíacas, evidenciando avances tecnológicos y una mayor capacidad de diagnóstico y tratamiento en el ámbito cardiovascular.

Así mismo, se ha producido un notable incremento en la disponibilidad de servicios de diagnóstico, abarcando campos como la ecocardiografía, electrodiagnóstico, endoscopia digestiva, radiología e imágenes diagnósticas, contribuyendo al fortalecimiento de la capacidad diagnóstica del sistema de salud colombiano. Esta diversificación también se refleja en servicios terapéuticos, como la fisioterapia y la fonoaudiología, indicando una atención integral que aborda no solo el diagnóstico, sino también la rehabilitación y la atención especializada.



NIT. 806.005.597-1

375

En lo que respecta a áreas cruciales de la medicina, se aprecia una estabilidad general en servicios como radioterapia, urología, anestesia, cardiología, pediatría y cirugías especializadas. No obstante, algunos sectores dentro de estas especialidades muestran un crecimiento progresivo, señalando una adaptación constante a las demandas de la población y los avances médicos.

Estos datos revelan una transformación sustancial en la estructura de la oferta de servicios de salud en el Departamento de Bolívar, evidenciando una clara orientación hacia la especialización y la actualización tecnológica. La atención médica en el país se caracteriza cada vez más por su enfoque multidisciplinario y su capacidad para abordar las complejidades de la salud, posicionando a las IPS como actores clave en la promoción de un acceso más completo y avanzado a la atención médica especializada (SISPRO, Oferta de prestadores).

Con respecto a oferta de los prestadores de servicios de salud del departamento de Bolívar, a corte de 18 de enero de 2024, se cuenta con un total 43 IPS públicas (3 en Cartagena) y 526 IPS privadas (391 en Cartagena). Tenemos 38 Empresas Sociales del Estado -ESE de nivel 1, así como 4 ESE de 2 nivel distribuidas en los municipios de El Carmen de Bolívar, Magangué y Simití y en el Distrito de Cartagena; también se cuenta con una ESE nivel 3 en Cartagena: ESE Hospital Universitario del Caribe

La OMS indica que una población de más de 100.000 habitantes, como lo es Bolívar, debe presentar una razón de 4 a 4,75 camas por 1000 habitantes, lo cual no se cumple en el Departamento, ya que la oferta de camas hospitalarias habilitadas es de 2,21 por cada 1.000 habitantes. Las camas de cuidado intensivo se encuentran solo en Cartagena, El Carmen de Bolívar y Magangué. Así mismo, hay 0,12 ambulancias por cada 1.000 habitantes en el departamento, aunque se destaca un aumento de 17 ambulancias habilitadas frente al corte de diciembre del año 2022 (Tabla 20).

Tabla 20. Indicadores de capacidad instalada del Departamento de Bolívar, 2023

Indicadores	Bolívar total	Bolívar sin Cartagena
Número de IPS públicas	43	40
Número de IPS privadas	526	135
Número de camas	4.976	1.286
Número de camillas	996	506
Número de camas de adulto	3.459	843
Número de camas de cuidado intensivo adulto	361	41
Número de camas de cuidado intensivo neonatal	108	23
Número de camas de cuidado intensivo pediátrico	75	8
Número de camas de cuidado intermedio adulto	214	30
Número de camas de cuidado intermedio neonatal	86	14
Número de camas de cuidado intermedio pediátrico	40	4
Número de ambulancias	265	146
Número de ambulancias básicas	170	123
Número de ambulancias medicalizadas	78	25
Razón de camas por 1.000 habitantes	2,21	1,08
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,24	0,06



Indicadores	Bolívar total	Bolívar sin Cartagena
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,15	0,04
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,12	0,12

Fuente: REPS, a corte de 18/01/2024. Cálculo con base a la proyección de población 2023 del CNPV DANE 2018.

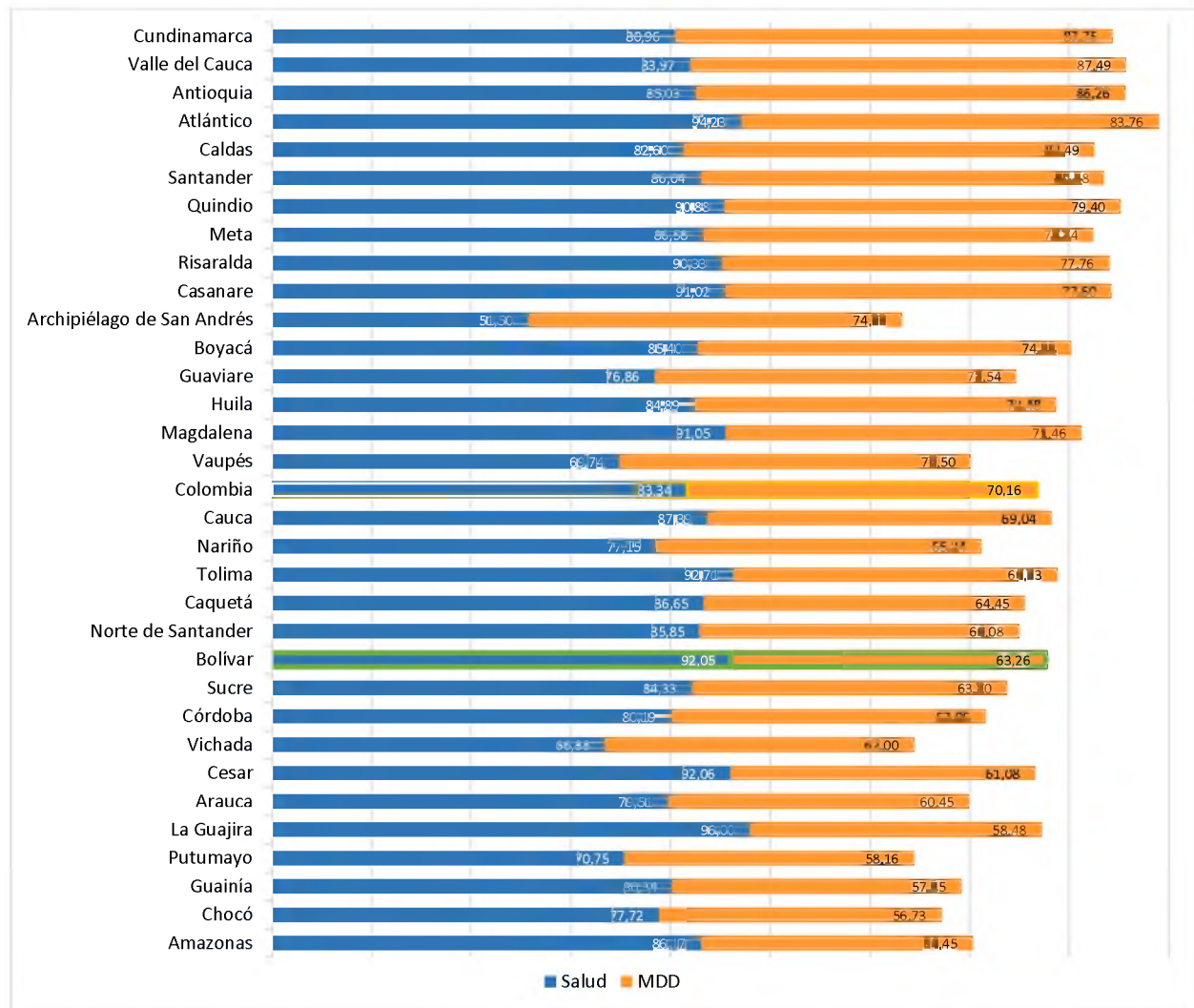
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

Respecto al reporte de la OCDE acerca de la gobernanza pública en Colombia, la regulación de la planificación departamental está adecuadamente establecida por normativas. Los Departamentos asumen el papel principal en la ejecución de estrategias territoriales delineadas en instrumentos de planificación como los Planes de Desarrollo Departamental (PDD); en contraste, los municipios desarrollan sus respectivos Planes de Desarrollo Municipal. Aunque existen diversos mecanismos de coordinación tanto vertical como horizontal (Contratos Plan, Acuerdos para la Prosperidad, Federación Nacional de Departamentos) que permiten a los Departamentos alinear sus metas de planificación con las del gobierno nacional, surge una limitación, ya que los Departamentos cuentan con varios instrumentos de planificación que raramente se entrelazan entre sí, presentan distintos plazos de ejecución y carecen de recursos financieros y humanos suficientes para dirigir la coordinación horizontal entre diversas secretarías o unidades. Esta carencia constituye un obstáculo para la coordinación efectiva, implementación y evaluación de las políticas públicas, dificultando el seguimiento y la evaluación de los resultados y consecuencias en la política pública. (OECD, 2019)

El Departamento Nacional de Planeación -DNP desde el año 2006 calculaba el Índice de Desempeño Integral (IDI) cuyo objetivo es “evaluar el desempeño de las entidades territoriales en cuanto a la eficacia en el cumplimiento de las metas de sus planes de desarrollo, la eficiencia en la provisión de los servicios básicos, el cumplimiento de los requisitos de ejecución presupuestal definidos por Ley y la gestión administrativa y fiscal”. Posteriormente el DNP en el 2016 implementó la nueva Medición de Desempeño Municipal -MDM, un nuevo índice que abre las puertas para un análisis más detallado. Si embargo, dado que esta no fue diseñada para el nivel departamental, había una ausencia en cuanto a la existencia de un mecanismo de seguimiento y medición del desempeño de estas entidades, por lo que, con el apoyo de un grupo de expertos en temas de desarrollo territorial, medición y descentralización, se diseñó la nueva Medición del Desempeño Departamental -MDD, con la que se cuantifica la gestión de las gobernaciones y la consecución de resultados de desarrollo socioeconómico. (Departamento Nacional de Planeación, 2022)

El Índice de Medición del Desempeño Departamental de Bolívar para el año 2022 fue de 63,26, ubicándose en el puesto 22 en cuanto al total de departamentos de Colombia con un índice medio y por debajo del promedio nacional (70,16). El índice de Bolívar presentó un aumento de 0,5 puntos con respecto al año 2021 y el componente de Resultados presentó un índice de 63,73, dentro del cual el sector salud se destacó con una puntuación de 92,05 superando al promedio nacional (83,34).

Figura 7. Índice de Medición de Desempeño Departamental y de la variable Salud del componente de Resultados, año 2022



Fuente: Desempeño territorial - DNP 2022. <https://2022.dnp.gov.co/programas/desarrollo-territorial/Estudios-Territoriales/Indicadores-y-Mediciones/Paginas/desempeno-integral.aspx>

Conclusiones

El Departamento de Bolívar es uno de los más grandes de Colombia, el cual está conformado por 44 municipios y 2 Distritos. Cuenta con extensión de 25.978 km² y una población aproximada de 2.247.283 habitantes, de los cuales el 47,51% se encuentra ubicado en el Distrito de Cartagena de Indias con 1.052.015 personas, lo que da como resultado una población sujeta de intervención por parte de la administración departamental de 1.195.268 personas. Así mismo, del total de habitantes de Bolívar (sin Cartagena), el 40,4% habita fuera de las cabeceras municipales, indicando una alta ruralidad, además, la vía fluvial constituye uno de los principales medios de comunicación entre los municipios, lo



NIT. 806.005.597-1

375

cual dificulta la atención oportuna a instituciones de salud de mayor nivel cuando la población lo amerita, así como mayores gastos para el desplazamiento del recurso humano que realiza actividades de promoción y prevención.

El Departamento se encuentra amenazado por fenómenos hidrometeorológicos, destacándose el riesgo alto de inundación en los diferentes ZODES que lo conforman, dado es rodeado por el Río Magdalena y cuenta con una importante variedad de corrientes y vertientes hidrográficas. Estas situaciones se convierten en condicionantes que desmejoran el bienestar y la calidad de vida de la población, además de que los afecta económicamente al verse sometidos a riesgos de desastres persistentes.

En cuanto a la dinámica demográfica, se presenta un decremento de la población infantil, adolescente y joven, así como un aumento de la población adulta mayor y de la tasa de mortalidad. La transición demográfica representaría un incremento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo necesario trabajar en estilos de vida saludables para evitar las complicaciones propias de estos eventos, así como incrementar la cobertura de la población adulta mayor a los programas de vida saludable, enfermedades no transmisibles y poblaciones vulnerables. Así mismo, se cuenta con una importante riqueza cultural y diferenciación étnica, encontrando que cerca del 13% de la población se autoreconoce como de étnica negra, mulata, afrodescendiente o afrocolombiana, además de que cuenta con el corregimiento de San Basilio de Palenque, reconocido como Patrimonio cultural e inmaterial de la humanidad.

Por otro lado, encontramos altas tasas de fecundidad en adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años, con cifras que superan a las nacionales, constituyéndose un problema social y salud pública, dadas las consecuencias que puede producir el embarazo adolescente en la vida y salud física y mental de la madre y los hijos, ya que es un determinante para el aumento de la pobreza, para la interrupción en los proyectos de vida, la deserción escolar, la violencia intrafamiliar y otros factores que posteriormente se reflejan en los indicadores de salud.

El Departamento de Bolívar también se ha visto históricamente afectado por el conflicto interno armado del país, en especial en las zonas de los Montes de María y el Sur de Bolívar, encontrando actualmente un registro de 311.708 personas víctimas del conflicto sujetos a atención, en donde el principal hecho victimizante es el desplazamiento forzado (98%), por lo cual, tenemos una importante población vulnerable con necesidad de atención diferencial y de mayores intervenciones, dadas las consecuencias económicas y mentales que estos sucesos ocasionan.

En los últimos años el Departamento de Bolívar ha experimentado una transformación significativa en el panorama de la atención médica, destacando un crecimiento notable en la oferta de servicios de salud. La expansión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) especializadas ha emergido como un pilar fundamental, evidenciando avances tecnológicos y una mayor capacidad para el diagnóstico y tratamiento, especialmente en el ámbito cardiovascular. La diversificación de servicios de diagnóstico y terapéuticos, desde ecocardiografía hasta fisioterapia, refleja un enfoque integral en la atención médica. Aunque áreas cruciales como cardiología y cirugías especializadas han mantenido una estabilidad general, se observa un crecimiento progresivo en algunos sectores, subrayando la adaptación constante a las demandas y avances médicos. Paralelamente, el informe de la OCDE destaca la adecuada regulación de la planificación departamental en Colombia, aunque señala limitaciones en la coordinación efectiva y



NIT. 806.005.597-1

375

evaluación de políticas públicas debido a la falta de integración entre los instrumentos de planificación, distintos plazos de ejecución y escasez de recursos.

La capacidad institucional ha mejorado, pero a un paso poco significativo en el Departamento, presentándose una razón de solo 2,2 camas y 0,12 ambulancias por cada 1.000 habitantes. El Departamento de Bolívar cuenta con 43 Empresas Sociales del Estado -ESE, de las cuales 4 son de nivel 2 y una de nivel 1, Además, muchas ESE no cuentan con una estructura adecuada para la prestación de servicios eficientes y de calidad, así como muchos corregimientos no poseen un puesto de salud, siendo necesario el fortalecimiento de la estructura física, así como una mayor dotación de insumos. Los usuarios manifiestan frecuentes quejas de las barreras para las autorizaciones y acciones de las EAPB, siendo débil la demanda inducida que deben realizar estas entidades, así como poca coordinación para las acciones de promoción y prevención, principalmente porque no disponen del recurso humano necesario. Así mismo, casi la mitad de municipios de Bolívar no cuentan con una cobertura óptima de aseguramiento, lo que dificulta que la población sea beneficiaria de las diferentes acciones de promoción y prevención a cargo de las EAPB y generando gastos adicionales para el sector salud cuando la población no afiliada requiere atención médica.

En el ámbito de medición y desempeño departamental, el índice revela que Bolívar enfrenta desafíos, con un puntaje de 63,26 en 2022, indicando rezagos significativos en comparación con otros Departamentos, aunque se destaca el aumento de 0,5 puntos con respecto al año anterior y un índice de 92,05 en el componente de resultados de salud. Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar las brechas existentes para mejorar la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios básicos y la gestión administrativa.

En resumen, la evolución positiva en la oferta de servicios de salud en Bolívar coexiste con desafíos en la coordinación y evaluación de políticas públicas. Se requiere un enfoque integral que fomente la integración de instrumentos de planificación y asignación adecuada de recursos para garantizar una atención médica de calidad y una gobernanza efectiva en el sector de la salud en el Departamento.



NIT. 806.005.597-1

375

CAPÍTULO II. PROCESOS ECONÓMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

El segundo capítulo ofrece una caracterización del territorio desde una perspectiva económica y examina las condiciones de vida de la población. Utiliza la información disponible para explorar la interrelación entre los procesos económicos del área, las condiciones de vida de sus habitantes y otros determinantes sociales de la salud. Este análisis busca explicar el proceso de salud-enfermedad-atención de la población, proporcionando una comprensión integral de cómo estos factores influyen en la salud y el bienestar de la comunidad.

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

La economía del Departamento de Bolívar exhibe una notable diversificación respaldada por la riqueza de sus recursos naturales y la creatividad de sus habitantes. En el ámbito agrícola, la tierra fértil de la región se ha convertido en un crisol de cultivos estratégicos. El cultivo de arroz, maíz, yuca y plátano no solo atiende las necesidades locales, garantizando la seguridad alimentaria de la población, sino que también se erige como un componente crucial para la generación de excedentes destinados a la exportación. Esta agricultura diversificada no solo sustenta la subsistencia de las comunidades locales, sino que también contribuye significativamente a la economía nacional, fomentando el crecimiento y la estabilidad del sector.

En el sector ganadero, Bolívar ha experimentado un crecimiento sostenido gracias a las condiciones propicias para la cría de ganado. La producción de carne y productos lácteos se ha consolidado como una actividad económica robusta, proporcionando no solo para el consumo local sino también para potenciales exportaciones. Este componente agropecuario, en constante evolución, se presenta como un importante generador de empleo y contribuye al posicionamiento del Departamento como un actor relevante en la producción agropecuaria del país.

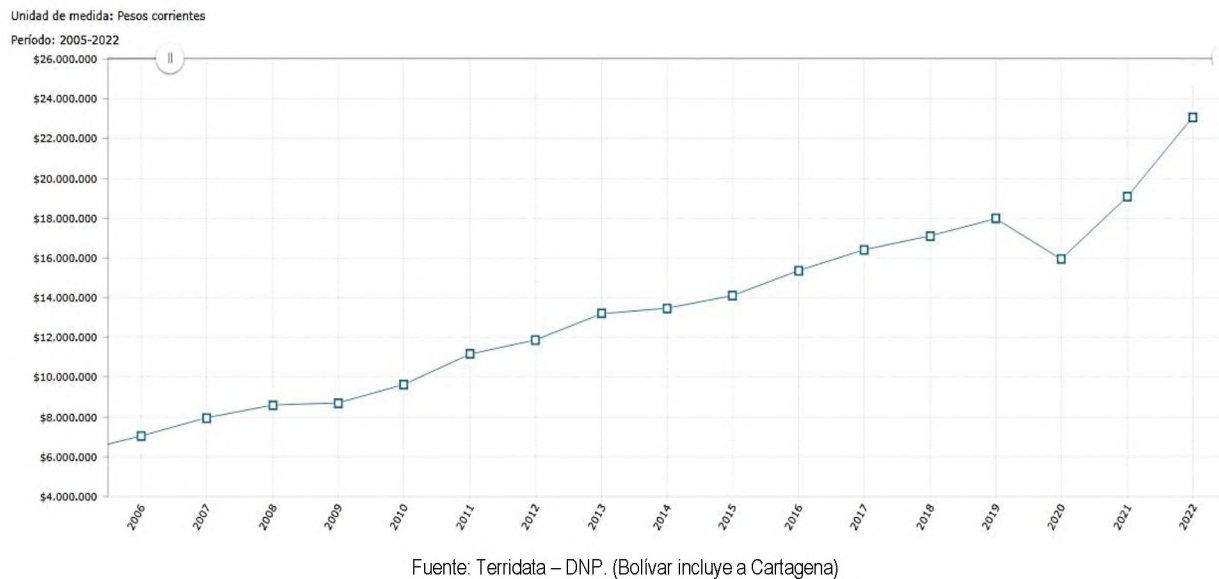
El comercio, respaldado por la posición geográfica estratégica de Bolívar y la dinámica presencia de centros urbanos, se erige como un pilar fundamental de la economía local. El puerto de Cartagena, en particular, actúa como un punto clave para la importación y exportación de bienes, catalizando un dinamismo comercial que reverbera en toda la región. Esta actividad no solo facilita el intercambio de mercancías, sino que también desencadena un ciclo positivo de generación de empleo y atracción de inversiones, impulsando así el desarrollo económico sostenible.

El turismo, un sector en pleno auge, capitaliza la rica historia y la arquitectura colonial de Cartagena de Indias. La ciudad se erige como un imán para visitantes nacionales e internacionales, generando ingresos significativos que reverberan en toda la economía bolivarensa. El turismo se consolida como un componente esencial de la estructura económica, nutriendo el sector de servicios con oportunidades de empleo y contribuyendo al crecimiento sostenible. Aunque en una escala menor, las actividades industriales desempeñan un papel no menos relevante. Desde procesos de manufactura especializados hasta la producción de bienes con valor agregado, las iniciativas industriales diversifican la base económica y ofrecen empleo adicional. Este enfoque integral hacia la diversificación económica posiciona a Bolívar para afrontar desafíos futuros y capitalizar oportunidades emergentes.

En tal sentido, a lo largo del periodo comprendido entre 2005 y 2022, se observa la evolución del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita del Departamento de Bolívar en pesos corrientes. En 2005, se registró un PIB per cápita de

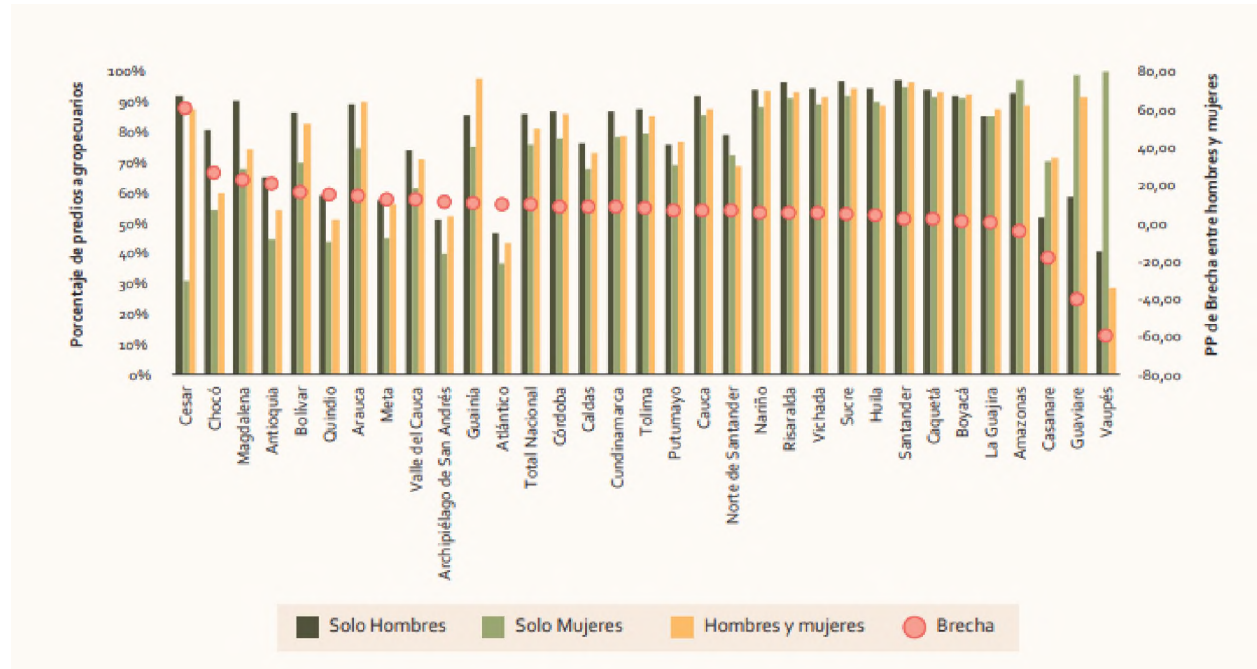
\$6,205,736.75, experimentando un aumento continuo en los años siguientes, destacando cifras como \$7,044,660.02 en 2006, \$7,956,638.74 en 2007, y \$8,593,127.45 en 2008. A pesar de algunas fluctuaciones, el PIB per cápita se mantuvo en rangos elevados, alcanzando \$11,153,868.24 en 2011 y \$13,184,807.17 en 2013. Posteriormente, en 2016, se superaron los \$14 millones, llegando a \$14,096,587.00. El crecimiento persistió, alcanzando \$23,080,424.59 en 2022, evidenciando una tendencia general al alza en el PIB per cápita bolivarense a lo largo de estos años.

Figura 8. PIB Per Cápita del Departamento de Bolívar, 2005 - 2022



Las disparidades a nivel departamental de las propiedades conjuntas con destino económico agropecuario indican que el modelo de mayores discrepancias en los Departamentos de la Costa Caribe y Pacífico se mantiene, al igual que en un análisis previo. Se puede observar en el gráfico que las mayores desigualdades en el Departamento de Cesar (61,1 puntos porcentuales), Chocó (26,6 puntos porcentuales), Magdalena (22,8 puntos porcentuales) y Bolívar (16,4 puntos porcentuales). En contraste, se observan diferencias opuestas, donde la proporción de tierras de uso agrícola manejadas exclusivamente por mujeres supera a la de los hombres solamente en los Departamentos de Vaupés (-59,4 puntos porcentuales), Guaviare (-40,0 puntos porcentuales), Casanare (-18,4 puntos porcentuales) y Amazonas (-4,2 puntos porcentuales), posiblemente relacionado también con las dimensiones de las propiedades en estos Departamentos. Esto sugiere que las actividades agrícolas están vinculadas a la disponibilidad de áreas explotables en las propiedades, evidenciando un rezago mayor en las zonas donde las tierras manejadas por mujeres son más reducidas.

Figura 9. Nivel de disparidades departamental por género



Fuente: DANE (Propiedad Rural en Colombia). (Bolívar incluye a Cartagena)

Condiciones laborales

De acuerdo a las proyecciones del año 2022 con base en el CNPV 2018, el trabajo informal está presente en el 83,7% de los hogares del Departamento de Bolívar (incluyendo Cartagena), además de que hay 1,8% de hogares con presencia de trabajo infantil. Los bajos ingresos que proporciona el trabajo informal no permite la afiliación de los trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales -SGRL, o no lo consideran necesario, ya que, al presentarse accidentes acuden al Hospital y no son ingresados como accidentes laborales, lo que representa una carga económica para el sistema de salud, además de que, si es un evento grave o discapacitante, la persona no se beneficia de las indemnizaciones económicas con las que sí contaría un afiliado al SGRL.

A noviembre de 2023, el número de afiliados al Sistema de Riesgos Laborales en los municipios de Bolívar asciende a 48.263 personas. De estos, 40.217 son trabajadores dependientes, 5.057 son trabajadores independientes, 988 son independientes voluntarios y 2.001 son estudiantes. En el mismo periodo, se registraron 2.054 accidentes de trabajo, 16 enfermedades laborales y 3 muertes.

El número de empresas en Bolívar que contribuyen al Sistema de Riesgos Laborales es de 4.587. La mayoría de estas empresas pertenece al sector comercial al por mayor y al por menor, seguido por el sector de la construcción, las industrias manufactureras y las actividades de atención de la salud y asistencia social. Estos datos reflejan una baja afiliación a los riesgos laborales en la población del departamento, debido a la alta informalidad laboral. Esta situación representa un riesgo significativo para los trabajadores, quienes no pueden beneficiarse de las acciones de promoción y prevención ofrecidas por las Administradoras de Riesgos Laborales (FASECOLDA, s.f.).



2.2 Condiciones de vida del territorio

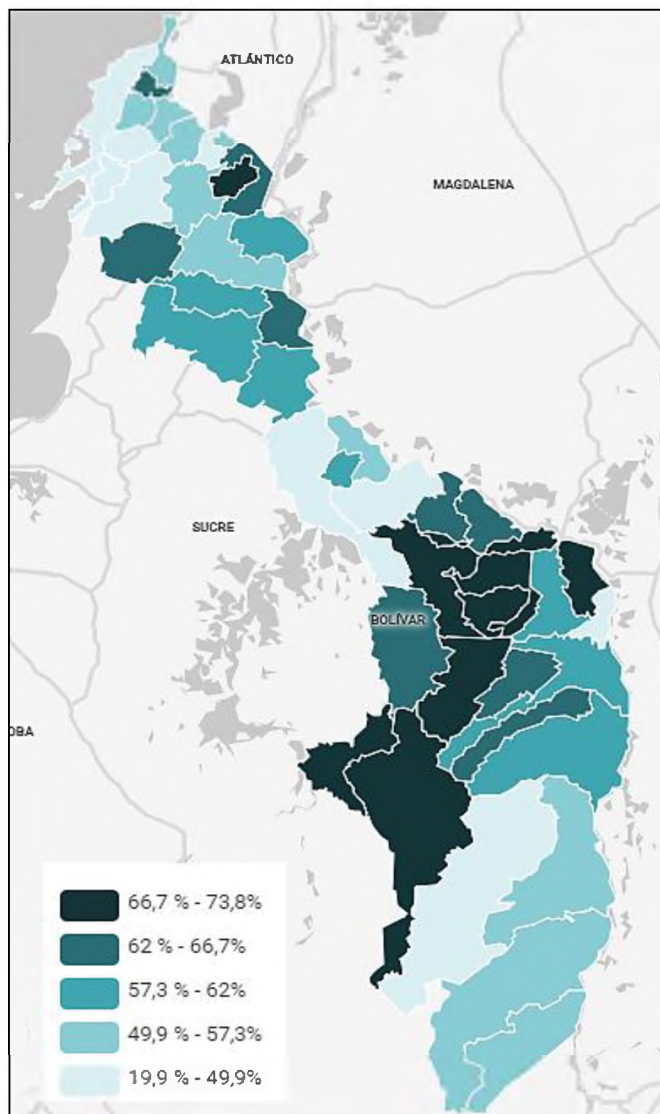
Pobreza

En el año 2023, la Incidencia de la Pobreza Multidimensional (IPM) en el Departamento de Bolívar, incluyendo Cartagena, fue del 18,4%. Se observó una notable diferencia entre las cabeceras municipales y las zonas rurales y centros poblados. En las cabeceras municipales, la IPM fue del 14,9%, mientras que en las áreas rurales alcanzó el 28,0%. Este descenso es evidente si se comparan con los datos de años anteriores. En 2021, la IPM era del 26,8%, con un 21,5% en cabeceras y un 41,8% en zonas rurales y centros poblados. Para 2022, la IPM había bajado al 19,4%, con un 13,9% en cabeceras y un 34,6% en áreas rurales y centros poblados. Estos datos demuestran la dinámica cambiante de la pobreza multidimensional en Bolívar y subrayan la necesidad de abordar específicamente las disparidades entre áreas urbanas y rurales para implementar estrategias efectivas de reducción de la pobreza.

También tenemos que Bolívar es uno de los departamentos de Colombia con mayor incidencia de pobreza monetaria, ya que en el año 2022 este índice fue de 56%, aumentando 2 puntos frente a 2021, superando considerablemente al promedio nacional que fue de 36,6%. Por otro lado, en Bolívar se estima una proporción de 26,73% de la población con Necesidades Básicas insatisfechas (NBI), siendo de 21,84% en las cabeceras y de 41,62% en áreas rurales; el indicador de miseria de la población, refiere que el 8,11% de los hogares del Departamento se encuentran en esta condición, encontrando un 5,82% en las cabeceras y 15,07% en el resto. Esto hace que se coloque una gran cantidad de hogares en situación relativamente con la incapacidad de satisfacer las necesidades propias de sus miembros, siendo un condicionante para la aparición de problemas de salud.

De acuerdo al CNPV DANE 2018, los municipios de Bolívar con mayor IPM se ubican en las ZODES Mojana y Lobas, con algunos otros municipios de otros ZODES. Encontramos que, Hatillo de Loba, Tiquisio, Altos del Rosario, Montecristo y Barranco de Loba presentan los índices más elevados, mientras que los de menor IPM son Turbaco, Soplaviento, Turbaná, Santa Rosa del Sur y Arjona (Mapa 9).

Mapa 8. Índice de Pobreza Multidimensional por municipios del Departamento de Bolívar, 2018



Fuente: Geovisor de Medida de Pobreza Multidimensional, DANE.

Educación

El Departamento de Bolívar (sin Cartagena) cuenta con 407 establecimientos educativos activos organizados en 1.471 sedes activas, de las cuales, 1.038 se ubican en zona rural y 432 en zona urbana. Hay también 6 establecimientos con 28 sedes cerradas temporalmente y, 75% del total de establecimientos cuenta con educación media. (Ministerio de Educación, 2023)

Según las proyecciones a 2022 del CNPV DANE 2018, el 12,4% de los hogares del Departamento de Bolívar cuentan con personas en condición de analfabetismo, presentando un descenso a través del tiempo; dicha proporción se ubica

por encima del nivel nacional (7,7%) sin una diferencia estadística significativa. Así mismo, las tasas de cobertura de educación categoría primaria, secundaria y media son óptimas con cifras superiores a 94% para el año 2022, sin una diferencia estadísticamente significativa frente a Colombia. En cuanto a la deserción escolar, esta tasa fue de 3,68%, aumentando con respecto a otros años (Tabla 21).

Tener óptimas coberturas de educación es un determinante y factor protector que contribuye a mejorar las condiciones de vida de los jóvenes y disminuir los embarazos en adolescente, el consumo de sustancias psicoactivas, la necesidad del trabajo a temprana edad, la inclusión a grupos delincuenciales, entre otros eventos que afectan la calidad de vida de la población y, por ende, la salud pública.

Tabla 21. Tasa de cobertura de educación del Departamento de Bolívar y Colombia, 2022

Indicadores	Colombia 2022	Bolívar 2022	Comportamiento			
			2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo	7,7	12,4*	↘	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de educación categoría Primaria	104,83	112,56	↘	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de educación categoría Secundaria	107,36	108,60	↘	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de educación categoría Media	90,94	94,82	↗	↗	↗	↘

Fuente: *Bolívar incluye a Cartagena: Proyección 2022 – CNPV DANE 2018. Coberturas: Ministerio de Educación Nacional – Portal SINEB.

Servicios públicos

Los indicadores de condiciones de vida del Departamento de Bolívar (incluyendo a Cartagena) evidencian una realidad dinámica en términos de servicios básicos y calidad ambiental. La cobertura del servicio de energía eléctrica alcanzó un 95,2%, señalando un acceso generalizado óptimo, sin embargo, la cobertura rural del año 2021 fue solo de 56,7%, además de que en muchos municipios se presentan interrupciones constantes de este servicio. En cuanto a la cobertura de acueducto, en el 2022 se registró un 51,1%, reflejando desafíos en la provisión de agua potable. La cobertura de alcantarillado en el mismo año fue de solo 37,5%, indicando necesidades de mejora en las infraestructuras sanitarias. Respecto a la cobertura de aseo, esta alcanzó el 53,0%, señalando que solo la mitad de la población cuenta con la disponibilidad del servicio de recolección de residuos. Esto demuestra que aún hay una importante brecha y una baja garantía de condiciones de vida óptimas para toda la población.

El Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) en 2022 fue del 10,8%, destacando riesgo bajo, con un agua no apta para el consumo humano, susceptible de mejoramiento. El porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada fue del 15,1%, evidenciando disparidades en el acceso a recursos hídricos mejorados, en especial en las áreas rurales, en donde este índice registró un 47,7%. En cuanto a la eliminación de excretas, el 32,7% de los hogares mostraron prácticas inadecuadas, sin una importante diferencia por áreas (Tabla 22).

Estos indicadores resaltan la importancia de continuar fortaleciendo la infraestructura básica y los servicios para mejorar las condiciones de vida en el Departamento de Bolívar, ya que las bajas coberturas de servicios públicos en áreas rurales y las privaciones en los hogares para el acceso a agua mejorada y una adecuada eliminación de excretas son determinantes sociales relacionados a la aparición de eventos infecciosos, especialmente las enfermedades gastrointestinales en los niños y niñas, además de que representan una baja calidad de vida para la población.

Tabla 22. Cobertura de servicios públicos y otros indicadores de condiciones de vida del Departamento de Bolívar y Colombia, 2022

Indicadores	Colombia 2022	Bolívar 2022
Cobertura de energía eléctrica	96,55	95,24
Cobertura de acueducto	74,48	51,07
Cobertura de alcantarillado	65,33	37,52
Cobertura de aseo	82,0	53,0
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	16,60	10,79
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada	9,8	15,1
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas	9,7	32,7

Fuente: Energía: ICEE: UPME. Acueducto, alcantarillado y aseo: SUI. IRCA: SIVICAP. Hogares: DNP - CNPV 2018 proyecciones 2022. (Bolívar incluye Cartagena)

Vivienda

De acuerdo con las proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, el Departamento presenta una realidad compleja en cuanto a las condiciones de vida que inciden directamente en el proceso de salud-enfermedad-atención de su población. Para el año 2023, el número de viviendas en el Departamento (sin Cartagena) es de 322.940, de las cuales 378.224 se encuentran ocupadas. Del total de viviendas ocupadas, 217.146 corresponden a las cabeceras y 161.098 a los centros poblados y rural disperso, evidenciando una situación habitacional desafiante. También es preocupante que el 18,23% de los hogares presente un déficit cuantitativo de vivienda y el 47,55% tenga déficit cualitativo, señalando condiciones precarias que pueden afectar la salud de los habitantes.

Esta falta de condiciones adecuadas de vivienda puede contribuir a la aparición y propagación de enfermedades, así como a la limitación de medidas preventivas. La población, al enfrentar serias privaciones en su calidad de vida, se vuelve vulnerable ante eventos de salud, agravado por la carencia de beneficios sociales. Además, aspectos como el alto analfabetismo y la baja cobertura de educación media limitan la capacidad de la población para acceder a información crucial sobre salud y autocuidado.

Otros determinantes sociales intermedios

En el Departamento ha disminuido el porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia y con barreras a los servicios de salud, de acuerdo al último Censo Nacional y su proyección para el 2022. Tenemos que alrededor del 3,5% de los nacidos vivos a término presentan bajo peso al nacer y solo el 81% de los nacidos vivos tuvieron 4 o más controles prenatales. Estos factores representan un riesgo para la salud de las gestantes y los neonatos, puesto que no reciben una atención oportuna y de calidad, incidiendo negativamente en la morbi-mortalidad, siendo condicionantes para la presencia de posteriores eventos, entre ellos la desnutrición, la mortalidad y las enfermedades de transmisión materno perinatal. Se destaca de forma positiva que el 99,5% de los partos son atendidos por personal calificado.

En cuanto a las coberturas de vacunación de biológicos trazadores, en Bolívar se presentaron cifras bajas con respecto a la vacunación con BCG en recién nacidos y triple viral en población de un año, con cifras de 76,1% y 88,8%, respectivamente. Los biológicos de pentavalente y polio tercera dosis sí alcanzaron una cobertura óptima sobre 95% en el año 2022. Esta situación requiere de intervención para garantizar a toda la población infantil la inmunización contra las enfermedades transmisibles que previenen los biológicos con coberturas bajas (Tabla 23).

Tabla 23. Otros determinantes sociales del Departamento de Bolívar y Colombia, 2022

Indicadores	Colombia 2022	Bolívar 2022	Comportamiento			
			2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (CNPV)	6,9	9,3*	↘	↗	↗	↘
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (CNPV)	2,0	0,3*	↘	↘	↘	↘
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	4,33	3,53	↗	↗	↗	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	84,10	80,99	↘	↘	↗	↗
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,30	99,49	↗	↘	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (PAI)	86,85	76,13	↘	↗	↗	↗
Cobertura de vacunación con pentavalente 3 dosis en menores de 1 año (PAI)	87,50	95,60	↘	↘	↗	↗
Cobertura de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (PAI)	86,48	95,79	↘	↘	↗	↗
Cobertura de vacunación con triple viral dosis en población de 1 año (PAI)	88,47	88,82	↘	↘	↗	↘

Fuente: CNPV DANE 2018 proyecciones 2022. Cubos SISPRO: EEVV, Indicadores y Vacunación PAI – MSPS. *(Bolívar incluye Cartagena).

En este contexto, se puede inferir que el proceso de salud-enfermedad-atención se ve comprometido significativamente en el Departamento. La falta de condiciones de vida adecuadas, la regular cantidad de establecimientos educativos y la situación laboral principalmente informal y sin protección social contribuyen a una

vulnerabilidad generalizada de la población. Esto destaca la necesidad urgente de intervenciones integrales que aborden no solo las condiciones de vivienda, sino también la educación en salud y el acceso a empleos estables, para mejorar la calidad de vida y promover un enfoque más proactivo en la atención a la salud de la población.

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Bolívar, a lo largo de su historia, ha enfrentado desafíos significativos relacionados con la violencia generada por conflictos armados internos, experimentando la presencia de diversos grupos armados ilegales en diferentes zonas del Departamento. Estos grupos han tenido un impacto sustancial en las comunidades, marcado por violaciones a los derechos humanos, generando un ambiente de inseguridad y vulnerabilidad. En cuanto al accionar de los grupos armados ilegales, se han registrado diversas formas de violencia, incluyendo amenazas, desplazamientos forzados, reclutamiento de menores, y otras violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales. La existencia de micro territorios con presencia continua de estos grupos ha perpetuado la conflictividad en áreas específicas, donde las comunidades se ven afectadas de manera directa, enfrentando condiciones precarias y limitaciones en el ejercicio de sus derechos.

En el ámbito de las violencias de género, así como contra niños, niñas, adolescentes y personas mayores, se han documentado situaciones preocupantes. La violencia de género se manifiesta de diversas maneras, incluyendo la violencia doméstica y la intimidación sistemática. Además, se han identificado casos de reclutamiento forzado de menores, afectando gravemente su bienestar y desarrollo. Además de la presencia de grupos armados, Bolívar enfrenta otras formas de conflictividad social, como tensiones relacionadas con recursos naturales, disputas territoriales y diferencias ideológicas. Estos factores contribuyen a la complejidad del panorama social en el Departamento. En términos de participación y resistencia, se han identificado organizaciones sociales de víctimas, mujeres, comunidades LGBTIQ+ y defensoras de derechos humanos en Bolívar. Estas organizaciones juegan un papel crucial en la búsqueda de la justicia, la visibilización de las problemáticas y la promoción de soluciones inclusivas. Su participación es esencial para abordar los desafíos sociales y contribuir a la construcción de una sociedad más justa y equitativa en Bolívar.

Es crucial destacar que la violencia intrafamiliar afecta tanto a hombres como a mujeres, pero las cifras indican una mayor incidencia en mujeres, especialmente en situaciones de violencia de pareja. Estos datos subrayan la necesidad de implementar estrategias específicas para prevenir y abordar la violencia de género, así como fomentar la concienciación y la educación para cambiar patrones culturales que perpetúan estos comportamientos nocivos.

En el Departamento de Bolívar, los indicadores de violencia intrafamiliar y de género muestran variaciones significativas a lo largo de los años, con un aumento en el 2022 frente al año anterior, aunque las cifras se ubican por debajo de los indicadores nacionales con diferencias estadísticamente significativas. Tenemos que, la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (que no incluye violencia de pareja) fue de 11,76 casos por cada 100.000 habitantes en el año 2022, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. La tasa de violencia intrafamiliar, incluyendo la violencia de pareja reportó una tasa de 35,72 casos por cada 100.000 habitantes, siendo inferior al valor del departamento de Bolívar. Cabe resaltar que esta tasa corresponde a 422 casos de violencia de pareja reportados. Sin embargo, la información puede presentar subregistros, ya que la mayoría de casos que se

reportan no llegan necesariamente a Medicina Legal. En la base de datos de SIVIGILA encontramos un total de 2.261 casos de violencia de género, sexual e intrafamiliar reportados en el año 2022 para el Departamento de Bolívar, indicando una tasa de 191 casos por 100.000 hab. Del total de estos casos, 1822 corresponden a mujeres, representando una tasa de incidencia de violencia contra la mujer de 313,4 casos por cada 100.000 mujeres (Tabla 24).

Por otro lado, 52,7% de los casos de violencia de género e intrafamiliar reportados en el 2022 tuvieron como víctima a menores de 18 años, 7,6% eran de alguna etnia persona se reportó como indígena, 0,5% en condición de discapacidad y un 6,7% eran gestantes, resaltando los principales grupos vulnerables, los cuales deben recibir atención diferencial, sumado a la carga mental que representa ser víctimas de hechos violentos.

En síntesis, las diversas formas de violencia, marcadas por la historia de conflictos y tensiones, impactan la vida y salud en Bolívar. La violencia armada, de género e intrafamiliar afecta diferencialmente a la población, destacando la vulnerabilidad de mujeres, niños, niñas y adolescentes. La participación activa de organizaciones sociales es esencial para promover soluciones inclusivas y construir una sociedad más justa en Bolívar.

Tabla 24. Indicadores de violencia del Departamento de Bolívar y Colombia, 2022

Indicadores	Colombia 2022	Bolívar 2022	Comportamiento						
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (INMLCF)	39,28	11,76	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar, incluyendo violencia de pareja (INMLCF)	118,24	35,72	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de violencia de género e intrafamiliar (SIVIGILA)	272,23	190,96	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (SIVIGILA)	418,63	313,39	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses -INMLCF. SIVIGILA, INS. Proyecciones de población CNPV 2005 y 2018.



CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

A continuación, se presenta el análisis de morbilidad atendida y mortalidad por grandes causas, causas específicas por subgrupos, así como la mortalidad materno – infantil y en la niñez. El análisis incorpora variables que causan gradientes como el género, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

3.1 Análisis de la morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada por grandes causas y subcausas o subgrupos, incluyendo la salud mental, así como de los eventos de alto costo, los eventos precursores, los eventos de notificación obligatoria y las alteraciones permanentes, desagregando por diferentes variables sociodemográficas.

3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad

Grandes causas de morbilidad en la población general

De acuerdo a la información obtenida de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), durante los 2012 a 2014 se atendieron 769.882 personas residentes del Departamento de Bolívar y en los años 2015 y 2022 se atendieron 1.463.897¹, en los diferentes servicios. Así mismo, el número de atenciones fue de 58.399.431, indicando una razón de 40 atenciones por cada persona atendida en los últimos años. Excluyendo los grupos de los factores que influyen en el estado de salud y los síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados (que normalmente ocupan los primeros lugares pero son causas inespecíficas o no relevantes), el grupo de causas con el mayor número de personas atendidas es el de las enfermedades del sistema digestivo; en segundo lugar, están las enfermedades del sistema respiratorio, seguida de las enfermedades del sistema genitourinario en el tercer lugar, luego las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y en el quinto lugar los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas.

De acuerdo al número de atenciones, las enfermedades del sistema circulatorio fueron las más atendidas, seguidas de las enfermedades del sistema digestivo, luego las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Esto indica que las personas con patologías del sistema circulatorio consultan más frecuente a los servicios de salud.

En los años 2019 y 2022 han sido donde hubo mayor número de personas atendidas del Departamento de Bolívar. En el último año analizado, el primer lugar fue para las enfermedades del sistema digestivo con 150.159 personas atendidas, luego las enfermedades del sistema genitourinario con 135.396, las enfermedades del sistema respiratorio con 98.479, las enfermedades del sistema circulatorio con 96.806 personas atendidas y en el quinto lugar las

¹ Se separa el rango de años porque así está dispuesta la información en los cubos RIPS de SISPRO y no es correcto sumarlo porque una misma persona puede ser atendida en varios años.

enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con 92.034 personas. Notamos entonces que las enfermedades no transmisibles constituirían la principal gran causa de consulta en la población de Bolívar, lo cual se proyecta a seguir aumentando dada la transición demográfica de un incremento de la población envejecida (Tabla 25).

Tabla 25. Morbilidad atendida por grandes causas del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de atención	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	29.729	36.287	52.539	37.139	28.221	42.138	48.832	79.371	50.124	49.142	53.763
C02 - TUMORES	4.483	7.003	8.564	7.724	6.259	9.522	13.230	28.840	20.055	18.097	21.751
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	6.135	6.939	9.063	7.301	5.660	8.581	9.094	13.173	7.604	10.066	11.327
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	14.129	18.001	25.463	23.160	18.986	28.142	34.516	50.076	37.769	50.735	58.955
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	3.141	4.013	6.085	5.852	4.989	8.763	12.440	20.639	16.350	18.463	25.882
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	7.824	8.967	11.405	9.862	7.895	14.409	18.548	28.036	19.575	23.224	25.812
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	15.689	19.330	25.749	27.493	18.947	34.911	41.865	62.292	36.808	52.679	62.429
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	7.604	8.126	11.564	8.744	7.038	11.194	13.032	18.670	11.127	14.224	17.226
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	32.906	34.831	50.188	44.910	44.063	52.322	61.105	85.647	75.303	89.127	96.806
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	67.604	85.018	103.378	86.089	69.668	86.370	102.703	114.222	62.057	74.228	98.479
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	98.361	103.515	140.123	117.272	119.169	144.327	161.512	243.968	126.812	118.208	150.159
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	18.203	22.819	29.356	22.868	19.995	28.694	37.562	55.150	32.722	40.629	42.412
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	32.883	40.068	57.818	45.904	36.219	54.784	68.032	94.149	64.491	75.887	92.034
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	41.526	52.018	68.990	60.351	50.032	69.674	82.357	107.297	83.296	145.138	135.396
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	8.653	9.646	12.340	10.254	7.049	20.329	12.728	19.284	17.606	15.248	15.394
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	750	1.282	1.726	1.151	386	770	1.295	4.740	4.409	2.518	2.559
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	1.765	2.522	3.133	2.643	2.186	3.166	4.475	13.029	9.717	6.697	7.422
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	72.318	98.618	142.624	153.163	232.635	199.800	266.718	285.240	179.378	209.977	235.485
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	20.484	25.572	35.689	31.327	26.649	59.210	42.653	67.399	49.445	45.268	54.906
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	1.654	4.559	3.275	4.261	14.131	5.442	5.992	37.117	34.165	11.675	10.215
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	163.795	216.718	316.977	302.130	358.523	379.220	476.977	517.816	356.380	471.882	623.293
C22 - CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES								159	13560	71648	10404
CIE9 - SIN CAPITULO	128103	150648	142114	140.343	75.438	86.242	23.207	41.102	48.339	85.351	80.163
Total general	364.177	408.328	513.830	476.004	523.894	557.738	615.616	731.216	572.052	678.352	771.201

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

Grandes causas de morbilidad por sexo y grupo de edad

En los siguientes análisis por sexo y ciclos vitales también se excluyen los grupos de los factores que influyen en el estado de salud y los síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados, ya que normalmente ocupan los primeros lugares, pero son causas inespecíficas o no relevantes.

En el ciclo vital de Primera infancia (0 a 5 años), la principal causa de morbilidad durante el periodo 2012-2022 corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio, seguido de las enfermedades del sistema digestivo y de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, sin una gran diferencia en cuanto al sexo (Tabla 26).

Tabla 26. Morbilidad atendida por grandes causas en la primera infancia por sexo del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de atención	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
FEMENINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3.542	4.420	5.876	4.526	2.962	4.774	5.630	8.595	4.997	5.536	6.076
C02 - TUMORES	75	122	146	143	121	158	244	900	513	299	344
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	577	613	827	734	483	842	930	1.281	629	906	1.131
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	423	474	807	716	501	1.020	1.271	1.903	1.076	1.758	2.200
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	101	138	229	249	149	331	445	832	524	666	891
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	157	184	274	216	141	265	304	717	419	360	390
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	600	665	796	815	495	911	1.078	1.621	832	1.019	1.614
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	599	675	921	706	548	825	907	1.232	632	863	1.238
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	78	136	149	128	86	121	231	893	441	297	494
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	9.834	12.407	14.879	12.571	9.628	12.193	14.522	16.961	7.683	9.905	17.123
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	4.849	6.488	9.398	7.607	5.739	7.546	8.264	11.813	6.511	5.506	8.036
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	2.190	2.707	3.374	2.736	2.108	3.394	4.295	6.334	3.536	4.170	4.279
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	526	743	933	922	655	860	1.237	2.147	1.553	1.420	1.778
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1.239	1.704	2.227	1.906	1.678	2.146	2.475	3.332	2.942	6.596	5.311
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	8	3	10	3			5	582	173	9	17
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	275	433	598	378	178	316	522	1.925	1.759	917	961
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSMICAS	315	341	555	444	317	527	765	1.427	940	1.102	1.057
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	5.133	7.262	10.025	9.926	14.644	11.515	16.289	18.976	1.743	10.997	14.064
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	1.123	1.405	2.036	1.692	1.352	1.896	2.184	3.972	2.742	2.223	2.595
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	109	427	183	203	398	266	231	2.192	1.779	577	444
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	20.034	25.869	32.963	30.765	31.130	32.835	35.014	38.487	29.088	36.305	45.393
MASCULINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3.801	4.867	6.324	4.675	3.183	4.993	5.918	9.156	5.231	5.844	6.589
C02 - TUMORES	65	153	138	148	117	158	222	905	552	364	373
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	604	680	909	800	562	914	996	1.433	679	1.110	1.278
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	324	386	589	618	411	815	1.038	1.576	1.049	1.437	2.046
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	201	268	341	388	289	581	899	1.508	911	1.210	1.731
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	183	247	310	278	175	331	401	714	525	473	497
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	657	724	859	919	531	985	1.002	1.609	841	1.098	1.686
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	668	718	989	790	590	903	1.020	1.365	671	880	1.402
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	90	160	143	173	78	158	279	863	472	365	561
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	10.807	13.652	16.555	13.734	10.297	13.502	15.576	18.344	8.901	11.346	18.957
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	5.108	7.052	9.987	8.098	5.998	8.237	8.751	12.379	7.021	5.922	8.606
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	2.350	2.842	3.600	2.832	2.123	3.471	4.450	6.365	3.617	4.328	4.364
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	559	870	1.124	1.004	738	916	1.400	2.287	1.723	1.625	1.979
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1.032	1.375	1.977	1.782	1.550	1.848	2.316	3.003	2.933	7.155	5.644
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		1		2				14	4	6	8
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	339	528	714	451	191	437	620	2.043	1.990	1.170	1.111
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSMICAS	382	450	630	540	378	617	903	1.715	1.143	1.393	1.383
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	5.642	7.941	11.013	10.422	15.755	12.519	17.280	19.353	1.219	11.896	15.317
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	1.573	2.076	2.770	2.391	1.902	2.741	2.970	4.928	3.443	2.907	3.286
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	134	472	213	271	442	351	260	2.341	1.984	593	591
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	21.134	26.946	34.943	32.259	32.422	34.282	36.551	40.166	30.700	38.159	47.858

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

En el ciclo vital de infancia (6 a 11 años), se destacan principalmente las enfermedades del sistema digestivo, seguidas de cerca por las enfermedades del sistema respiratorio y un grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. Estas fueron las afecciones que más personas requirieron atención durante el período analizado, sin mostrar una diferencia significativa entre los sexos (Tabla 27).

Tabla 27. Morbilidad atendida por grandes causas en la infancia por sexo del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de atención	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
FEMENINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2.461	2.899	3.826	2.885	2.106	3.437	4.025	5.440	3.010	3.238	3.635
C02 - TUMORES	53	89	87	112	95	144	199	622	363	245	283
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	526	534	662	515	446	652	733	914	355	608	589
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	319	389	555	553	361	779	990	1.445	866	1.242	1.546
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	136	166	343	358	301	612	1.035	1.458	906	1.113	1.752
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	220	238	392	323	203	490	609	868	473	569	672
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	732	928	1.162	1.252	776	1.567	1.969	2.573	1.124	1.454	2.224
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	413	370	563	439	398	574	741	853	410	583	743
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	74	98	95	166	71	128	178	534	242	253	341
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4.749	5.614	6.396	5.265	4.814	6.109	7.943	8.000	3.255	3.814	5.788
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	9.422	9.245	11.381	8.819	8.811	10.956	11.796	15.963	7.526	5.889	8.606
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1.192	1.356	1.642	1.316	1.213	1.747	2.849	3.515	1.738	2.201	2.082
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	547	633	986	864	685	951	1.226	1.837	1.411	1.118	1.587
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1.021	1.380	1.839	1.618	1.426	2.050	2.534	2.787	1.814	4.070	3.726
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	12	20	16	16	6	5	37	132	99	11	9
C16 - CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	10	13	22	21		3	17	66	19	7	7
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSMICAS	85	105	155	149	118	159	308	628	352	381	422
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	3.681	4.832	7.059	7.447	12.144	10.322	16.077	15.834	8.921	7.494	9.708
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	834	1.054	1.357	1.145	1.061	2.828	1.767	2.679	1.982	1.490	1.755
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	91	440	114	148	560	191	218	1.617	1.386	426	372
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	12.239	18.661	22.909	22.503	26.493	27.631	34.986	35.853	19.363	25.757	37.205
MASCULINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2.361	2.777	3.707	2.587	2.056	3.321	3.969	5.479	3.079	3.331	3.554
C02 - TUMORES	67	101	132	131	106	169	183	618	396	242	305
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	512	530	649	524	446	687	707	810	348	583	583
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	231	232	415	417	305	589	727	1.111	646	894	1.224
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	244	289	514	677	653	1.245	2.024	2.714	1.664	1.934	3.081
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	233	260	376	367	241	442	588	857	573	616	652
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	601	785	985	1.085	744	1.345	1.550	2.144	1.006	1.353	1.887
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	335	370	504	437	393	597	745	959	471	571	822
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	77	113	119	154	89	102	212	539	273	257	450
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4.843	5.560	6.406	5.195	4.891	6.281	8.356	8.391	3.484	4.053	6.299
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	9.338	9.158	11.348	9.034	8.970	11.209	12.366	16.337	7.586	5.846	8.567
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1.256	1.376	1.703	1.313	1.318	1.971	2.864	3.778	1.875	2.354	2.118
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	491	624	998	787	683	969	1.373	2.033	1.452	1.279	1.662
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	603	785	1.116	973	964	1.302	1.637	1.778	1.395	3.721	3.098
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		1	1					22	5		2
C16 - CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	12	17	13	17		1	19	68	15	10	17
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSMICAS	131	131	180	194	139	248	374	808	419	448	508
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	3.564	4.719	6.689	7.455	12.637	10.547	16.644	15.939	6.722	7.469	9.667
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	1.601	1.931	2.491	2.161	1.839	3.911	3.052	4.049	3.008	2.613	2.979
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	148	440	199	253	604	303	357	1.682	1.522	494	511
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	11.949	18.361	23.024	22.542	26.986	28.284	36.022	37.127	19.421	21.835	38.324

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

En cuanto a la adolescencia (12 a 17 años), las principales grandes causas de morbilidad en las mujeres corresponden a las enfermedades del sistema digestivo, seguido de las enfermedades genitourinarias y luego las enfermedades del sistema respiratorio, además de que una importante cantidad de mujeres atendidas por el grupo de embarazo, parto y puerperio, lo cual coincide con las altas tasas de fecundidad en adolescentes, mientras que, en los hombres las principales causas son, en su orden, las enfermedades del sistema digestivo, las enfermedades del sistema respiratorio y los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas (Tabla 28).

Tabla 28. Morbilidad atendida por grandes causas en la adolescencia por sexo del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de atención	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
FEMENINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.985	2.473	3.213	2.269	1.720	2.598	3.008	4.593	2.930	2.797	3.270
C02 - TUMORES	104	210	215	223	177	254	376	970	636	476	539
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	625	695	886	659	519	755	722	963	503	811	897
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	402	490	780	737	416	873	1.042	1.585	988	1.497	1.885
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	154	181	507	400	399	698	925	1.386	985	1.210	2.335
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	492	478	706	623	422	868	982	1.423	878	1.041	1.230
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	877	1.139	1.272	1.342	961	1.784	2.061	3.009	1.504	2.342	3.051
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	379	373	547	387	311	507	540	809	442	628	755
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	197	196	244	320	138	198	306	668	425	427	533
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	3.697	4.515	5.682	4.381	3.388	4.268	5.265	5.338	2.665	3.116	4.290
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	8.516	8.662	11.424	8.575	9.061	11.611	10.711	16.366	8.021	6.592	9.129
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1.183	1.375	1.723	1.326	1.163	1.811	2.420	3.330	1.894	2.623	2.587
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	907	1.167	1.822	1.340	1.052	1.638	1.863	2.879	2.185	1.922	2.692
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	2.575	3.563	4.814	4.126	3.138	4.601	5.094	6.364	4.645	8.198	7.759
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1.216	1.336	1.812	1.540	1.040	2.832	1.813	2.529	2.329	1.962	1.940
C16 - CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	14	24	45	43	3	1	27	88	67	37	46
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	96	136	163	147	112	164	224	609	467	335	355
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	4.618	6.361	9.378	9.755	13.112	11.635	16.413	16.825	9.978	11.427	13.930
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	761	959	1.342	1.171	1.105	3.067	1.604	2.708	2.177	1.488	2.019
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	67	337	152	233	801	266	296	2.073	2.098	699	782
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	12.651	17.458	22.637	19.917	26.590	25.498	31.019	34.174	24.024	34.793	42.604
MASCULINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.518	1.902	2.558	1.778	1.358	2.349	2.555	3.977	2.437	2.503	3.065
C02 - TUMORES	83	130	141	122	87	158	233	565	347	290	329
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	295	314	408	338	266	422	394	517	254	394	508
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	174	197	264	261	223	392	415	722	409	631	1.013
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	136	186	307	377	349	643	1.032	1.567	1.061	1.351	2.398
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	304	342	458	382	289	521	648	931	605	715	863
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	498	586	764	735	582	1.060	1.142	1.679	844	1.194	1.704
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	239	265	355	267	295	423	496	624	307	463	580
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	163	144	174	265	120	171	248	564	286	356	465
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2.661	3.349	3.933	3.217	2.763	3.571	4.377	4.842	2.134	2.722	3.918
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	6.850	7.013	9.542	6.789	8.121	10.433	9.457	14.794	6.887	4.946	7.467
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	942	1.090	1.353	1.073	986	1.564	2.123	2.836	1.542	2.307	2.249
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	724	877	1.341	1.074	877	1.388	1.754	2.425	1.742	1.651	2.357
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	631	876	1.141	1.005	893	1.298	1.617	1.899	1.341	3.436	3.183
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	25	14	19	11	5	23	10	73	18	19	25
C16 - CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	6	8	6	6			22	44	11	5	9
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	64	69	99	102	77	119	176	450	270	274	325
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2.798	3.828	5.741	6.363	9.710	7.713	11.964	11.640	5.823	6.732	9.077
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	1.513	1.849	2.584	2.135	1.819	4.118	2.652	3.732	2.765	2.603	3.406
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	100	261	188	209	759	260	269	1.399	1.403	437	604
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	7.634	11.621	16.777	15.154	21.795	20.593	27.753	30.660	19.546	17.861	40.061

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

A partir del ciclo vital de juventud (18 a 28 años) las diferencias de personas atendidas por sexo son más significativas, con mayor cantidad en la población femenina. El primer lugar en las mujeres es para las enfermedades del sistema digestivo, seguido de las enfermedades del sistema genitourinario y luego el embarazo, parto y puerperio. En los hombres el primer lugar corresponde también a las enfermedades del sistema digestivo, luego los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas y seguidamente las enfermedades del sistema respiratorio, en cuanto al total de personas atendidas en los años 2012 a 2022 (Tabla 29).

Tabla 29. Morbilidad atendida por grandes causas en la juventud por sexo del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de atención	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
FEMENINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2.851	3.326	5.140	3.371	2.595	3.807	4.586	8.007	5.550	4.898	4.738
C02 - TUMORES	343	694	902	703	547	830	1.233	3.358	2.189	1.752	1.704
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	829	915	1.121	797	603	923	1.119	1.589	915	1.095	1.144
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1.120	1.705	2.370	2.019	1.501	2.541	3.305	4.950	3.508	5.095	4.791
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	257	360	509	424	425	708	806	1.527	1.312	1.361	1.855
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1.228	1.314	1.584	1.314	1.090	2.007	2.600	3.725	2.557	3.007	3.136
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	914	1.320	1.706	1.784	1.252	2.583	3.045	4.911	2.977	4.449	4.411
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	677	703	1.070	781	561	991	1.142	1.676	982	1.209	1.354
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	893	1.021	1.602	1.144	768	982	1.267	2.559	1.778	1.601	1.842
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	6.346	7.575	9.649	7.764	5.665	6.972	8.187	8.698	5.295	5.823	6.427
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	12.345	12.035	16.807	14.220	13.174	16.400	19.498	28.785	14.908	14.324	16.572
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1.644	2.086	2.840	2.148	1.857	2.614	3.478	5.416	3.404	4.336	4.177
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	2.578	3.118	4.692	3.657	2.545	3.951	4.899	7.406	5.085	5.455	6.465
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	8.724	10.550	14.315	12.054	9.410	13.617	15.711	20.602	15.424	24.592	21.440
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	5.294	5.852	7.418	6.050	4.226	10.573	7.598	10.707	10.344	9.253	9.134
C16 - CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	65	147	188	158	8	6	36	246	221	127	144
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	159	354	324	268	223	302	388	1.378	1.160	663	637
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	9.976	13.270	18.648	18.965	28.330	26.056	34.585	36.082	25.699	28.637	29.141
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	1.328	1.717	2.534	2.137	1.709	6.246	2.898	5.601	4.214	3.172	3.861
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	168	460	273	459	1.627	715	769	4.664	4.627	1.767	1.333
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	24.920	28.579	40.631	36.426	43.642	46.839	55.813	62.673	49.223	64.675	71.162
MASCULINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.422	1.557	2.406	1.645	1.470	1.892	2.487	4.106	2.538	2.621	2.740
C02 - TUMORES	111	201	248	208	162	216	361	792	544	457	459
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	172	199	197	179	133	203	187	338	209	258	220
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	273	348	433	368	278	430	590	970	630	830	938
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	189	260	361	379	308	501	788	1.222	1.095	1.231	1.477
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	412	487	538	497	374	704	908	1.363	941	1.147	1.296
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	464	637	834	740	628	1.148	1.221	2.079	1.246	1.680	1.691
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	263	288	428	275	214	411	488	715	484	580	615
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	465	516	887	519	392	549	740	1.327	806	871	961
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2.521	2.816	3.366	2.881	2.400	2.843	3.674	4.304	2.569	2.957	3.132
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	6.490	5.678	7.924	6.899	8.097	8.896	11.782	18.451	8.402	7.591	8.759
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	901	1.009	1.385	1.041	1.037	1.316	1.795	2.797	1.734	2.311	2.224
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1.429	1.645	2.433	1.954	1.575	2.240	2.913	4.400	2.992	3.555	3.897
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1.233	1.717	2.079	1.793	1.699	2.136	2.917	3.801	3.083	5.767	4.658
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	66	18	7	9	2	14	4	92	28	26	67
C16 - CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	6	9	15	9			5	58	25	3	10
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	36	55	66	45	44	75	104	412	275	160	181
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	3.359	4.246	6.569	6.470	11.791	8.743	14.801	14.333	9.355	9.772	10.212
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	2.068	2.464	3.642	3.269	2.622	5.793	4.336	6.091	4.421	4.815	5.327
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	152	279	321	511	961	434	407	2.039	1.545	610	639
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	5.712	7.409	13.259	13.901	19.660	19.138	30.967	33.356	21.281	29.584	41.195

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

En la adultez (29 a 59 años), la mayor cantidad de personas atendidas también fueron del sexo femenino, con una importante superioridad numérica. El primer lugar es ocupado por el grupo de enfermedades del sistema digestivo en ambos sexos, seguido de las enfermedades del sistema genitourinario en las mujeres y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres. El tercer lugar en las mujeres fue por este último grupo y en los hombres este lugar fue para los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas. Seguidamente tenemos las enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos (Tabla 30).

Tabla 30. Morbilidad atendida por grandes causas en la adultez por sexo del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de atención	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
FEMENINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4.763	5.853	9.673	6.390	4.696	6.710	7.994	13.805	9.039	8.528	8.972
C02 - TUMORES	2.027	3.205	3.985	3.526	2.841	4.300	5.945	11.360	7.533	8.181	9.511
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	1.173	1.450	1.887	1.563	1.230	1.793	1.905	2.905	1.873	2.588	2.874
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	5.013	6.660	9.310	8.336	6.281	9.612	11.362	16.080	12.057	16.940	18.935
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	806	1.002	1.335	1.173	954	1.471	1.879	3.458	3.128	3.233	3.873
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	2.732	3.039	3.771	3.290	2.699	4.815	6.159	8.909	6.042	7.743	8.260
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	3.540	5.176	7.041	7.519	5.129	9.206	11.424	16.921	9.662	14.890	16.963
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	1.958	2.052	2.996	2.205	1.625	2.675	3.107	4.534	2.875	3.736	3.992
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	9.388	10.168	14.904	13.329	12.121	14.333	16.789	22.713	18.657	22.882	24.641
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	11.062	14.287	17.825	15.409	11.865	14.000	16.405	17.692	10.767	12.880	14.201
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	18.537	20.291	28.506	24.579	25.174	30.114	33.630	50.982	28.181	29.177	35.337
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	3.114	4.297	5.583	4.326	3.726	5.173	6.236	9.659	5.974	7.357	8.050
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	11.922	14.334	20.912	16.440	12.151	18.658	22.607	29.547	19.818	25.564	29.910
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	16.002	19.463	25.222	22.401	17.839	24.957	28.579	37.247	26.926	43.711	42.172
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	2.160	2.451	3.115	2.654	1.783	6.911	3.371	5.525	5.039	4.007	4.211
C16 - CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	18	73	100	61	5	6	28	121	119	52	113
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	327	581	629	503	470	544	734	2.698	2.165	1.194	1.513
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	17.279	23.746	34.823	38.107	54.418	48.975	60.009	66.473	45.692	56.116	59.431
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	3.164	4.096	5.732	5.085	4.269	11.352	7.023	11.806	8.297	7.529	9.546
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	235	574	535	706	3.198	991	1.253	7.938	7.485	2.567	1.962
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	27.888	35.082	60.066	55.774	65.435	72.331	89.184	97.464	68.091	94.580	115.882
MASCULINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2.486	3.182	4.897	3.445	2.943	3.841	4.251	7.773	5.154	4.906	5.262
C02 - TUMORES	405	714	857	763	563	834	1.167	2.565	1.938	1.489	2.020
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	277	347	496	349	262	408	394	735	510	434	468
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1.839	2.600	3.294	2.974	2.433	3.385	4.192	6.102	4.638	6.015	6.791
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	397	608	780	692	540	798	1.209	2.062	1.903	2.055	2.479
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	876	1.130	1.364	1.176	1.075	1.680	2.384	3.445	2.598	2.959	3.210
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	1.904	2.478	3.358	3.494	2.467	4.480	5.196	7.923	4.759	6.781	7.594
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	762	932	1.199	930	780	1.134	1.407	2.068	1.375	1.602	1.768
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	4.087	4.679	6.981	5.923	5.631	6.612	7.973	11.260	9.598	11.099	11.615
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4.548	6.300	7.306	6.466	5.662	6.183	7.568	8.363	5.809	6.926	6.414
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	10.537	11.209	14.783	13.572	16.109	16.451	21.480	35.349	17.580	16.885	19.277
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1.694	2.243	2.831	2.200	2.175	2.520	3.237	5.057	3.189	3.987	4.391
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	5.727	7.284	9.791	7.938	6.682	9.728	12.065	16.605	10.576	12.972	15.160
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	3.260	4.539	5.755	5.155	4.438	5.905	7.544	10.011	8.224	14.571	12.982
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	13	3	2	3		3	2	173	7	1	14
C16 - CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	4	13	10	8				2	60	49	27
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	59	99	127	102	114	141	219	1.076	817	269	359
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	7.079	10.317	14.938	16.598	27.006	21.301	30.258	31.433	20.562	23.902	25.454
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	3.777	4.823	6.762	6.309	5.230	11.348	8.009	11.904	8.699	9.434	10.960
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	286	464	628	813	2.400	866	849	4.612	3.819	1.424	1.406
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	8.953	13.733	26.504	28.666	34.927	37.195	59.180	60.567	35.380	49.749	67.190

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

Finalmente, en lo correspondiente al ciclo vital de vejez (mayores de 59 años), es menor la diferencia de personas atendidas por sexo. Las enfermedades del sistema circulatorio representan la principal gran causa de consulta, con superioridad en el sexo femenino. Luego tenemos a las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en mujeres y las enfermedades del sistema digestivo en hombres, en cuanto al segundo lugar. El tercer lugar para las mujeres corresponde a las enfermedades del sistema digestivo, mientras que en los hombres es para las enfermedades del sistema genitourinario (Tabla 31).

Tabla 31. Morbilidad atendida por grandes causas en la vejez por sexo del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de atención	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
FEMENINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.585	1.754	3.010	2.111	1.642	2.463	2.813	5.244	3.601	2.731	3.162
C02 - TUMORES	673	789	956	929	797	1.323	1.754	3.655	2.979	2.443	3.421
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	339	363	622	550	433	612	645	1.069	831	808	966
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	2.805	3.152	4.701	4.427	4.069	5.340	6.573	9.335	8.100	9.806	11.789
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	346	402	585	513	435	819	1.117	2.073	2.011	2.124	2.637
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	649	765	983	862	717	1.363	1.842	3.138	2.400	2.777	3.442
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	3.036	3.017	4.339	4.814	3.231	5.922	7.347	10.630	7.010	9.617	11.415
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	816	823	1.202	931	741	1.256	1.414	2.268	1.455	1.795	2.274
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	11.332	11.294	16.494	15.119	15.444	17.672	20.236	26.827	25.999	31.211	33.645
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4.312	5.489	6.990	5.843	5.001	6.348	7.286	8.246	5.321	5.834	6.541
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	4.166	4.148	6.134	5.630	6.272	7.530	8.743	14.298	8.359	8.704	10.948
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1.083	1.428	2.009	1.556	1.329	1.915	2.410	3.799	2.594	2.706	3.316
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	5.051	5.586	8.306	6.521	5.404	8.549	10.594	14.287	10.144	12.540	15.624
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	3.401	3.492	5.012	4.347	3.881	5.502	6.729	9.329	8.071	12.843	13.537
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	7	11	16	14				8	63	20	18
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	1	10	6	4				38	62	6	28
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	80	116	128	110	125	181	209	1.149	1.060	257	418
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	5.935	7.563	11.089	13.752	21.614	18.211	21.190	24.418	17.542	20.727	22.581
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	1.584	1.764	2.393	2.132	2.035	3.215	3.490	5.763	4.528	3.770	4.787
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	78	170	231	191	1.200	409	592	3.684	3.845	1.120	796
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	7.255	9.679	16.925	17.579	22.251	23.360	30.333	33.333	25.268	35.259	45.669
MASCULINO											
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.106	1.291	2.039	1.652	1.706	2.052	1.952	3.753	2.823	2.185	2.475
C02 - TUMORES	520	681	878	810	684	1.031	1.406	2.693	2.198	1.927	2.517
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	227	309	416	323	295	388	439	693	551	471	630
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1.387	1.554	2.199	2.095	2.296	2.525	3.296	4.702	4.087	4.779	5.961
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	192	241	352	299	269	453	604	1.373	1.159	1.129	1.463
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	451	538	747	634	512	989	1.355	2.215	1.751	1.932	2.242
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	2.047	2.062	3.003	3.384	2.265	4.062	5.169	7.568	5.137	6.890	8.160
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	557	574	812	643	599	922	1.078	1.665	1.070	1.324	1.664
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	6.956	7.267	10.559	9.596	9.504	11.728	13.429	18.073	17.254	20.259	22.078
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	3.029	4.027	5.187	4.430	3.876	4.697	5.546	6.281	4.661	4.887	5.333
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	3.198	3.548	5.050	4.723	5.171	6.185	7.370	12.592	6.841	7.277	9.116
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	775	1.002	1.344	1.084	1.005	1.278	1.687	2.622	1.866	1.942	2.456
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	2.838	3.501	4.996	3.811	3.345	5.122	6.544	8.935	6.237	6.999	9.171
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	2.409	2.951	4.035	3.618	3.349	4.633	5.878	8.112	7.224	10.926	12.036
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO								13	3	2	7
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	7	11	14	3				2	21	42	9
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	44	88	85	63	81	116	142	752	669	197	234
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	4.118	5.578	8.100	10.198	16.079	13.727	16.740	18.821	13.591	15.486	17.061
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	1.263	1.470	2.155	1.871	1.749	2.765	2.898	4.928	3.645	3.219	4.258
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	92	202	236	265	1.169	400	510	2.962	2.761	950	736
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	4.867	7.105	12.681	14.390	17.475	19.146	26.614	29.068	20.220	28.866	37.706

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

En el anterior análisis por ciclo vital y sexo, se resalta que, en las diferentes poblaciones se destacan las enfermedades del sistema digestivo. En los primeros ciclos vitales son más comunes las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades del sistema respiratorio, mientras que, en mujeres adolescentes y jóvenes se destacan las enfermedades del sistema genitourinario y también las condiciones del embarazo, parto y puerperio, así como los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas en hombres. Además, en los ciclos vitales de adultez y vejez se destacan también las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las enfermedades del sistema circulatorio, especialmente en el último ciclo vital y en las mujeres.

Subcausas de morbilidad

En la siguiente tabla se enlistan los principales subgrupos de causas de morbilidad del Departamento de Bolívar, de acuerdo al número de personas atendidas entre los años 2015 a 2022 y al grupo de causas al cual corresponden. Entre estas, se destacan principalmente las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, otras enfermedades del sistema urinario, las dorsopatías, las enfermedades hipertensivas, las artropatías, los trastornos de los tejidos blandos, entre otros.

Tabla 32. Morbilidad atendida por los principales subgrupos de causas del Departamento de Bolívar, 2015 – 2022

Causa de atención	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total general
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS									
A00-A09 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	11.271	9.194	13.268	13.754	18.967	9.341	8.814	12.706	86.987
B35-B49 MICOSIS	7.895	6.329	10.002	11.902	16.564	8.836	11.631	11.703	75.197
B65-B83 HELMINTIASIS	9.293	6.688	9.860	9.550	12.377	6.552	7.371	8.515	63.729
C00-D48 TUMORES									
D10-D36 TUMORES BENIGNOS	4.676	3.743	5.205	7.620	12.312	8.047	10.128	12.092	52.142
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD									
D60-D64 ANEMIAS APLASTICAS Y OTRAS ANEMIAS	3.909	3.134	5.402	4.988	6.310	3.068	5.656	5.735	34.434
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS									
E70-E90 TRASTORNOS METABOLICOS	7.983	6.599	9.076	10.232	16.087	11.251	14.166	17.446	73.269
E10-E14 DIABETES MELLITUS	7.454	6.232	7.998	10.239	14.366	13.053	16.516	17.581	41.964
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO									
G40-G47 TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS	7.394	5.864	10.873	13.802	18.407	12.238	16.541	18.229	75.234
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS									
H49-H52 TRASTORNOS DE LOS MUSCULOS OCULARES, DEL MOVIMIENTO BINOCULAR, DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	12.386	8.499	13.971	19.437	29.566	15.194	27.253	36.233	117.320
H53-H54 ALTERACIONES DE LA VISION Y CEGUERA	4.779	3.728	8.119	10.372	13.249	7.513	12.064	12.253	58.485
H10-H13 TRASTORNOS DE LA CONJUTIVA	6.661	4.267	9.371	7.924	11.483	6.085	7.711	8.136	51.589
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO									
I10-I15 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	39.869	40.072	46.264	53.565	71.905	65.185	79.787	85.218	165.914
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO									
J00-J06 INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	68.343	53.959	63.644	78.402	82.965	40.659	47.957	71.133	353.993
J40-J47 ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	10.558	8.309	11.595	14.008	14.765	7.979	9.272	11.869	66.476
J30-J39 OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	4.927	4.259	6.764	8.364	12.829	8.142	11.667	13.419	58.199
J20-J22 OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	6.351	5.466	9.001	9.845	12.585	5.271	6.283	11.251	58.189
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO									
K00-K14 ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES	94.950	101.343	116.714	131.632	199.256	90.584	80.962	106.806	554.035
K20-K31 ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO	13.299	10.928	16.263	17.622	27.469	17.914	17.489	18.841	109.308
K55-K64 OTRAS ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS	7.023	7.424	8.275	9.278	17.258	10.825	9.375	11.953	71.129
K40-K46 HERNIA	6.169	4.685	7.702	9.039	15.875	9.298	10.696	13.801	65.224
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO									
L20-L30 DERMATITIS Y ECZEMA	10.338	10.079	13.610	19.339	27.117	14.677	19.485	19.597	115.313
L00-L08 INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	9.420	7.498	11.170	13.207	18.500	11.020	13.271	13.692	88.107
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO									
M40-M54 DORSOPATIAS	20.162	15.589	25.095	30.676	42.344	29.991	33.290	40.085	170.425
M00-M25 ARTROPATIAS	16.868	12.733	19.027	25.354	34.595	21.586	27.631	34.939	137.805
M60-M79 TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS	12.728	10.634	15.884	19.548	26.981	15.884	22.085	26.335	118.919
N00-N99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO									
N30-N39 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	30.398	25.342	31.908	38.144	43.179	41.525	98.848	75.660	279.621
N80-N98 TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS	12.721	8.907	13.887	17.358	24.843	17.172	24.513	26.032	104.515
N70-N77 ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS ORGANOS PELVICOS FEMENINOS	11.700	9.749	14.353	15.059	19.938	9.442	13.706	14.751	82.215
N20-N23 LITIASIS URINARIA	6.366	5.921	8.956	10.646	14.771	9.793	11.649	14.120	65.479
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO									
O80-O84 PARTO	4.350	2.831	4.875	5.005	6.544	6.423	6.389	6.538	40.101
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS									
S00-S09 TRAUMATISMOS DE CABEZA	5.970	4.544	6.594	7.970	14.038	12.621	8.109	10.104	65.484
T66-T78 OTROS EFECTOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DE CAUSAS EXTERNAS	4.211	4.498	6.256	7.261	9.258	5.645	7.337	9.269	49.876

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

Principales causas de morbilidad por área de residencia y pertenencia étnica

De acuerdo al total de personas atendidas del Departamento de Bolívar entre los años 2015 y 2022, la principal etnia es la negra, mulato o afrocolombiano, aunque hay una gran cantidad de personas de otras etnias indicando baja calidad de los datos. Así mismo, la gran mayoría de personas que han consultado por las principales causas de morbilidad residen en la cabecera municipal, con una importante población también residente de la rural y centros poblados. Los principales subgrupos de atención a nivel general, también constituyen la principal causa en la etnia negra (Tabla 33).

Tabla 33. Morbilidad atendida por etnia y área de residencia según los principales subgrupos de causas del Departamento de Bolívar, 2015 – 2022

Causa de atención	Etnia						Área de residencia		
	Indígena	Negro, mulato, afrocolombiano	Palenquero	Raizal	ROM (gitano)	Otras etnias	Cabecera	Centro Poblado	Rural
K00-K14 ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES	1.599	13.811	155	88	129	36.380	380.773	34.628	131.630
J00-J06 INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	926	8.000	89	44	67	21.533	241.544	21.805	87.271
N30-N39 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	890	7.900	72	41	76	24.142	191.302	19.463	65.615
M40-M54 DORSOPATIAS	641	5.263	38	46	43	19.158	121.192	13.985	33.655
I10-I15 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	600	5.581	74	39	34	20.079	116.280	18.728	28.370
M00-M25 ARTROPATIAS	496	4.388	43	21	38	14.068	100.735	10.827	24.895
M60-M79 TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS	470	3.719	45	34	38	13.252	87.204	8.979	21.492
H49-H52 TRASTORNOS DE LOS MUSCULOS OCULARES, DEL MOVIMIENTO BINOCULAR, DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	415	3.891	14	26	24	11.471	87.165	8.282	20.896
L20-L30 DERMATITIS Y ECZEMA	236	2.322	16	10	28	6.597	82.109	5.919	26.309
K20-K31 ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DEUDENO	325	3.385	24	19	32	10.544	78.899	8.276	20.952

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

Morbilidad en población migrante

Las causas de morbilidad atendida en el Departamento con respecto a la población migrante son pocas, según el reporte de la Circular 029 de 2017, sobresaliendo el no reportado y los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, lo cual representa datos de poca calidad. Con lo disponible se observa que los principales diagnósticos corresponden a los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, el embarazo, parto y puerperio, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas, las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema digestivo, lo cual coincide mucho con el análisis de la morbilidad en la población total. Vemos que el embarazo, parto y puerperio sobresale de los demás diagnósticos, indicando una importante carga de morbilidad en salud materna y perinatal que puede influir mucho en el aumento de los diferentes eventos relacionados a estos diagnósticos en la población de Bolívar (Tabla 34).

Tabla 34. Morbilidad atendida en la población migrante por sexo y grandes causas del Departamento de Bolívar, 2017 – 2022

Diagnóstico	Femenino	Masculino	Total
NO REPORTADO	13.388	5.236	18.624
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	7.790	2.796	10.586
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	8.647	1.376	10.023
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	4.788	6	4.794
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	1.464	2.307	3.771
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	2.458	500	2.958
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1.336	1.090	2.426
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1.602	727	2.329
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	999	657	1.656
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	680	379	1.059
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	388	421	809
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	375	221	596
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	372	153	525
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	331	109	440
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	338	100	438
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	230	107	337
C22 - CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	192	108	300
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	150	68	218
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	160	33	193
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	98	62	160
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	73	62	135
C02 - TUMORES	83	49	132
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSMICAS	36	20	56

Fuente: Reporte de la Circular 029 de 2017, dispuesto en los Cubos SISPRO del MSPS

Morbilidad en salud mental por grupo de edad y sexo

Las causas que se analizan en el componente de salud mental son el grupo de los trastornos mentales y del comportamiento, el subgrupo de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas y el diagnóstico de epilepsia, la cual hace parte del grupo de las enfermedades del sistema nervioso.

En la población masculina de Bolívar se reportaron unas 35.959 personas atendidas en los últimos 8 años por los trastornos mentales y del comportamiento, de los cuales 4.575 fueron por trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas, mientras que, la epilepsia registró unas 6.361 personas atendidas en ese periodo.

La mayoría de hombres atendidos por los trastornos mentales y del comportamiento pertenecen al ciclo vital de la infancia, seguido de la adultez y la adolescencia. Se destacan además la juventud, la adultez y la adolescencia por los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas. Y en cuanto a la epilepsia, esta se presentó más en la adultez, seguido de la juventud y la infancia (Tabla 35).

Tabla 35. Morbilidad en salud mental por ciclo vital en hombres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Diagnóstico y ciclo vital	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
De 0 a 05 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	201	268	341	388	289	581	899	1.508	911	1.210	1.731
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	1	5	4	4	4	2	10	82	30	4	4
EPILEPSIA (G40-G41)	89	99	157	150	73	150	171	198	165	189	202
De 06 a 11 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	244	289	514	677	653	1.245	2.024	2.714	1.664	1.934	3.081
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)		6	8	5	5	7	16	44	23	8	5
EPILEPSIA (G40-G41)	103	113	182	147	90	179	213	259	212	224	232
De 12 a 17 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	136	186	307	377	349	643	1.032	1.567	1.061	1.351	2.398
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	4	12	28	61	62	108	208	294	164	155	179
EPILEPSIA (G40-G41)	96	125	179	139	108	161	193	234	193	261	283
De 18 a 28 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	189	260	361	379	308	501	788	1.222	1.095	1.231	1.477
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	16	46	65	114	130	199	301	450	380	369	455
EPILEPSIA (G40-G41)	151	190	231	201	125	262	299	372	316	393	442
De 29 a 59 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	397	608	780	692	540	798	1.209	2.062	1.903	2.055	2.479
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	20	44	61	82	109	122	204	359	313	270	382
EPILEPSIA (G40-G41)	257	327	434	376	296	495	547	736	671	813	902
De 60 y más											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	192	241	352	299	269	453	604	1.373	1.159	1.129	1.463
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	2	7	19	8	24	13	12	135	133	27	46

Diagnóstico y ciclo vital	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
EPILEPSIA (G40-G41)	77	71	118	103	71	143	199	276	227	286	332

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

En cuanto a la población femenina del Departamento de Bolívar, los RIPS reportan unas 41.361 personas atendidas en los últimos 8 años por trastornos mentales y del comportamiento, de las cuales 2.474 fueron por trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas, mientras que, por la epilepsia se reportan unas 6.527 mujeres.

La mayoría de mujeres atendidas por trastornos mentales y del comportamiento pertenecen a los ciclos vitales de adultez, vejez y juventud, mientras que por trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas se destacan los ciclos vitales de adultez, juventud y adolescencia. El diagnóstico de epilepsia se presenta también principalmente en las personas adultas, jóvenes y del ciclo vital de vejez.

Encontramos entonces que, la población más atendida por trastornos mentales y del comportamiento es la población femenina, mientras que, por los trastornos mentales debidos al uso de sustancias psicoactivas, los hombres son mayoría. En cuanto a la epilepsia, hay poca diferencia entre estas dos poblaciones (Tabla 36).

Tabla 36. Morbilidad en salud mental por ciclo vital en mujeres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Diagnóstico y ciclo vital	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
De 0 a 05 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	101	138	229	249	149	331	445	832	524	666	891
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	1	3	6	10		1	2	24	16	6	8
EPILEPSIA (G40-G41)	62	87	132	113	50	121	121	171	129	130	153
De 06 a 11 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	136	166	343	358	301	612	1.035	1.458	906	1.113	1.752
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	2	2	3	4	3	8	7	31	14	5	3
EPILEPSIA (G40-G41)	79	99	158	128	65	156	187	192	175	204	183
De 12 a 17 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	154	181	507	400	399	698	925	1.386	985	1.210	2.335
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	4	8	20	40	30	50	75	134	97	55	68
EPILEPSIA (G40-G41)	101	88	134	121	84	145	164	210	184	227	229
De 18 a 28 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	257	360	509	424	425	708	806	1.527	1.312	1.361	1.855
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	12	17	29	35	50	39	49	183	169	42	76

Diagnóstico y ciclo vital	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
EPILEPSIA (G40-G41)	155	188	260	214	148	225	282	395	293	368	354
De 29 a 59 años											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	806	1.002	1.335	1.173	954	1.471	1.879	3.458	3.128	3.233	3.873
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	10	16	38	40	75	32	42	329	279	46	90
EPILEPSIA (G40-G41)	305	395	556	474	371	618	671	895	790	940	1.074
De 60 y más											
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (F00-F99)	346	402	585	513	435	819	1.117	2.073	2.011	2.124	2.637
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)	3	5	10	8	21	9	11	145	171	21	26
EPILEPSIA (G40-G41)	76	99	117	128	80	157	212	276	249	315	374

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS dispuestos en los Cubos SISPRO del MSPS

3.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Las enfermedades de alto costo son aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo y tratamiento y adicionalmente generan una gran carga emocional y económica. Los principales eventos de alto costo son la Enfermedad Renal Crónica -ERC, el VIH/SIDA, la artritis reumatoide, el cáncer, la hemofilia y la hepatitis C. Los datos que se presentan a continuación son a corte del año 2022, publicados en el 2023 por la cuenta de Alto Costo, lo cual puede estar sujeto a cambios con las últimas publicaciones de mayo de 2024.

En el Departamento de Bolívar, en el año 2022 la prevalencia de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de remplazo renal fue de 52,49 casos por cada 100.000 hab., siendo significativamente inferior al valor de Colombia para este mismo año, aunque con aumento en los últimos dos años, mientras que, la tasa de incidencia fue de 5,28 por 100.000 hab., la cual también fue inferior, sin diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, la tasa de incidencia de VIH aumentó en el último año, reportando una tasa de 10,01 por 100.000 habitantes, ubicándose por debajo del indicador nacional. En cuanto a la leucemia aguda pediátrica en menores de 15 años, en el Departamento se registraron valores inferiores a los de Colombia en el año 2022, sin diferencias estadísticamente significativas, con un aumento en cuanto a la leucemia aguda pediátrica mieloide, cerrando con 2 casos nuevos por cada 1000.000 menores de 15 años.

Con respecto a los eventos precursores, la prevalencia diabetes mellitus y la hipertensión arterial de 18 a 69 años presentan un comportamiento ascendente año tras años, dado que este indicador representa el acumulado de casos nuevos y antiguos. Los valores de estos indicadores en el Departamento durante el año 2022 fueron inferiores a los del Departamento de Bolívar, sin diferencias estadísticamente significativas. Se estima entonces que, el 8,45% de las personas entre 18 y 69 años tienen hipertensión arterial y un 2,32% presenta diabetes mellitus, por lo cual, esta población debe estar en control médico y recibir asistencia en salud con actividades encaminadas a la prevención de complicaciones y de eventos más complicados como la ERC (Tabla 37).

Tabla 37. Eventos de alto costo y precursores del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 – 2022

Indicador	Colombia 2022	Bolívar 2022	Comportamiento									
			2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prevalencia de la enfermedad renal crónica en fase cinco con TRR	77,46	52,49	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de la enfermedad renal crónica en fase cinco con TRR	7,59	5,28	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada	25,31	10,01	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (< de 15 años)	3,91	2,38	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mielóide (< de 15 años)	0,65	2,08	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗
Prevalencia de hipertensión arterial de 18 a 69 años	9,13	8,45	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de diabetes mellitus de 18 a 69 años	3,09	2,32	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: Cuenta de Alto Costo <https://cuentadealtocosto.org/higia/>. Leucemia: SIVIGILA Cubo SISPRO sobre proyecciones de población DANE

3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

La incidencia de los eventos de notificación obligatoria del Departamento de Bolívar, muestra que, los 10 eventos con mayor número de casos durante el periodo 2012-2022 son: el dengue, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, la violencia de género e intrafamiliar, la morbilidad materna extrema, la malaria vivax, el intento de suicidio, el bajo peso al nacer, la desnutrición aguda en menores de 5 años, la leishmaniasis cutánea y los accidentes ofídicos.

Así mismo, encontramos las cifras más elevadas por dengue en los años 2019 y 2022, además de un aumento de casos de sífilis gestacional, de intoxicación por fármacos, por plaguicidas y por otras sustancias químicas, por tuberculosis pulmonar, sífilis congénita, dengue grave, hepatitis B, malaria complicada, mortalidad por desnutrición y por el cáncer de la mama y/o cuello uterino (Tabla 38).

Tabla 38. Número de casos de los eventos de notificación obligatoria del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022

EVENTO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
100 - ACCIDENTE OFIDICO	251	249	239	252	245	243	367	336	269	235	369
110 - BAJO PESO AL NACER*	175	267	234	309	324	383	356	321	346	516	501
112 - MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN		17	22	11	15	5	8	7	11	8	21
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS*					239	201	285	307	198	267	406
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO*					52	55	63	70	62	226	
205 - CHAGAS	7			3							5
210 - DENGUE	1.201	2.253	1.988	2.699	1.080	425	821	3.445	1.345	1.616	3.767
217 - CHIKUNGUNYA			5.988	303	39	6	2	5	2	1	1
220 - DENGUE GRAVE	31	64	71	79	9	2	15	71	37	61	96
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR		65	82	42	14	10	1	56			
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	4	19	23	86	7	10	6	13	3	2	
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1.420	1.793	1.993	1.788	1.814	2.187	2.105	2.122	1.781	2.048	2.630
320 - FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	1		1	1	11	1	1	2		
330 - HEPATITIS A (BROTE)	328	185	105	12	28	26	10	16	12	1	1
340 - HEPATITIS B	26	31	22	25	26	26	26	16	20	31	59
341 - HEPATITIS C			2		5	4	2	6		2	7
342 - ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS					8						
343 - HIPOTIROIDISMO CONGENITO	2	12	5		8	7	1	1	6	1	7
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	10	28	53	58	19	6	2	25	15	5	12
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6	12	14	7	10	16	14	14	436	25	164
356 - INTENTO DE SUICIDIO*					268	389	455	378	418	460	557
357 - INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS					13						
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	106	89	136	110	114	139	105	120	115	139	143
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	71	78	79	154	150	188	277	244	238	255	316
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	8	1	4	19	7	9	11	10	11	12	4
390 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	23	1	166	2	1	2	2	2	2	1	2
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	18	15	25	19	33	34	41	27	15	28	27
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	49	52	63	96	158	115	134	99	115	151	156
412 - INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	3	3	6	11	6	8	25	4	6	6	18
414 - INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	27	24	75	174	345	445	492	464	412	353	246
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	478	361	392	318	285	280	339	392	375	403	371
430 - LEISHMANIASIS MUCOSA	7	4	7	4		2	3	1		2	2
440 - LEISHMANIASIS VISCERAL		3	9	14	20	12	5	5	3	2	1
450 - LEPRA	29	29	27	14	15	27	24	22	7	11	18

EVENTO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS			17	53	52	47	43	52	44	55	42
455 - LEPTOSPIROSIS	59	26	35	24	24	19	9	1	1	2	5
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE*	6	4		11	8	15	16	18	9	15	8
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE*		3	1	2	5	1	2	5	4	2	8
458 - LESIONES POR POLVORA	24	20	13								
459 - CANCER INFANTIL*			32	21	16	21	29	16	14	18	31
460 - MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	199	129	79	90	67	40	139	119	137	53	43
470 - MALARIA FALCIPARUM	646	339	195	165	146	88	341	410	357	143	192
480 - MALARIA MALARIE	1	2									
490 - MALARIA VIVAX	3.191	1.661	1.461	601	751	652	1.155	1.211	1.340	693	953
495 - MALARIA COMPLICADA	16	14	9	12	21	20	28	39	35	40	38
500 - MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	4	1	2	3	4	4		2	3	1	
510 - MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1	2	2	3	4	1		2			1
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCCO	1	3	1	4	4	7	3	5	1		2
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	1	6	4	2	1	4	4	2	2	2	3
540 - MORTALIDAD POR MALARIA						1					
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA*	157	171	376	393	689	777	726	694	685	946	1.048
550 - MORTALIDAD MATERNA*	16	9	14	17	11	13	11	14	17	24	15
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA*	179	257	253	262	235	309	272	242	255	301	266
580 - MORTALIDAD POR DENGUE		5	3	9	4	1	1	10	6	8	7
590 - MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS*	3	4	4	2	8	2		7	2	7	3
600 - MORTALIDAD POR IRA	13	12	26	20	31	27	21	17	5	6	13
620 - PAROTIDITIS	41	35	91	29	43	216	182	92	30	24	51
730 - SARAMPIÓN							10				
735 - ANOMALIAS CONGENITAS*	37	58	90	107	148	144	140	112	90	119	114
740 - SÍFILIS CONGÉNITA*	49	47	28	15	18	34	33	48	43	63	64
750 - SÍFILIS GESTACIONAL*	91	96	69	56	78	139	133	198	264	321	358
760 - TÉTANOS ACCIDENTAL	6	4	7	3	1	5	3	3		3	2
800 - TOSFERINA	13	7	6	18	11	5	1	1	3	1	1
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	4	11	22	21	28	19	25	12	23	18	15
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	118	91	102	84	95	119	125	120	101	124	164
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE		1	2	1	1	3	3	2		3	6
831 - VARICELA INDIVIDUAL	1.296	1.221	1.344	1.695	1.596	2.065	1.734	1.750	453	325	287
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	111	121	134	184	192	195	173	171	115	173	244
875 - VCM, VIF, VSX	263	587	1.038	1.370	2.106	2.148	2.213	2.172	2.118	2.107	2.261
895 - ZIKA				487	390	10	8		1	2	4

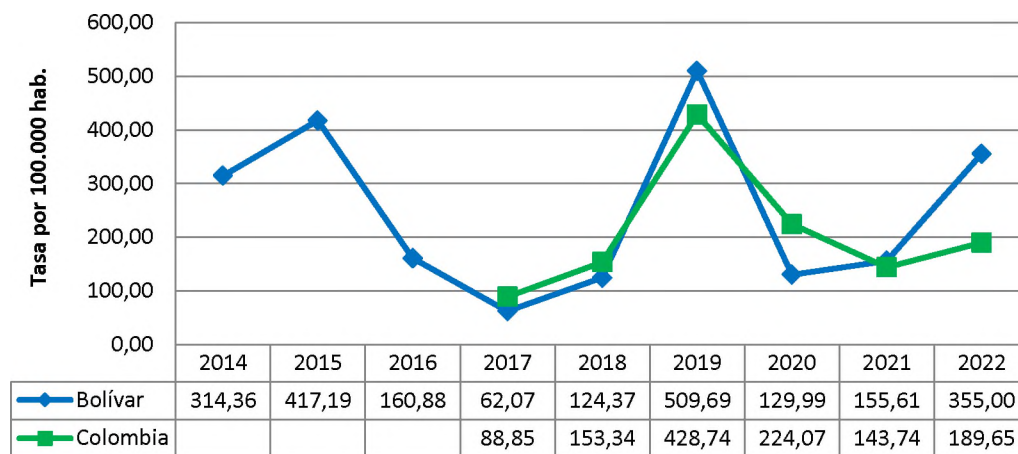
Fuente: SIVIGILA – Cubos SISPRO. Por año epidemiológico y Departamento de ocurrencia. *Por Departamento de residencia

A continuación, se presenta la comparación de las tasas de incidencia o razón de los eventos de notificación obligatoria más relevantes del Departamento de Bolívar frente a los valores de Colombia y su comportamiento en los últimos años. No se presenta el comportamiento de algunos eventos importantes porque se abordan en otros capítulos.

Dengue

En el Departamento de Bolívar, la incidencia de dengue (incluyendo dengue grave) muestra un comportamiento oscilante, con un gran incremento en los años 2015, 2019 y 2022. Su tendencia es similar a la de Colombia, indicando que cada dos o tres años se registran brotes. Dadas las condiciones de vida de los residentes de Bolívar, el dengue es un evento que requiere continua intervención, principalmente en el contexto de educación comunitaria para el correcto almacenamiento del agua (Figura 10).

Figura 10. Tasa de incidencia de dengue del Departamento de Bolívar y Colombia, 2014 - 2022

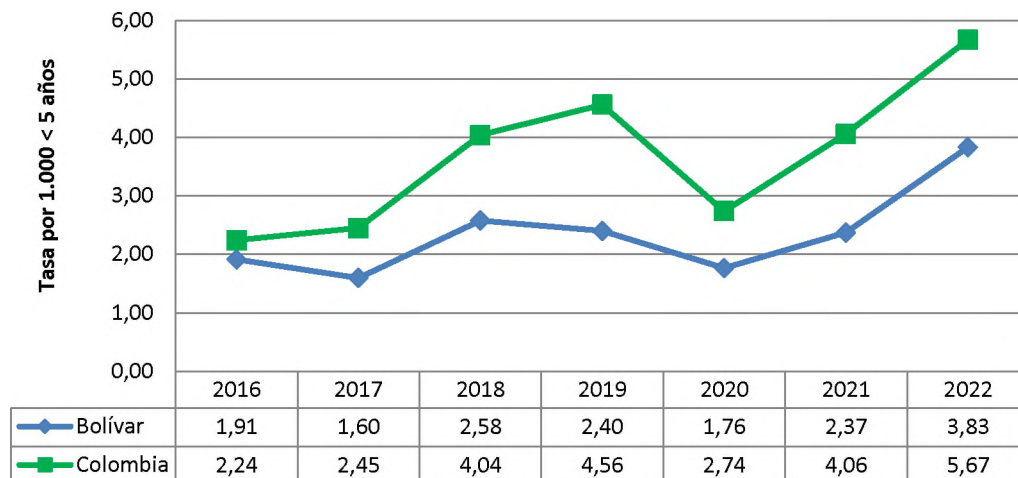


Fuente: SIVIGILA – Cubos SISPRO, por año epidemiológico y Departamento de ocurrencia. Cálculo sobre la población a riesgo. Se incluye dengue y dengue grave

Desnutrición aguda en menores de 5 años

Este evento presentó un incremento considerable en el año 2022, tanto para el Departamento como para Colombia, aunque los valores de Bolívar se registran por debajo de Colombia. Por lo tanto, la nutrición de la población infantil requiere de especial intervención intersectorial, dadas las condiciones de pobreza de muchos habitantes (Figura 11).

Figura 11. Tasa de incidencia de desnutrición aguda en menores de 5 años del Departamento de Bolívar y Colombia, 2016 - 2022

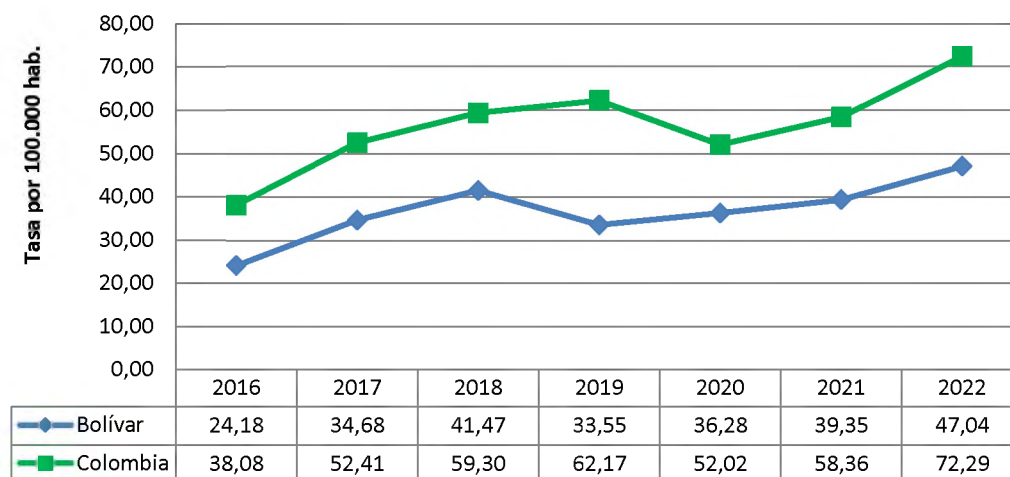


Fuente: SIVIGILA – Cubos SISPRO, por año epidemiológico y Departamento de residencia. Cálculo sobre proyecciones de población Censo DANE

Intento de suicidio

Este indicador en el Departamento de Bolívar presenta un comportamiento ascendente, alcanzando su cifra más elevada en el año 2022, aunque el indicador se mantiene por debajo de los valores nacionales. Se evidencia entonces la presencia prácticamente anual de casos de personas con intención suicida, siendo fundamental la intervención en salud mental (Figura 12).

Figura 12. Tasa de incidencia de intento de suicidio del Departamento de Bolívar y Colombia, 2016 - 2022

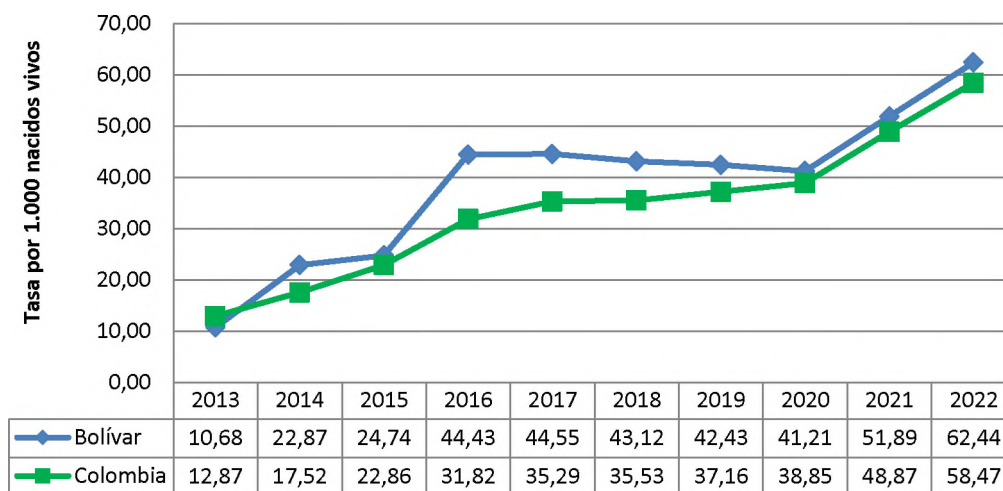


Fuente: SIVIGILA – Cubos SISPRO, por año epidemiológico y Departamento de residencia. Cálculo sobre proyecciones de población Censo DANE

Morbilidad materna extrema

En el Departamento de Bolívar y en Colombia se presenta un aumento de casos de morbilidad materna extrema entre los años 2013 a 2022. Así mismo, las cifras se encuentran por encima de la línea del indicador de Bolívar. Se destaca también el aumento en los reportes de estos casos, gracias al fortalecimiento de capacidades. Es importante realizar una correcta notificación y seguimiento a este evento, puesto que es un factor clave para la prevención de la mortalidad materna y perinatal (Figura 13).

Figura 13. Razón de morbilidad materna extrema del Departamento de Bolívar y Colombia, 2013 - 2022

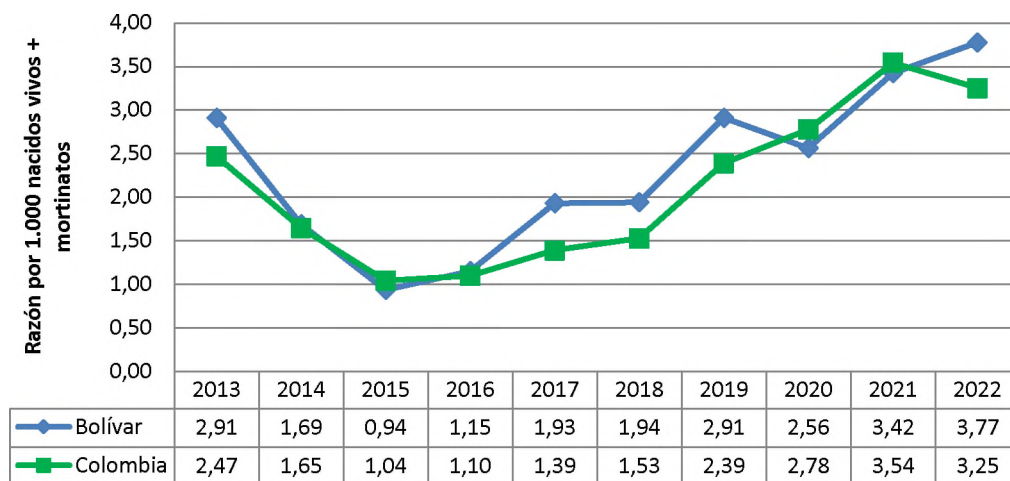


Fuente: SIVIGILA – Cubos SISPRO, por año epidemiológico y Departamento de residencia. Cálculo sobre nacimientos EEVV DANE

Sífilis congénita

La tasa de incidencia de sífilis congénita (incluidos mortinatos) muestra un comportamiento ascendente a nivel departamental y nacional, por lo cual es uno de los eventos de salud pública que afecta a los neonatos y requiere de la prevención desde el embarazo. El Departamento de Bolívar presenta importantes cifras en el periodo analizado con un comportamiento similar al de Colombia, sobrepasando la tasa del año 2022 (Figura 14).

Figura 14. Tasa de incidencia de sífilis congénita del Departamento de Bolívar y Colombia, 2013 - 2022

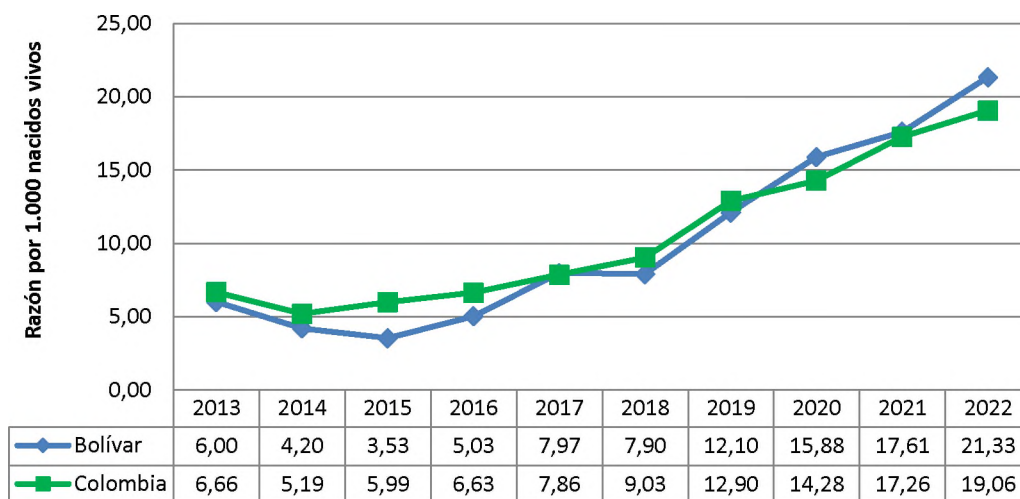


Fuente: SIVIGILA – Cubos SISPRO, por año epidemiológico y Departamento de residencia. Cálculo sobre nacimientos y defunciones fetales EEVV DANE

Sífilis gestacional

Este indicador también muestra un comportamiento ascendente a nivel departamental y nacional, indicando que sigue siendo uno de los eventos de salud pública que afecta a las gestantes, así como también se constituye en un factor de riesgo para los neonatos. El Departamento de Bolívar presenta importantes cifras en el periodo analizado, sobrepasando la razón de Colombia en los últimos años analizados y registrando el valor máximo en el año 2022 (Figura 15).

Figura 15. Razón de prevalencia de sífilis gestacional del Departamento de Bolívar y Colombia, 2013 - 2022



Fuente: SIVIGILA – Cubos SISPRO, por año epidemiológico y Departamento de residencia. Cálculo sobre nacimientos EEVV DANE



3.1.4 Análisis de la población con discapacidad

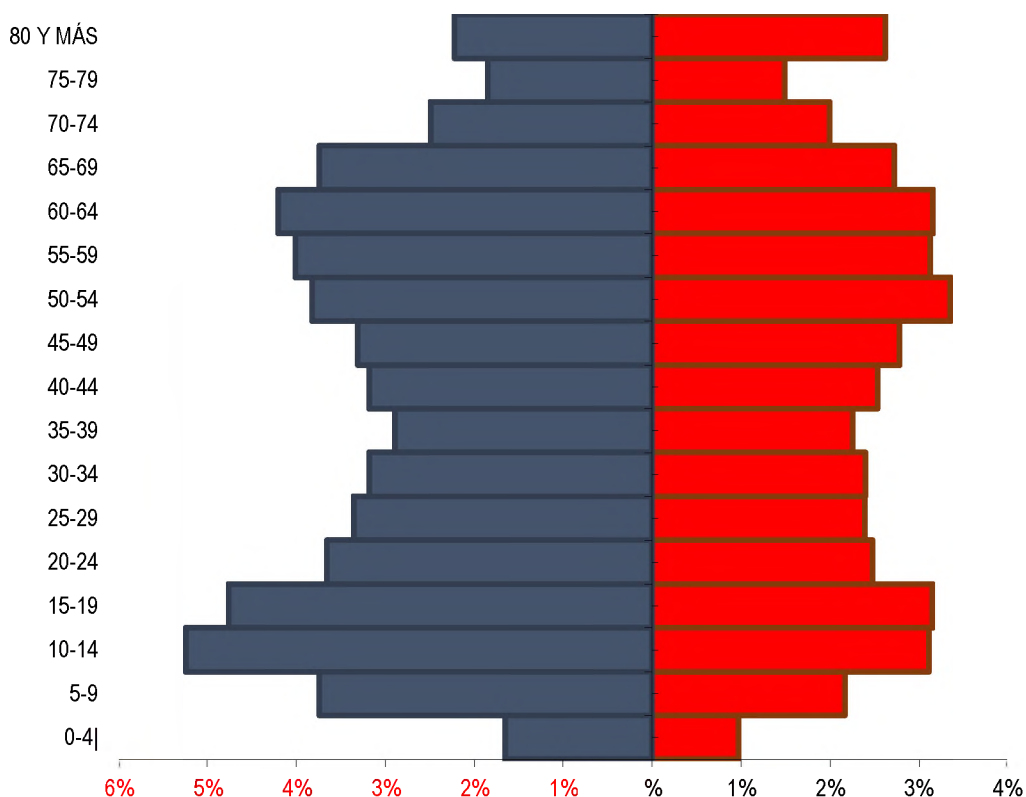
Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. (OPS, s.f.)

En el antiguo Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD, se registraron un total de 32.310 personas en condición de discapacidad de residencia en el Departamento de Bolívar. Este antiguo registro tuvo vigencia hasta agosto de 2020 y posteriormente se empezó a reportar la información de las personas con discapacidad cumpliendo otros lineamientos (Resolución 113 de 2020).

El nuevo registro de discapacidad implementa la certificación de la Discapacidad que debe ser asignada luego de una valoración por parte de las IPS. La población puede acceder a una valoración clínica multidisciplinaria para identificar su discapacidad, la cual es realizada por equipos multidisciplinarios conformados por profesionales de la salud y del área social en IPS autorizadas por las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales. Al finalizar la valoración se entrega el documento certificado de discapacidad y se registra la información en el aplicativo de RLCPD del Ministerio de Salud.

A diciembre del año 2023, el Departamento de Bolívar cuenta con 10.452 personas en condición de discapacidad valoradas de acuerdo a los lineamientos, por lo cual, esta es la población que se considera activa en el RLCPD. La mayoría corresponden al sexo masculino y a las edades de 10 a 19 años y entre 55 y 69 años, detectando una importante población adolescente en esta condición, lo que dificulta la realización de sus actividades y logros personales, requiriendo de atención diferencial e inclusión a programas de rehabilitación y de bienestar social. Es necesario que se fortalezcan las acciones para que la población en condición de discapacidad sea valorada e ingresada al nuevo RLCPD, de manera que puedan ser beneficiarias de diferentes programas que mejoren su calidad de vida (Figura 16 y Tabla 39).

Figura 16. Pirámide de población en condición de discapacidad valorada del Departamento de Bolívar, 2020 - 2023



Fuente: Cubo nuevo registro de discapacidad SISPRO - MSPS. Fecha de consulta: 29/12/2023.

Tabla 39. Población en condición de discapacidad valorada del Departamento de Bolívar, 2020 - 2023

Grupo de edad	Femenino	Masculino	No definido	No reportado	Total
De 0 a 4 años	101	172		4	277
De 05 a 09 años	225	389	30	19	663
De 10 a 14 años	323	545	8	4	880
De 15 a 19 años	327	495	1	9	832
De 20 a 24 años	257	380		4	641
De 25 a 29 años	248	349			597
De 30 a 34 años	249	331		1	581
De 35 a 39 años	234	301		1	536
De 40 a 44 años	263	331			594
De 45 a 49 años	289	344			633
De 50 a 54 años	348	397			745
De 55 a 59 años	325	417			742
De 60 a 64 años	328	437			765

Grupo de edad	Femenino	Masculino	No definido	No reportado	Total
De 65 a 69 años	283	389			672
De 70 a 74 años	207	259			466
De 75 a 79 años	155	192			347
De 80 años o más	272	231			503
Total	4.425	5.946	39	42	10.452

Fuente: Cubo nuevo registro de discapacidad SISPRO - MSPS. Fecha de consulta: 29/12/2023.

De acuerdo a la población en condición de discapacidad del Departamento de Bolívar que ha sido valorada e ingresada al nuevo RLCPD, la mayoría presentan discapacidad de tipo física, seguida de la múltiple y la intelectual (Tabla 40).

Tabla 40. Población en condición de discapacidad valorada por tipo de discapacidad del Departamento de Bolívar, 2020 - 2023

Tipo de discapacidad	Femenino	Masculino	No definido	No reportado	Total
Física	2.450	3.134	10	31	5.625
Sordoceguera	1.851	2.415	23	33	4.322
Psicosocial (Mental)	1.725	2.378	29	32	4.164
Visual	1.567	2.045	21	18	3.651
Múltiple	639	981	7	2	1.629
Intelectual	394	447	3	4	848
Auditiva	9	12			21
Total*	4.425	5.946	39	42	10.452

Fuente: Cubo nuevo registro de discapacidad SISPRO - MSPS. Fecha de consulta: 29/12/2023. *Una persona puede tener más de una discapacidad

De acuerdo a la distribución por municipios, encontramos que la mayor proporción de población en condición de discapacidad valorada, con respecto a su población total, la tienen los municipios de Zambrano, El Guamo, Clemencia, San Jacinto y Talaigua Nuevo. Así mismo, la mayor cantidad en número se concentra en los municipios de Turbaco, El Carmen de Bolívar, San Jacinto, San Juan Nepomuceno y Clemencia (Tabla 41).

Tabla 41. Distribución de la población en condición de discapacidad por municipios del Departamento de Bolívar, 2020 - 2023

Municipio	Número	Proporción por hab.	Municipio	Número	Proporción por hab.
Zambrano	387	3,0%	Villanueva	209	0,8%
El Guamo	254	2,7%	Santa Rosa del Sur	288	0,8%
Clemencia	427	2,7%	San Fernando	110	0,8%
San Jacinto	651	2,5%	Cicuco	113	0,8%
Talaigua Nuevo	334	2,4%	Maria La Baja	371	0,7%
Córdoba	388	2,2%	San Estanislao	124	0,6%
San Cristóbal	176	2,0%	Mompox	285	0,6%
San Jacinto del Cauca	212	1,9%	Margarita	45	0,4%
Santa Catalina	264	1,7%	Mahates	110	0,4%
Turbaná	293	1,6%	Montecristo	63	0,3%
Tiquisio	312	1,6%	Pinillos	88	0,3%
San Juan Nepomuceno	625	1,6%	Magangué	343	0,2%
Hatillo de Loba	203	1,5%	Achí	61	0,2%
Turbaco	1741	1,5%	Arjona	144	0,2%
Arenal	101	1,3%	Arroyohondo	6	0,1%
Regidor	85	1,1%	Cantagallo	3	0,0%
Santa Rosa	253	1,1%	San Pablo	5	0,0%
Calamar	266	1,1%	San Martín de Loba	2	0,0%
El Peñón	82	1,0%	Barranco de Loba	1	0,0%
El Carmen de Bolívar	738	1,0%	Morales	0	0,0%
Norosí	99	0,9%	Simití	0	0,0%
Río Viejo	100	0,9%	Soplaviento	0	0,0%
Altos del Rosario	104	0,9%			

Fuente: Cubo nuevo registro de discapacidad SISPRO - MSPS. Fecha de consulta: 18/01/2024.

3.1.5 Identificación de prioridades en la morbilidad

El análisis de morbilidad en la población del Departamento de Bolívar nos permitió la identificación de las siguientes causas, diagnósticos, eventos o indicadores que presentaron mayores cifras, comportamiento ascendente o diferencias significativas frente al valor departamental:

Grupos de causas de morbilidad:

- Enfermedades del sistema digestivo.
- Enfermedades del sistema respiratorio.
- Enfermedades del sistema genitourinario.
- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas.
- Enfermedades del sistema circulatorio.



Grupos de causas de morbilidad por ciclo vital:

- Primera infancia e infancia: enfermedades del sistema respiratorio, del sistema digestivo y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias:
- Adolescencia: enfermedades del sistema digestivo y del sistema genitourinario en ambos sexos, del sistema respiratorio, embarazo, parto y puerperio en mujeres y traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas en hombres.
- Juventud mujeres: enfermedades del sistema digestivo, del sistema genitourinario y luego el embarazo, parto y puerperio.
- Juventud hombres: enfermedades del sistema digestivo, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas y enfermedades del sistema respiratorio
- Adulthood: enfermedades del sistema digestivo, las del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las del sistema circulatorio en ambos sexos, enfermedades del sistema genitourinario mujeres y traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas en hombres
- Vejez: enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y enfermedades del sistema genitourinario en mujeres y enfermedades del sistema digestivo y del sistema genitourinario en hombres.

Subgrupos de morbilidad:

- Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares.
- Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.
- Otras enfermedades del sistema urinario.
- Dorsopatías.
- Enfermedades hipertensivas.
- Artropatías.
- Trastornos de los tejidos blandos.
- Trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y de la refracción.
- Dermatitis y eczema.
- Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno.

Grupos de causas de morbilidad en población migrante:

- Embarazo, parto y puerperio.
- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas.
- Enfermedades del sistema genitourinario.
- Enfermedades del sistema respiratorio.
- Enfermedades del sistema digestivo.

Salud mental:

- Trastornos mentales y del comportamiento: principalmente en mujeres y en adultez y vejez.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas: en adultos, jóvenes y adolescentes y mayoritariamente en hombres.
- Epilepsia: principalmente en la adultez y juventud.



Eventos de alto costo y precursores:

- Leucemia aguda pediátrica linfóide y mieloide.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.

Eventos de notificación obligatoria:

- Dengue.
- Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.
- Violencia de género e intrafamiliar.
- Morbilidad materna extrema
- Malaria.
- Intento de suicidio.
- Bajo peso al nacer.
- Desnutrición aguda en menores de 5 años.
- Leishmaniasis cutánea.
- Accidentes ofídicos.
- Sífilis gestacional y congénita.
- Intoxicación por fármacos, por plaguicidas y por otras sustancias químicas
- Tuberculosis pulmonar.
- Hepatitis B, malaria complicada.
- Cáncer de la mama y/o cuello uterino

Discapacidad:

- Solo se ha valorado e ingresado al nuevo RLCPD a aproximadamente el 32% de la población del anterior registro.
- Población adolescente y adulta mayor, las de mayor número.
- Discapacidad física, múltiple e intelectual, las más frecuentes.

Conclusiones

De acuerdo a la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de 2012 a 2022, sin incluir grupos de causas no determinados como los factores que influyen en el estado de salud y los síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados, el grupo con el mayor número de personas atendidas es el de las enfermedades del sistema digestivo, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio, las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas, así como las enfermedades del sistema circulatorio presentaron el mayor número de atenciones en el periodo, indicando que aquellos que tienen este diagnóstico consultan más frecuente. Notamos entonces que las enfermedades no transmisibles constituirían la principal gran causa de consulta en la población de Bolívar, lo cual se proyecta a seguir aumentando, dada la transición demográfica de un incremento de la población envejecida.



Se identifica también una calidad regular de los datos, con una importante cantidad de condiciones mal clasificadas, así como errores en cuanto al sexo reportado, lo cual representa un inconveniente en el correcto análisis de las causas de morbilidad en la población y muestra debilidades en el conocimiento de la clasificación de los diagnósticos por parte de los profesionales de la salud, en especial el personal médico o deficiencias en el diligenciamiento de los RIPS.

Las principales causas de morbilidad varían de acuerdo al ciclo vital y sexo, encontrando que, en las diferentes poblaciones se destacan las enfermedades del sistema digestivo, en los primeros ciclos vitales son más comunes las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades del sistema respiratorio, mientras que, en mujeres adolescentes y jóvenes se destacan las enfermedades del sistema genitourinario y también las condiciones del embarazo, parto y puerperio, así como los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas en hombres. Además, en los ciclos vitales de adultez y vejez se destacan también las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las enfermedades del sistema circulatorio, especialmente en el último ciclo vital y en las mujeres.

Con respecto a los principales subgrupos de causas de morbilidad del Departamento de Bolívar, entre estos se destacan principalmente las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, otras enfermedades del sistema urinario, las dorsopatías, las enfermedades hipertensivas, las artropatías, los trastornos de los tejidos blandos, entre otros.

De acuerdo a la etnia de las personas atendidas del Departamento de Bolívar, la principal es la negra, mulato o afrocolombiano, aunque la mayoría de personas se reportan como otras etnias. Los principales subgrupos de atención a nivel general, también constituyen la principal causa en la etnia negra. Así mismo, aproximadamente la mayoría de personas que han consultado por las principales causas de morbilidad residen en la cabecera municipal y hay una importante cantidad de personas residentes en zona rural y centros poblados.

En cuanto a la población migrante atendida, según el reporte de la Circular 029 de 2017, las causas de morbilidad son pocas, sobresaliendo el no reportado, lo cual representa datos de poca calidad. Con lo disponible se observa que los principales diagnósticos corresponden a los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, el embarazo, parto y puerperio, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas, las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema digestivo.

En el componente de salud mental, de acuerdo a las atenciones realizadas en el periodo 2012-2022, la población femenina del Departamento de Bolívar es la más atendida por trastornos mentales y del comportamiento, mientras que, por los trastornos mentales debidos al uso de sustancias psicoactivas, los hombres son mayoría. En cuanto a la epilepsia, hay poca diferencia entre estas dos poblaciones. También se destaca que el mayor número de atenciones por estos diagnósticos se dan en adultos, aunque los trastornos por sustancias psicoactivas sobresalen en la juventud y la adolescencia.

Entre las enfermedades de alto costo y precursoras, encontramos que, en el Departamento de Bolívar hay una baja prevalencia e incidencia de ERC fase 5 con necesidad de TRR, así como de VIH, además de que no se han reportado casos de la incidencia de leucemia aguda pediátrica. Se estima que el 4,7% de las personas entre 18 y 69 años tienen hipertensión arterial y un 1,3% presenta diabetes mellitus, por lo cual, esta población debe estar en control médico y recibir asistencia en salud con actividades encaminadas a la prevención de complicaciones y de eventos más complicados como la ERC.

En cuanto a los eventos de notificación obligatoria, a lo largo del periodo analizado sobresalen el dengue, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, la violencia de género e intrafamiliar, la morbilidad materna extrema, la malaria vivax, el intento de suicidio, el bajo peso al nacer, la desnutrición aguda en menores de 5 años, la leishmaniasis cutánea y los accidentes ofídicos. Así mismo, encontramos un aumento de casos de sífilis gestacional, de intoxicación por fármacos, por plaguicidas y por otras sustancias químicas, por tuberculosis pulmonar, sífilis congénita, dengue grave, hepatitis B, malaria complicada, mortalidad por desnutrición y por el cáncer de la mama y/o cuello uterino. De estos, el dengue es un evento que requiere continua intervención, principalmente en el contexto de educación comunitaria para el correcto almacenamiento del agua, dadas las condiciones de vida de los residentes del Departamento y la privación de un gran porcentaje de ellos al agua potable. Además, su comportamiento muestra que se pueden presentar picos cada cierto periodo de tiempo. Así mismo, la nutrición de la población infantil requiere de especial intervención intersectorial, dadas las condiciones de pobreza de muchos habitantes y el aumento del indicador de desnutrición. La morbilidad materna extrema, la sífilis gestacional y la congénita también representan un problema de salud pública, superando los indicadores nacionales y con un comportamiento ascendente, constituyendo un factor de riesgo para la vida de las gestantes y los neonatos.

Finalmente, el análisis de la población en discapacidad nos presenta que en el Departamento residen 10.452 personas valoradas de acuerdo a los nuevos lineamientos para el registro en el RLCPD. La mayoría de personas valoradas son del sexo masculino y de las edades de 10 a 19 años y de 55 a 69 años. Como vemos, hay una importante población adolescente en condición de discapacidad, lo que dificulta la realización de sus actividades y logros personales, requiriendo de atención diferencial e inclusión a programas de rehabilitación y de bienestar social. De igual forma cabe destacar que, los principales tipos de discapacidad son la física, la múltiple y la intelectual.

3.2 Análisis de la mortalidad

3.2.1 Mortalidad general

Al analizar las tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas durante el periodo 2012 a 2022 en el Departamento de Bolívar (sin incluir Cartagena), se observa que las más altas son las relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio, si bien el comportamiento ha sido variable, se observa un leve descenso comparando las tasas de 2022 frente a las tasas de 2020 y 2021.

En segundo lugar, se encuentran las demás causas con un comportamiento creciente, puesto que en el año 2012 se presentó una tasa ajustada de 70 muertes por 100.000 habitantes, mientras que en el año 2022 la tasa fue de 100

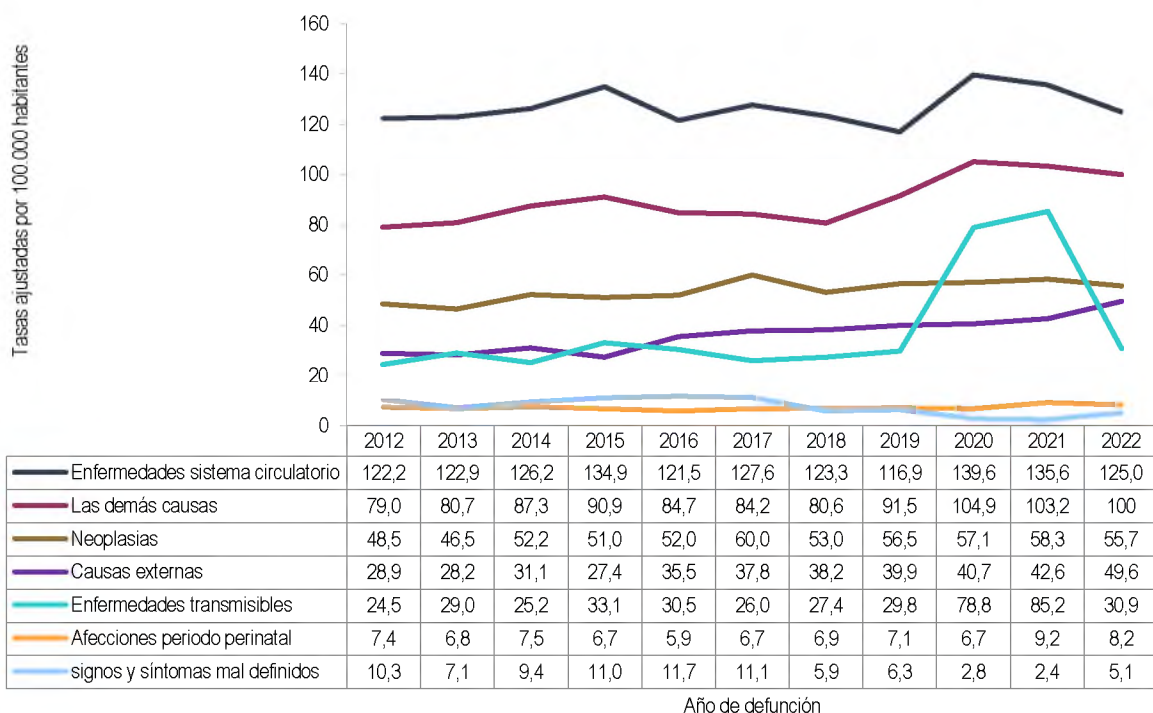
muerres por 100.000 habitantes; sin embargo, se presentó un leve descenso en 2022 comparando los 2 periodos anteriores.

Las neoplasias, se encuentran en tercer lugar, con tendencia al aumento, excepto para 2022 que se observa una leve disminución frente a os 3 años anteriores, se ha mantenido en tasas entre 40 y 60 muertes por cada 100.000 habitantes

En el cuarto lugar, se ubican las causas externas, con tendencia al aumento, siendo el año 2022 donde se presenta la tasa más alta con 49,6 muertes por cada 100.000 habitantes.

En el quinto lugar, las enfermedades trasmisibles, observando el pico más alto en 2020 y 2021, lo anterior, relacionado con la emergencia sanitaria por Covid-19 ya que las causas de muerte por este evento se agruparon en esta causa. El comportamiento para 2022 fue descendente.

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad del Departamento de Bolívar, 2012– 2022



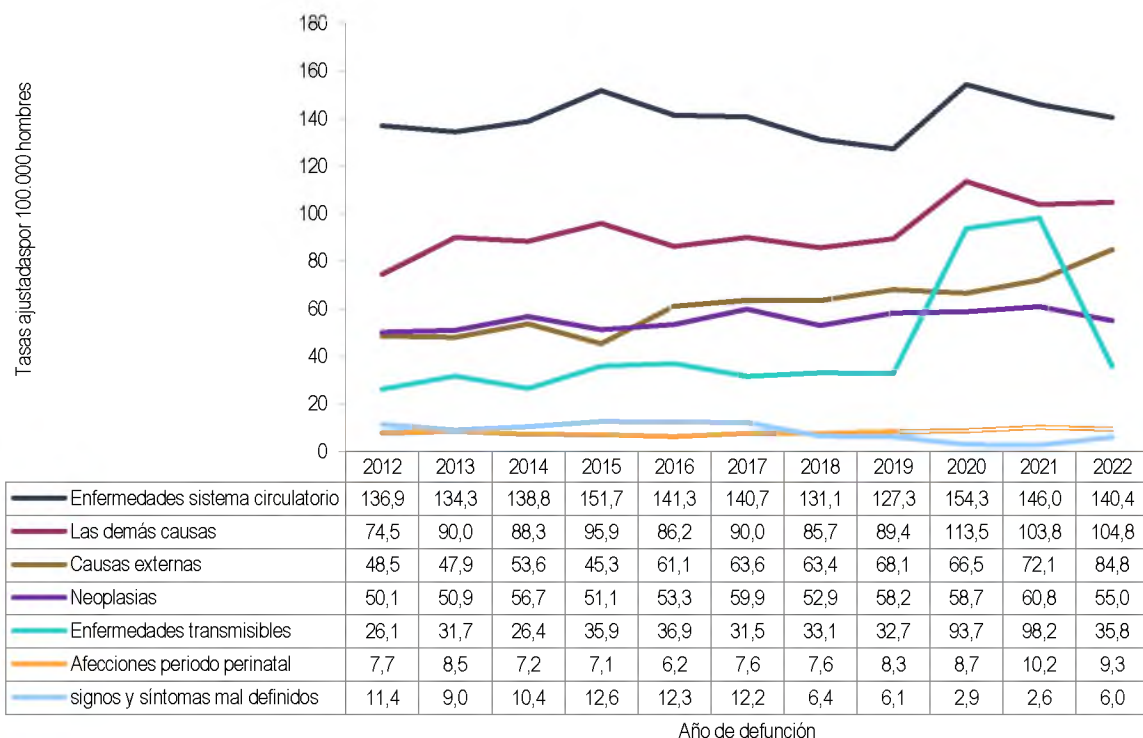
Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

En los hombres, al igual que en la población total, la principal gran causa de muerte está representada por el grupo de Enfermedades del Sistema Circulatorio. Las tasas ajustadas de mortalidad por esta gran causa tienen un comportamiento creciente, atribuyéndoseles en el 2020 la tasa más alta con 154 muertes por cada 100 mil hombres, para 2022 la tasa fue de 140,4mpor cada 100.000 habitantes.

En segundo lugar, se ubica el grupo de las demás causas, cuyas tasas ajustadas tienen un comportamiento oscilante, mostrando la mayor tasa para el año 2020 con 113,5 muertes por 100.000 hombres, para 2022 la tasa fue de 104,8 por cada 100.000 hombres.

Las muertes por causas externas ocupan el tercer lugar. Sus tasas ajustadas de mortalidad mantienen una tendencia creciente, la más alta para 2022 con 84,8 muertes por 100 mil hombres.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



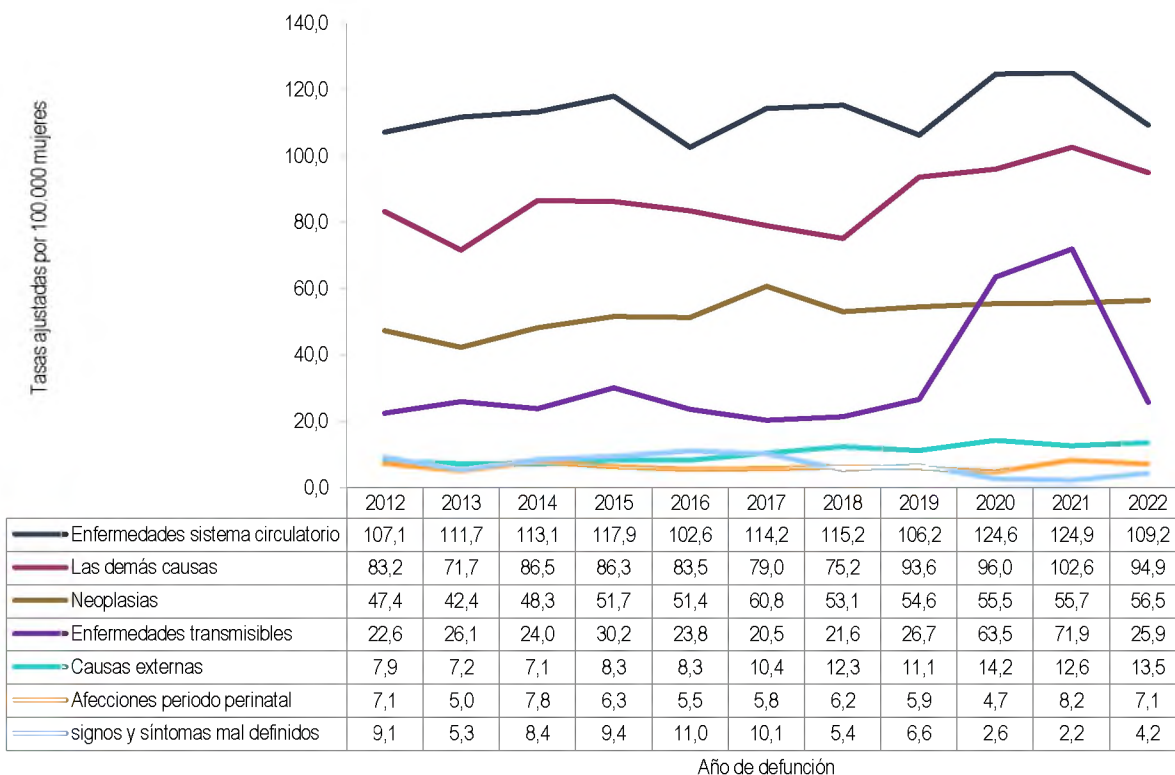
Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

En las mujeres, la principal gran causa de muerte, también son las Enfermedades del Sistema Circulatorio. Las tasas ajustadas de mortalidad por esta gran causa tienen un comportamiento creciente, la tasa más alta se presentó en el año 2022, con un leve descenso para 2022 con 109 muertes por cada 100.000 mujeres.

En segundo lugar, se ubica el grupo de las demás causas, cuyas tasas ajustadas tienen un comportamiento creciente en el periodo de estudio, evidenciando su mayor tasa de mortalidad ajustada en el año 2021 con 102 muertes por 100mil mujeres.

El tercer lugar encontramos las neoplasias, con un comportamiento ascendente, la tasa para 2022 fue de 56,6 muertes por cada 100.000 mujeres.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del Departamento Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Al realizar un análisis diferencial por sexo, se observa que las dos principales causas de muerte en la población total ocupan los mismos lugares tanto en hombres como en mujeres. En el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, para 2022 la tasa ajustada por este grupo es mayor en hombres que en mujeres. Las demás causas en las mujeres condujeron a 10 muertes menos por cada 100.000 mil en comparación con los hombres.

En tercer lugar, se ubican las causas externas para los hombres y las enfermedades transmisibles para las mujeres. Los signos y síntomas mal definidos se encuentran en el último puesto, sin embargo, se requiere mejorar los sistemas de información y la calidad del dato para continuar bajando este indicador.

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

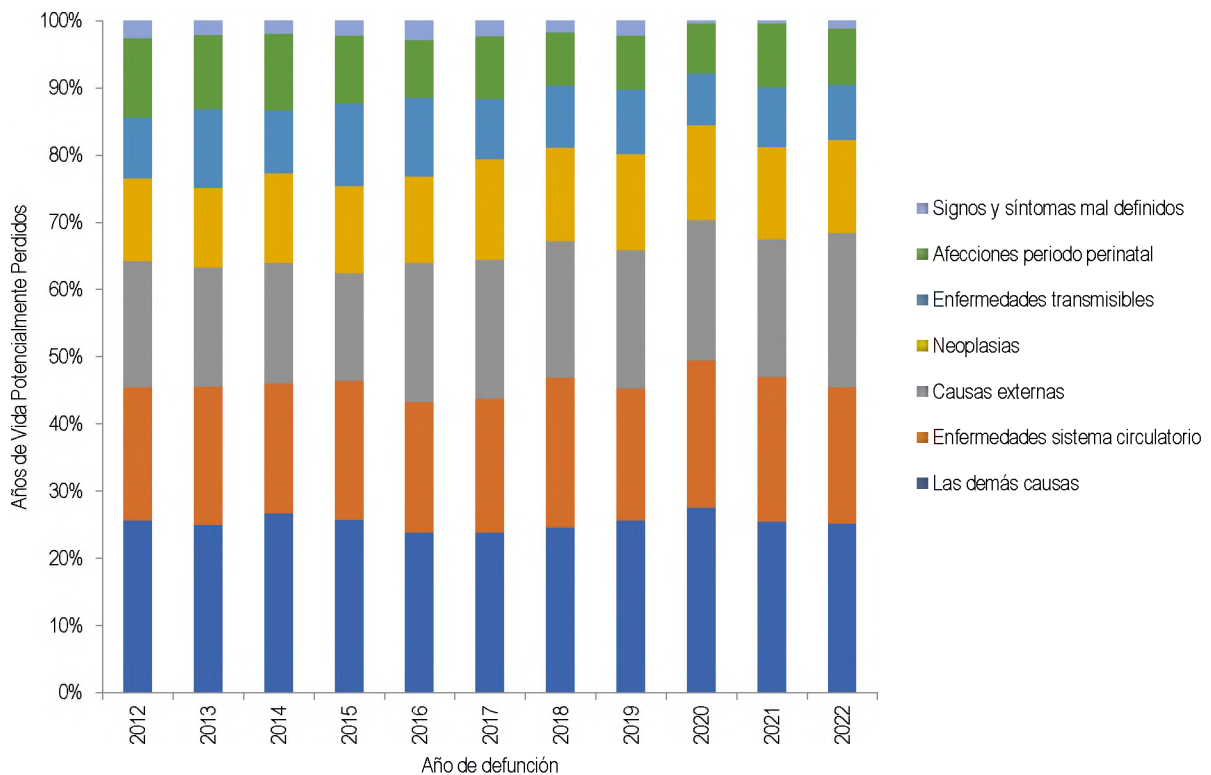
Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) son la suma de todos los años que habrían vivido las personas que murieron por una determinada causa si hubieran vivido hasta una cierta edad. Permiten estimar el tiempo de vida que se pierde como resultado de una muerte prematura y tiene el efecto de otorgar mayor importancia a la vida que se pierde por enfermedades o eventos en los jóvenes, por tanto, su medición permite establecer el impacto que tienen las distintas causas de muerte sobre la población y facilita el direccionamiento y evaluación de las acciones en salud.

En el Departamento de Bolívar, en el periodo 2012- 2022 se tiene un total de 920.597 años de vida potencialmente perdidos, los cuales son aportados en primer lugar por el grupo de las demás causas (25,5%); en segundo lugar, las Enfermedades sistema circulatorio (20,5%). Estas causas sumadas totalizan el 46 % del total de los AVPP.

En la tercera posición están las Causas externas (20%), seguido de las Neoplasias (13,5%), las enfermedades transmisibles ocupan el quinto lugar con un 9,5%; Por último, están las Afecciones periodo perinatal (9,2 %), y los signos y síntomas mal definidos que aportan solo el 1,8%.

En la serie analizada, el año 2022 es el que aporta mayor cantidad de AVPP (n=100.672), relacionados principalmente a las demás causas (n=233.922)

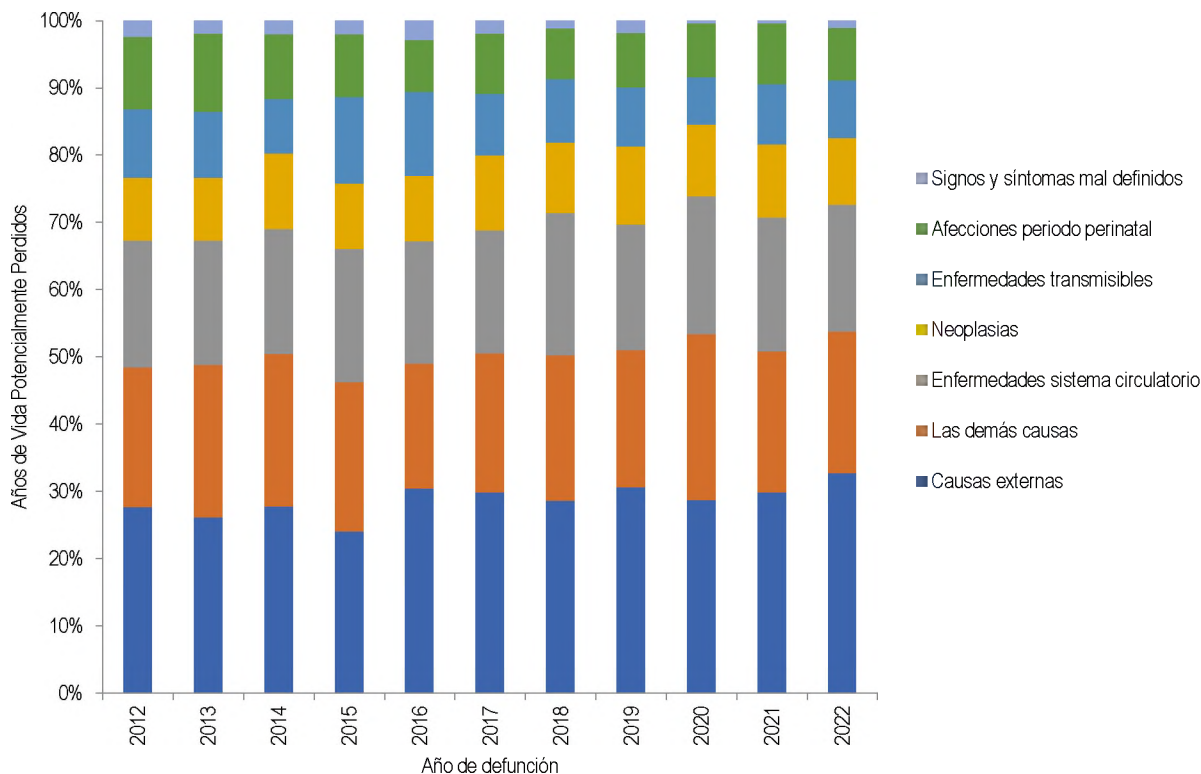
Figura 20. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Bodega de datos SISPRO <https://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/>.

En lo que respecta a los hombres, en el periodo analizado se contabilizan 541.896 AVPP. Estos AVPP se asocian principalmente a las lesiones por causas externas (29%), seguido de las demás causas (21.4%) y en tercer lugar las enfermedades del sistema circulatorio (19.2%). Para el 2022 los AVPP presentan tendencia a aumentar en comparado con 2012.

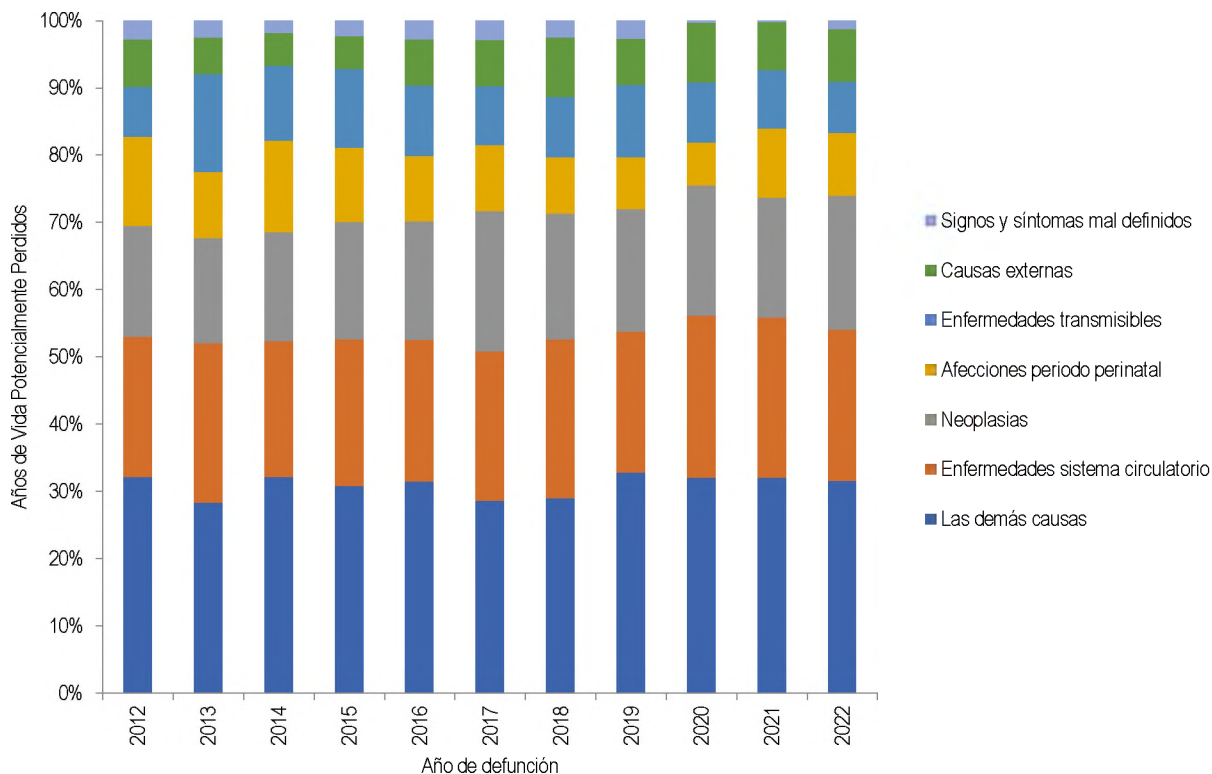
Figura 21. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Bodega de datos SISPRO <https://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/>.

En el sexo femenino el conteo de AVPP según grandes causas muestra un total de 378.700 años de vida potencialmente perdidos entre 2012 y 2022, de los cuales el mayor peso relativo lo aporta el grupo de las demás causas con 31 %. Como segunda causa se observa la carga aportada por las enfermedades del sistema circulatorio (22.3%), le siguen las neoplasias, enfermedades trasmisibles, y las causas externas, con 18%, 10 % y 10 % respectivamente.

Figura 22. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del Departamento de Bolívar, 2012– 2022



Fuente: Bodega de datos SISPRO <https://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/>.

3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

Tasas ajustadas por la edad

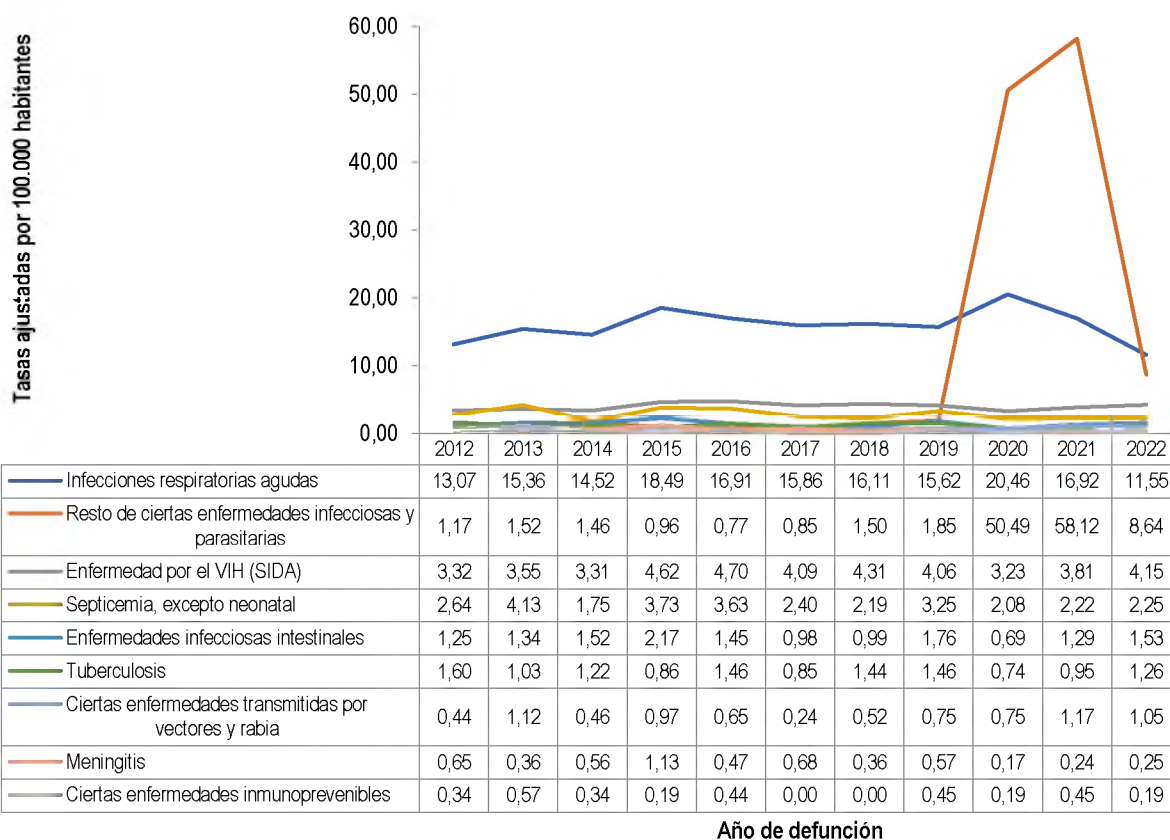
Ahora, se realiza un análisis más detallado para identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad de las enfermedades transmisibles, neoplasias (tumores), enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, causas externas, todas las demás causas y síntomas, signos y afecciones mal definidas del Departamento de Bolívar (sin incluir Cartagena).

Enfermedades transmisibles

En la mortalidad el subgrupo que ocupa el mayor número encontramos las infecciones respiratorias agudas, presentando una tendencia al descenso en los últimos 2 años evaluado, alcanzando la tasa más elevada en el año 2020. En el segundo lugar, encontramos el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con un pico en los años 2020 y 2021, en este subgrupo se ubicaron las muertes por Covid-19. Las enfermedades por el VIH (SIDA)

aportando 4,15 muertes por 100.00 habitantes con un aumento comparando los 3 años anteriores. En el cuarto lugar se encuentra la septicemia, excepto neonatal, la cual muestra también un comportamiento ascendente en 2022.

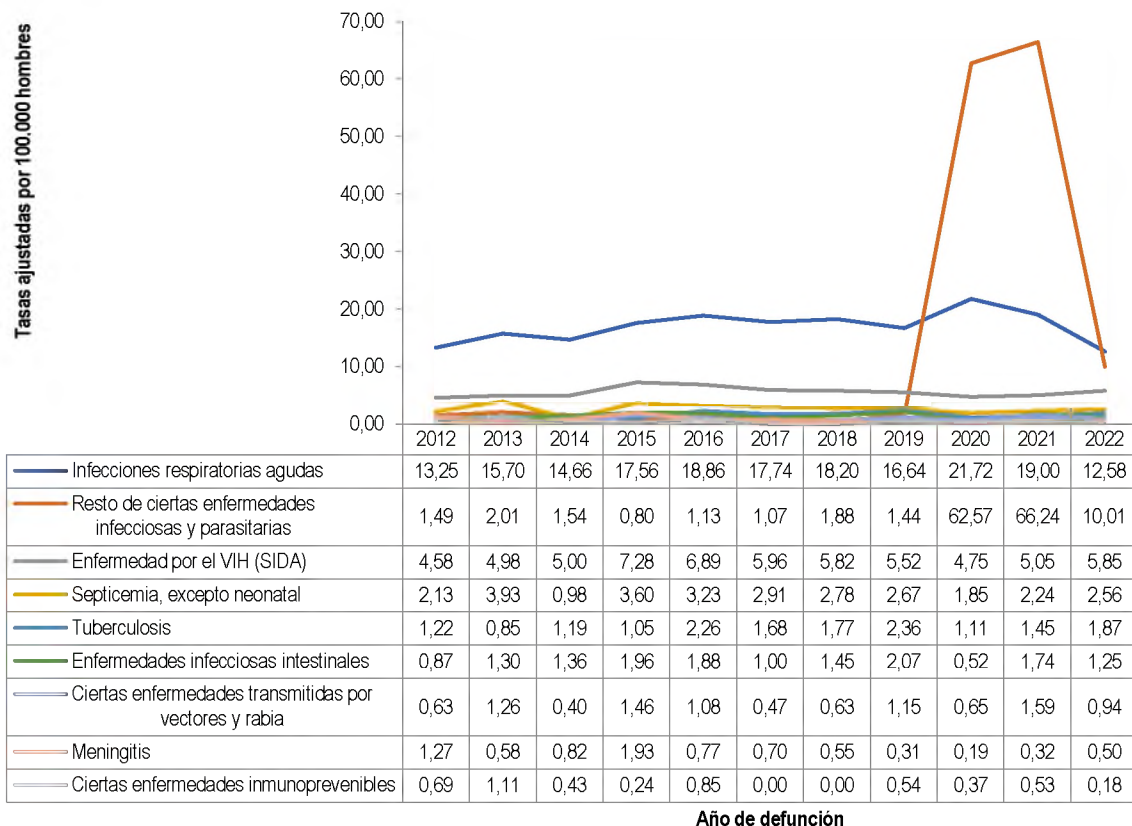
Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

En los hombres se observa que se presentó un comportamiento similar a la población general siendo los dos primeros subgrupos de enfermedades transmisibles causantes de mortalidad en su orden: las infecciones respiratorias agudas, el resto de las ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y la Enfermedad por VIH (SIDA), las cuales muestran un comportamiento generalmente hacia el aumento. Es importante resaltar que, si bien en los últimos años se han presentado disminución de las tasas de mortalidad por septicemia para los años 2021 y 2022 se observa un leve aumento.

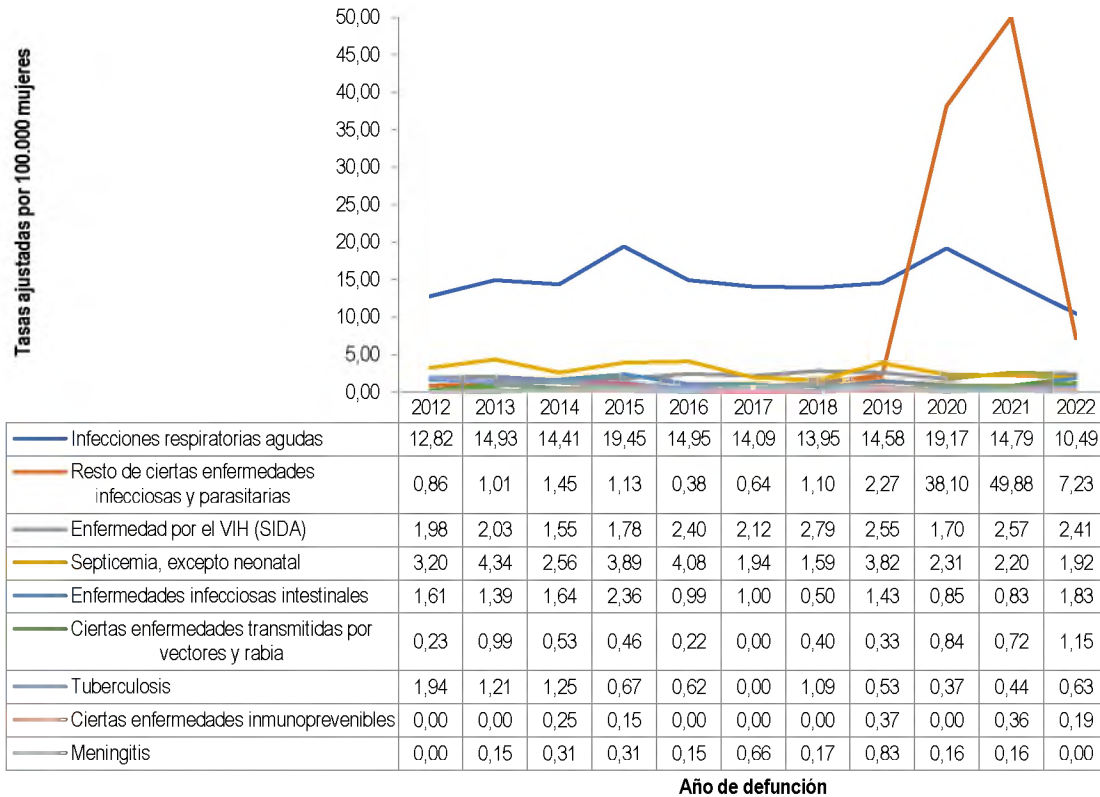
Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Entre las mujeres, el principal subgrupo de mortalidad por las infecciones respiratorias agudas, con tendencia descendente comparando los años anteriores, seguido de resto de las ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y la Enfermedad por VIH (SIDA), esta última con un comportamiento ascendente para 2022.

Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

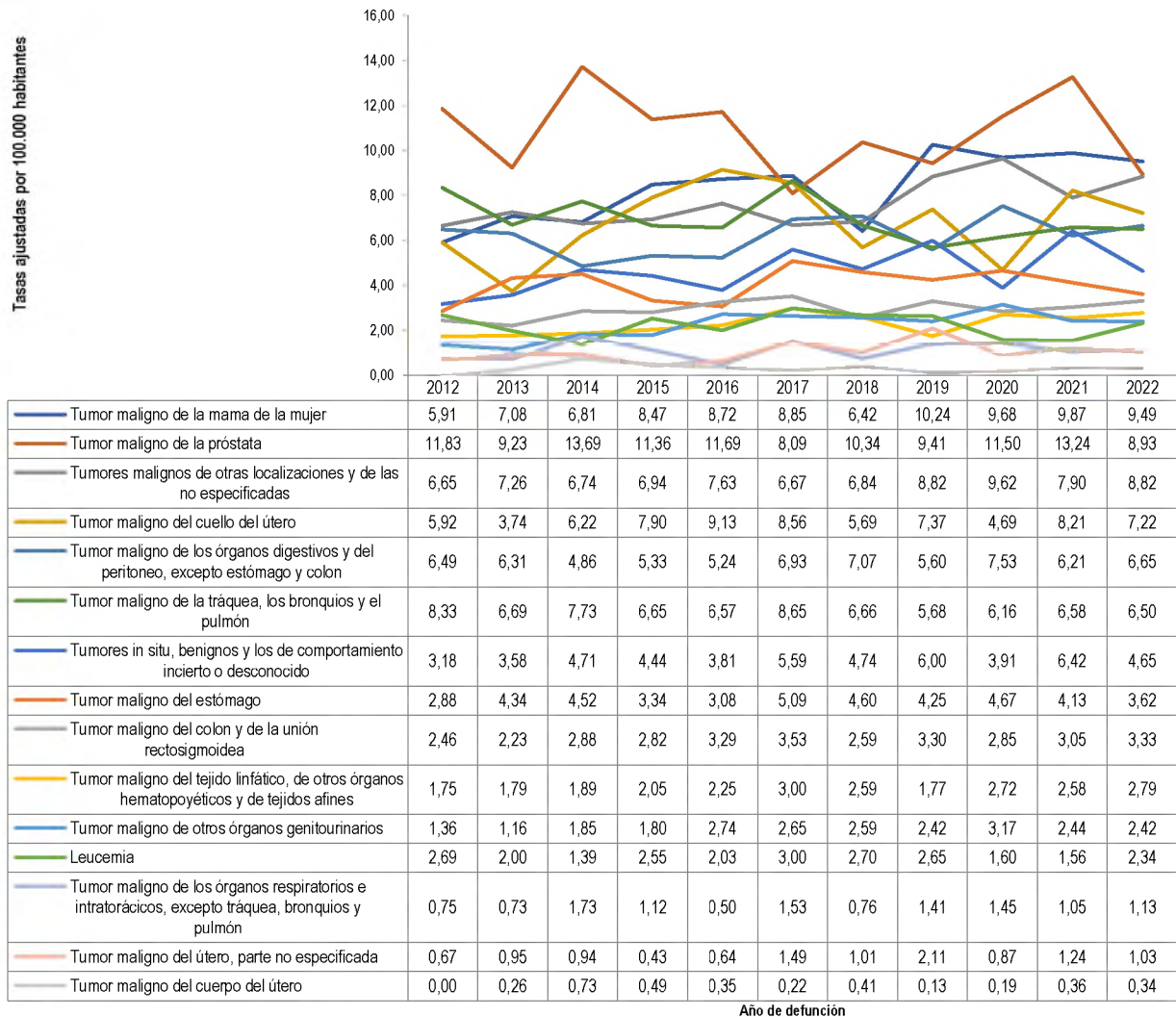


Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Neoplasias

Para el periodo de 2022, las Neoplasias ocupan el tercer lugar en las causas de muerte en Bolívar, se pueden mencionar como neoplasias principales: El tumor maligno de la próstata con un comportamiento fluctuante en los periodos de 2012 hasta 2022, en este último con una tasa de 9,49 muertes por cada 100.000 habitantes, teniendo un descenso con relación al año inmediatamente anterior, en segundo lugar se encuentra el tumor próstata con 8,93 muertes por cada 100,000 habitantes en 2022, evidenciándose un leve descenso comparado con 2021. Es importante anotar que, las tasas de los tumores de próstata, mama, útero, cuello uterino, se calculan sobre el total de hombres o mujeres, según el caso, por lo cual representan cifras más elevadas frente a los que son calculados con base a la población total.

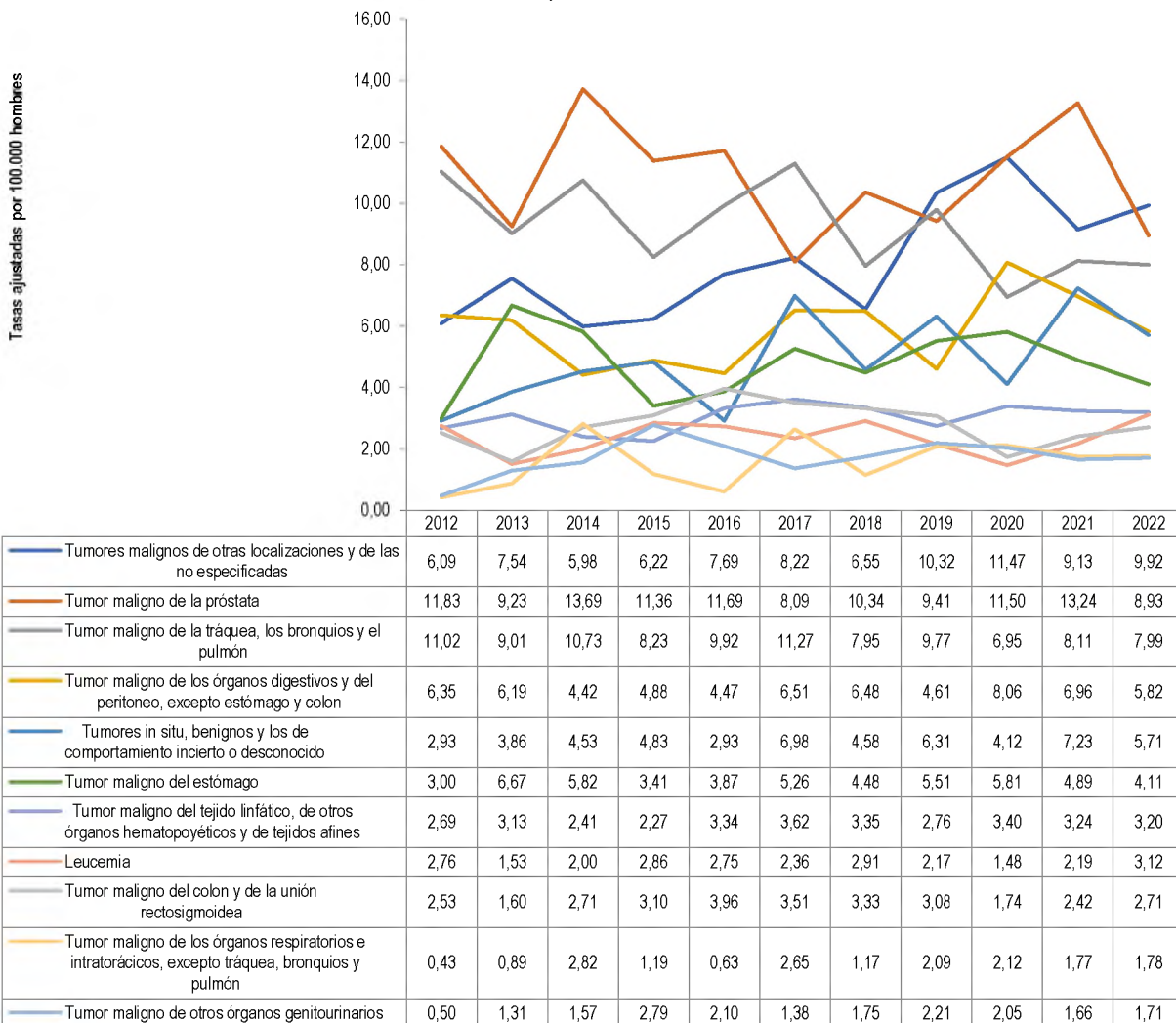
Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias del Departamento Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Al analizar el comportamiento de las neoplasias en los hombres se evidencia que el subgrupo con mayores tasas ajustadas son los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con un comportamiento variable, seguido del Tumor maligno de la próstata, los cuales han mostrado tendencia variable durante los últimos años. En tercer lugar, Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con comportamiento variable, presentando un descenso para 2022. Las tasas más bajas se presentaron en Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón y Tumor maligno de otros órganos.

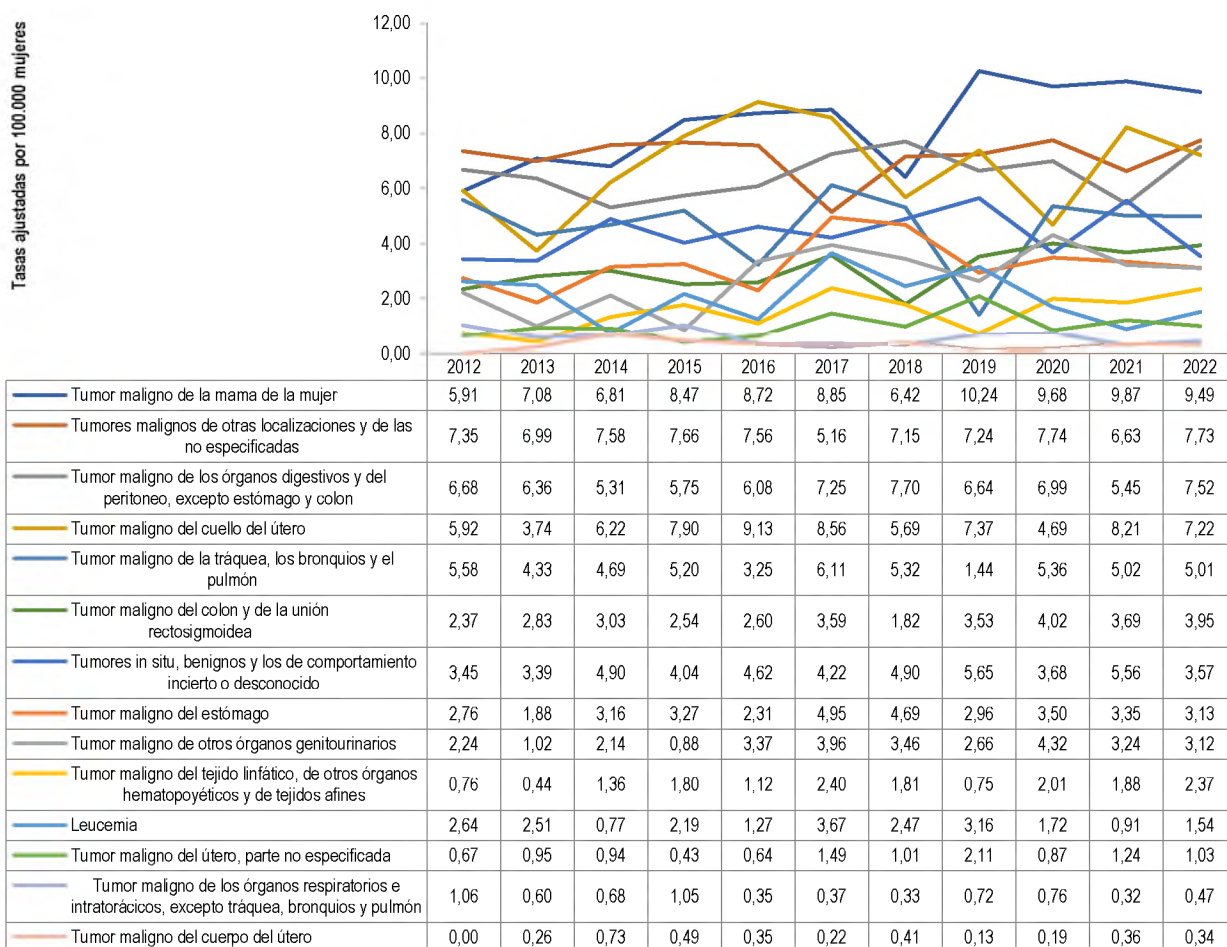
Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Departamento de Bolívar, 2012– 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

En las mujeres, el comportamiento de las neoplasias en primer lugar se ubica el tumor maligno de mama alcanzando una tasa ajustada de mortalidad de 9,49 muertes por 100.000 mujeres, con un comportamiento variable, donde la tasa más baja se presentó en 2012 con 5,91 y la más alta en 2020 con 10,32 muertes por 100,000 mujeres. Seguidamente el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con comportamiento variable en las tasas de mortalidad ajustadas en el periodo. El tumor maligno del cuello de útero ha manejado un comportamiento variable en los últimos 5 periodos, para 2020 la tasa fue de 4,7 y para 2022 7,22 muertes por cada 100,000 habitantes.

Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022

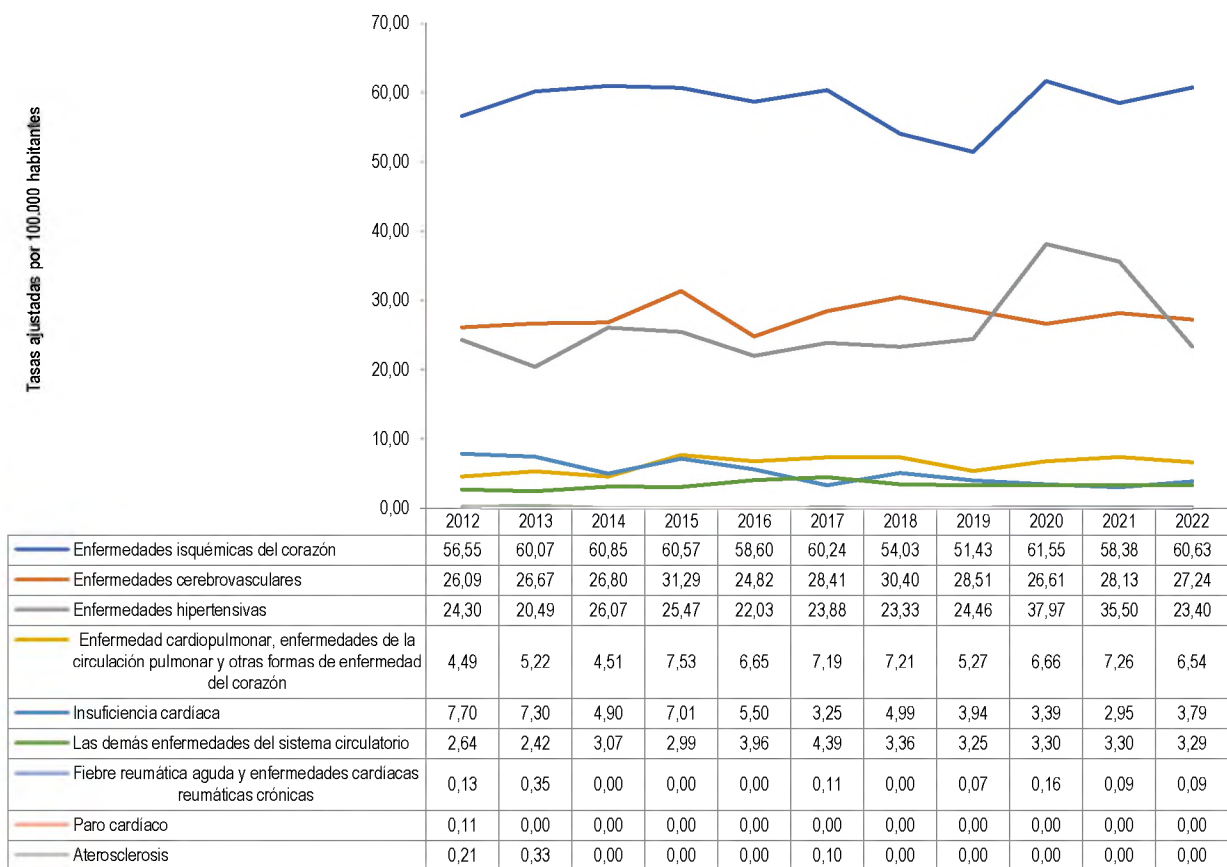


Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Enfermedades del sistema circulatorio

Las Enfermedades isquémicas del corazón fueron las que mostraron superioridad con respecto al resto de subgrupos evidenciando una tendencia variable y exhibiendo unas tasas de mortalidad ajustadas por edad entre 51 y 61 muertes por 100.000 habitantes. Como segunda causa se observaron las Enfermedades cerebrovasculares con un comportamiento variado comparando 2012 hasta 2022. Como tercera causa se categorizó las Enfermedades hipertensivas, con tendencia descendente en los últimos 2 periodos evaluados con una tasa de mortalidad de 23,40 muertes por 100.000 habitantes en el año 2023.

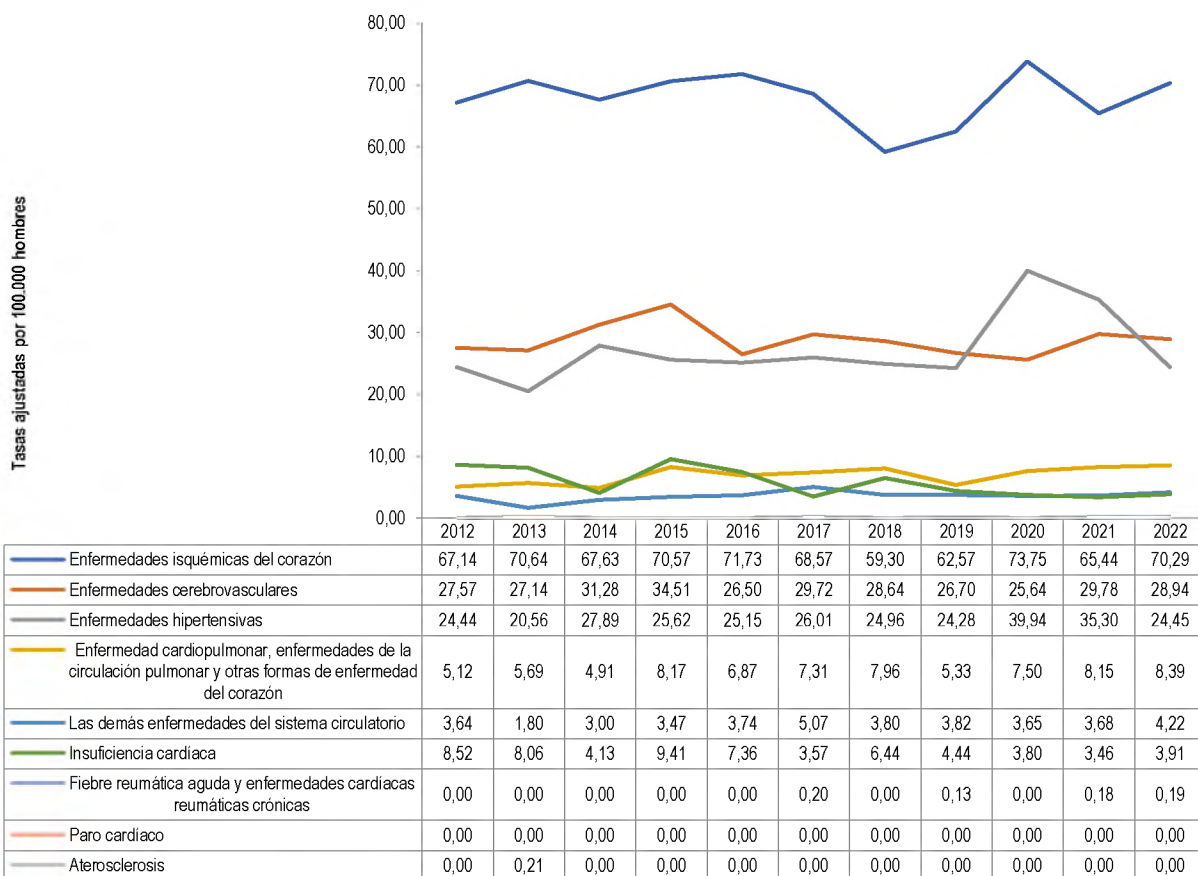
Figura 29. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Los hombres presentan una carga de mortalidad en las Enfermedades del Sistema Circulatorio bastante significativo, siendo las Enfermedades Isquémicas de corazón el subgrupo que aporta el mayor número de muertes en el periodo comprendido, con la tasa más alta en el año 2020 con 73,75 muertes por 100.000 hombres, para 2022 la tasa fue de 70,29 muertes por 100.000 hombres. Las Enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar, las cuales causaron 28,94 muertes por 100.000 hombres en el año 2022. En el tercer lugar se ubicaron las Enfermedades hipertensivas de las cuales registraron 24,45 muertes por 100.000 hombres en el 2022, con una tendencia hacia el descenso en los últimos 2 años. (Figura 24)

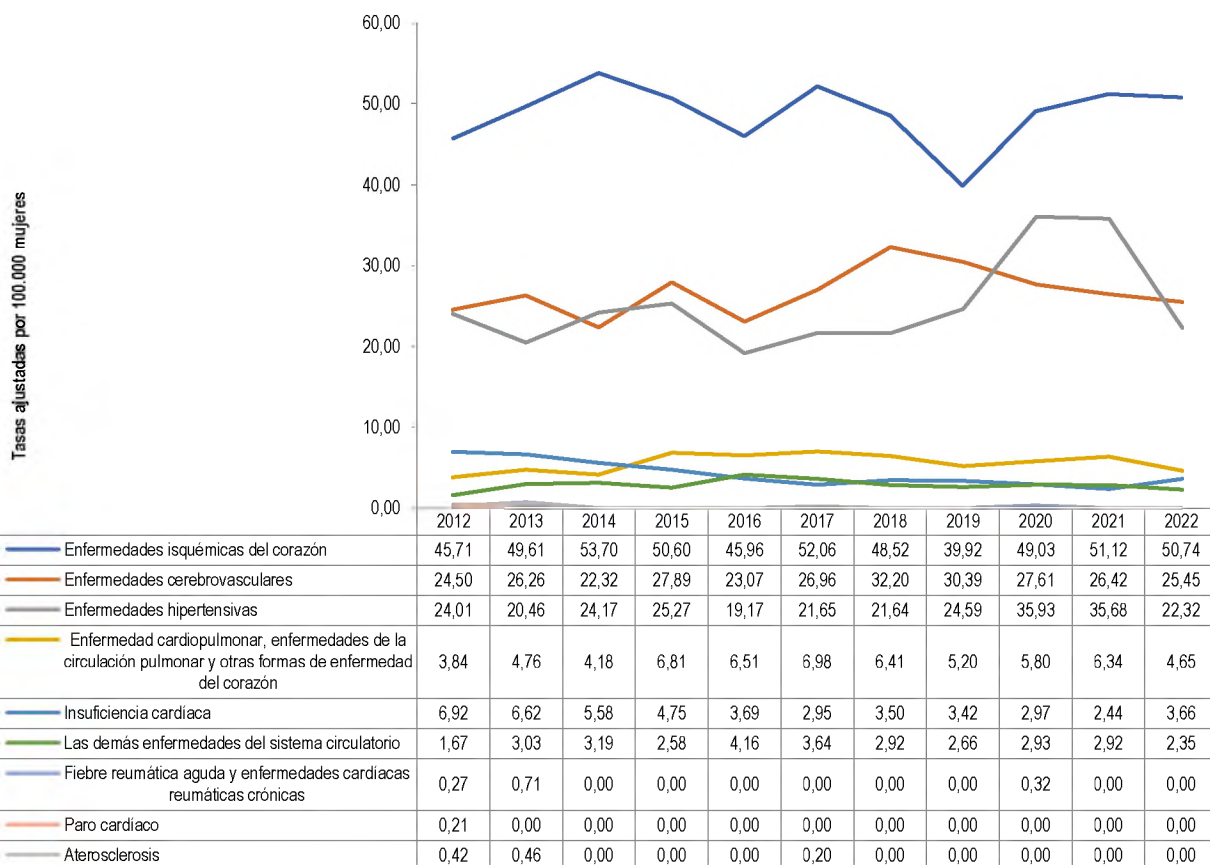
Figura 30. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

La principal causa de mortalidad enfermedades de sistema circulatorio en mujeres del Departamento de Bolívar, fueron las enfermedades isquémicas del corazón con una tendencia al aumento en los periodos de 2019 hasta 2022, con un leve descenso para el año 2022 con 50,74 muertes por cada 100.000 mujeres; seguidamente están las enfermedades cerebrovasculares con 25,45 muertes para 2022, con tendencia al descenso, posteriormente las enfermedades hipertensiva, con una tasa para 2022 de 22,32 por cada 100.000 mujeres, disminuyendo con respecto a los 2 años anteriores.

Figura 31. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022

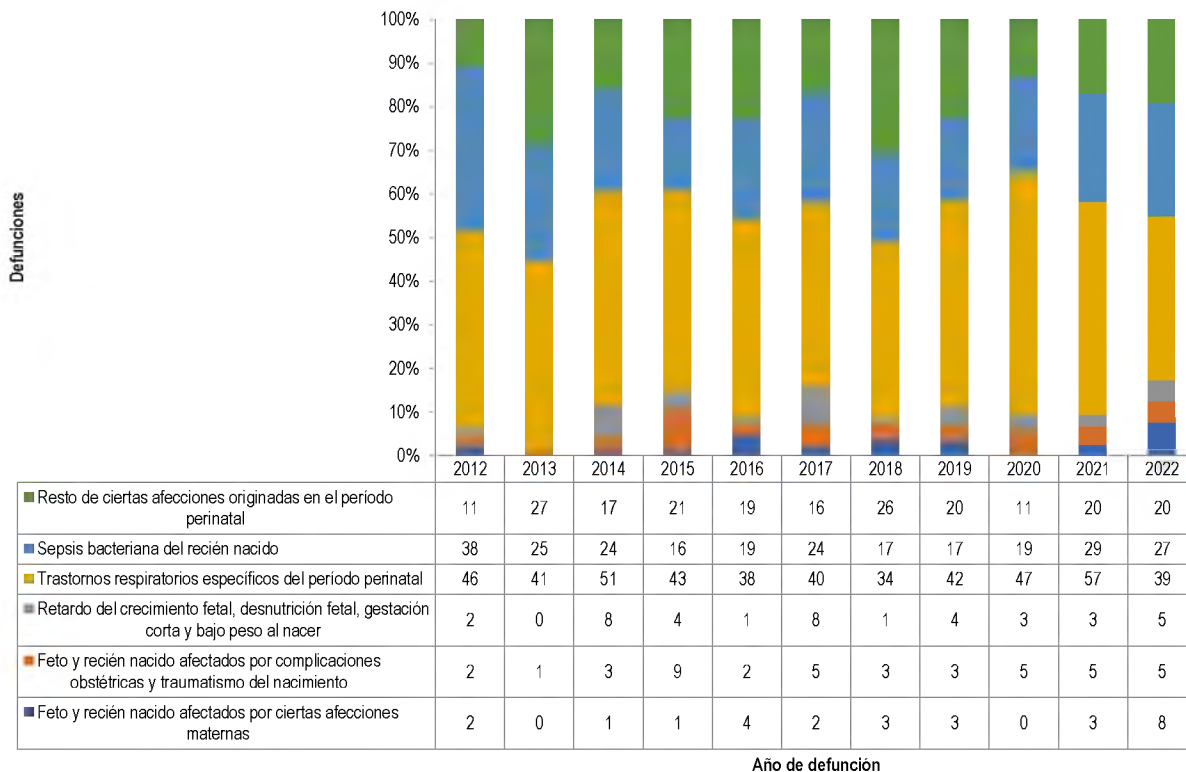


Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En el grupo de afecciones del periodo perinatal el mayor número de muertes que ocurrieron en el periodo del 2012 al 2022 corresponden al subgrupo de trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, se observa una disminución en la tasa para 2022 comparando con el año inmediatamente anterior. Le sigue el subgrupo de Sepsis bacteriana del recién nacido con un comportamiento variable, en tercer lugar, el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con tendencia al aumento en los últimos 3 años evaluados.

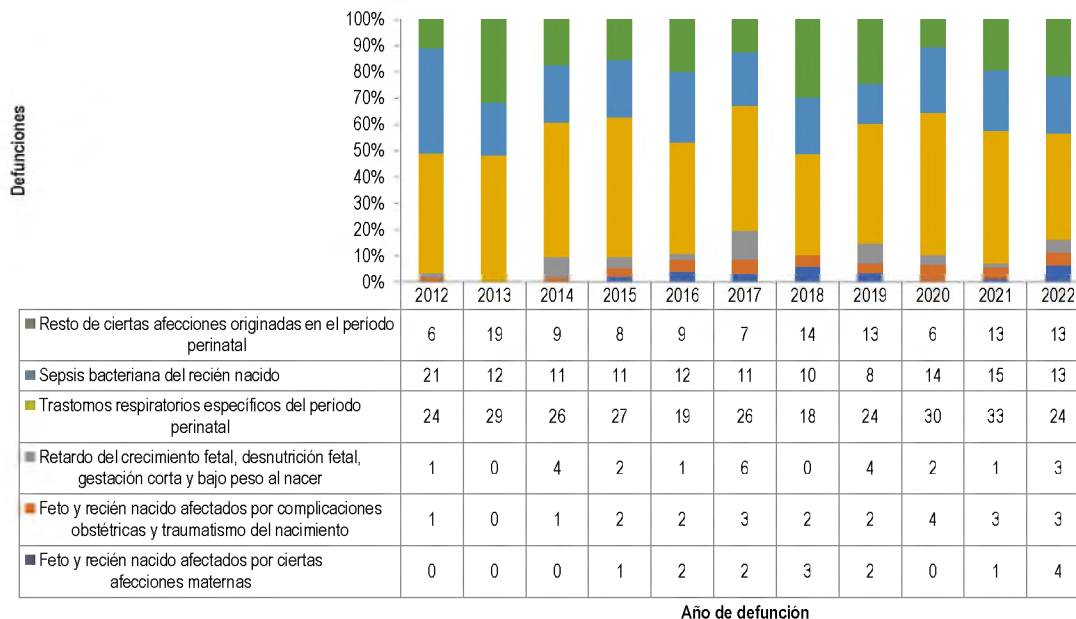
Figura 32. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

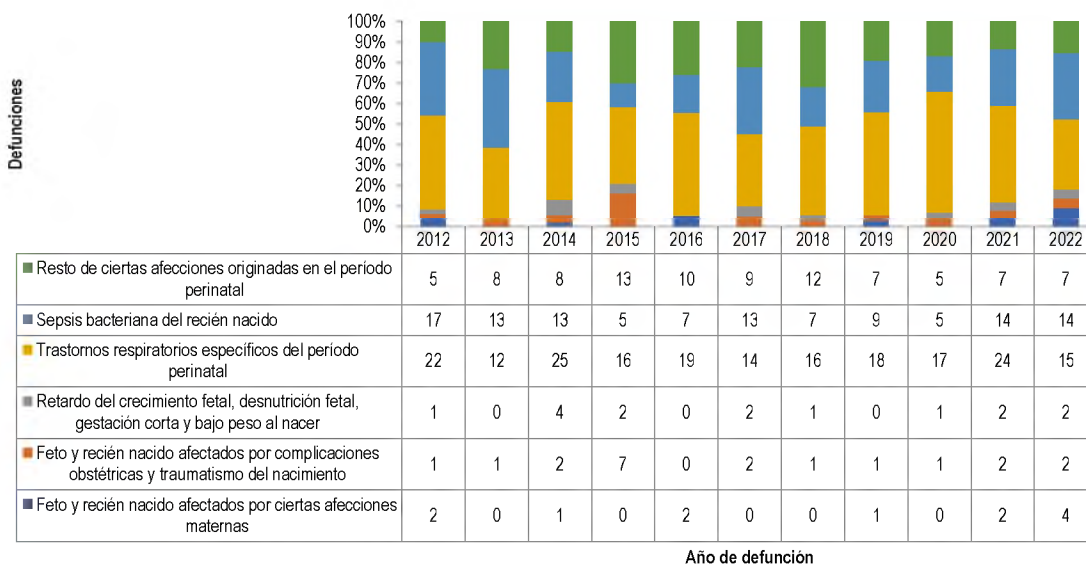
En los hombres y mujeres los principales subgrupos con mayores defunciones en el periodo 2012-2022 son: Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, Sepsis bacteriana del recién nacido Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Para todos estos subgrupos el comportamiento ha sido variable en los periodos analizados.

Figura 33. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Figura 34. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



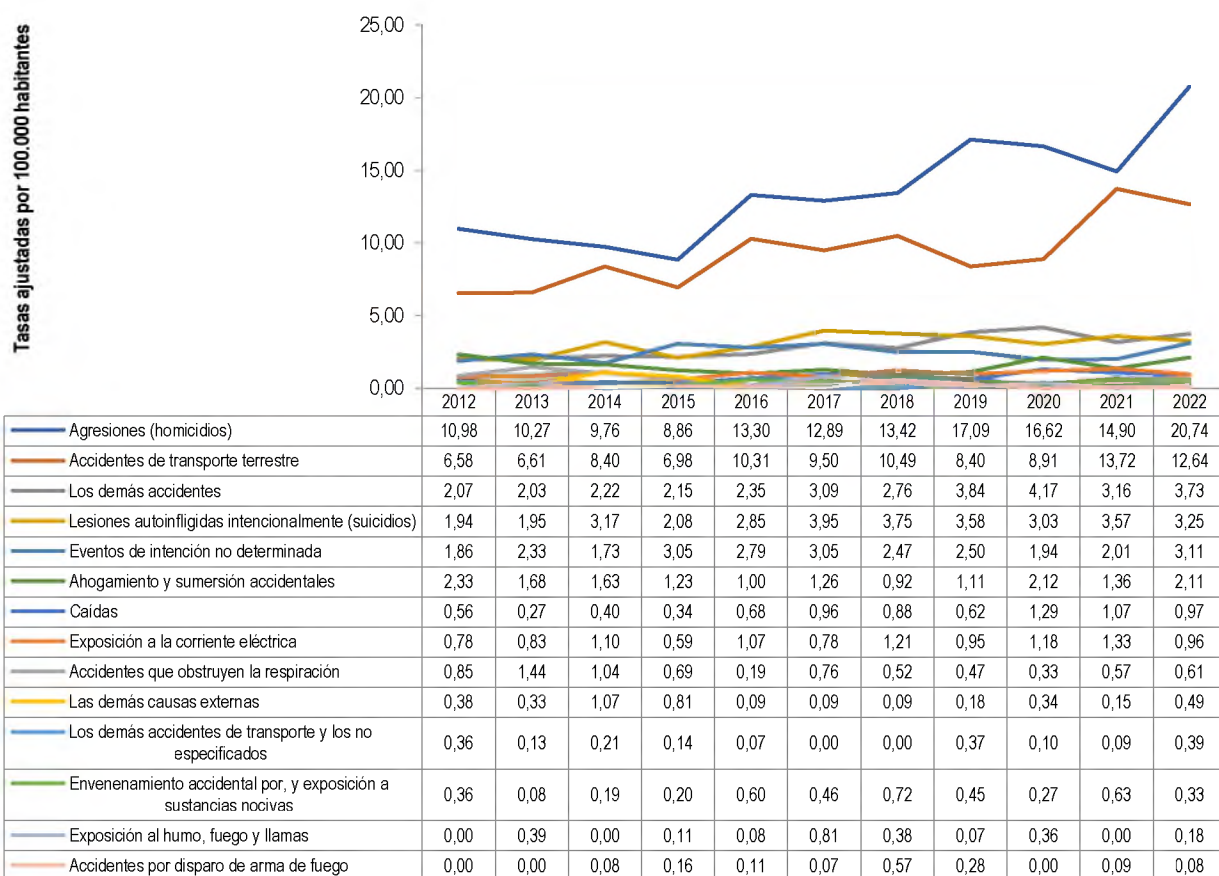
Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Causas externas

En las Causas externas, el análisis de las Agresiones (homicidios) respecto a los otros subgrupos, nos indica que lidera el orden de frecuencia de mortalidad durante todo el periodo de observación 2012 – 2022; con dirección ascendente exhibiendo tasas que oscilan entre 8,86 hasta 20,74 por cada 100.000, observándose la tasa más alta para 2022. En segundo lugar, encontramos accidentes de transporte terrestre, con una tendencia lateral oscilante, esta sub causa registra valores desde 6,58 para 2012 finalizando el periodo de observación con una tasa de 12,64 muertes por cada 100.000 habitantes en 2022.

Durante el 2022 los demás accidentes ocupan el tercer lugar, las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una tendencia al descenso en los últimos 2 años ocupan la cuarta posición.

Figura 35. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

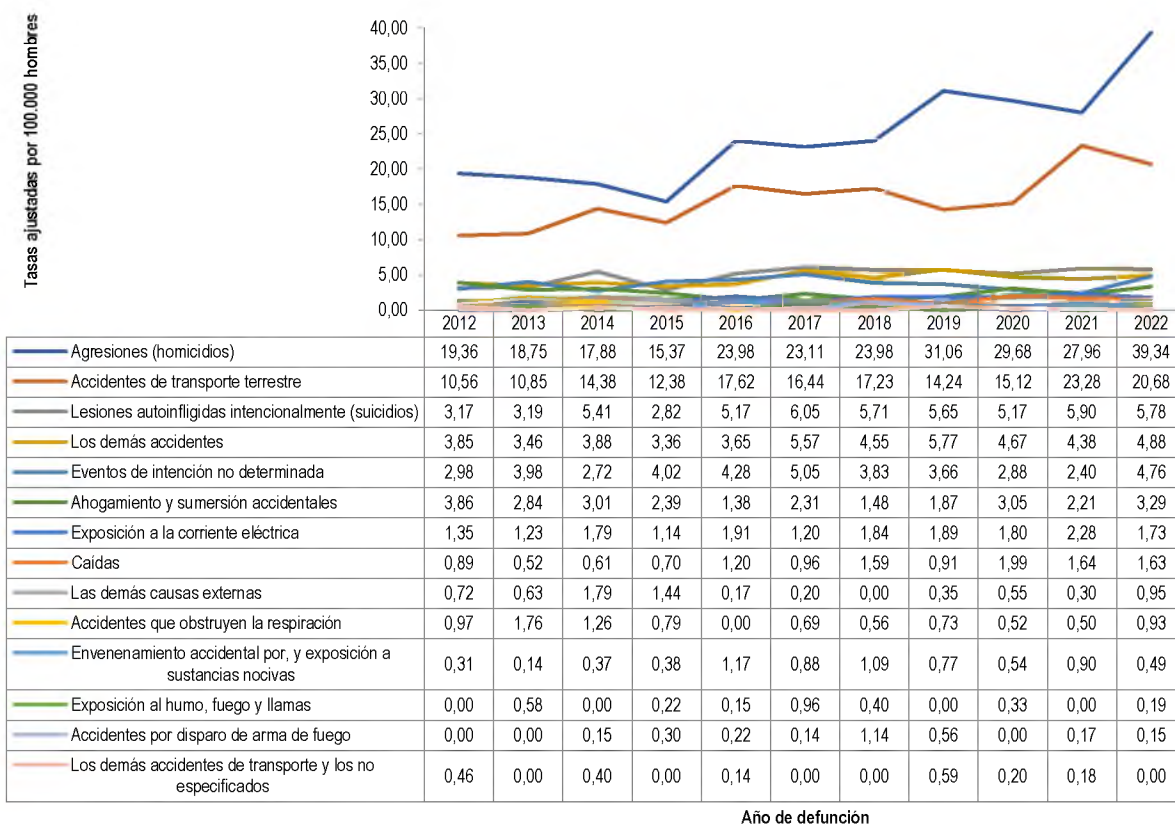
Siguiendo un comportamiento similar al de la población en general, en el sexo masculino las tasas más elevadas se presentaron por el subgrupo: Agresiones (homicidios). Durante todo el periodo de estudio se observa una tendencia

NIT. 806.005.597-1

al aumento, observándose la tasa más alta para 2022 con 39,34 por cada 100.000 hombres. En segundo lugar, los Accidentes de transporte terrestre, registra un comportamiento tendiente al ascenso.

En la población masculina el comportamiento en los casos Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), muestran un comportamiento oscilante con un máximo valor de 6 muertes por cada 100.000 hombres en 2017 y un mínimo valor de 2,8 en 2015, durante el 2022 la tasa registrada fue de 5,78 muertes por cada 100.000 hombres. En similitud a la mortalidad general, en el sexo masculino los subgrupos con menores tasas registradas se encuentran Accidentes por disparo de arma de fuego con de 0,15 muertes por cada 100.000 hombres en 2022, Los demás accidentes de transporte 0 muertes por cada 100.000 hombres.

Figura 36. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022

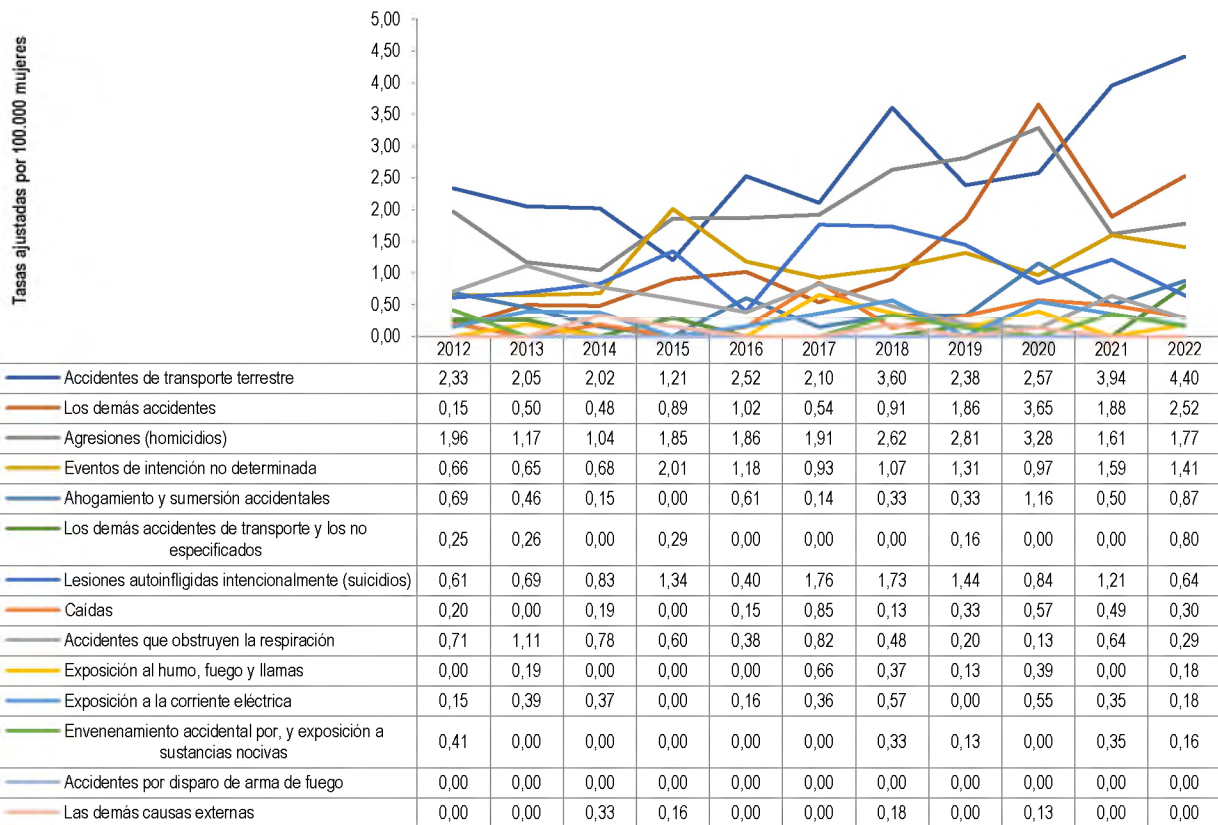


Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Respecto al sexo femenino, el subgrupo de mayor frecuencia registrada durante el 2022 fueron los accidentes por transporte terrestre con un comportamiento ascendente, durante el 2022 registró la mayor tasa con un valor de 4,40 muertes por 100.000 mujeres. Los demás accidentes y las agresiones (Homicidios) se ubica en segundo lugar y tercer

lugar, con comportamientos variables entre 2012 hasta 2022, presentándose un ligero aumento para 2022 comparando con el año inmediatamente anterior.

Figura 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022



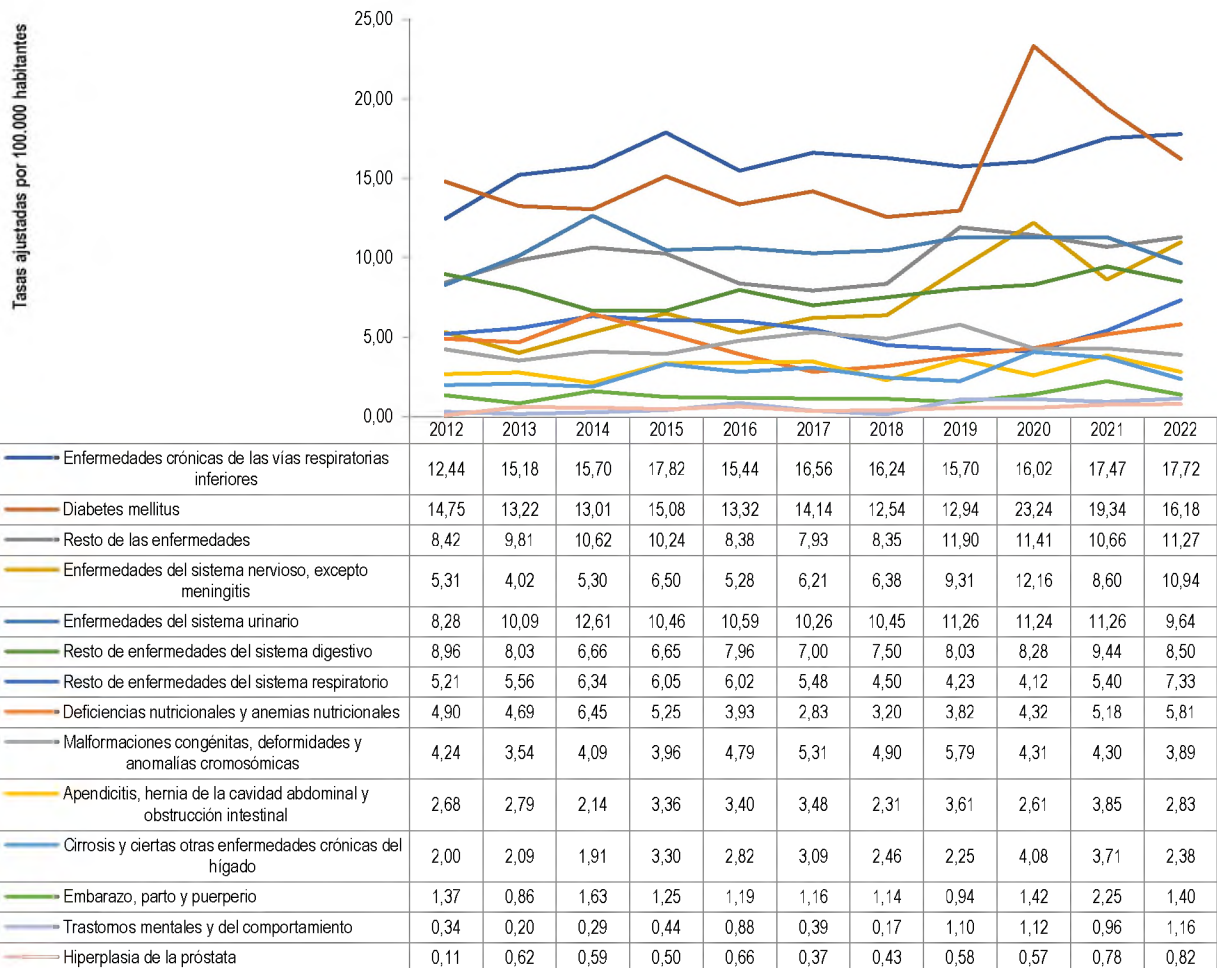
Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Las demás enfermedades

El subgrupo de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores lidera en orden de frecuencia las causas de mortalidad durante el 2022, observándose una tendencia al aumento, con una tasa para 2022 de 17,72 muertes por cada 100.000 habitantes. Observamos que la diabetes mellitus se configura como la segunda sub causa de mortalidad en 2022 con una tasa de 16,18 muertes por cada 100.000 habitantes. La dirección de la tendencia de este subgrupo, aunque oscilante; de forma general muestra una disminución durante los dos últimos años.

En tercer lugar, el resto de enfermedades con una tasa de 11,27 muertes por cada 100.000 habitantes en 2022, presenta una tendencia general con dirección ascendente. Los Subgrupos de hiperplasia de la próstata, trastornos mentales y del comportamiento ocupan los últimos lugares en este subgrupo con tasas por debajo de 1,5 muertes por 100.000 habitantes durante el 2022.

Figura 38. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022

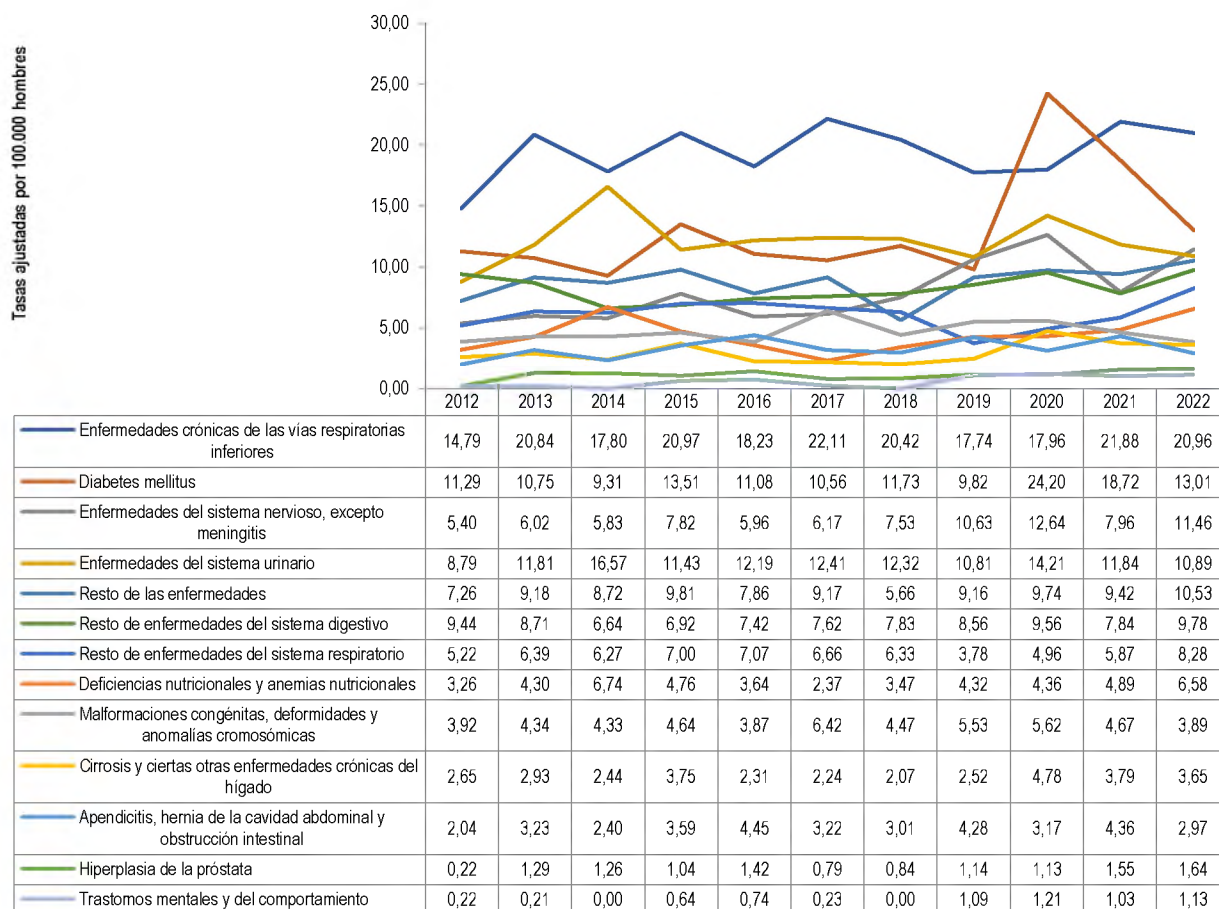


Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Respecto a la población masculina, en el primer subgrupo encontramos a las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que en 2022 presentó una tasa de 20,96 muertes por cada 100.000 hombres con un variable comparando todos los periodos. La diabetes mellitus se ubican en segundo lugar, manteniendo un comportamiento irregular y oscilante durante todo el periodo de estudio, observándose un comportamiento descendente en los 2 últimos años. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, durante el 2022 presentó una tasa de 11,46 muertes por cada 100.000 hombres, con aumento respecto al año anterior, el comportamiento a lo largo de los años de análisis es oscilante.

La Hiperplasia de la próstata, los Trastornos mentales y del comportamiento y la Apendicitis, se ubican como los últimos tres subgrupos de mortalidad de la lista analizada.

Figura 39. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del Departamento de Bolívar, 2012 - 2022



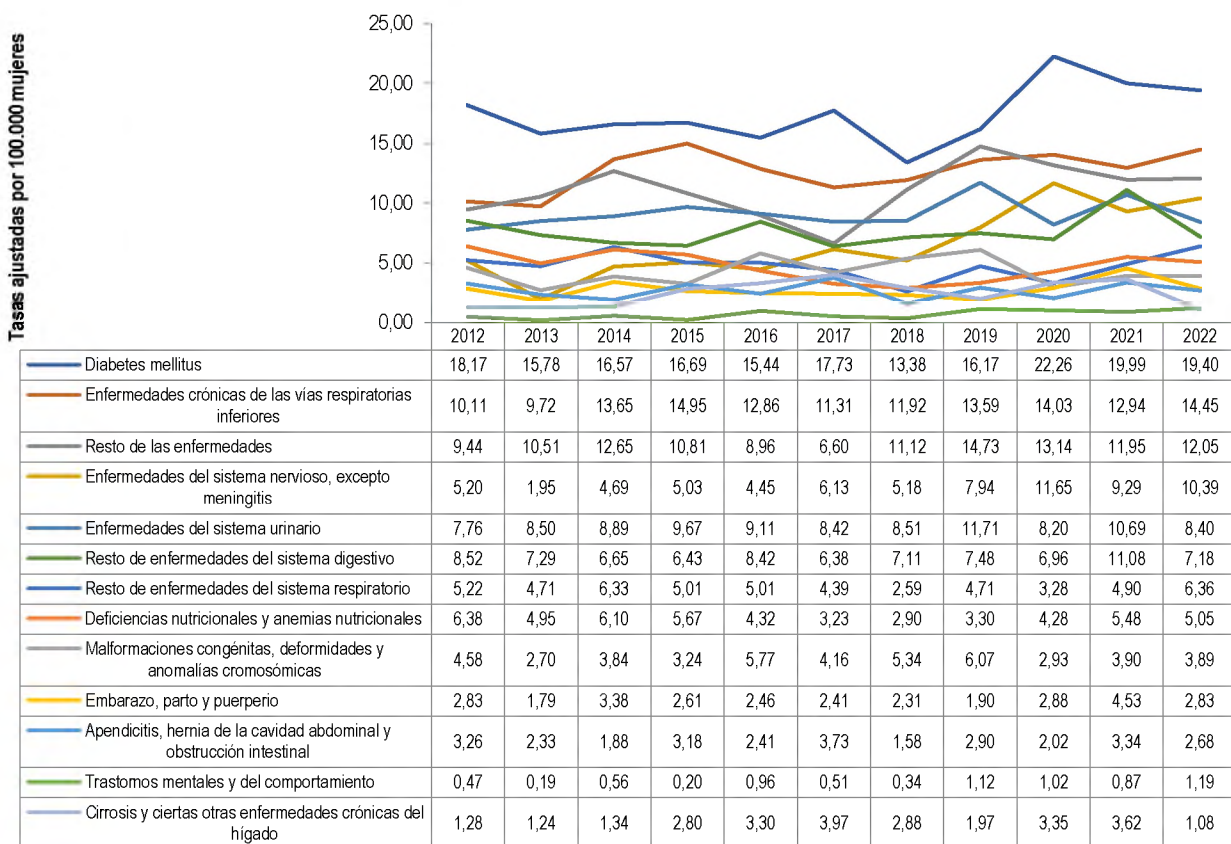
Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

En el sexo femenino durante el 2022 la patología que lidera los subgrupos de mortalidad es la Diabetes mellitus con una tasa de 19,40 muertes por cada 100.000 mujeres; con disminución respecto a los 2 años inmediatamente anterior. El comportamiento de este subgrupo de forma general se muestra con una tendencia ascendente. En segundo lugar, se ubicaron las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con un comportamiento variable, manteniendo tasas entre 9 y 14 muertes por cada 100.000 mujeres durante todo el periodo de observación.

El Resto de las enfermedades se encuentran como la tercera sub causa de mortalidad en el sexo femenino. Durante el 2022 la tasa de este subgrupo tuvo un valor de 12,05 muertes por cada 100.000 mujeres, con una tendencia general en aumento.

Los Trastornos mentales y del comportamiento y La Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal; registraron un comportamiento con dirección descendente y se ubicaron como los subgrupos con las tasas más bajas de la lista estudiada.

Figura 40. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

A continuación, se muestra un resumen de la tendencia de mortalidad por causas específicas en el Departamento de Bolívar; el color amarillo (semaforización) indica que el comportamiento de la mortalidad por estas causas en Bolívar fue similar a Colombia, es decir que no hay diferencias estadísticamente significativas.

En el grupo de las grandes causas observamos que la tasa de mortalidad ajustada por neoplasias presentó el indicador muy por debajo que el nacional, con una diferencia estadística significativa, al igual que los subgrupos de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y enfermedades isquémicas del corazón.

Por otro lado, la tasa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles fue mayor que la nacional, pero sin diferencia estadística significativa. Así mismo, los subgrupos de mortalidad que presentaron tasas ajustadas por encima de Colombia fueron: tumor maligno del cuello uterino, enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus, sin diferencia estadística significativa. El resto de las grandes causas presentaron cifras por debajo de Colombia.

Tabla 42. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte	Colombia 2022	Bolívar 2022
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles	27,83	30,87
Tasa de mortalidad ajustada por neoplasias	83,25	55,65
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio	145,05	124,98
Tasa de mortalidad ajustada por causas externas	63,59	49,59
Tasa de mortalidad ajustada por las demás enfermedades	118,88	99,88
Tasa de mortalidad ajustada por infecciones respiratorias agudas	14,99	11,55
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno del estómago	8,79	3,62
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	13,23	6,65
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	7,33	6,50
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de mama	11,81	9,49
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno del cuello uterino	6,14	7,22
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de la próstata	12,32	8,93
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades hipertensivas	17,24	23,40
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades isquémicas del corazón	79,76	60,63
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades cerebrovasculares	28,00	27,24
Tasa de mortalidad ajustada por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	5,82	3,25
Tasa de mortalidad ajustada por agresiones (homicidios)	27,22	20,74
Tasa de mortalidad ajustada por diabetes mellitus	14,02	16,18
Tasa de mortalidad ajustada por trastornos mentales y del comportamiento	2,76	1,16
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	24,29	7,33
Tasa de mortalidad ajustada por resto de enfermedades del sistema digestivo	14,45	8,50
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema urinario	10,98	9,64

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y herramienta de tasas ajustadas ASIS - MSPS.

Mortalidad relacionada con salud mental

Para el análisis de la mortalidad relacionada con la salud mental se tomaron los 3 principales grupos de causas relacionados a esta como son los trastornos mentales y del comportamiento, los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas y la epilepsia.

El mayor número de muertes relacionadas a la salud mental en Bolívar (sin Cartagena) durante el periodo 2012-2022, fueron ocasionadas por la epilepsia con un aumento notable de los casos en 2022 respecto a los años anteriores, en el sexo masculino se presentó el 60.33% del total de los casos.

Los trastornos mentales y del comportamiento con un aporte de casos variado durante todo el periodo analizado, registró un comportamiento estable en el año 2022 n=15 casos, sin diferencias significativas entre ambos sexos.

Finalmente, los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas registraron 2 muertes en 2022. Respecto al sexo, se observa que la mayoría de los casos se presentó en los hombres.

Tabla 43. Mortalidad relacionada con Salud mental del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Grupo	Sexo	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Trastornos mentales y del comportamiento	Femenino	2	1	3	1	5	3	2	7	6	6	8	44
	Masculino	1	1		3	4	1		7	7	7	7	38
	Total	3	2	3	4	9	4	2	14	13	13	15	82
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de SPA	Femenino	1							1				2
	Masculino				1	1			3	5	1	2	13
	Total												
Epilepsia	Femenino	5	2	7	4	5	6	2	5	9	13	13	71
	Masculino	5	6	9	9	8	5	6	13	19	11	17	108
	Total	10	8	16	13	13	11	8	18	28	24	30	179

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE

3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Para el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizó 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.

Tasas específicas de mortalidad

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

En la población de menores de 1 año se observa que el grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal tiene las tasas más elevadas del periodo analizado, con su pico más alto en el año 2014 con 6,6 muertes por cada

1.000 nacidos vivos y una tendencia variable, presentando en el 2022 una tasa de 5,19 por 1.000 nacidos vivos; en segundo lugar, se encuentran las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa para 2022 de 2,04 muertes por cada 1000 nacidos vivos y una tendencia levemente ascendente; estos dos grandes grupos fueron los que presentaron las tasas más elevadas en el año 2022. En tercer lugar, se encuentran las Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos seguido de las enfermedades infecciosa y parasitarias.

Tabla 44. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 año, por cada 1.000 nacidos vivos, según la lista de los 16 grandes grupos, Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,24	0,78	0,82	0,74	0,57	0,42	0,29	0,72	0,33	0,62	0,70
Tumores (neoplasias)	0,00	0,06	0,06	0,06	0,00	0,06	0,00	0,12	0,05	0,00	0,05
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,24	0,06	0,00	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,09	0,05	0,15
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,90	0,60	1,05	0,37	0,64	0,60	0,82	0,42	0,47	0,38	0,80
Enfermedades del sistema nervioso	0,12	0,18	0,19	0,31	0,13	0,42	0,23	0,48	0,23	0,00	0,15
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,18	0,24	0,12	0,00	0,06	0,24	0,23	0,12	0,00	0,14	0,15
Enfermedades del sistema respiratorio	0,96	1,27	1,24	0,99	1,02	0,78	0,82	0,84	0,28	0,29	0,60
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,06	0,12	0,06	0,13	0,12	0,00	0,06	0,09	0,05	0,05
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,06	0,12	0,06	0,12	0,00	0,12	0,00	0,05	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,10	5,17	6,14	5,11	5,29	5,10	1,92	5,36	1,92	5,12	5,19
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,37	2,41	2,35	2,78	2,80	3,54	2,87	3,25	1,96	2,02	2,04
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,06	0,30	0,25	0,12	0,19	0,24	0,29	0,36	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,10
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,30	0,30	0,31	0,00	0,06	0,12	0,18	0,30	0,19	0,24	0,20

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS

En cuanto a la mortalidad por Grandes causas en el género masculino en la población menor de 1 año, se puede observar que la principal causa de muertes es el grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con tasas entre 5 a 7 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos; en segundo, se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con tasas entre 1 y 4 muertes por cada 1000 nacido vivo. Las enfermedades del sistema respiratorio, endocrinas e infecciosas y parasitarias presentaron comportamientos ascendentes con tasas de 0,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos cada una.

Tabla 45. Tasas específicas de mortalidad en niños menores de 1 año, por cada 1.000 nacidos vivos, según la lista de los 16 grandes grupos, Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Masculino										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,22	0,85	0,72	0,99	1,01	0,33	0,12	0,71	0,27	0,57	0,88
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,12	0,12	0,00	0,11	0,00	0,00	0,09	0,00	0,10
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,18	0,09	0,29
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,11	0,61	1,20	0,25	0,38	0,77	0,92	0,47	0,46	0,38	0,88
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,24	0,62	0,00	0,33	0,46	0,36	0,00	0,00	0,29
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,11	0,37	0,12	0,00	0,00	0,22	0,35	0,12	0,00	0,19	0,10
Enfermedades del sistema respiratorio	1,44	0,98	0,96	1,24	1,39	0,88	0,81	0,83	0,18	0,57	0,88
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,12	0,24	0,00	0,25	0,11	0,00	0,12	0,18	0,09	0,10
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,00	7,31	6,12	6,31	5,10	6,08	5,12	6,28	5,03	6,22	5,14
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,67	3,17	2,76	3,09	2,03	1,20	2,77	3,20	2,47	2,07	1,95
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,24	0,24	0,12	0,13	0,22	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,11	0,37	0,24	0,00	0,13	0,22	0,12	0,36	0,18	0,28	0,19

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS

En cuanto a la mortalidad por Grandes causas en el sexo femenino en la población menor de 1 año, se observa que la principal causa de muertes, al igual que en los niños, es Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con la tasa más elevada en el 2014 con 6,8 muertes por cada 1000 niñas nacidas vivas, con una reducción en los últimos años, presentando una tasa de 4,49 en el año 2022.

Tabla 46. Tasas específicas de mortalidad en niñas menores de 1 año, por cada 1.000 nacidas vivas, según la lista de los 16 grandes grupos, Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Femenino										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,26	0,72	0,51	0,49	0,13	0,53	0,48	0,74	0,38	0,68	0,51
Tumores (neoplasias)	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,13	0,12	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,65	0,60	0,90	0,49	0,90	0,39	0,72	0,37	0,63	0,39	0,71
Enfermedades del sistema nervioso	0,26	0,36	0,13	0,00	0,26	0,53	0,00	0,61	0,63	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,26	0,12	0,13	0,00	0,13	0,26	0,12	0,12	0,00	0,10	0,20
Enfermedades del sistema respiratorio	0,39	1,55	1,54	0,74	0,64	0,66	0,83	0,86	0,51	0,00	0,31
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,25	0,13	0,26	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,22	6,06	6,71	5,11	3,87	5,25	4,41	4,41	3,66	3,99	4,49
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,11	1,67	2,95	2,47	1,59	2,76	2,98	3,31	1,89	1,96	2,14
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,13	0,36	0,26	0,12	0,26	0,26	0,60	0,37	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,10	0,20
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,52	0,24	0,38	0,00	0,00	0,00	0,24	0,25	0,25	0,20	0,20

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS

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

Entre las edades de 1 y 4 años, se observa que las Causas externas de morbilidad y mortalidad presentaron las tasas más elevadas durante el periodo analizado, con comportamiento ascendente. Para 2022 la tasa fue de 14 muertes por cada 100.000 niños de 1 a 4 años. En el segundo lugar de frecuencia, se ubica el grupo de Enfermedades del sistema nervioso central, seguido de las neoplasias y las enfermedades endocrinas y nutricionales.

Los municipios que presentaron más casos de muertes por Causas externas de morbilidad y mortalidad fueron: María La Baja, Magangué, Arjona, Santa Rosa del Sur, San Pablo, Arenal, El Carmen de Bolívar, Barranco de Loba, Morales y Pinillos. En cuanto a las enfermedades del sistema nervioso central, los municipios con más casos reportados fueron: El Carmen de Bolívar, María La Baja, Arjona, Magangué, Turbana y Villanueva. En las Neoplasias, encontramos los municipios con mayor reporte: Magangué, Arjona, Mompós, El Carmen de Bolívar y Tiquisio.

Tabla 47. Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años, por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,03	8,21	4,08	5,07	5,03	1,00	0,00	2,95	2,29	4,59	2,33
Tumores (neoplasias)	3,10	2,05	3,06	4,06	5,03	2,00	6,94	5,90	3,02	3,44	5,82
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,03	0,00	0,00	2,03	1,01	1,00	0,99	2,95	0,00	1,15	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,13	4,11	3,06	5,07	3,02	0,00	3,96	0,00	1,15	2,29	4,66
Enfermedades del sistema nervioso	5,16	3,08	1,02	2,03	3,02	4,99	1,98	1,97	6,87	2,29	6,99
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	5,16	2,05	6,12	6,09	5,03	4,99	9,92	4,91	3,44	3,44	3,49
Enfermedades del sistema respiratorio	1,03	4,11	2,04	5,07	6,04	3,00	2,97	1,97	1,15	1,15	2,33
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	4,11	2,04	0,00	0,00	1,00	0,99	0,00	0,00	0,00	2,33
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	2,04	0,00	0,00	0,00	0,99	0,98	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	1,03	0,00	1,01	1,01	0,00	0,00	0,98	1,15	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,13	3,08	3,06	3,04	11,07	5,99	2,97	3,93	6,87	3,44	2,33
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,03	1,03	0,00	0,00	2,01	1,00	0,99	1,97	0,00	0,00	1,16
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,26	14,27	5,10	6,09	11,07	13,98	10,90	7,86	9,16	12,52	13,8

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS

En las edades de 1 y 4 años en los niños, se observa que el grupo de Causas externas de morbilidad y mortalidad presentaron las tasas más elevadas durante el periodo analizado, con su tasa más alta en el año 2022 con 18,32 muertes por cada 100.000 niños en este grupo de edad, con tendencia la aumento. En segundo lugar, se ubica el grupo las enfermedades del sistema nervioso, las cuales presentan una tendencia ascendente, para el 2022 la tasa fue de 9,16 por cada 100.000 niños de 1 a 4 años. Seguidamente están las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores, registraron importantes tasas de mortalidad en los niños de 1 a 4 años y mostraron una tendencia ascendente en el 2022 respecto al año inmediatamente anterior.

Tabla 48. Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años, según la lista los 16 grandes grupos, Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Masculino										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,02	4,01	1,99	7,93	7,87	1,95	0,00	1,92	2,25	2,25	4,58
Tumores (neoplasias)	2,02	0,00	0,00	3,96	3,93	3,90	7,74	11,51	2,25	4,51	6,87
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	0,00	0,00	0,00	1,98	1,97	1,95	1,94	1,92	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,02	6,01	0,00	3,96	3,93	0,00	5,81	0,00	2,25	2,25	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	6,05	6,01	1,99	3,96	1,97	5,85	3,87	3,84	6,74	2,25	1,16
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	1,08	4,01	1,96	11,89	1,83	7,81	13,15	5,76	4,49	6,76	6,87
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	1,99	0,00	0,00	0,00	1,94	0,00	2,25	2,25	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	1,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,29
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	3,99	0,00	0,00	0,00	1,94	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,25	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,03	4,01	3,99	3,96	7,87	3,90	0,00	1,92	6,98	2,25	4,58
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,02	2,00	0,00	0,00	3,93	0,00	1,94	1,92	0,00	0,00	2,29
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,06	14,03	7,97	1,91	13,77	17,51	17,41	11,51	11,23	15,78	18,32

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS

En las niñas de 1 y 4 años se observa que las dos primeras causas son las enfermedades endocrinas y las causas externas de morbilidad y mortalidad, con tendencia al aumento. En tercer y cuarto lugar, encontramos las enfermedades del sistema respiratorio y las endocrinas y nutricionales.

Tabla 49. Tasas específicas de mortalidad en niñas de 1 a 4 años, por cada 100.000 niñas menores entre 1 y 4 años, según la lista de los 16 grandes grupos, Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Femenino										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	12,63	6,28	2,08	2,06	0,00	0,00	4,03	2,34	7,01	0,00
Tumores (neoplasias)	4,23	4,21	6,28	4,16	6,19	0,00	6,09	0,00	14,12	2,34	4,74
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	2,12	0,00	0,00	2,08	0,00	0,00	0,00	4,03	0,00	2,34	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,35	2,11	6,28	6,24	2,06	0,00	2,03	0,00	0,00	2,34	9,49
Enfermedades del sistema nervioso	4,23	0,00	0,00	0,00	4,12	4,09	0,00	0,00	7,01	2,34	4,74
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	2,09	0,00	0,00	2,05	4,06	4,03	2,34	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	2,12	8,42	2,09	10,40	11,37	6,14	4,06	4,03	0,00	0,00	4,74
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	8,42	2,09	0,00	0,00	2,05	2,03	0,00	0,00	0,00	2,37
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,01	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	2,11	0,00	2,08	2,06	0,00	0,00	2,01	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,23	2,11	2,09	2,08	11,37	8,18	6,09	6,04	4,67	4,68	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,05	0,00	2,01	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,47	6,32	2,09	2,08	6,19	10,23	4,06	4,03	7,01	11,35	11,49

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS



NIT. 806.005.597-1

375

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

En relación con la tasa específicas de mortalidad en menores de 5 años por Grandes causas, se observa que el grupo: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, fue el que registró durante todo el periodo de observación las tasas más elevadas de mortalidad. Inicia el periodo de observación, en el año 2012 con un valor de 70,14 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, con un comportamiento variable, finalizando en 2022 con una tasa de 81,12. En segundo lugar, encontramos el grupo de Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; que en 2017 presentó la tasa más alta de todo el periodo de análisis con un valor de 43,26 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. Continúa una leve tendencia al descenso, finalizando en 2022 con una tasa de mortalidad de 33,5 para este grupo etario.

Los municipios que reportaron el mayor número de casos de mortalidad por Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal son: Magangué, Turbaco, El Carmen de Bolívar, María La Baja, Arjona Mompós, Achi, San Pablo, San Juan Nepomuceno, Santa Rosa Sur y Calamar.

En cuanto a las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, encontramos los municipios con el mayor número de casos: Magangué, Arjona, Turbaco, Carmen de Bolívar, Mompós, María La Baja, San Juan Nepomuceno, Santa Rosa, Simití, Tiquisio, Santa Rosa Sur.

Tabla 50. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, por cada 100.000 menores de 5 años, según la lista de los 16 grandes grupos, Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3,44	14,36	10,88	11,49	9,39	5,32	3,30	9,82	6,88	9,99	12,48
Tumores (neoplasias)	2,06	2,05	4,08	3,38	4,70	3,33	5,28	5,24	7,65	0,00	4,68
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	3,44	0,68	0,00	2,70	1,34	1,33	0,66	1,96	1,53	0,77	2,34
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13,07	9,58	13,60	7,44	8,72	6,66	11,89	5,24	8,41	6,15	15,60
Enfermedades del sistema nervioso	4,81	4,10	2,72	4,73	4,02	7,99	3,96	7,86	8,41	0,00	7,02
Enfermedades del oído y de la apéndice mastoideo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,75	3,42	2,04	0,00	1,34	6,66	5,28	2,62	1,53	2,31	4,68
Enfermedades del sistema respiratorio	15,13	18,47	17,68	19,60	18,11	13,31	15,19	12,44	6,12	4,61	10,92
Enfermedades del sistema digestivo	0,69	4,10	3,40	0,68	1,34	2,00	1,32	0,65	2,29	0,77	2,34
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	1,37	2,04	2,03	2,01	1,33	1,32	1,96	0,76	0,77	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	70,14	64,29	70,71	63,54	51,67	63,23	51,47	58,29	65,00	89,91	81,12
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	35,76	29,41	33,32	33,12	36,22	43,26	34,34	27,98	26,71	22,27	33,54
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,38	4,10	2,72	1,35	3,35	3,33	3,96	5,24	0,00	0,00	0,78
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76	0,77	1,56
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,94	12,31	7,48	4,06	7,38	11,98	11,23	9,17	9,18	3,84	12,48

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS

En niños menores de 5 años, se observa que Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal fue el grupo que registró durante todo el periodo de observación las tasas más elevadas de mortalidad. Las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas también presentaron importantes tasas en el periodo analizado, siendo la segunda causa de mortalidad en esta población. Las Causas externas de mortalidad y morbilidad ocuparon el cuarto lugar entre el grupo de causas de mortalidad.

Tabla 51. Tasas específicas de mortalidad en niños menores de 5 años, por cada 100.000 menores de 5 años, según la lista los 16 grandes grupos, Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Masculino										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4,03	12,02	10,62	15,84	15,72	5,20	1,29	8,95	6,00	9,05	16,85
Tumores (neoplasias)	1,34	0,00	3,98	3,96	3,93	6,50	6,45	7,67	4,50	0,00	6,13
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4,03	0,00	0,00	1,32	2,62	2,60	1,29	1,28	3,00	1,51	4,60
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	14,76	10,68	13,27	5,28	6,55	9,10	14,19	5,12	8,99	6,03	13,79
Enfermedades del sistema nervioso	4,03	4,01	3,98	9,24	1,31	7,80	7,74	8,95	4,50	0,00	10,72
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	1,34	5,34	1,33	0,00	0,00	9,10	5,16	1,28	1,50	3,02	6,13
Enfermedades del sistema respiratorio	24,16	13,35	17,26	23,76	20,97	15,60	18,06	12,79	6,00	9,05	13,79
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	1,34	3,98	0,00	2,62	1,30	1,29	1,28	4,50	1,51	3,06
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	3,98	0,00	1,31	0,00	2,58	2,56	1,50	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	72,18	80,10	67,69	67,02	58,96	71,52	60,63	7,8	83,95	99,54	91,93
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	34,90	7,38	33,18	16,96	26,21	52,01	20,96	35,81	15,47	33,18	33,71
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,34	4,01	2,65	1,32	3,93	2,60	1,29	5,12	0,00	0,00	1,53
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,71	16,02	9,29	6,60	10,48	16,90	15,48	12,79	10,49	4,52	15,32

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS

En las niñas menores de 5 años, el grupo con mayores tasas de mortalidad fue también el de Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatales, seguida de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, se observa un comportamiento ascendente en la enfermedades endocrinas y nutricionales.

Tabla 52. Tasas específicas de mortalidad en niñas menores de 5 años, por cada 100.000 niñas menores de 5 años, según la lista de los 16 grandes grupos, Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Femenino										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,82	16,83	11,15	6,93	2,75	5,45	5,41	10,74	7,81	10,97	7,95
Tumores (neoplasias)	2,82	4,21	4,18	2,77	5,50	0,00	4,06	2,68	10,93	0,00	3,18
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,82	1,40	0,00	4,16	0,00	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,28	8,41	13,94	9,70	10,99	4,09	9,47	5,37	7,81	6,27	17,48
Enfermedades del sistema nervioso	5,64	4,21	1,39	0,00	6,87	8,18	0,00	6,71	12,49	0,00	3,18
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	4,23	1,40	2,79	0,00	2,75	4,09	5,41	4,03	1,56	1,57	3,18
Enfermedades del sistema respiratorio	5,64	23,84	18,12	15,24	15,12	10,91	12,18	12,08	6,24	0,00	7,95
Enfermedades del sistema digestivo	1,41	7,01	2,79	1,39	0,00	2,73	1,35	0,00	0,00	0,00	1,59
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	2,80	0,00	4,16	2,75	2,73	0,00	1,34	0,00	1,57	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	67,68	47,68	73,88	59,67	52,22	54,53	50,06	3,31	45,27	79,10	69,62
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16,66	21,04	3,45	29,09	6,72	34,08	17,88	10,26	26,54	31,33	33,37
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,41	4,21	2,79	1,39	2,75	4,09	6,76	5,37	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,56	1,57	3,18
Causas externas de morbilidad y mortalidad	11,28	8,41	5,58	1,39	4,12	6,82	6,76	5,37	7,81	3,13	9,53

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, proyecciones de población Censos DANE 2005 Y 2018 y anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS - MSPS



NIT. 806.005.597-1

375

Mortalidad específica por subgrupos en menores de 1 año

En menores de un año encontramos los que los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal ocupan el primer lugar, seguido de las malformaciones congénitas del sistema circulatorio; en tercer lugar, las infecciones específicas del periodo perinatal, seguidamente la desnutrición e influenza (gripe) y neumonía.

Tabla 53. Número de muertes por subgrupos en menores de 1 año del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Subgrupos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
P20-P29 TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	47	45	54	44	41	45	40	49	49	59	43
Q20-Q28 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	30	21	26	26	20	33	27	33	25	15	26
P35-P39 INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	40	28	27	16	21	24	19	20	19	29	31
E40-E46 DESNUTRICION	14	9	17	6	8	8	12	7	10	7	15
J09-J18 INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA	8	15	11	12	8	8	9	4	4	3	6
P00-P04 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR FACTORES MATERNOS Y POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	4	1	4	10	6	7	6	6	5	8	14
Q80-Q89 OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS	7	8	8	5	7	5	2	3	4	8	4
P50-P61 TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y HEMATOLOGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	1	5	3	4	5	3	8	5	4	12	6
P75-P78 TRASTORNOS DEL SISTEMA DIGESTIVO DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	4	7	4	7	6	6	4	3	2	2	6
Q65-Q79 MALFORMACIONES Y DEFORMIDADES CONGENITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	2	3	5	5	2	6	7	8	5	3	4
Q00-Q07 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO	3	4	5	4	3	5	4	4	4	7	2
J20-J22 OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	5	4	3	4	6	4	4	6		1	6
A00-A09 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	6	3	5	7	1	1	5	2	6	4
P05-P08 TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION DE LA GESTACION Y EL CRECIMIENTO FETAL	3		8	4	1	8	1	4	3	3	5
Q38-Q45 OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA DIGESTIVO	4	2	1	2	3	5	3	4	1	8	4
A30-A49 OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	2	3	5	3	2	5	1	4	4	2	4
P90-P96 OTROS TRASTORNOS ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	2	5	3	8	3		4	2	1	2	3
R95-R99 CAUSAS DE MORTALIDAD MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS	1	5	3	2	3	3	5	6			
I30-I52 OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON	3	3	2		1	3	4	2		3	4
G00-G09 ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		1	1	3	1	3	2	7	1		2
Q90-Q99 ANOMALIAS CROMOSOMICAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	1		1		7	1	4	2	2		1
W00-X59 OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS ACCIDENTALES	4	2	1			1	2	1		1	4
Q30-Q34 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO		2		2	2	4	2	1	1		
P80-P83 AFECCIONES ASOCIADAS CON LA REGULACION TEGUMENTARIA Y LA TEMPERATURA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO		2	1	1		2	2		1	2	
G90-G99 OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO	1			1	1	3	1		2		1
E70-E90 TRASTORNOS METABOLICOS	1	1			2	2	2			1	
J95-J99 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1	2	3					1	2		
Y10-Y34 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA	1	2	2					2	2		

NIT. 806.005.597-1

[illegible]

Subgrupos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
C69-C72 TUMORES MALIGNOS DEL OJO, DEL ENCEFALO Y DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL								1			
G30-G32 OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO	1										
N30-N39 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO										1	
N00-N08 ENFERMEDADES GLOMERULARES				1							
D70-D77 OTRAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS	1										
G70-G73 ENFERMEDADES MUSCULARES Y DE LA UNION NEUROMUSCULAR						1					
J40-J47 ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1										
B50-B64 ENFERMEDADES DEBIDAS A PROTOZOARIOS										1	
J80-J84 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE AL INTERSTICIO			1								
A15-A19 TUBERCULOSIS											1
C64-C68 TUMORES MALIGNOS DE LAS VIAS URINARIAS									1		

Fuente: Cubos SISPRO - MSPS - Defunciones Estadísticas vitales

Mortalidad específica por subgrupos en población de 1 a 4 años

En cuanto a los niños y niñas de 1 a 4 años, el subgrupo de otras causas externas de traumatismos accidentales ocupa el primer puesto; en segundo lugar, la influenza (gripe) y neumonía, seguidamente las malformaciones congénitas del sistema circulatorio, en cuarto y quinto lugar, la desnutrición y tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines.

Tabla 54. Número de muertes por subgrupos en población de 1 a 4 años del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Subgrupos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
W00-X59 OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS ACCIDENTALES	6	8	5	3	7	11	8	6	4	6	7
J09-J18 INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA	4	3	4	6	8	5	5	3	1	1	3
Q20-Q28 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	4	2	2	2	5	4	1	3	5	1	1
E40-E46 DESNUTRICION	4	4	3	5	3		4		1	2	3
C81-C96 TUMORES MALIGNOS DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPEYETICOS Y DE TEJIDOS AFINES	2	1		2	2	1	4	4	4		1
V01-V99 ACCIDENTES DE TRANSPORTE	2	1		2		2	2	1	1	1	2
Y10-Y34 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA		1			2	1	1	1	2	2	2
G80-G83 PARALISIS CEREBRAL Y OTROS SINDROMES PARALITICOS		1			1	1		1	3	2	3
Q00-Q07 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO			1		4	2	1			2	1
A30-A49 OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS		4	1		1	1		2	1	1	
I30-I52 OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON		1	1			2	2	2	2	1	
A00-A09 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES		2	1	2	1					2	2
G00-G09 ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	2	2		1	1	2	1				1
J95-J99 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO		2		2	1		1	1	1	1	
R95-R99 CAUSAS DE MORTALIDAD MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS	1	1			2	1	1	2			1



375

NIT. 806.005.597-1

Subgrupos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
G40-G47 TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS	3				1		1	1	1		2
J20-J22 OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES		1	1		1	2		1			1
D55-D59 ANEMIAS HEMOLITICAS	1			2	1	1		1		1	
D37-D48 TUMORES DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO				1	2			1	1	1	
J40-J47 ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	2		1	1			1				1
N17-N19 INSUFICIENCIA RENAL		1	2	1			1				
A90-A99 FIEBRES VIRALES TRANSMITIDAS POR ARTROPODOS Y FIEBRES VIRALES HEMORRAGICAS		1		1	1			1	1		
C69-C72 TUMORES MALIGNOS DEL OJO, DEL ENCEFALO Y DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			2			1					2
G90-G99 OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO			1	1		2			1		
X85-Y09 AGRESIONES				1	1					2	1
K55-K64 OTRAS ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS		2							1	1	1
K70-K77 ENFERMEDADES DEL HIGADO		1	1				2				
Q90-Q99 ANOMALIAS CROMOSOMICAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE		1			1			1			
U00-U49 ASIGNACION PROVISORIA DE NUEVAS AFECCIONES DE ETIOLOGIA INCIERTA									1	2	
C15-C26 TUMORES MALIGNOS DE LOS ROGANOS DIGESTIVOS		1					2				
C45-C49 TUMORES MALIGNOS DE LOS TEJIDOS MESOTELIALES Y DE LOS TEJIDOS BLANDOS				1				1		1	
C73-C75 TUMORES MALIGNOS DE LA GLANDULA TIROIDES Y DE OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS					1		1			1	
C64-C68 TUMORES MALIGNOS DE LAS VIAS URINARIAS	1								1		1
B00-B09 INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS	1	1	1								
D80-D89 CIERTOS TRANSTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD							1	1			
J80-J84 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE AL INTERSTICIO				1						1	
B20-B24 ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)			1	1							
J00-J06 INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES					1		1				
N00-N08 ENFERMEDADES GLOMERULARES					1			1			
I60-I69 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES						2					
I70-I79 ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS, DE LAS ARTERIOLAS Y DE LOS VASOS CAPILARES						1	1				
C00-C14 TUMORES MALIGNOS DEL LABIO DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE FARINGE											1
K65-K67 ENFERMEDADES DEL PERITONEO						1					
J90-J94 OTRAS ENFERMEDADES DE LA PLEURA							1				
D50-D53 ANEMIAS NUTRICIONALES								1			
Q38-Q45 OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA DIGESTIVO							1				
K80-K87 TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR, DE LAS VIAS BILIARES Y DEL PANCREAS		1									
J60-J70 ENFERMEDADES DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS				1							
K90-K93 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO			1								
C40-C41 TUMORES MALIGNOS DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTLAGOS ARTICULARES			1								
L00-L08 INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO								1			

NIT. 806.005.597-1

Subgrupos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Q30-Q34 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO				1							
M30-M36 TRASTORNOS SISTEMICOS DEL TEJIDO CONJUTIVO			1								
Q80-Q89 OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS									1		
M80-M94 OSTEOPATIAS Y CONDROPATIAS											1
G10-G13 ATROFIAS SISTEMICAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL									1		
B35-B49 MICOSIS										1	
C76-C80 TUMORES MALIGNOS DE SITIOS MAL DEFINIDOS, SECUNDARIOS Y DE SITIOS NO ESPECIFICADOS									1		
B50-B64 ENFERMEADES DEBIDAS A PROTOZOARIOS				1							
A15-A19 TUBERCULOSIS					1						
P20-P29 TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL									1		
Y40-Y84 COMPLICACIONES DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA									1		
B65-B83 HELMINTIASIS					1						
E70-E90 TRASTORNOS METABOLICOS											1

Fuente: Cubos SISPRO - MSPS - Defunciones Estadísticas vitales

Mortalidad específica por subgrupos en menores de 5 años

En el consolidado de la población menor de 5 años, los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal ocupan el primer lugar, seguido de infecciones específicas del periodo perinatal; en tercer lugar, malformaciones congénitas del sistema circulatorio, en cuarto y quinto puesto encontramos desnutrición e influenza (gripe) y neumonía.

Tabla 55. Número de muertes por subgrupos en menores de 5 años del Departamento de Bolívar, 2012 – 2022

Subgrupos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
P20-P29 TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	47	45	54	44	41	45	40	49	50	59	43
Q20-Q28 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	34	23	28	28	25	37	28	36	30	16	27
P35-P39 INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	40	28	27	16	21	24	19	20	19	29	31
E40-E46 DESNUTRICION	18	13	20	11	11	8	16	7	11	9	18
J09-J18 INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA	12	18	15	18	16	13	14	7	5	4	9
W00-X59 OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS ACCIDENTALES	10	10	6	3	7	12	10	7	4	7	11
P00-P04 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR FACTORES MATERNO Y POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	4	1	4	10	6	7	6	6	5	8	14
Q80-Q89 OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS	7	8	8	5	7	5	2	3	5	8	4
Q00-Q07 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO	3	4	6	4	7	7	5	4	4	9	3
P50-P61 TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y HEMATOLOGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	1	5	3	4	5	3	8	5	4	12	6
P75-P78 TRASTORNOS DEL SISTEMA DIGESTIVO DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	4	7	4	7	6	6	4	3	2	2	6
A00-A09 ENFERMEADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	8	4	7	8	1	1	5	2	8	6

Subgrupos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Q65-Q79 MALFORMACIONES Y DEFORMIDADES CONGENITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	2	3	5	5	2	6	7	8	5	3	4
J20-J22 OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	5	5	4	4	7	6	4	7		1	7
A30-A49 OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	2	7	6	3	3	6	1	6	5	3	4
P05-P08 TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION DE LA GESTACION Y EL CRECIMIENTO FETAL	3		8	4	1	8	1	4	3	3	5
Q38-Q45 OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA DIGESTIVO	4	2	1	2	3	5	4	4	1	8	4
R95-R99 CAUSAS DE MORTALIDAD MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS	2	6	3	2	5	4	6	8			1
I30-I52 OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON	3	4	3		1	5	6	4	2	4	4
P90-P96 OTROS TRASTORNOS ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	2	5	3	8	3		4	2	1	2	3
G00-G09 ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	2	3	1	4	2	5	3	7	1		3
C81-C96 TUMORES MALIGNOS DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPEYETICOS Y DE TEJIDOS AFINES	2	1	1	2	2	2	4	5	4		1
V01-V99 ACCIDENTES DE TRANSPORTE	2	2	1	2	1	3	2	2	1	4	2
Q90-Q99 ANOMALIAS CROMOSOMICAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	1	1	1		8	1	4	3	2		1
Y10-Y34 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA	1	3	2		2	1	1	3	4	2	2
J95-J99 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1	4	3	2	1		1	2	3	1	
G80-G83 PARALISIS CEREBRAL Y OTROS SINDROMES PARALITICOS		2	1	1	1	1	1	1	3	2	3
Q30-Q34 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO		2		3	2	4	2	1	1		
G90-G99 OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO	1		1	2	1	5	1		3		1
G40-G47 TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS	3	1	1		1		1	2	2		2
K55-K64 OTRAS ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS		3	1	1	1	1		1	2	1	1
P80-P83 AFECCIONES ASOCIADAS CON LA REGULACION TEGUMENTARIA Y LA TEMPERATURA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO		2	1	1		2	2		1	2	
X85-Y09 AGRESIONES			1	1	1		1	1	2	3	1
U00-U49 ASIGNACION PROVISORIA DE NUEVAS AFECCIONES DE ETIOLOGIA INCIERTA									5	4	2
E70-E90 TRASTORNOS METABOLICOS	1	1			2	2	2			1	1
A90-A99 FIEBRES VIRALES TRANSMITIDAS POR ARTROPODOS Y FIEBRES VIRALES HEMORRAGICAS		2	2	1	1			2	1		1
N17-N19 INSUFICIENCIA RENAL		1	2	1	1	2	1	1			
D37-D48 TUMORES DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO		1		1	2			1	1	1	1
B20-B24 ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	1	1	1	4		1					
D55-D59 ANEMIAS HEMOLITICAS	1			2	1	2		1		1	
A50-A64 INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL		1					2	1	1	2	1
J40-J47 ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	3		1	1			1				1
C69-C72 TUMORES MALIGNOS DEL OJO, DEL ENCEFALO Y DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			2			1		1			2
K70-K77 ENFERMEDADES DEL HIGADO		1	1				2			1	
D80-D89 CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD				2			1	1			1
J60-J70 ENFERMEDADES DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS				1	2					2	
J85-J86 AFECCIONES SUPURATIVAS Y NECROTICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES			2			1		2			

NIT. 806.005.597-1

[illegible]



NIT. 806.005.597-1

375

Subgrupos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
B65-B83 HELMINTIASIS					1						
C40-C41 TUMORES MALIGNOS DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES			1								
C00-C14 TUMORES MALIGNOS DEL LABIO DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE FARINGE											1
K35-K38 ENFERMEDADES DEL APENDICE											1

Fuente: Cubos SISPRO - MSPS - Defunciones Estadísticas vitales

Indicadores trazadores de mortalidad materno perinatal, infantil y en la niñez

Para los indicadores de mortalidad materna y en la niñez, observamos que en el Departamento de Bolívar (sin Cartagena), las tasas son mayores que la nacional, observándose una diferencia significativa por encima de la nacional del indicador de razón de mortalidad materna; por otro lado, la mortalidad por EDA muestra para 2022 un comportamiento a la baja, sin diferencia estadística significativa frente a Colombia. La tendencia de las tasas de mortalidad perinatal, neonatal, mortalidad por IRA y desnutrición en menores de 5 años en el 2022 fueron ascendentes, comparando con el año inmediatamente anterior, ubicándose por encima del indicador nacional, menos la perinatal. Esto indicaría que mortalidad materna y las deficiencias nutricionales hacen parte de los principales problemas de salud pública que afecta al Departamento de Bolívar en estos grupos poblacionales.

Tabla 56. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Departamento de Bolívar y Colombia, 2022

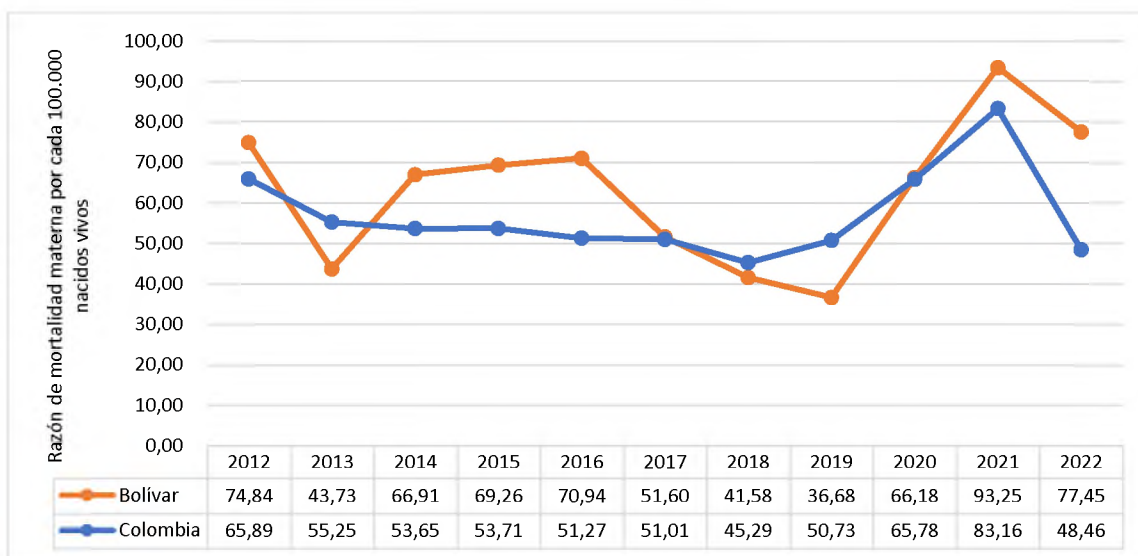
Causa de muerte	Colombia	Bolívar	Comportamiento									
			2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Razón de mortalidad materna	48,46	77,45	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad perinatal	15,54	15,33	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad neonatal	7,33	7,63	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad infantil	11,66	12,51	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	14,57	14,83	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	12,51	15,09	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,65	5,66	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	10,78	16,98	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

Mortalidad materna

La tendencia de la razón de mortalidad materna en el Departamento de Bolívar y en Colombia, en el periodo del 2005 al 2022 es variable, observando un aumento considerable en la tasa para el Departamento en el 2021. Generalmente este indicador se ha mantenido por encima del nacional, representando uno de los principales retos de salud pública en el Departamento. En el año 2017 se observa un punto de convergencia entre los valores nacionales y departamentales sin diferencia estadísticamente significativa. En el 2018 y 2019 los valores de este indicador se posicionaron por debajo de Colombia, para el último periodo evaluado se mostró por encima del nacional. La dificultad en las consultas preconcepcionales, el control prenatal con baja calidad, la falta de adherencia a las guías y protocolos de atención, la dificultad con el acceso a los servicios de salud especialmente en población que reside en la zona rural, son factores que se asocian a las muertes maternas.

Figura 41. Razón de mortalidad materna del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 - 2022

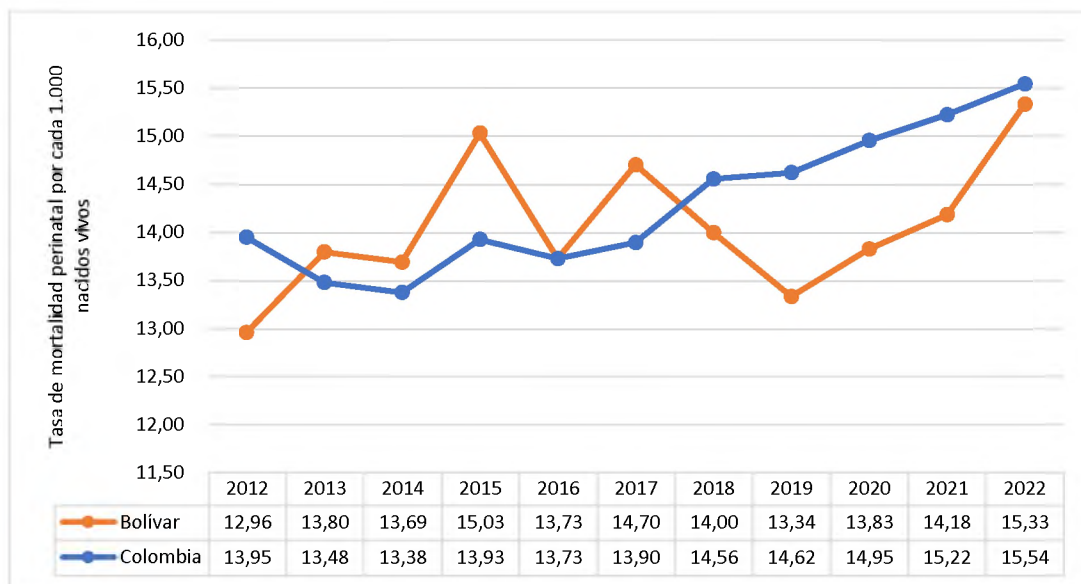


Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

Mortalidad Perinatal

Este indicador corresponde a las muertes fetales con 22 o más semanas de gestación más las muertes no fetales hasta 7 días de nacido. Se observa que la tasa de mortalidad perinatal de Bolívar ha sido inferior a la del Colombia en los últimos años analizados, pero presenta tendencia ascendente, así como a nivel nacional.

Figura 42. Tasa de mortalidad perinatal del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 – 2022

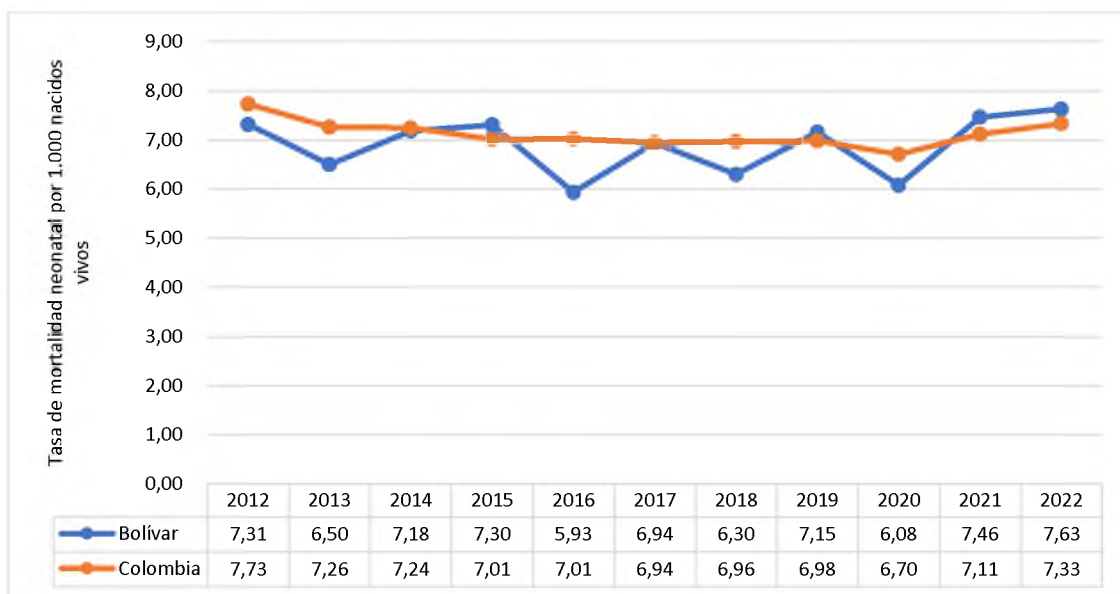


Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

Mortalidad Neonatal

La Tasa de mortalidad Neonatal a nivel departamental mostró un aumento en el año 2022 posicionándola por debajo de la tasa nacional, sin diferencias estadísticamente significativas. La tendencia de este indicador presenta un comportamiento oscilante, aunque con aumento al comparar los primeros años analizados.

Figura 43. Tasa de mortalidad neonatal del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 – 2022





NIT. 806.005.597-1

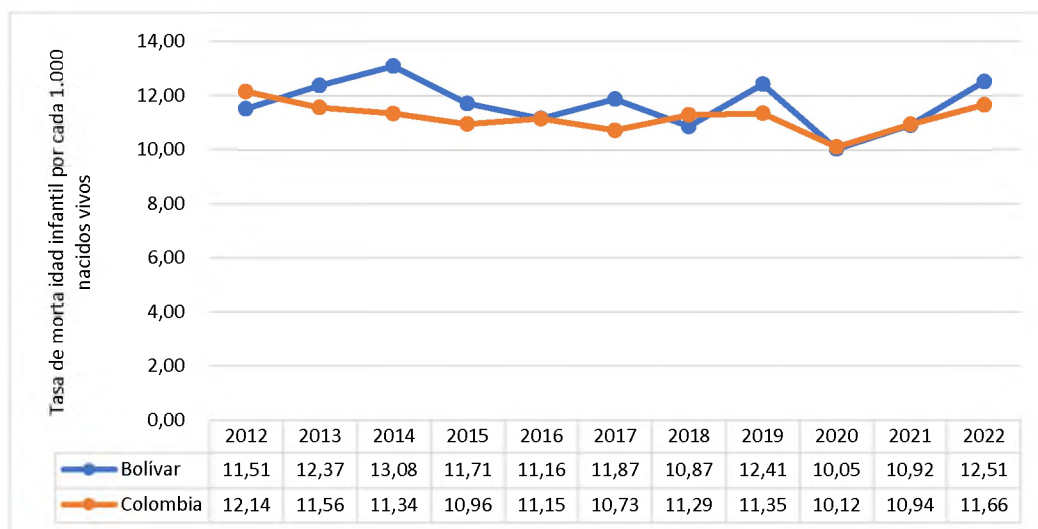
375

Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

Mortalidad infantil

La tendencia de la mortalidad infantil del país y de Bolívar muestra una tendencia variable, con algunas alzas en donde Bolívar supera al indicador nacional. Durante el 2022 se observó un aumento de este indicador en comparación con el periodo inmediatamente anterior, con una tasa mayor que el indicador nacional.

Figura 44. Tasa de mortalidad infantil del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 - 2022

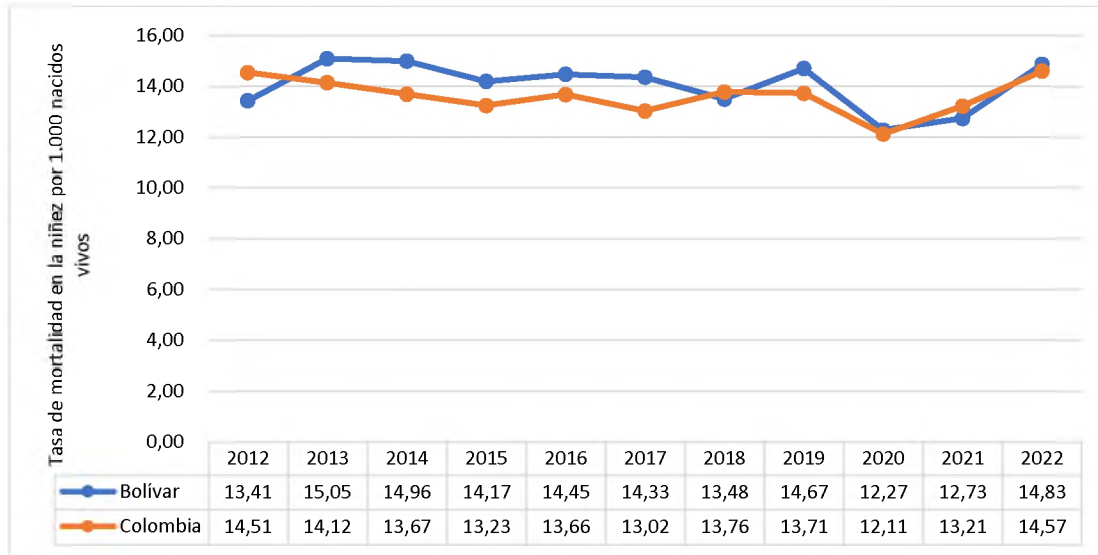


Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

Mortalidad en la niñez

El comportamiento de la mortalidad en la niñez en Bolívar muestra un comportamiento similar a la mortalidad infantil, con valores más elevados que los de Colombia durante la mayoría de los años analizados. Se observa un aumento en el 2022 con respecto al año inmediatamente anterior, sin diferencias estadísticamente significativas comparando con el indicador nacional.

Figura 45. Tasa de mortalidad en la niñez del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 - 2022

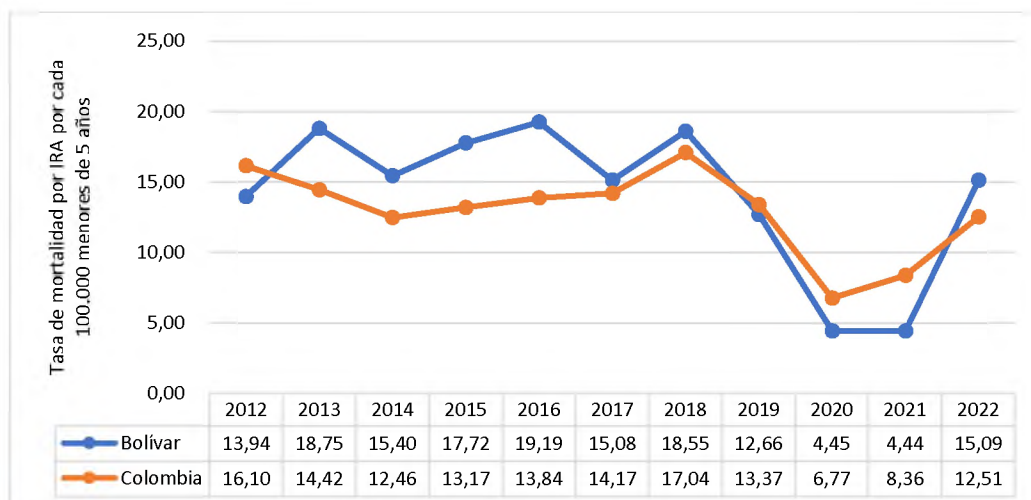


Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA en menores de 5 años

La mortalidad por IRA en menores de 5 años en Bolívar ha tenido un comportamiento oscilante, se observa un aumento en los últimos 3 años, evidenciando para 2022 una tasa más alta que la del nivel nacional. Algunos factores asociados a las muertes por esta causa son los biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales, ambientales, geográficos y de atención en salud. Lo anterior, indica que se deben fortalecer las acciones de salud pública pero también la intersectorialidad para prevenir estas muertes que en su mayoría son evitables.

Figura 46. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 - 2022





NIT. 806.005.597-1

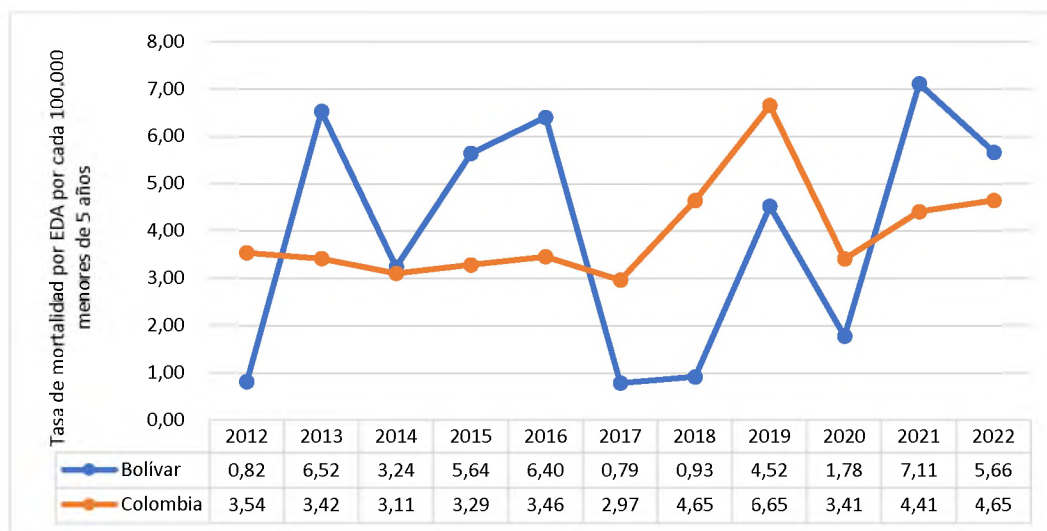
375

Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA en menores de 5 años

La tendencia de la mortalidad por EDA muestra un comportamiento oscilante con ascenso en los últimos 2 años analizados, se observa para 2022 una tasa mayor que la de Colombia. En Colombia la tasa de mortalidad por EDA muestra un comportamiento general en descenso a través del tiempo; con un leve aumento en 2018 y 2019. La falta de agua potable, la contaminación ambiental, la falta de educación en cuanto a medidas preventivas para las enfermedades diarreicas agudas, son factores que contribuyen a la morbi-mortalidad por esta causa.

Figura 47. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 - 2022

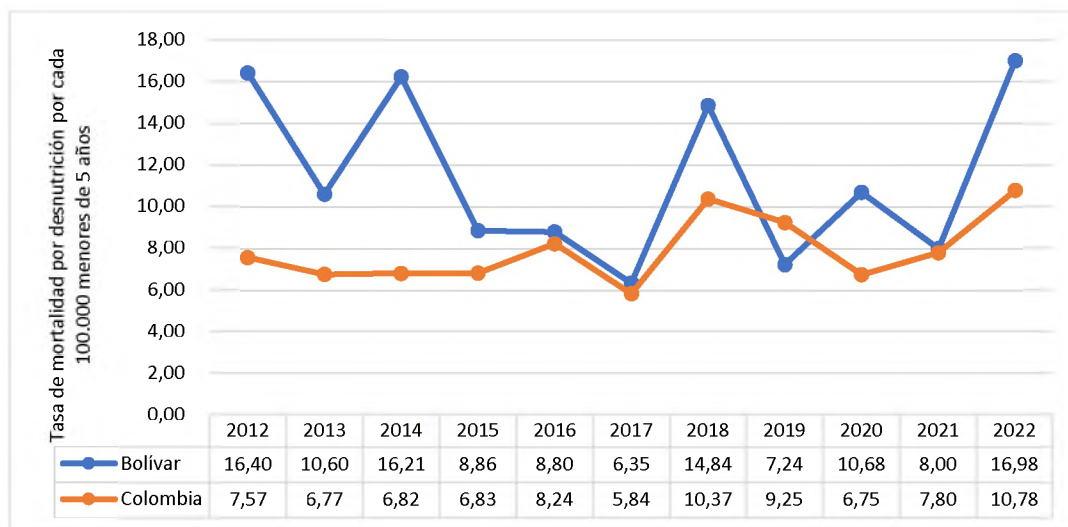


Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

Este indicador, en particular, muestra un comportamiento preocupante debido a que las tasas departamentales han estado muy por encima del indicador nacional en la mayoría de los años evaluados. Es sin duda uno de los principales problemas de salud que afectan a la población de primera infancia, relacionado directamente con la situación económica y social de los hogares de Bolívar. Para el 2022 la tendencia fue ascendente comparando con los años anteriores, indicando que es un evento que requiere estricto seguimiento e intervención priorizada.

Figura 48. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años del Departamento de Bolívar y Colombia, 2012 – 2022



Fuente: Cubos SISPRO Indicadores - MSPS

3.2.4 Identificación de prioridades en la mortalidad

Grandes causas de mortalidad:

- Enfermedades del sistema circulatorio.
- Las demás causas o demás enfermedades.
- Neoplasias.
- Causas externas en hombres.

Etnia, área y nivel educativo:

- Bajo reporte por etnias.
- Similar número de defunciones en área urbana y rural.
- Ningún nivel educativo y básica primaria en el mayor número de defunciones.

Subgrupos de mortalidad:

- Enfermedades isquémicas del corazón.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Enfermedades hipertensivas.
- Infecciones respiratorias agudas.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
- Tumor maligno de mama.
- Tumor maligno de la próstata.
- Agresiones (homicidios).



- Accidentes de transporte terrestre

Salud mental:

- Epilepsia.
- Trastornos mentales y del comportamiento.

Grandes causas de mortalidad infantil y niñez:

- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de 1 año.
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en menores de 1 año.
- Causas externas de morbilidad y mortalidad en menores de 1 a 4 años.
- Enfermedades del sistema nervioso central en menores de 1 a 4 años.
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de 5 años.
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en menores de 5 años.

Subgrupos de mortalidad infantil y niñez:

- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio en menores de 1 año.
- Otras causas externas de traumatismos accidentales en menores de 1 a 4 años.
- Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal en menores de 1 a 5 años.

Indicadores trazadores de mortalidad materno infantil y en la niñez:

- Mortalidad materna
- Mortalidad infantil.
- Mortalidad en la niñez.
- Mortalidad por IRA y desnutrición en la niñez.

Conclusiones del análisis de mortalidad

Al analizar las tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas durante el periodo 2012 a 2022 en el Departamento de Bolívar (sin incluir Cartagena), se observa que las más altas son las relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio si bien el comportamiento ha sido variable, se observa un leve descenso comparando las tasas de 2022 frente a las tasas de 2020 y 2021. En segundo lugar, se encuentran las demás causas con un comportamiento creciente, puesto que en el año 2012 se presentó una tasa ajustada de 70 muertes por 100.000 habitantes, mientras que en el año 2022 la tasa fue de 100 muertes por 100.000 habitantes; sin embargo, se presentó un leve descenso en 2022 comparando los 2 periodos anteriores.

En el Departamento de Bolívar, en el periodo 2012- 2022 se tiene un total de 920.597 años de vida potencialmente perdidos, los cuales son aportados en primer lugar por el grupo de las demás causas (25,5%); en segundo lugar, las Enfermedades sistema circulatorio (20,5%). Estas causas sumadas totalizan el 46 % del total de los AVPP. En la tercera posición están las Causas externas (20%), seguido de las Neoplasias (13,5%), las enfermedades transmisibles ocupan el quinto lugar con un 9,5%; Por último, están las Afecciones periodo perinatal (9,2 %), y los signos y síntomas mal definidos que aportan solo el 1,8%.

En cuanto a los subgrupos de mortalidades, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan la tasa más elevada dentro del grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas. Otras subcausas que general número de muertes importantes son las muertes por infecciones respiratorias agudas, diabetes mellitus, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, tumor maligno de mama, tumor maligno de la próstata y las agresiones (homicidios), esta última con mayor impacto en el sexo masculino.

En las tasas específicas en menores de 5 años, se observa que las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, fue el que registró durante todo el periodo de observación las tasas más elevadas de mortalidad, en segundo lugar, encontramos el grupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y en tercer lugar, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Para los indicadores de mortalidad materna observamos que en el departamento de Bolívar (sin Cartagena), la tasa es mayor que la nacional, observándose una diferencia significativa por encima de Colombia del; por otro lado, la mortalidad neonatal y la mortalidad por EDA muestran para 2022 un comportamiento a la baja, con un valor similar al del Colombia.

Según lo analizado en el componente de mortalidad infantil, se hace necesario seguir trabajando para garantizar los derechos de la salud a los niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, las enfermedades del sistema circulatorio, aunque el indicador ha bajado, se sugiere seguir motivando a la población a mejorar los hábitos de vida saludables. Por último, es preocupante el comportamiento de las muertes maternas y muertes en menores de 5 años, es urgente trabajar de manera articulada con todos los sectores que influyen en el bienestar no solo de salud si no social de la población bolivarense.

3.3 Problemáticas y necesidades sociales y ambientales

La configuración territorial del departamento de Bolívar es determinante para los procesos de desarrollo en los territorios, su extensión y forma alargada, permite que este sea un epicentro importante en el desarrollo económico, explotación de recursos naturales, eventos culturales y políticos de influencia regional con otros departamentos como Antioquia, Atlántico, Cesar, Córdoba, Sucre, Magdalena, Santander, principalmente los municipios del centro y sur del departamento; sin embargo, esta configuración genera dificultades para la gestión de bienes, servicios y soluciones a determinadas problemáticas, que deben ser atendidas por las entidades departamentales y que por la distancia que hay entre la ciudad capital Cartagena, donde se concentran la sede de gobierno departamental, la mayoría de las agencias del orden nacional, el aparato financiero territorial, la fuerza pública, entre otras, permite que no se den respuestas oportunas y soluciones tangibles a las poblaciones.

La movilidad es uno de los factores que afectan el desarrollo y el acceso a bienes y servicios a numerosas comunidades del departamento. El transporte es principalmente terrestre, con gran incidencia del transporte fluvial, aéreo e inclusive marítimo; sin embargo, hay un significativo atraso en su infraestructura vial, especialmente de las vías secundaria y terciaria, las cuales abarcan el 85% de la red vial, encontrándose que, el 50% está en estado regular,

el otro 28% en muy mal estado y sólo el 22% se encuentran en buen estado. Sumado a esto el bajo índice de cobertura de la infraestructura vial y las condiciones físicas del territorio, que impide que extensas zonas accedan con facilidad a centros de consumo y a los servicios de salud oportunamente. Gran parte del departamento, cuenta con una extensa hidrografía, por lo que hay zonas en las que el acceso principal a estas es mediante transporte fluvial, que constituyen ejes para el transporte de pasajeros y carga, concentrando el mayor flujo en algunas cabeceras municipales localizadas a lo largo de los Ríos Magdalena, Cauca y sus afluentes, con mayor incidencia en lugares como Magangué, El Banco, San Pablo, Calamar, Simití (Cerro de Burgos), Río Viejo y la Región de la Mojana, articulándose con el modo carretero para conformar el transporte multimodal; sin embargo, se evidencia algunas dificultades que generan inseguridad en la población que se moviliza en este medio de transporte, debido a que no cumplen con las medidas de seguridad y de mantenimiento requeridas, para evitar, prevenir y/o atender adecuadamente accidentes.

El factor movilidad, genera barreras de acceso a los servicios de salud en la mayoría de los municipios del departamento, principalmente en las zonas rurales y que se agudiza en las poblaciones con alta ruralidad y dispersa, debido a la falta de infraestructura de servicios de salud y sumado a esto la dificultad en las vías y/o el estado de estas. Los municipios ubicados en los ZODES Norte, Dique y Montes de María cuentan mayoritariamente con un acceso basado en la red vial terrestre, con facilidad de acceso a la ciudad de Cartagena; sin embargo, estos municipios presentan dificultades internas debido a que, la mayoría de su zona rural, tienen vías terciarias, las cuales se encuentran en mal estado, lo que dificulta el acceso de las poblaciones rurales a las cabeceras municipales, el principal medio de transporte que utilizan es la motocicleta, lo que configura un riesgo para la integridad de las personas, sobre todo en temporada de invierno, donde las vías son intransitables, además del alto costo del transporte.

En los ZODES Isla de Mompox, Mojana, Loba y Magdalena Medio, quienes presentan conexiones multimodal terrestre- fluvial, en especial los dos últimos ZODES, en donde están los municipios más alejados de la capital de Bolívar, presentan mayores dificultades en el transporte y que, debido a su ubicación geográfica, es más fácil el acceso a los servicios de salud de mayor complejidad en ciudades como Bucaramanga, Barrancabermeja y otras. Estos municipios tienen una gran problemática para la atención en salud de las comunidades rurales, debido a que tienen alta ruralidad y ruralidad dispersa, con dificultades para el acceso por las condiciones de las vías, grandes distancias hasta la cabecera, problemáticas en las que se encuentra inmersas como la presencia de grupos armados al margen de la ley, zonas que históricamente han sido golpeadas por el conflicto armado y otras situaciones como la minería ilegal, que no le permite a la población la fácil movilidad en el territorio.

Otra de las problemáticas relevantes, manifestada por las comunidades y que genera diversas situaciones en salud, es la pobreza. Según Censo DANE 2018 el Índice de Pobreza Multidimensional – IPM en el departamento es del 19,4%, con una diferencia significativa al comparar las cabeceras municipales con los centros poblados y rural disperso, los cuales presentan mayor IPM. Bolívar es uno de los departamentos de Colombia con mayor incidencia de pobreza monetaria, con un índice de 56%. Además, el 26,73% de la población se estima con Necesidades Básicas insatisfechas (NBI), siendo de 21,84% en las cabeceras y de 41,62% en áreas rurales; el indicador de miseria de la población, refiere que el 8,11% de los hogares del departamento se encuentran en esta condición, encontrando un 5,82% en las cabeceras y 15,07% en el resto.

En el ejercicio, se pudo evidencia que la comunidad asocia la pobreza con la falta de oportunidades para un trabajo digno, estable, que genere los ingresos básicos para satisfacer las necesidades propias de las familias; la falta de fuentes de empleo ha llevado a la población al desarrollo actividades de trabajo informal, el cual está presente en el 83,7% de los hogares del departamento (incluyendo Cartagena) y por ende la presencia de trabajo infantil que está en el 1,8% de los hogares, siendo este uno de los mayores condicionantes para el retraso en el desarrollo económico del territorio y la aparición de problemas de salud en la población. La falta de oportunidades laborales, producen un riesgo inherente para la salud de la población, impactando diferentes ámbitos de la vida de las personas y las familias, principalmente en la salud mental debido a la sensación de insatisfacción y que terminan generando episodios depresivos, estrés, ansiedad, aislamiento, ideación e intentos de suicidio, comportamientos violentos con mayor impacto en los hogares, aumentando la violencia intrafamiliar, doméstica y contra la mujer, incluso al consumo de SPA y que afectan principalmente a los jóvenes y adultos. Los bajos ingresos, la falta de tierras para la siembra y producción de alimentos, limitan en las familias el acceso a una alimentación adecuada, completa que permita el consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, lo que ha generado en la población situaciones de salud como la desnutrición, las anemias nutricionales, bajo peso, principalmente en los niños y niñas, problemas como la diabetes mellitus y la hipertensión, relacionados con los hábitos y estilos de vida, lo que genera altas tasa de morbilidad y mortalidad en la población. Otra vulnerabilidad que manifiestan, principalmente los adolescentes y jóvenes, es la falta de oportunidades lo que permite que se vean tentados en cometer actividades delictivas e ilegales, son blanco fácil de grupos al margen de la ley.

Otras actividades que afectan directamente la salud de las poblaciones, principalmente en el sur del departamento, es la minería ilegal, la cual genera contaminación de fuentes de agua y ambiental, causando daños en la salud y situaciones de violencia aportando una gran carga de la enfermedad y a los AVPP. Asociado a esto está la penetración de las poblaciones en las zonas selváticas, causando deforestación, lo que genera una gran exposición para las enfermedades en zonas endémicas como la leishmaniasis. Las diferentes actividades de trabajo informal, también generan un gran riesgo para la salud y la integridad de las personas, aumentando los accidentes de tránsito y otros, que generan morbilidades atendidas, incapacidades y muertes, las cuales son atendidas y asumidas por el sistema de salud, y no son registrados como eventos ocasionados por la actividad laboral. La población refiere y considera que no es necesario la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales -SGRL, debido a los bajos ingresos producidos por el trabajo informal.

Otra problemática que manifiestan las diferentes poblaciones, es la falta y baja cobertura de los servicios públicos domiciliarios, la escasez y difícil acceso a espacios educativos, principalmente de educación técnica y superior y que se hace más complejo para las poblaciones rurales; la falta de escenarios deportivos y para la recreación, ya que los que existen no están en condiciones adecuadas, además que son utilizados por jóvenes para el consumo de SPA. La cobertura del servicio de energía eléctrica alcanzó un 95,2%, señalando un acceso generalizado óptimo; sin embargo, en muchos municipios se presentan interrupciones constantes de este servicio. En cuanto a la cobertura de acueducto, en del 51,1%, y afectando principalmente a la zona rural, en las zonas donde hay acueducto, el servicio no es permanente, hay poblaciones donde el bombeo es cada 2 y más meses, lo que lleva a la población al almacenamiento de agua para el consumo. Por otra parte, los niveles del IRCA del 10,8%, destacando riesgo bajo, con un agua no apta para el consumo humano, es así que, el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada es del 15,1%. La baja cobertura de alcantarillado de solo 37,5%, llevan a la inadecuada eliminación de excretas, de los



cuales el 32,7% de los hogares tienen prácticas inadecuadas. Solo el 53,0%, cuenta con cobertura de aseo; sin embargo, las prácticas de la población, de disponer de los residuos en los espacios abiertos (caños, lotes, calles, carreteras) generan basureros satélites. Estas problemáticas generan diferentes situaciones que afectan la salud y la calidad de vida de la población y no permiten el adecuado desarrollo de las mismas. La falta de saneamiento básico y la contaminación ambiental, están asociadas a la presencia de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue, la leptospirosis, entre otras; enfermedades parasitarias, respiratorias, diarreicas y cutáneas.

Los territorios manifestaron que no se cuentan con programas, ni acciones relevantes y determinantes para la garantía plena de la participación social y comunitaria en los espacios de planeación, seguimiento y evaluación de los planes y programas de los gobiernos locales. Existe una amplia red de organizaciones sociales de todo tipo, conformados por diferentes actores sociales y comunitarios, las cuales, perciben exclusión de todos los escenarios de gobierno. Manifiestan la no existencia de políticas públicas que garanticen el desarrollo de programas y proyectos en los territorios y en su mayoría han sentido exclusión y discriminación por parte de los gobiernos locales y regionales, principalmente la población LGBTIQ+.

En cuanto a la prestación de los servicios de salud, las poblaciones manifestaron alta insatisfacción por la falta e inadecuada infraestructura en salud, en todo el territorio del departamento, situación que afecta principalmente a las zonas rurales y que se hace más crítica en las zonas de alta ruralidad y ruralidad dispersa. Uno de los principales y mayor problema que tienen las poblaciones con relación a la prestación de los servicios de salud, son las condiciones de infraestructura de los hospitales, centros y puestos de salud, las cuales se encuentran en condiciones precarias, sumado a esto, no tienen la dotación e insumos médicos necesarios y adecuados para la debida atención, con equipos dañados y obsoletos. Las zonas rurales en su mayoría no cuentan con infraestructura y los que, si tienen, no son aptos para la atención, muchos están destruidos y en condiciones higiénicas y estructurales, que representan un riesgo para la seguridad y la integridad del personal médico - asistencial y para los pacientes. No cuentan con transporte asistencia de pacientes adecuados y suficientes, sobre todo en las zonas donde el transporte es principalmente fluvial.

Otra situación, es que no cumplen con el portafolio completo de primer nivel de atención, situación que se presenta por diferentes factores, entre los cuales se encuentra la baja disposición de las instituciones en el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación requeridos, para el funcionamiento de los servicios. No se implementan completa y adecuadamente las rutas integrales de atención en salud; no hay oferta de servicios para la salud mental, en las entidades públicas, pero tampoco hay oferta institucional privada, lo que es necesario, teniendo en cuenta que se ha ido incrementando la necesidad de estas atenciones. Los municipios no cuentan con la implementación de programas para la atención de la salud basados en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, no se implementa estrategias y atención diferencial para la atención de las poblaciones vulnerables, lo que en muchas ocasiones generan situaciones de vulnerabilidad y discriminación a estas poblaciones.

Otra barrera es la garantía al acceso oportuno a la atención, a pesar que Bolívar tiene una cobertura de afiliación de 92%, y que puede ser mayor debido a que hay una importante población que reside en los municipios, pero aparecen afiliados en Cartagena, en especial los de los ZODES cercanos a la capital del Departamento. Las comunidades reportan que existen demoras y rechazos de las autorizaciones y asignación de citas con especialistas y para



diferentes estudios y procedimientos. La fragmentación de la atención, de la cual es directamente responsabilidad las EAPB, quienes han dividido la contratación con IPS privadas, con sedes en las cabeceras municipales y que se ven más afectados los afiliados de la zona rural, que deben trasladarse a la zona urbana y/o hasta donde se encuentre la sede de la red contratada por su EAPB. No cuentan con dispensarios para la entrega de medicamentos, no suplen las necesidades de los productos requeridos en la atención de la población. Igual situación ocurre con los servicios de mediana y alta complejidad, los cuales son prestados en centros urbanos que están alejados de los municipios, muchos de estos se encuentran centralizados en la ciudad de Cartagena, gran barrera de acceso para las poblaciones del centro y principalmente sur del departamento, las cuales se encuentran a grandes distancias y los costos del transporte superan la disponibilidad de recursos de las familias, las EAPB presentan dificultades y/o retrasos en la aprobación de viáticos. También es muy débil la demanda inducida que deben realizar estas entidades, así como poca coordinación para las acciones de promoción y prevención, principalmente porque no disponen del recurso humano necesario

Todas estas situaciones permiten que se den eventos de morbilidad y mortalidad evitable, debido a las grandes barreras de acceso a la atención en salud. Los indicadores de mortalidad infantil y de la niñez, mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad por dengue y otros, están directamente relacionados con la baja resolutive de los servicios de salud, con la deshumanización del personal de salud, las dificultades de movilidad y traslado de las personas hasta los centros de atención y la falta de servicios para la atención completa, oportuna y con calidad de la población.

3.4 Núcleos de inequidad sociosanitaria

Las desigualdades en salud contemplan las diferencias injustas para el acceso a servicios de salud y la distribución de recursos sanitarios entre diferentes grupos de la población, relacionadas con factores socioeconómicos, culturales, geográficos, de género, raza, etnia, nivel educativo y lugar de residencia, entre otros. Estas desigualdades se evidencian en que ciertos grupos poblacionales presentan un mayor riesgo de enfermedad, discapacidad o muerte, mientras que otros tienen mejores condiciones para el acceso a una atención médica de calidad, lo cual afecta negativamente la equidad en salud y comprometen el bienestar y el desarrollo de las comunidades más vulnerables.

Las inequidades en salud se traducen en que ciertos grupos enfrentan mayores desafíos para acceder a servicios de atención médica de calidad, recursos sanitarios y oportunidades para mantener un estilo de vida saludable. Las inequidades en salud no solo afectan el bienestar individual, sino que también tienen un impacto en el desarrollo y la integración social de una comunidad.

Con el fin de conocer las necesidades y problemáticas en salud por parte de la comunidad y actores claves, se llevaron a cabo los siguientes espacios participativos:

El primero por medio de la mesa participativa del sector salud para construcción del Plan de Desarrollo del Departamento de Bolívar: En este espacio fueron convocados líderes comunitarios, EAPB, representantes de



poblaciones diferenciales, representante de jóvenes, representantes de la academia, IPS, entre otros actores. El desarrollo de esta mesa se dio en el siguiente orden y metodología:

El primer paso fue la presentación de cada uno de los integrantes y la conformación de grupos.

En el segundo paso se diligenció la matriz de problemática, en este instrumento cada grupo plasmó los problemas que consideraban más relevantes, haciendo énfasis en las barreras, factores socio-culturales, económicos, de acceso, entre otros, que afectan la salud de los Bolivarenses; posterior a esto, a cada problemática se le dio una respuesta de posible solución.

En el tercer paso, cada grupo asignó un representante que socializó el contenido de la matriz y en el mismo espacio, se respondieron inquietudes y se discutieron puntos importantes de acuerdo a lo socializado.

En el cuarto y último paso, se realizó la conclusión final con el consolidado de las problemáticas plasmadas.

Cabe anotar que la Secretaría de Salud de Bolívar participó activamente en otros espacios para la construcción del Plan de Desarrollo del Departamento realizadas en diferentes municipios, donde se utilizó la metodología mencionada anteriormente y se recolectó información importante para la construcción de los núcleos de inequidad.

El segundo espacio participativo se llevó a cabo con los representantes claves de la secretaria de Salud de Bolívar, en este espacio se realizó el ejercicio de cartografía social, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud Pública. El orden y metodología utilizada fue la siguiente:

En el primer paso se realizó la presentación de las personas convocadas, con su perfil y representación de cada área. Se conformaron 2 grupos con representaciones equitativas, una vez conformados los grupos, se hizo entrega de los materiales necesarios para la construcción de la cartografía social con el mapa del departamento de Bolívar. incluyendo, marcadores de colores de acuerdo a las convenciones, lápiz, borrador, sacapuntas y lapicero. Los participantes pudieron trabajar de manera colaborativa y efectiva en la identificación y análisis de los diferentes aspectos sociales, económicos y ambientales del departamento. Se asignaron roles, mediante una dinámica lúdico recreativa, en cada grupo se asignó un moderador, dibujante (el cual no debe tener experiencia ya que la idea fundamental es que cada equipo construya gráficamente su territorio), un relator y apoyo logístico.

El siguiente paso fue la identificación de las convenciones, en este punto se explicó a cada participante los gráficos y colores utilizados para identificar o hacer referencia a elementos específicos dentro de los mapas elaborados, se recomendaron algunas convenciones y los convocados diseñaron otras de acuerdo al reconocimiento del territorio.

Después de identificar las convenciones, se procedió a dibujar el croquis del mapa y a reconocer por medio de gráficos los aspectos más relevantes y representativos del territorio. A medida que los participantes iban dibujando, se realizaron preguntas orientadoras como ¿Cuáles son las problemáticas más relevantes? ¿Qué población es la más afectada? ¿Cuáles son esos factores asociados a esas problemáticas? y también ¿Cuáles son las fortalezas que identifican por ZODES o Municipios? En este mismo punto, los participantes diligenciaron una matriz donde

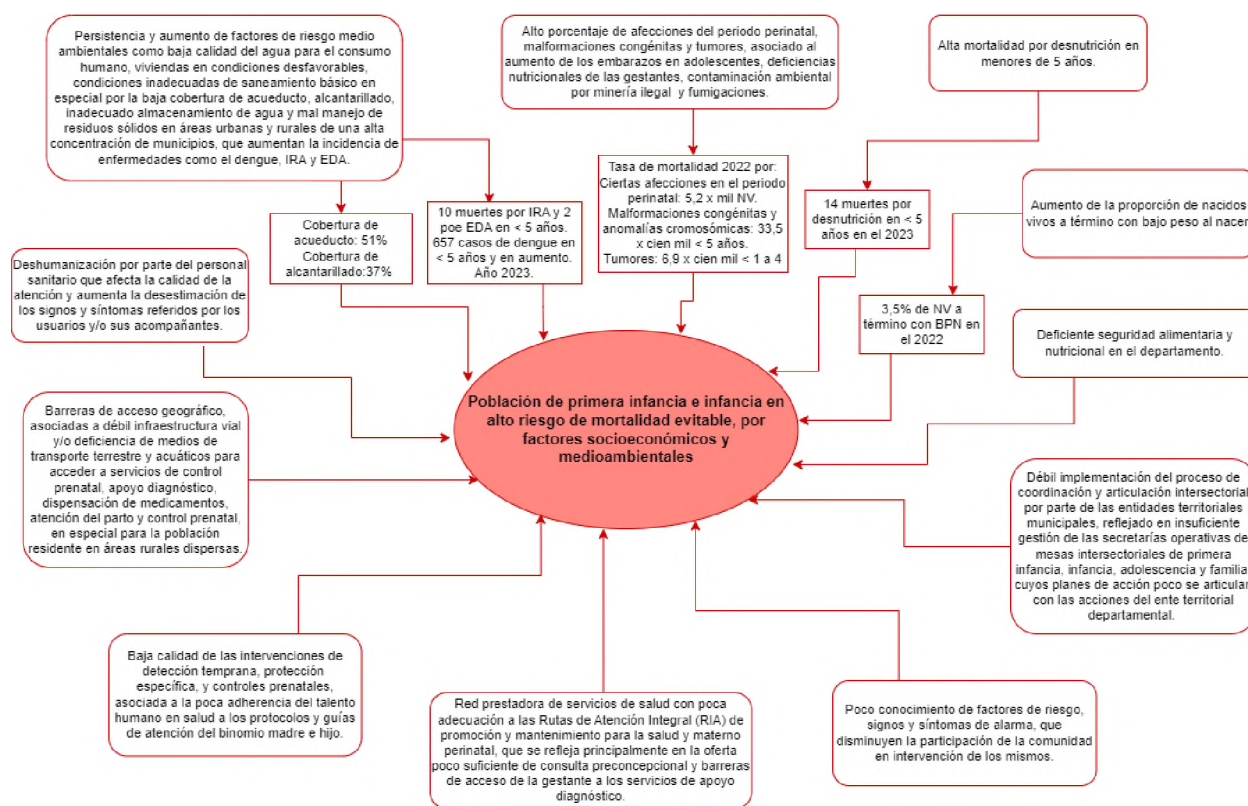
consignaron cuales eran las problemáticas que estaban afectando la salud de los bolivarenses, así como los factores asociados y las posibles soluciones.

Finalmente, cada grupo socializó el mapa diseñado, explicando cada una de las convenciones identificadas y los problemas de mayor impacto, teniendo en cuenta la posición geográfica, los factores culturales, sociales, económicos, biológicos, entre otros.

A continuación, se presentan los núcleos de inequidad como una herramienta que permite la priorización de los determinantes sociales que producen efectos negativos en la salud de la población del Departamento de Bolívar, así como las interacciones, vínculos y relaciones entre ellos, teniendo en cuenta los problemas y necesidades identificadas (Figura 49).

Figura 49. Núcleos de inequidad sociosanitaria del Departamento de Bolívar

Núcleo 1:



Análisis: En el Departamento de Bolívar hay importantes factores de riesgo medio ambientales como baja calidad del agua para el consumo humano, viviendas en condiciones desfavorables, condiciones inadecuadas de saneamiento básico en especial por la baja cobertura de acueducto (51%), alcantarillado (37%), inadecuado almacenamiento de agua y mal manejo de residuos sólidos en áreas urbanas y rurales de una alta concentración de municipios, los cuales



NIT. 806.005.597-1

375

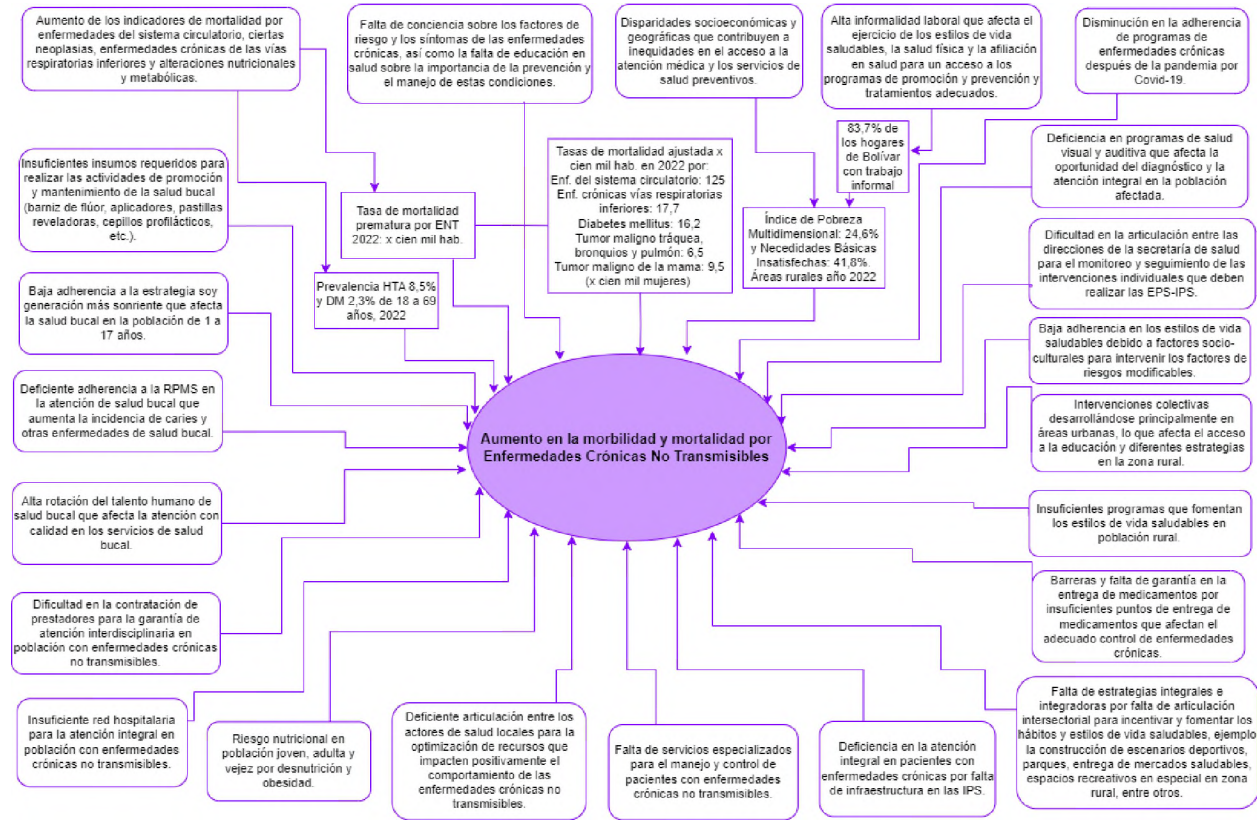
aumentan la incidencia de enfermedades como el dengue, IRA y EDA, encontrando que en el año 2023 hubo 10 muertes por IRA y 2 por EDA en menores de 5 años, así como 657 casos de dengue en esta población, mostrando además un aumento anual.

Se destaca el comportamiento de eventos causantes de mortalidad como las afecciones del periodo perinatal, malformaciones congénitas y tumores, con tasas de 5,2 muertes por cada mil nacidos vivos, 33,5 por cada cien mil menores de 5 años y 6,9 muertes por cada cien mil de 1 a 4 años, respectivamente. También tenemos una alta mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, con 14 casos en el año 2023 y una alta proporción de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer (3,5%). A esto se asocia el aumento de los embarazos en adolescentes, deficiencias nutricionales de las gestantes, contaminación ambiental por minería ilegal y fumigaciones y deficiente seguridad alimentaria y nutricional en el departamento.

Relacionadas a estas problemáticas tenemos una débil implementación del proceso de coordinación y articulación intersectorial por parte de las entidades territoriales municipales, reflejado en insuficiente gestión de las secretarías operativas de mesas intersectoriales de primera infancia, infancia, adolescencia y familia, cuyos planes de acción poco se articulan con las acciones del ente territorial departamental; poco conocimiento de factores de riesgo, signos y síntomas de alarma, que disminuyen la participación de la comunidad en intervención de los mismos; la red prestadora de servicios de salud presenta poca adecuación a las Rutas de Atención Integral (RIA) de promoción y mantenimiento para la salud y materno perinatal, que se refleja principalmente en la oferta poco suficiente de consulta preconcepcional y barreras de acceso de la gestante a los servicios de apoyo diagnóstico y hay una baja calidad de las intervenciones de detección temprana, protección específica, y controles prenatales, asociada a la poca adherencia del talento humano en salud a los protocolos y guías de atención del binomio madre e hijo.

Además, hay importantes barreras de acceso geográfico, asociadas a débil infraestructura vial y/o deficiencia de medios de transporte terrestre y acuáticos para acceder a servicios de control prenatal, apoyo diagnóstico, dispensación de medicamentos, atención del parto y control prenatal, en especial para la población residente en áreas rurales dispersas, sumado a la deshumanización por parte del personal sanitario que afecta la calidad de la atención y aumenta la desestimación de los signos y síntomas referidos por los usuarios y/o sus acompañantes.

Núcleo 2:



Análisis: Este núcleo nos presentan los diferentes factores y problemas asociados que han provocado el aumento de los indicadores de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, ciertas neoplasias, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y alteraciones nutricionales y metabólicas; encontrando tasas de mortalidad ajustada por el primer grupo de 125 muertes por cada cien mil habitantes, así como una tasa de 17,7 por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, 16,2 por la diabetes, 6,5 por los tumores malignos pulmonares y 9,5 muertes por cada cien mil mujeres por el tumor maligno de la mama, que evidencia un aumento. En el comportamiento de estos indicadores influye la falta de conciencia sobre los factores de riesgo y los síntomas de las enfermedades crónicas, así como la falta de educación en salud sobre la importancia de la prevención y el manejo de estas condiciones. También las disparidades socioeconómicas y geográficas que contribuyen a inequidades en el acceso a la atención médica y los servicios de salud preventivos; la alta informalidad laboral (83,7% de los hogares) que afecta el ejercicio de los estilos de vida saludables, la salud física y la afiliación en salud para un acceso a los programas de promoción y prevención y tratamientos adecuados y el riesgo nutricional en población joven, adulta y vejez por desnutrición y obesidad es alto.

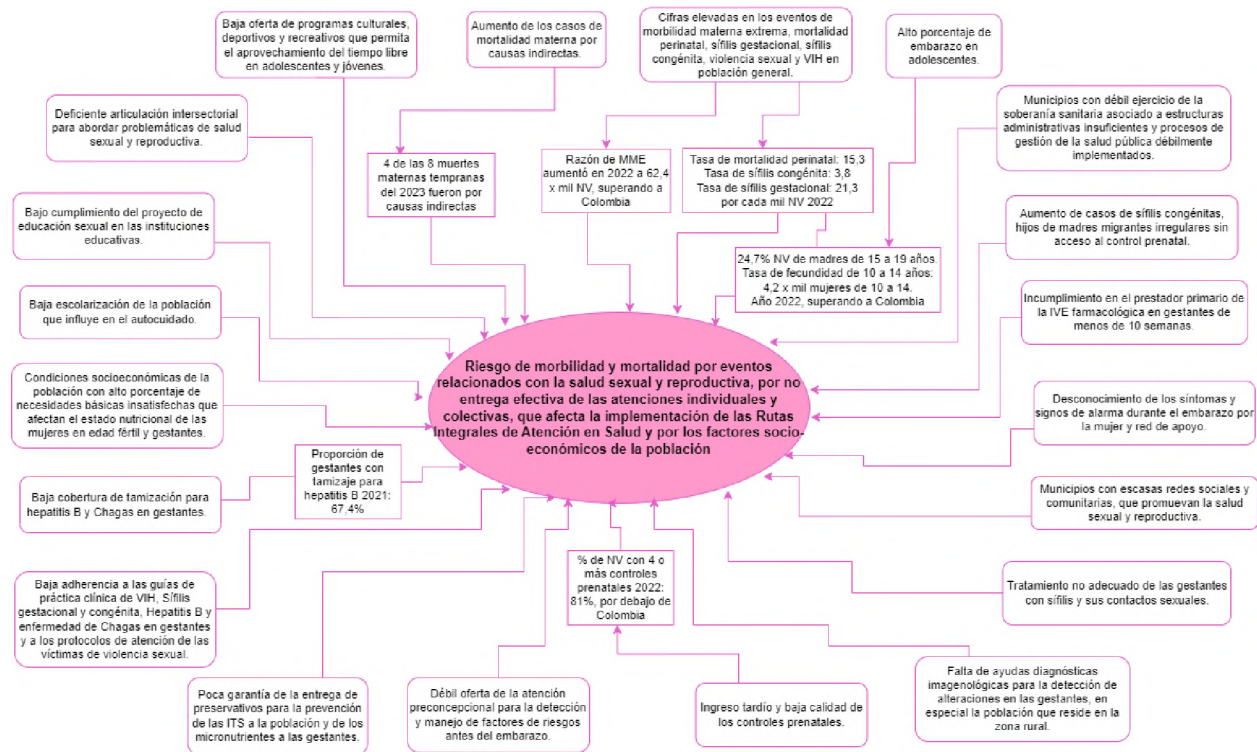
Tenemos también una disminución en la adherencia de programas de enfermedades crónicas después de la pandemia por Covid-19; deficiencias en programas de salud visual y auditiva que afecta la oportunidad del diagnóstico y la atención integral en la población afectada; dificultades en la articulación entre las direcciones de la secretaría de salud



para el monitoreo y seguimiento de las intervenciones individuales que deben realizar las EPS-IPS; baja adherencia en los estilos de vida saludables debido a factores socio-culturales para intervenir los factores de riesgos modificables; intervenciones colectivas desarrollándose principalmente en áreas urbanas, lo que afecta el acceso a la educación y diferentes estrategias en la zona rural; insuficientes programas que fomentan los estilos de vida saludables en población rural; barreras y falta de garantía en la entrega de medicamentos por insuficientes puntos de entrega de medicamentos que afectan el adecuado control de enfermedades crónicas; falta de estrategias integrales e integradoras por falta de articulación intersectorial para incentivar y fomentar los hábitos y estilos de vida saludables, ejemplo la construcción de escenarios deportivos, parques, entrega de mercados saludables, espacios recreativos en especial en zona rural, entre otros.

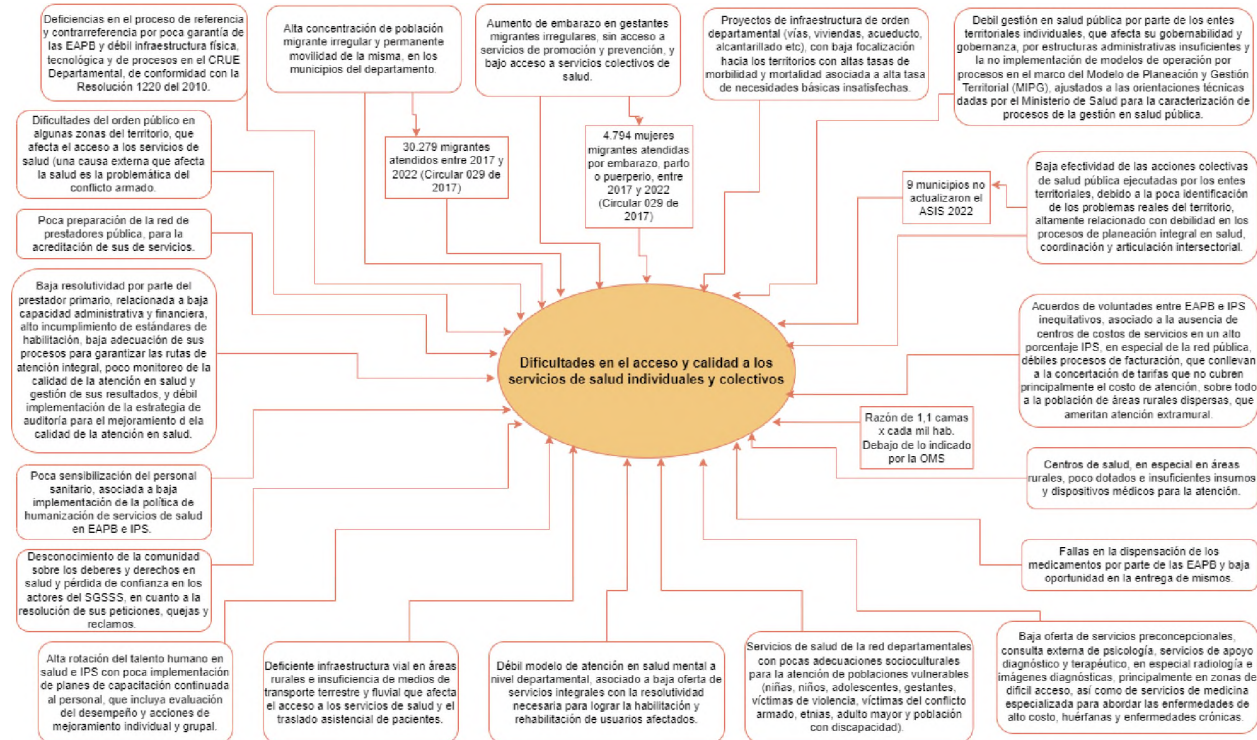
Se evidencia también una deficiencia en la atención integral en pacientes con enfermedades crónicas por falta de infraestructura en las IPS; hay déficit de servicios especializados para el manejo y control de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en los municipios; una deficiente articulación entre los actores de salud locales para la optimización de recursos que impacten positivamente el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Hay una insuficiente red hospitalaria para la atención integral en población con enfermedades crónicas no transmisibles; dificultad en la contratación de prestadores para la garantía de atención interdisciplinaria en población con enfermedades crónicas no transmisibles; alta rotación del talento humano de salud bucal que afecta la atención con calidad en los servicios de salud bucal; deficiente adherencia a la RPMS en la atención de salud bucal que aumenta la incidencia de caries y otras enfermedades de salud bucal; baja adherencia a la estrategia soy generación más sonriente que afecta la salud bucal en la población de 1 a 17 años e insuficientes insumos requeridos para realizar las actividades de promoción y mantenimiento de la salud bucal.

Núcleo 3:



Análisis: Se evidencia una gran debilidad en los servicios y la atención enfocados a la salud sexual y reproductiva, situaciones que se evidencia en los indicadores de impacto, como la mortalidad materna, la morbilidad materna extrema, la mortalidad perinatal, la sífilis gestacional y congénita, los cuales han ido en aumento superando incluso las tasas nacionales y que mantienen la atención de los entes de vigilancia y control en el territorio. Además de otros determinantes sociales que definen las condiciones de vida de la población y que ha generado gran impacto en estos indicadores, las condiciones socioeconómicas de la población con un alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas, que afectan las dinámicas sociales de las familias, que terminan en situaciones como el embarazo en adolescentes, deserción escolar, entre otras. Los territorios no tienen mecanismos para garantizar una adecuada educación sexual, para intervenir las situaciones y problemáticas adyacentes, por el débil ejercicio de la soberanía sanitaria, la indiferencia y poca disposición para la articulación intersectorial, el fortalecimiento de los mecanismos de participación social y comunitaria y del fortalecimiento de los servicios de salud, enfocados a la mujer y el binomio madre e hijo.

Núcleo 4:

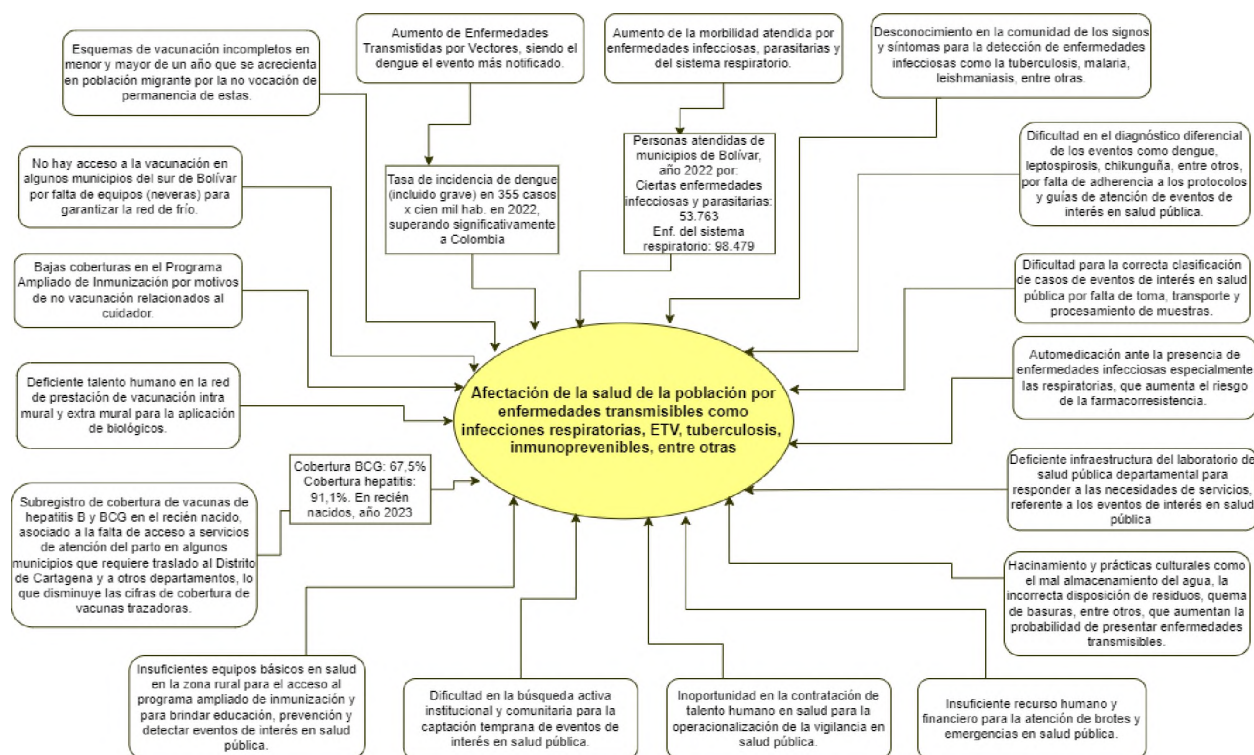


Análisis: Son muchas las barreras de acceso que tiene las poblaciones para recibir atención oportuna y con calidad. La falta de infraestructura física, la precaria condición en la que se encuentran las instituciones de salud de la red pública, la falta de insumos, equipos y de recurso humano, son condicionantes para que se den muchas situaciones que afectan la salud de la población. Las entidades no cumplen con el portafolio completo de primer nivel de atención, situación que se presenta por diferentes factores, entre los cuales se encuentra la baja disposición de las instituciones en el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación requeridos para el funcionamiento de los servicios, no se implementan completa y adecuadamente las rutas integrales de atención en salud, no hay oferta institucional e integridad en los servicios para la atención en salud mental; los municipios no cuentan con la implementación de programas para la atención de la salud basados en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; las actividades que se implementan en los planes de intervenciones colectivas, que muchas veces distan de la realidad y del perfil epidemiológico del territorio; no se implementa estrategias y atención diferencial para la atención de las poblaciones vulnerables y diferenciales, lo que en muchas ocasiones generan situaciones de vulnerabilidad y discriminación a estas poblaciones.

Otras situaciones que genera problemas en el acceso a la atención en salud oportuna y con calidad, son las actuaciones de las EAPB, quienes han fragmentado la atención, no realizan acciones de demanda inducida, no le garantizan a la población a entrega oportuna y completa de los tratamientos y medicamentos, la falta de prestadores en los territorios, sobre todo de mediana y alta complejidad. A demás de esto, otra de las debilidades que tiene el departamento, es la falta de vías y la adecuación de las mismas, un factor que genera dificultades para el acceso a

los servicios de salud; por lo general, los proyectos de desarrollo y adecuación de infraestructura sanitaria, vial y otros, no se focalizan en los territorios que aportan al mayor impacto en los indicadores de morbilidad y mortalidad.

Núcleo 5:

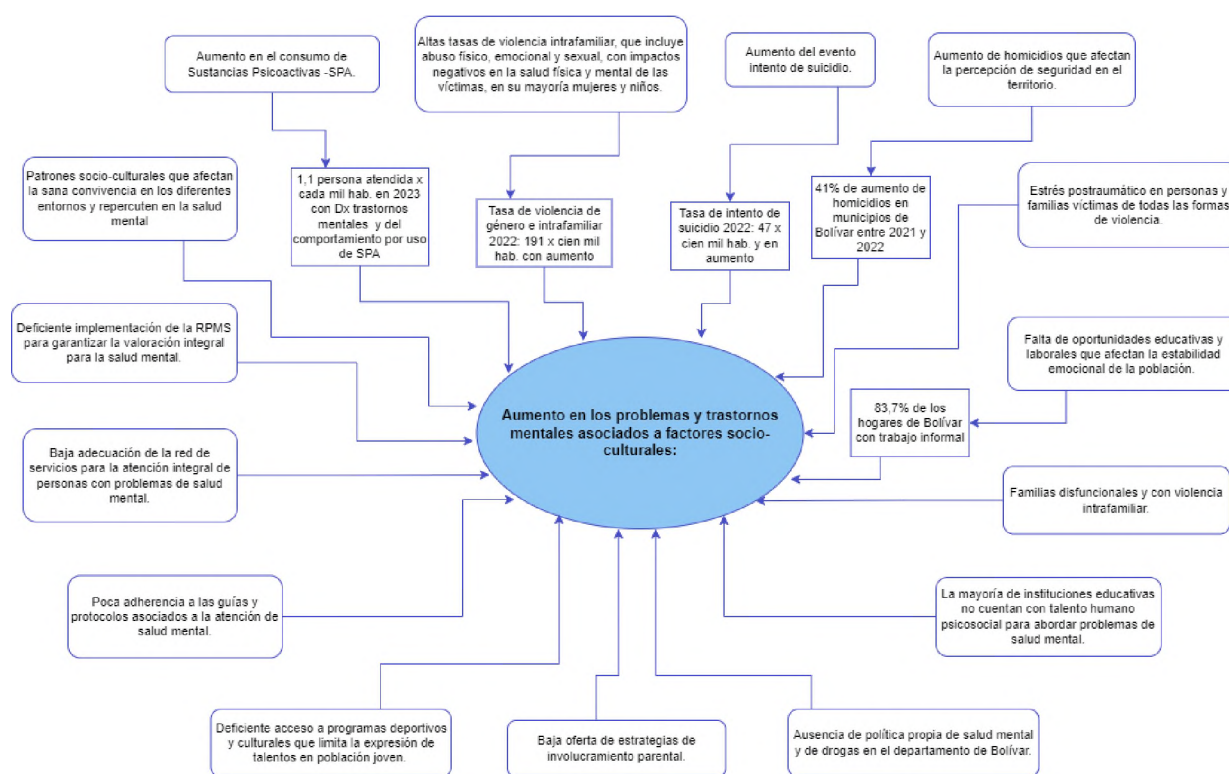


Análisis: Las condiciones de vida, prácticas, hábitos y creencias de la población, generan situaciones que impactan los procesos de salud y enfermedad en estas. El Departamento de Bolívar tiene una gran problemática relacionada con la baja cobertura de saneamiento básico, lo que se configura como un factor de riesgo determinante para la salud de la población. Por otra parte, hay poblaciones con creencias y prácticas que generan riesgos y daños para la salud, algunas como la quema indiscriminada de basuras, la inadecuada disposición de residuos sólidos y orgánicos, el mal manejo y almacenamiento del agua de consumo, entre otras, son factores determinantes para que se mantengan o aumenten las atenciones en salud relacionadas con las enfermedades infecciosas, parasitarias y del sistema respiratorio, teniendo mayor impacto las transmitidas por vectores, siendo el Dengue el evento con mayor notificación, con una tasa de incidencia de 335 casos por cien mil habitantes en el año 2022, que supera significativamente la tasa nacional. Sumado a esto, el sistema sanitario tiene muchas debilidades, aun cuando ha habido un mejoramiento y transformación significativa en la atención en salud, destacando un crecimiento notable en la oferta de servicios de salud, hay territorios que no cuentan con la capacidad física, técnica y financiera para una adecuada prestación de los servicios de salud, lo que termina afectando a la población, principalmente la zonas rurales y dispersas.

Indicadores como baja coberturas de vacunación, principalmente en los biológicos trazadores, que está relacionado con la falta de insumos, equipos técnicos y de personal para la asistencia en los territorios; los municipios no cuentan

con recursos financieros suficientes para la vinculación de personal para la conformación de los equipos básicos de salud, que realice las actividades intra y extramurales, que apoyen la demanda inducida, la captación temprana y oportuna de los diferentes eventos de salud que afectan a las poblaciones. Además, el poco personal con que cuentan, no tienen las capacidades desarrolladas para identificar, clasificar y abordar las diferentes situaciones de salud que se encuentren, debido a la poca adherencia a las guías y protocolos de salud y a las rutas integrales en salud.

Núcleo 6:

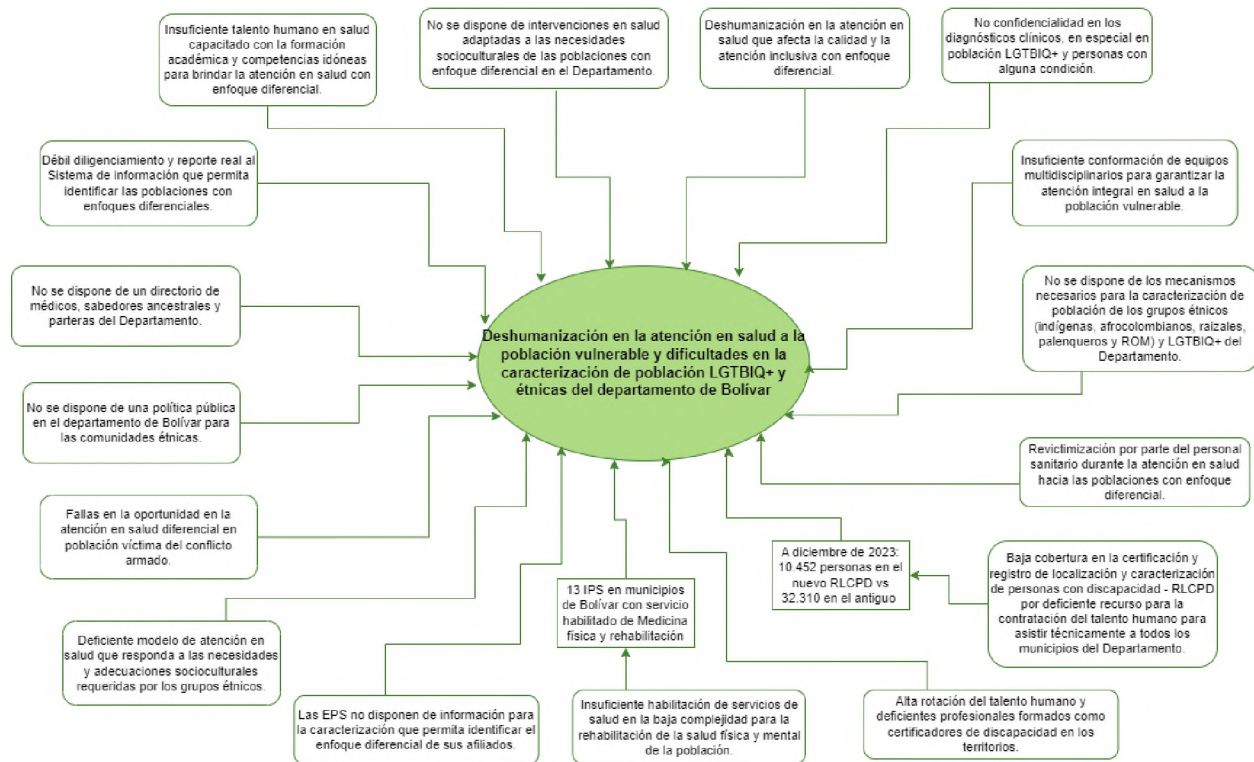


Análisis: Se exhibe el aumento en los problemas y trastornos mentales asociados a factores socio-culturales en el departamento de Bolívar. Entre los factores destacados se encuentra el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), con una tasa de 1.1 personas atendidas por mil habitantes en 2023. Las altas tasas de violencia intrafamiliar, con 191 casos por cien mil habitantes en 2022, y el aumento en los intentos de suicidio, con 47 casos por cien mil habitantes, son indicativos de una situación crítica. Además, el 41% de aumento en homicidios entre 2021 y 2022, junto con el estrés postraumático en víctimas de violencia y la falta de oportunidades educativas y laborales, exacerbaban la inestabilidad emocional de la población.

Los patrones socio-culturales que afectan la convivencia y la deficiente implementación de la Red de Prestación de Servicios (RPMS) para la salud mental agravan la situación. La baja adecuación de la red de servicios, la poca adherencia a guías y protocolos, y la ausencia de políticas específicas en salud mental y drogas son barreras significativas. Las familias disfuncionales y la violencia intrafamiliar, junto con el 83.7% de hogares con trabajo informal, indican una falta de estabilidad que impacta negativamente la salud mental. La mayoría de las instituciones educativas

carecen de talento humano capacitado para abordar problemas de salud mental, y el acceso deficiente a programas deportivos y culturales limita la expresión de talentos jóvenes. En resumen, el diagrama resalta la urgente necesidad de abordar los múltiples factores socio-culturales que contribuyen a los problemas de salud mental en Bolívar.

Núcleo 7:

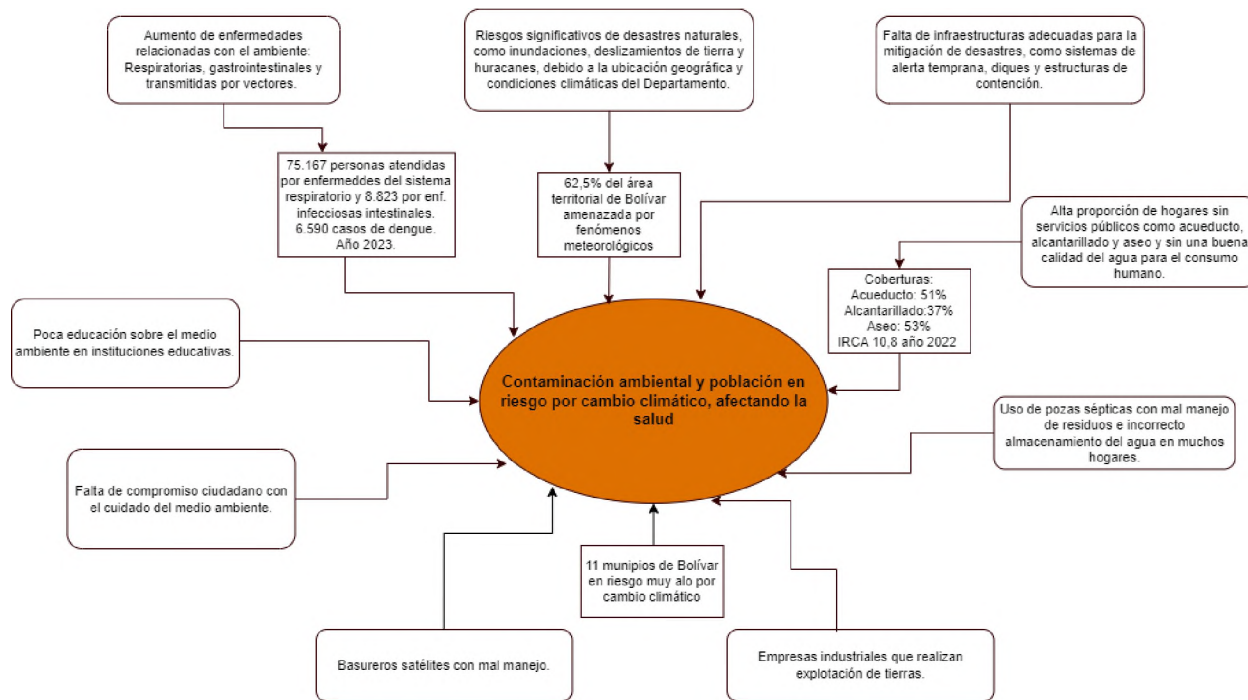


Análisis: Se expone la problemática de la deshumanización en la atención en salud a la población vulnerable en el departamento de Bolívar, destacando las dificultades en la caracterización de la población LGTBIQ+ y étnicas. Las deficiencias abarcan desde la falta de talento humano capacitado con enfoque diferencial hasta la ausencia de políticas públicas adecuadas. La atención inclusiva y de calidad se ve comprometida por la carencia de intervenciones en salud adaptadas a las necesidades socioculturales y la insuficiente conformación de equipos multidisciplinarios.

Además, no se dispone de un directorio de médicos y sabedores ancestrales, y hay una baja cobertura en la certificación y registro de personas con discapacidad. La revictimización por parte del personal sanitario y la falta de confidencialidad en los diagnósticos clínicos agravan la situación, afectando especialmente a las personas LGTBIQ+.

La deshumanización también se manifiesta en la escasa atención a las víctimas del conflicto armado y en la deficiente adecuación de los modelos de atención en salud a las necesidades de los grupos étnicos. En resumen, el diagrama ilustra una amplia gama de factores que contribuyen a la deshumanización y las barreras para una atención en salud equitativa y adecuada en Bolívar.

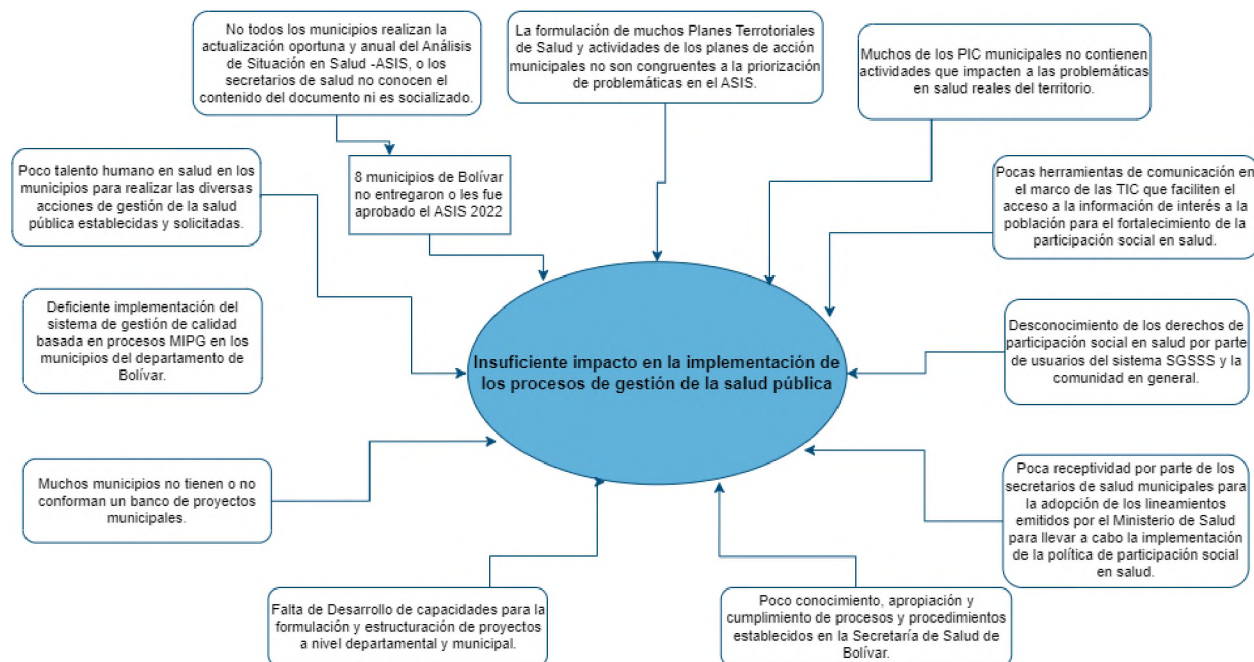
Núcleo 8:



Análisis: Se presenta un análisis detallado sobre la contaminación ambiental y la población en riesgo debido al cambio climático en el departamento de Bolívar, resaltando las diversas formas en que esto afecta la salud. Se observa un aumento en enfermedades respiratorias, gastrointestinales y transmitidas por vectores, con cifras alarmantes como 75,167 personas atendidas por enfermedades respiratorias y 6,590 casos de dengue en 2023. El 62,5% del área territorial está amenazada por fenómenos meteorológicos, aumentando la vulnerabilidad de la población ante desastres naturales como inundaciones y deslizamientos de tierra.

La falta de infraestructura adecuada para la mitigación de desastres y la baja cobertura de servicios públicos esenciales como acueducto y alcantarillado (51% y 37% respectivamente) agravan la situación. Además, el uso inadecuado de pozas sépticas y el mal manejo de basureros satélites contribuyen a la contaminación del agua, poniendo en riesgo la salud pública. La educación ambiental insuficiente y la falta de compromiso ciudadano con el cuidado del medio ambiente también son factores críticos que perpetúan esta problemática. En conjunto, estos elementos destacan la necesidad urgente de intervenir para mitigar los impactos del cambio climático y mejorar las condiciones de salud y bienestar en Bolívar.

Núcleo 9:

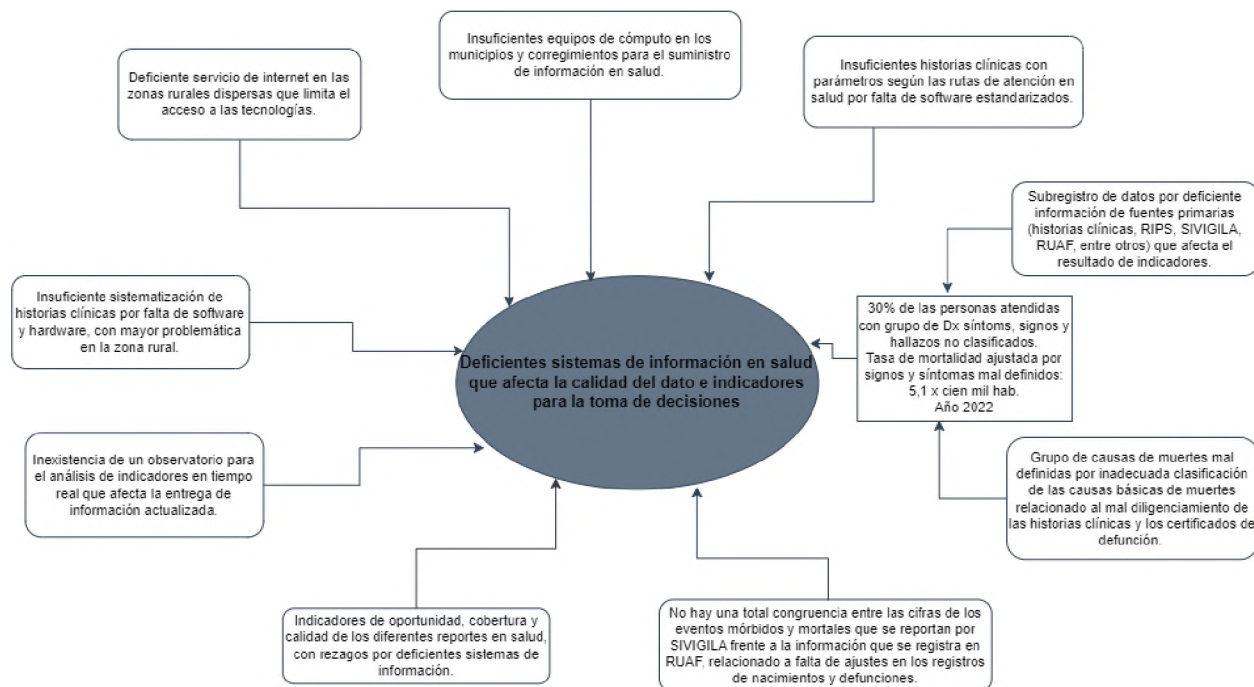


Análisis: Dentro de los factores asociados al insuficiente impacto en la implementación de los procesos de gestión de la salud pública, encontramos que no todos los municipios realizan la actualización oportuna y anual del Análisis de Situación en Salud -ASIS, en el año 2022 8 municipios no contaron con un documento de Análisis en Salud para la toma de decisiones, insumo que es importante para la proyección de los Planes Territoriales y para el seguimiento de acciones en salud, relacionado a esto la formulación de muchos Planes Territoriales de Salud y actividades de los planes de acción municipales no son congruentes a la priorización de problemáticas de sus Análisis en Salud. Otro factor importante son las acciones contempladas en los PIC, ya que en muchos municipios no contienen actividades que impacten las problemáticas en salud reales del territorio.

Por otro lado, son pocas las herramientas de comunicación en el marco de las TIC que facilitan el acceso a la información de interés a la población para el fortalecimiento de la participación social en salud, además del desconocimiento de los derechos de participación social en salud por parte de usuarios del sistema SGSSS y la comunidad en general y la poca receptividad por parte de los secretarios de salud municipales para la adopción de los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud para llevar a cabo la implementación de la política de participación social en salud.

Otro punto es el poco conocimiento, apropiación y cumplimiento de procesos y procedimientos establecidos en la Secretaría de Salud de Bolívar y la falta de desarrollo de capacidades para la formulación y estructuración de proyectos a nivel departamental y municipal, muchos municipios no tienen o no conforman un banco de proyectos municipales lo que afecta la proyección de las acciones; por último la deficiente implementación del sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG en los municipios del departamento de Bolívar y el insuficiente talento humano en salud en los municipios para realizar las diversas acciones de gestión de la salud pública establecidas y solicitadas.

Núcleo 10:



Análisis: La deficiencia en los sistemas de información en salud afecta directamente la calidad del dato e indicadores para la toma de decisiones, dentro de los factores asociados a esta problemática encontramos el deficiente servicio de internet en las zonas rurales dispersas que limita el acceso a las tecnologías, así como no contar con equipos de cómputo idóneos en los municipios y corregimientos para el suministro de información en salud. Otra debilidad está relacionada con las historias clínicas ya que estas no cuentan con suficientes parámetros según las rutas de atención en salud por falta de software estandarizados y es insuficiente la sistematización de historias clínicas por falta de software y hardware, especialmente en la zona rural; por otro lado, cabe mencionar que hay subregistro de datos por deficiente información de fuentes primarias (historias clínicas, RIPS, SIVIGILA, RUAF, entre otros) que afecta el resultado de indicadores.

El Grupo de causas de muertes mal definidas por inadecuada clasificación de las causas básicas de muertes, relacionado al mal diligenciamiento de las historias clínicas y los certificados de defunción, es una problemática que requiere ser mejorada, en el año 2022 el 30% de las personas atendidas se clasificaron en el grupo de diagnósticos de síntomas, signos y hallazgos no clasificados, mientras que la tasa de mortalidad ajustada de signos y síntoma mal definidos fue de 5.1 por 100.000 habitantes; sumado a esto, no hay una total congruencia entre las cifras de los eventos de morbilidad y mortalidad que se reportan por SIVIGILA frente a la información que se registra en RUAF, relacionado a falta de ajustes en los registros de nacimientos y defunciones.

Por último, se presentan indicadores de oportunidad, cobertura y calidad de los diferentes reportes en salud, con rezagos por deficientes sistemas de información y no se cuenta con observatorio para el análisis de indicadores en tiempo real que afecta la entrega de información actualizada.



NIT. 806.005.597-1

375

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

Parte del análisis de situación de salud en el territorio tiene que ver con la respuesta institucional y social que se ha venido desarrollando frente a las problemáticas identificadas. A continuación, se presentan las problemáticas identificadas y el análisis de la respuesta con el fin de dar a conocer la posición o rol de cada actor involucrado, se utilizó la metodología general ajustada para la formulación de proyectos del NDP, tal como lo recomienda el Ministerio de Salud en los lineamientos orientados para el desarrollo este capítulo. (Tabla 57).

Beneficiarios: Aquellos individuos u organizaciones que recibirán directa o indirectamente los beneficios de la(s) intervención(es) que se proponga(n) realizar a través del proyecto.

Cooperantes: Comprende a todas aquellas personas o entidades que pueden vincularse aportando recursos de diferente tipo ya sea en dinero o en especie para el desarrollo de dichas intervenciones.

Oponentes: Es una persona, grupo o institución que no está de acuerdo con el proyecto que se está presentando, o tiene una opinión contraria frente al mismo, estos podrían obstaculizar el logro de los objetivos del proyecto.

Perjudicado: Es una persona, grupo o institución que se puede ver afectado por los objetivos del proyecto y a pesar de ello puede o no oponerse.

Tabla 57. Respuesta de los actores a las problemáticas del Departamento de Bolívar

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
Población de primera infancia e infancia en alto riesgo de mortalidad evitable, por factores socioeconómicos y medioambientales.	- Fortalecimiento del proceso de coordinación y articulación intersectorial, a través del funcionamiento eficaz y eficiente de las mesas intersectoriales de primera infancia, infancia, adolescencia y familia (MIIAF) y de las mesas de participación de niñas, niños y adolescentes de los municipios, con secretarías operativas robustas y empoderadas para la gestión de planes, programas y proyectos en el marco de la política departamental pública de primera infancia, infancia, adolescencia y familia, articulados con el plan de desarrollo Bolívar me Enamora y plan de acción de la MIIAF departamental. - Intervenciones de educación y comunicación en salud efectivas, con mayor cobertura en territorios de alto riesgo, que desarrollen capacidades en la comunidad de acuerdo con su entorno y características socio culturales, permitiéndoles identificar e intervenir los factores de riesgo ambiental, signos y síntomas de alarma de enfermedades como el dengue, IRA y EDA. - Operativización del sistema de Información para el Desarrollo Integral a la Primera infancia - SSDIPI, garantizado a través de la estandarización e implementación de un proceso de gestión de las alertas	Cuidar y proteger a los niños y niñas desde los hogares Brindar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y seguir las recomendaciones sobre la alimentación complementaria a partir de los 6 meses Promover el autocuidado y apropiación de los estilos de vida saludables en los niños y niñas. Participación de cuidadores en actividades de	Secretaría de Salud Departamental Municipios ICBF EAPB Prestadores de Servicios de Salud Comunidad	Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Beneficiario	Garantizar los derechos de los niños y niñas y prevenir la morbilidad y mortalidad evitable	Contribución técnica y financiera.

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	que garantice la interoperabilidad entre los diferentes actores del SGSSS. • Conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios con adecuación para la implementación de las RPMS y RIAMP, procesos prioritarios asistenciales en los servicios de atención del binomio madre e hijo, alcanzando de manera progresiva estándares de acreditación, mediante el posicionamiento de la estrategia de auditoría para mejoramiento de la calidad de la atención en salud. • Aumentar la cobertura de redes intersectoriales y comunitarias con madres gestantes y lactantes para el fortalecimiento de la estrategia de los primeros mil días, con enfoque de atención diferencial. • Fomento de la participación de niñas, niños y adolescentes en la identificación de problemas y toma de decisiones para el mejoramiento de sus condiciones de salud y calidad de vida, con municipios empoderados en la formulación y ejecución de proyectos articulados con el sector educativo y evaluación de resultados obtenidos. • Intensificación y mejoramiento del monitoreo a las intervenciones de detección temprana y protección específica y acciones de atención integral de eventos de interés en salud pública que afectan la infancia y la niñez, con énfasis en las principales causas de morbilidad y mortalidad. • Fortalecimiento de la gestión del PAI para lograr coberturas útiles de vacunación en municipios con mayor mortalidad infantil y en menores de cinco años. • Fomento de la inclusión de familias residentes en municipios con alta prevalencia de desnutrición, en proyectos productivos del sector agrario (UMATA). • Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, mediante el aumento de IPS públicas y privadas certificadas en la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAM) y la puesta en marcha del proyecto de implementación de salas de lactancia materna en el ámbito laboral de empresas que cumplan con criterios normativos. • Optimización de las competencias del talento humano en salud que atiende la primera infancia e infancia, con la implementación del curso de manejo de la desnutrición aguda, basado en la Resolución 2350 de 2020, como requisito fundamental para la selección por parte de IPS públicas y privadas y desarrollo de capacidades en la estrategia AIEPI y mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud para esta población, a los entes territoriales municipales, EAPB e IPS.	educación y comunicación en salud Reconocer los signos y síntomas de alarma y acudir de manera oportuna ante la presencia de estos Acceder a los controles según las rutas de atención por curso de vida				
Aumento en la morbilidad y mortalidad por enfermedades	• Articulación intersectorial local y territorial con actores claves. • Realizar caracterización por municipios de la población afiliada por parte de las EAPB.	Participar activamente en los espacios de educación y jornadas	Secretaría de Salud Departamental	Cooperante Cooperante	Fortalecer la atención con calidad y oportunidad de	Contribución técnica y financiera.

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
crónicas no transmisibles.	• Capacitar al personal de salud en los protocolos y guías de atención para un correcto diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles. • Garantizar los recursos necesarios para la atención integral de la población y el efectivo diagnóstico de las patologías crónicas. • Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para que mejoren la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente. • Fortalecimiento de la adherencia a los estilos de vida saludables en todos los entornos cardiovascular y metabólica. • Garantizar la disponibilidad y oportunidad de los medicamentos en las zonas urbanas y rurales por parte de las EAPB. • Mejorar las vías de acceso para que faciliten el desplazamiento de las personas a los servicios de salud. • Fortalecer el servicio de telemedicina en la población rural y rural dispersa para esto se debe garantizar el acceso a las telecomunicaciones en la zona rural y rural dispersa. • Gestión ante la academia para la formación del egresado en pregrado y posgrado acorde con la realidad de la situación de salud pública departamental y nacional y acuerdos para el fortalecimiento de los procesos de capacitación de los profesionales que trabajan en los prestadores de salud.	en salud. Asistir a los diferentes programas por curso de vida disponibles en las Instituciones de Salud. Adherencia a los programas de las rutas integrales por curso de vida Fortalecer el autocuidado como evitar el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, entre otros factores de riesgos modificables.	Municipios Planeación territorial Secretaría Infraestructura IDERBOL Academia EAPB Prestadores de Servicios de Salud Veeduría en salud Comunidad	Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Beneficiario	acuerdo a las guías de atención y protocolos por curso de vida; así como, la implementación de estrategias para el fortalecimiento de estilos de vida saludable en la población e incentivar a mejorar los factores de riesgos modificables	
Riesgo de morbilidad y mortalidad por eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva, por no entrega efectiva de las atenciones individuales y colectivas, que afecta la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y por los factores socio-económicos de la población.	• Municipios ejerciendo soberanía sanitaria a través de la modernización de sus estructuras administrativas y procesos de gestión de la salud pública debidamente implementados, con acompañamiento permanente y enfoque prioritario a la garantía de la atención integral del binomio madre e hijo. • Recién nacidos sanos, producto de mujeres con embarazos en su mayoría deseados, debidamente controlados, con acceso a la totalidad de las atenciones de la Ruta Materno Perinatal, que incluya el acceso a la IVE farmacológica en los casos que lo amerite, mediante la intensificación de las acciones de supervisión, inspección, vigilancia y control, con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad para los servicios de atención materno perinatales. • Población beneficiada con las atenciones individuales establecidas en la RPMS, con énfasis en el suministro de preservativos, tamizaje para ITS y métodos de planificación, a través de la intensificación de las acciones de supervisión, inspección, vigilancia y control, con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención en salud.	Participar activamente en los espacios de educación y jornadas en salud Asistir a los diferentes programas por curso de vida disponibles en las Instituciones de Salud Fortalecer el autocuidado como el uso del preservativo para prevenir enfermedades de transmisión sexual Adherencia al control prenatal y consultar de manera oportuna Adherencia a los	Secretaría de Salud Departamental Secretaría de Educación Secretaría de la Mujer Municipios EAPB Prestadores de Servicios de Salud Comunidad	Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Beneficiario	Lograr que mujeres en edad fértil, gestantes, recién nacidos y población general reciban atención integral y de calidad con el fin de prevenir las muertes maternas, perinatales y las enfermedades de transmisión sexual, así como contribuir en el fortalecimiento de estrategias	Contribución técnica y financiera.

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	• Intervenciones colectivas en salud pública municipales diseñadas e implementadas a partir de un Análisis de Situación de Salud participativo, con monitoreo y evaluación de los resultados alcanzados. • Procesos de contratación fortalecidos desde el nivel departamental, que garanticen la continuidad y oportunidad de las tecnologías PIC y una mayor cobertura a nivel municipal. • Proveer la atención integral a mujeres gestantes con estatus migratorio irregular con énfasis en sífilis gestacional. • Espacios de articulación intersectorial fortalecidos desde el nivel departamental con los sectores claves de educación, cultura, recreación, deporte, vías, justicia y protección, ejecutando proyectos integrales que permitan la movilización de los indicadores trazadores. • Desarrollo de asistencias técnicas tipo acompañamiento y asesoría, dirigidas a los actores del sistema de salud para el cumplimiento de los lineamientos para la implementación de la estrategia ETMI Plus, RIAS, escenarios de simulación, guías de práctica clínica de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. • Desarrollo de capacidades del talento humano en los temas de las RIAS, escenarios de simulación, estrategia ETMI Plus, guías de práctica clínica de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. • Instituciones educativas cumpliendo con el plan de educación sexual como lo estipula la normativa.	tratamientos suministrados ante la presencia de ITS			que mejoren los factores de riesgos socio-económicos	
Dificultades en el acceso y calidad a los servicios de salud individuales y colectivos.	• Creación de un espacio de coordinación y articulación con los sectores de salud, planeación territorial, hábitat e infraestructura tanto a nivel departamental como municipal, que promueva la formulación, ejecución y evaluación de proyectos para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, en municipios con mayor carga de indicadores de mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad materna y letalidad por dengue. • Implementación de estrategias de ampliación de cobertura de atención en salud a la población migrante, en especial mujeres gestantes en condición de migrantes irregulares y canalización a otros sectores gubernamentales para el mejoramiento de su calidad de vida, desarrolladas en espacios de concertación que involucren a los actores relacionados con la problemática. • Reorganización de la red prestadora de servicios de salud, que incluya la conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios individuales funcionando según el modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo, como resultado de un ejercicio participativo y de concertación previa con los actores de SGSSS, para la adecuación (infraestructura, dotación,	Sentido de pertenencia en el cuidado de los centros hospitalarios. Veeduría ciudadana en los centros de atención. Participar activamente en los diferentes programas de salud convocado por los actores institucionales Integración y participación activa en las asociaciones de usuarios de las Instituciones de Salud	Secretaría de Salud Departamental Municipios Planeación territorial Secretaría Infraestructura EAPB Prestadores de Servicios de Salud Veeduría en salud Comunidad	Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Beneficiario	Mejorará el acceso y calidad a la prestación de servicios de salud individuales y colectivos	Contribución técnica y financiera.

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	tecnologías y procesos) de los servicios, en respuesta a los lineamientos de las rutas de atención integral de promoción y mantenimiento, materno perinatal, atención en salud mental y adecuaciones socioculturales, de acuerdo con las políticas de atención diferencial a poblaciones vulnerables, especialmente niñas, niños, adolescentes, gestantes, víctimas de violencia, víctimas del conflicto armado, etnias, adulto mayor y población con discapacidad. • Mejoramiento de las capacidades técnico administrativas y financieras de la red pública de prestación de servicios de salud departamental, la cual funcionará con procesos de facturación eficaces, centros de costos de servicios, acuerdos de tarifas razonables con las EAPB, acuerdos de voluntades que aborden la contratación de todos los servicios ofertados por las ESE que cumplen con las condiciones de calidad requeridas, priorizando municipios monopólicos. • Información de la atención en salud disponible en red de manera permanente y de fácil tanto a nivel nacional como departamental, mediante la implementación del proyecto de interoperabilidad de la historia clínica electrónica que garantice la continuidad asistencial para la atención oportuna y de calidad de los usuarios. • Fortalecimiento de la gestión territorial en salud pública, con énfasis en la gestión del aseguramiento, prestación de servicios individuales y de intervenciones colectivas en salud pública, intensificando el fomento y supervisión del ejercicio de la rectoría sanitaria en los municipios, basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud con procesos de auditoría externa a la red prestadora eficientes y efectivos, posicionamiento del proceso de auditoría GAUDI como herramienta del vigilancia al cumplimiento de las EAPB, optimización de procesos de promoción y afiliación del régimen subsidiado en salud, creación y adopción de sistemas de gestión de alertas de prestación de servicios individuales y trámite de peticiones, quejas y reclamos efectivos, que operen bajo el funcionamiento eficiente de los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) en las alcaldías. • Procedimientos de inspección, vigilancia y control a la gestión municipal, fondos locales de salud y mantenimiento hospitalario a cargo del ente territorial departamental robustecidos, en pro de una mayor eficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS. • Secretarías Locales de Salud con recurso humano capacitado e implementando planes de asistencia técnica, en articulación con el departamento y actores claves del sistema, para el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en EAPB e IPS de su territorio, así como un proceso de					



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	monitoreo de la calidad de la atención en salud integrado a la gestión de la prestación de servicios individuales, que garantice la gestión de sus resultados y abordaje interinstitucional para prevenir y/o corregir las desviaciones detectadas. • Acciones colectivas en Salud Pública de orden departamental y municipal más efectivas por su adaptación a la situación en salud y características socioculturales de cada territorio, desarrolladas mediante mecanismos de articulación con las acciones individuales de salud a cargo de las EAPB/IPS en coordinación de los entes territoriales, que impacten principalmente en la disminución de la mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, letalidad por dengue, problemas y trastornos mentales con enfoque diferencial en la población residente en el departamento de Bolívar. • Optimización de la gestión del riesgo y calidad de la atención en salud por parte de las EAPB y red prestadora de servicios, incrementando el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la política de humanización de los servicios de salud en los actores del SGSSS, mejorando la eficiencia del sistema departamental de gestión de alertas de prestación de servicios individuales de salud y trámite de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del SGSSS, complementario a la intensificación y mejoramiento de acciones de monitoreo de las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud pública, a cargo de las EAPB/IPS, supervisión de los planes municipales de intervenciones colectivas en salud pública y acciones de Inspección, Vigilancia y Control del ente territorial departamental, con mayor adaptación al modelo de IVC con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos para la atención de las niñas, niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, en etapa de gestación, atención integral a poblaciones vulnerables, detección temprana y atención del dengue, reflejado en un mayor cumplimiento del Sistema Único de Habilitación de los prestadores de servicios de salud, preparación de IPS públicas para la acreditación y logro de los resultados en salud. • Proceso de referencia y contrarreferencia del Departamento de Bolívar, fortalecido en infraestructura física, tecnológica y de procesos, e intensificación del monitoreo a las EAPB y red prestadora de servicios de salud, de conformidad con la Resolución 1220 del 2010.					

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
Afectación de la salud de la población por enfermedades transmisibles como infecciones respiratorias, ETV, tuberculosis, inmunoprevenibles, entre otras.	• Realizar asistencias técnicas de capacitación y seguimiento para la adherencia de protocolos de eventos de interés en salud pública. • Concertar acciones colectivas entre actores claves para la educación sobre prevención y detección de eventos de interés en salud pública. • Fortalecer la vigilancia en los establecimientos con venta libre de fármacos. • Gestionar los recursos para la construcción del laboratorio de salud pública para lograr la oportunidad, cobertura y calidad en la toma de muestras de eventos de interés en salud pública. • Gestionar los recursos para la operación adecuada de la vigilancia en salud pública del territorio. • Despliegue para la implementación de las fases de la estrategia de la vigilancia basada en comunidad según lineamientos nacionales. • Realizar asistencias técnicas articulada con programas de salud pública y otras dependencias del sector salud para el desarrollo de capacidades de eventos de interés en salud pública en el territorio. • Disponer de equipos básicos en salud para la educación en salud y para la aplicación de vacunas según esquema PAI en las zonas rurales. • Fortalecer la contratación del talento humano en la red de prestación de servicios de vacunación intra mural y extra mural para la aplicación de biológicos según esquema PAI. • Realizar jornadas de sensibilización a la comunidad para lograr adherencia al programa ampliado de inmunización, incluyendo población migrante. • Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.	Participar activamente en los espacios de educación y jornadas en salud. Participar activamente en la estrategia d la vigilancia en salud pública basada en comunidad Participar activamente en jornadas de vacunación incentivando a los hogares en especial donde residan menores de edad para lograr esquemas de vacunación completos	Secretaría de Salud Departamental Municipios EAPB Prestadores de Servicios de Salud Comunidad	Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Beneficiario	Garantizar la atención en salud, así como la captación temprana y el manejo oportuno de enfermedades infecciosas y eventos de interés en salud pública.	Contribución técnica y financiera.

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
Aumento en los problemas y trastornos mentales asociados a factores socio-culturales.	- Intervención de los factores de riesgos socio-culturales a partir de la adopción e implementación de una política de salud mental y drogas sancionada por ordenanza, donde se fortalezcan los espacios de participación, coordinación y articulación intersectorial de salud mental y optimización de las atenciones de las víctimas de la violencia con aumento en la oferta de servicios de atención en salud mental e IPS cumpliendo con las atenciones de psicología, psiquiatría, neuropsicología, apoyo diagnóstico y terapéutico en salud mental incluyendo la rehabilitación e inclusión social. - Respuesta institucional específica y con mayor efectividad orientada con base a la identificación y caracterización de los trastornos mentales, consumo de SPA y epilepsia con priorización territorial. - Realizar intervenciones de educación y comunicación en prevención de la conducta suicida y prevención del consumo de SPA en docentes y población adolescente. - Generar alianzas público–privadas para el fortalecimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud con énfasis en el mejoramiento de la oferta para la atención de la salud mental - Brindar acompañamiento y monitorear las intervenciones de detección temprana y protección específica de la atención de salud mental. - Desarrollar capacidades al sector salud que está en primera línea de atención en guía MHGAP con el fin de minimizar los riesgos en la atención asociada a la salud mental. - Promover la conformación de los dispositivos comunitarios especialmente los ZOE (zona de orientación escolar) en las Instituciones educativas. - Avanzar en la optimización de la estrategia de familias fuertes con mayor cobertura en los territorios con mayores factores de riesgos identificados asociado a la salud mental y al consumo de SPA. - Avanzar en la optimización de los grupos de ayuda mutua con pacientes diagnosticados con trastornos de problemas de salud mental.	Participación activa y continua en actividades relacionadas con el autocuidado, estilos de vida saludables y diagnóstico oportuno, en el consumo de sustancias psicoactivas. Propuestas de empleabilidad y emprendimiento. Participación en espacios recreativos, culturales y deportivos Prevenir desde la familia el consumo de sustancias psicoactivas Colaborar con las autoridades del territorio en las diferentes estrategias para la prevención del consumo de drogas	Secretaría de Salud Departamental Secretaría de Educación IDERBOL ICULTUR Municipios EAPB Prestadores de Servicios de Salud Comunidad	Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Beneficiario	Implementación de la política pública departamental en salud mental y drogas desde los enfoques diferenciales, con énfasis en convivencia ciudadana	Contribución técnica y financiera.

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
Deshumanización en la atención en salud a la población vulnerable y dificultades en la caracterización de población LGTBIQ+ y étnica del departamento de Bolívar.	• Adaptación en los servicios de salud para garantizar la atención integral con enfoque diferencial a toda la población incluyendo sus particularidades presentadas en cada territorio. • Implementación de estrategias innovadoras y disminución de barreras de acceso para la efectiva prestación de los servicios de salud en población con enfoque diferencial. • Desarrollo de capacidades dirigido al talento humano en salud de las redes de prestaciones de servicios de salud para la atención diferencial con distinto enfoque. • Garantizar la confidencialidad de atención, resultados, diagnóstico y tratamiento de las poblaciones vulnerables y diferenciales, por parte del talento humano en salud. • Implementar campañas de caracterización de la población vulnerable y diferencial con la perentoria confiabilidad y privacidad. • Asignación de recursos para el fortalecimiento del componente de discapacidad y disponibilidad de talento humano idóneo para el acompañamiento y seguimiento del proceso de certificación y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD. • Reconocimiento de los contextos y particularidades de la población con el fin de desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la atención en salud con enfoque diferencial. • Estrategias de educación y comunicación, e información en salud diseñadas de acuerdo a los contextos socio-culturales de las poblaciones étnicas. • Intervenciones en salud adaptadas a los contextos socio-culturales. • Diseño, implementación y seguimiento de la política a pública para las poblaciones étnicas. • Disponer de un directorio de médicos, sabedores ancestrales y parteras por grupos étnicos y territorios en el departamento de Bolívar. • Caracterizar a las diferentes poblaciones diferenciales del departamento de Bolívar (etnias, LGTBIQ+). • Fortalecer capacidades en el diligenciamiento y reporte al sistema de información de las variables que permitan identificar las poblaciones con enfoques diferenciales.	Participación en grupos de apoyo comunitarios que promuevan y lideren la atención diferencial Participar activamente en espacios de participación social importante para la toma de decisiones Replicar información en salud en los diferentes grupos comunitarios para la prevención de enfermedades	Secretaría de Salud Departamental Secretaría de Igualdad Municipios EAPB Prestadores de Servicios de Salud Comunidad	Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante Beneficiario	Garantizar la atención en salud con trato humanizado, con calidad y con atención diferencial, en población vulnerable, así como lograr la caracterización de la población LGTBIQ+ y población étnica con el fin de realizar estrategias en salud de acuerdo a sus necesidades.	Contribución técnica y financiera.
Contaminación ambiental y población en riesgo por cambio climático, afectando la salud.	• Conformación de redes intersectoriales y comunitarias conformada por líderes y actores sociales para el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria, adaptación y mitigación al cambio climático. • Información en salud para la promoción y prevención de enfermedades sensibles al clima. • Información en salud para la sensibilización de la correcta disposición de residuos sólidos. • Educación en salud para implementar estrategias de entornos ambientalmente saludables.	Sentido de pertenencia y conciencia en el uso, manejo y disposición final de residuos. Participar activamente en las campañas de salud medio-ambientales y	Secretaría de Salud Departamental Secretaría de Habitación Municipios EAPB	Cooperante Cooperante Cooperante Cooperante	Fortalecer las actividades de educación y comunicación en salud relacionadas con la prevención y manejo de factores	Contribución técnica y financiera.



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	• Desarrollo de capacidades para el mejoramiento de las cadenas productivas y producción sostenible. • Información y comunicación en salud en promoción y prevención de IRA, EDA y ETV, reconocimiento de signos de alarmas y difusión de mensajes claves. • Realizar un mayor monitoreo de la calidad del agua, en especial en áreas rurales.	replicar la información Evitar disponer las basuras en basureros satélites no autorizados y evitar la quema de basura	Prestadores de Servicios de Salud Comunidad	Cooperante Beneficiario	contaminantes del medio ambiente	
Insuficiente impacto en la implementación de los procesos de gestión de la salud pública.	• Intensificar las asistencias técnicas en los municipios sobre el desarrollo del Análisis de Situación en Salud para fortalecer el desarrollo de capacidades con base en los lineamientos nacionales. • Realizar revisión de las acciones plasmadas en los planes de acción y PIC municipales, para revisar la concordancia con las problemáticas priorizadas en el ASIS. • Realizar mesas de concertación para la proyección de las acciones PIC con los diferentes actores en salud y realizar seguimiento de los acuerdos. • Desarrollar capacidades al talento humano de los municipios sobre los diferentes indicadores en salud y su interpretación. • Fortalecer el proceso de participación social en salud en los municipios y evaluar el cumplimiento de las acciones relacionadas. • Diseñar estrategias de educación dirigida a la comunidad sobre los derechos de participación social en salud • Realizar asistencia técnica a las secretarías de salud municipales con el fin de que adopten e implementen la política de participación social en salud • Evaluar y reforzar capacidades o conocimientos sobre los diferentes procesos y procedimientos establecidos en la Secretaría de Salud de Bolívar. • Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano sobre la formulación y estructuración de proyectos. • Gestionar e incentivar a los municipios a la creación de bancos de proyectos. • Realizar desarrollo de capacidades en los municipios de Bolívar sobre el sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG. • Realizar seguimiento de la implementación del sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG en los municipios del departamento de Bolívar. • Aumentar la realización de asistencias técnicas unificadas a los municipios en temas de planeación y gestión de la salud que estén relacionados y puedan ser abordados en el mismo espacio. • Articular con los diferentes programas de la Secretaría de salud la programación de capacitaciones y asistencias técnicas a los municipios.	Participar en las acciones de intervenciones colectivas y replicar la información en la comunidad Asistir a espacios de participación social	Secretaría de Salud Departamental Planeación territorial Municipios Comunidad	Cooperante Cooperante Cooperante Beneficiario	Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a los procesos de la gestión de la salud pública	Contribución técnica y financiera.



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
Deficientes sistemas de información en salud que afecta la calidad del dato e indicadores para la toma de decisiones.	• Garantizar el servicio de internet y equipos de cómputo idóneos para la sistematización de las historias clínicas especialmente en la zona rural • Gestionar un observatorio en el departamento de Bolívar que permita obtener información oportuna sobre indicadores en salud. • Estandarización de historias clínicas por curso de vida y por rutas integrales de atención en salud • Realizar desarrollo de capacidades al talento humano en salud sobre el correcto diligenciamiento de las historias clínicas y adecuada clasificación de la cascada fisiopatológica en el certificado de defunción • Realizar auditorías de historias clínicas por cursos de vida y por programas de acuerdo a las rutas integrales de atención • Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para el manejo de herramientas tecnológicas. • Fortalecer el contenido y visibilización de la página web de la Secretaría de Salud de Bolívar, manteniéndola actualizada y estable. • Articular con la academia y otros sectores la participación en proyectos de investigación en salud • Fortalecimiento de la herramienta tecnológica para el sistema de información del Centro Regulador de Urgencias - CRUE.	Participar activamente con la divulgación de información teniendo en cuenta las fuentes oficiales Consultar datos en salud en fuentes confiables suministrada por entidades oficiales	Secretaría de Salud Departamental Municipios Comunidad	Cooperante Cooperante Beneficiario	Contar con sistemas de información en salud eficientes con calidad del dato para la toma de decisiones	Contribución técnica y financiera.



375

NIT 806.005.597-1



**SECRETARÍA
de Salud**



Priorización de los problemas y necesidades sociales en Salud

*Bolívar
me enamora*
con Salud Oportuna y de Calidad





NIT. 806.005.597-1

375

CAPITULO V. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO

A continuación, se presenta la matriz de priorización de acuerdo al ejercicio realizado en las mesas técnicas con acompañamiento del Proyecto de apoyo integral al sistema de salud en migración, calificando la magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia, factibilidad y variabilidad de la intervención de cada problema relacionado a la salud encontrado en el Departamento.

Se realizó la priorización a través de una mesa técnica con los actores claves teniendo en cuenta los resultados de los indicadores de morbilidad y mortalidad, así como los resultados de la participación social. La puntuación total de la priorización se estimó entre 1 y 20 puntos. El color rojo representa muy alto, el naranja alto, amarillo medio y verde bajo.

Para la puntuación por variables, se realizaron preguntas orientadoras y se calificó de acuerdo a la metodología orientada por el ministerio de salud y protección social:

Magnitud: ¿Cuántas personas son afectados por el problema?

Pertinencia social e intercultural: ¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?

Trascendencia: ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?

Factibilidad de la intervención: ¿Es posible la intervención?

Viabilidad de la intervención: ¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?

Tabla 58. Matriz de priorización de problemas del Departamento de Bolívar

Problemáticas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Trascendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	Priorización
Población de primera infancia e infancia en alto riesgo de mortalidad evitable, por factores socioeconómicos y medioambientales	Alto	Alto	Muy alto	Alto	Alto	16,0
Aumento en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles	Alto	Alto	Muy alto	Alto	Alto	16,0
Riesgo de morbilidad y mortalidad por eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva, por no entrega efectiva de las atenciones individuales y colectivas, que afecta la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y por los factores socio-económicos de la población	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	15,0



Problemáticas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	Priorización
Dificultades en el acceso y calidad a los servicios de salud individuales y colectivos	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	15,0
Afectación de la salud de la población por enfermedades transmisibles como infecciones respiratorias, ETV, tuberculosis, inmunoprevenibles, entre otras	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	15,0
Aumento en los problemas y trastornos mentales asociados a factores socio-culturales	Medio	Alto	Muy alto	Alto	Alto	15,0
Deshumanización en la atención en salud a la población vulnerable y dificultades en la caracterización de población LGTBIQ+ y étnica del departamento de Bolívar	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	13,0
Contaminación ambiental y población en riesgo por cambio climático, afectando la salud	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	13,0
Insuficiente impacto en la implementación de los procesos de gestión de la salud pública	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	13,0
Deficientes sistemas de información en salud que afecta la calidad del dato e indicadores para la toma de decisiones	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	11,0

Luego de realizar el ejercicio de priorización, se presenta a continuación la matriz de priorización de problemas que servirá para la orientación de la planeación estratégica y de acciones que aporten soluciones integrales para mejorar las condiciones de salud de la población (Tabla 59).

Tabla 59. Priorización de problemas y necesidades en salud del Departamento de Bolívar

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
Población de primera infancia e infancia en alto riesgo de mortalidad evitable, por factores socioeconómicos y medioambientales: • Persistencia y aumento de factores de riesgo medio ambientales como baja calidad del agua para el consumo humano, viviendas en condiciones desfavorables, condiciones inadecuadas de saneamiento básico en especial por la baja cobertura de acueducto, alcantarillado, inadecuado almacenamiento de agua y mal manejo de residuos sólidos en áreas urbanas y rurales de una alta concentración de municipios, que aumentan la incidencia de enfermedades como el dengue, IRA y EDA. • Alto porcentaje de afecciones del periodo perinatal, malformaciones congénitas y tumores, asociado al aumento de los embarazos en adolescentes, deficiencias nutricionales de las gestantes, contaminación ambiental por minería ilegal y fumigaciones. • Alta mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. • Alta proporción de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer. • Deficiente seguridad alimentaria y nutricional en el departamento. • Débil implementación del proceso de coordinación y articulación intersectorial por parte de las entidades territoriales municipales, reflejado en insuficiente gestión de las secretarías operativas de mesas intersectoriales de primera infancia, infancia, adolescencia y familia, cuyos planes de acción poco se articulan con las acciones del ente territorial departamental. • Poco conocimiento de factores de riesgo, signos y síntomas de alarma, que disminuyen la participación de la comunidad en intervención de los mismos. • Red prestadora de servicios de salud con poca adecuación a las Rutas de Atención Integral (RIA) de promoción y mantenimiento para la salud y materno perinatal, que se refleja principalmente en la oferta poco suficiente de consulta preconcepcional y barreras de acceso de la gestante a los servicios de apoyo diagnóstico. • Baja calidad de las intervenciones de detección temprana, protección específica, y controles prenatales, asociada a la poca adherencia del talento humano en salud a los protocolos y guías de atención del binomio madre e hijo. • Barreras de acceso geográfico, asociadas a débil infraestructura vial y/o deficiencia de medios de transporte terrestre y acuáticos para acceder a servicios de control prenatal, apoyo diagnóstico, dispensación de medicamentos, atención del parto y control prenatal, en especial para la población residente en áreas rurales dispersas. Deshumanización por parte del personal sanitario que afecta la calidad de la atención y aumenta la desestimación de los signos y síntomas referidos por los usuarios y/o sus acompañantes.	Muy alto	• Fortalecimiento del proceso de coordinación y articulación intersectorial, a través del funcionamiento eficaz y eficiente de las mesas intersectoriales de primera infancia, infancia, adolescencia y familia (MIIAF) y de las mesas de participación de niñas, niños y adolescentes de los municipios, con secretarías operativas robustas y empoderadas para la gestión de planes, programas y proyectos en el marco de la política departamental pública de primera infancia, infancia, adolescencia y familia, articulados con el plan de desarrollo Bolívar me Enamora y plan de acción de la MIIAF departamental. • Intervenciones de educación y comunicación en salud efectivas, con mayor cobertura en territorios de alto riesgo, que desarrollen capacidades en la comunidad de acuerdo con su entorno y características socio culturales, permitiéndoles identificar e intervenir los factores de riesgo ambiental, signos y síntomas de alarma de enfermedades como el dengue, IRA y EDA. • Operativización del sistema de Información para el Desarrollo Integral a la Primera infancia - SSDIPI, garantizado a través de la estandarización e implementación de un proceso de gestión de las alertas que garantice la interoperabilidad entre los diferentes actores del SGSSS. • Conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios con adecuación para la implementación de las RPMS y RIAMP, procesos prioritarios asistenciales en los servicios de atención del binomio madre e hijo, alcanzando de manera progresiva estándares de acreditación, mediante el posicionamiento de la estrategia de auditoría para mejoramiento de la calidad de la atención en salud. • Aumentar la cobertura de redes intersectoriales y comunitarias con madres gestantes y lactantes para el fortalecimiento de la estrategia de los primeros mil días, con enfoque de atención diferencial. • Fomento de la participación de niñas, niños y adolescentes en la identificación de problemas y toma de decisiones para el mejoramiento de sus condiciones de salud y calidad de vida, con municipios empoderados en la formulación y ejecución de proyectos articulados con el sector educativo y evaluación de resultados obtenidos. • Intensificación y mejoramiento del monitoreo a las intervenciones de detección temprana y protección específica y acciones de atención integral de eventos de interés en salud pública que afectan la infancia y la niñez, con énfasis en las principales causas de morbilidad y mortalidad. • Fortalecimiento de la gestión del PAI para lograr coberturas útiles de vacunación en municipios con mayor mortalidad infantil y en menores de cinco años. • Fomento de la inclusión de familias residentes en municipios con alta prevalencia de desnutrición, en proyectos productivos del sector agrario (UMATA). • Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, mediante el aumento de IPS públicas y privadas certificadas en la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAM) y la puesta en marcha del proyecto de implementación de salas de lactancia materna en el ámbito laboral de empresas que cumplan con criterios normativos. • Optimización de las competencias del talento humano en salud que atiende la primera infancia e infancia, con la implementación del curso de manejo de la desnutrición aguda, basado en la Resolución 2350 de 2020, como requisito fundamental para la selección por parte de IPS públicas y

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
		privadas y desarrollo de capacidades en la estrategia AIEPI y mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud para esta población, a los entes territoriales municipales, EAPB e IPS.
Aumento en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles: • Aumento de los indicadores de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, ciertas neoplasias, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y alteraciones nutricionales y metabólicas. • Falta de conciencia sobre los factores de riesgo y los síntomas de las enfermedades crónicas, así como la falta de educación en salud sobre la importancia de la prevención y el manejo de estas condiciones. • Disparidades socioeconómicas y geográficas que contribuyen a inequidades en el acceso a la atención médica y los servicios de salud preventivos • Alta informalidad laboral que afecta el ejercicio de los estilos de vida saludables, la salud física y la afiliación en salud para un acceso a los programas de promoción y prevención y tratamientos adecuados. • Disminución en la adherencia de programas de enfermedades crónicas después de la pandemia por Covid-19. • Deficiencia en programas de salud visual y auditiva que afecta la oportunidad del diagnóstico y la atención integral en la población afectada. • Dificultad en la articulación entre las direcciones de la secretaría de salud para el monitoreo y seguimiento de las intervenciones individuales que deben realizar las EPS-IPS. • Baja adherencia en los estilos de vida saludables debido a factores socio-culturales para intervenir los factores de riesgos modificables. • Intervenciones colectivas desarrollándose principalmente en áreas urbanas, lo que afecta el acceso a la educación y diferentes estrategias en la zona rural. • Insuficientes programas que fomentan los estilos de vida saludables en población rural. • Barreras y falta de garantía en la entrega de medicamentos por insuficientes puntos de entrega de medicamentos que afectan el adecuado control de enfermedades crónicas. • Falta de estrategias integrales e integradoras por falta de articulación intersectorial para incentivar y fomentar los hábitos y estilos de vida saludables, ejemplo la construcción de escenarios deportivos, parques, entrega de mercados saludables, espacios recreativos en especial en zona rural, entre otros. • Deficiencia en la atención integral en pacientes con enfermedades crónicas por falta de infraestructura en las IPS. • Falta de servicios especializados para el manejo y control de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. • Deficiente articulación entre los actores de salud locales para la optimización de recursos que impacten positivamente el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. • Riesgo nutricional en población joven, adulta y vejez por desnutrición y obesidad. • Insuficiente red hospitalaria para la atención integral en población con enfermedades crónicas no transmisibles. • Dificultad en la contratación de prestadores para la garantía de atención interdisciplinaria en población con enfermedades crónicas no transmisibles.	Muy alto	• Articulación intersectorial local y territorial con actores claves. • Realizar caracterización por municipios de la población afiliada por parte de las EAPB. • Capacitar al personal de salud en los protocolos y guías de atención para un correcto diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles. • Garantizar los recursos necesarios para la atención integral de la población y el efectivo diagnóstico de las patologías crónicas. • Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para que mejorar la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente. • Fortalecimiento de la adherencia a los estilos de vida saludables en todos los entornos cardiovascular y metabólica. • Garantizar la disponibilidad y oportunidad de los medicamentos en las zonas urbanas y rurales por parte de las EAPB. • Mejorar las vías de acceso para que facilitar el desplazamiento de las personas a los servicios de salud. • Fortalecer el servicio de telemedicina en la población rural y rural dispersa para esto se debe garantizar el acceso a las telecomunicaciones en la zona rural y rural dispersa. • Gestión ante la academia para la formación del egresado en pregrado y posgrado acorde con la realidad de la situación de salud pública departamental y nacional y acuerdos para el fortalecimiento de los procesos de capacitación de los profesionales que trabajan en los prestadores de salud.

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
- Alta rotación del talento humano de salud bucal que afecta la atención con calidad en los servicios de salud bucal. - Deficiente adherencia a la RPMS en la atención de salud bucal que aumenta la incidencia de caries y otras enfermedades de salud bucal. - Baja adherencia a la estrategia soy generación más sonriente que afecta la salud bucal en la población de 1 a 17 años. Insuficientes insumos requeridos para realizar las actividades de promoción y mantenimiento de la salud bucal (barniz de flúor, aplicadores, pastillas reveladoras, cepillos profilácticos, etc.).		
Riesgo de morbilidad y mortalidad por eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva, por no entrega efectiva de las atenciones individuales y colectivas, que afecta la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y por los factores socio-económicos de la población: - Aumento de los casos de mortalidad materna por causas indirectas. - Cifras elevadas en los eventos de morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal, sífilis gestacional, sífilis congénita, violencia sexual y VIH en población general. - Alto porcentaje de embarazo en adolescentes. - Municipios con débil ejercicio de la soberanía sanitaria asociado a estructuras administrativas insuficientes y procesos de gestión de la salud pública débilmente implementados. - Aumento de casos de sífilis congénita, hijos de madres migrantes irregulares sin acceso al control prenatal. - Incumplimiento en el prestador primario de la IVE farmacológica en gestantes de menos de 10 semanas. - Desconocimiento de los síntomas y signos de alarma durante el embarazo por la mujer y red de apoyo. - Municipios con escasas redes sociales y comunitarias, que promuevan la salud sexual y reproductiva. - Tratamiento no adecuado de las gestantes con sífilis y sus contactos sexuales. - Falta de ayudas diagnósticas imagenológicas para la detección de alteraciones en las gestantes, en especial la población que reside en la zona rural. - Ingreso tardío y baja calidad de los controles prenatales. - Débil oferta de la atención preconcepcional para la detección y manejo de factores de riesgos antes del embarazo. - Poca garantía de la entrega de preservativos para la prevención de las ITS a la población y de los micronutrientes a las gestantes. - Baja adherencia a las guías de práctica clínica de VIH, Sífilis gestacional y congénita, Hepatitis B y enfermedad de Chagas en gestantes y a los protocolos de atención de las víctimas de violencia sexual. - Baja cobertura de tamización para hepatitis B y Chagas en gestantes. - Condiciones socioeconómicas de la población con alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas que afectan el estado nutricional de las mujeres en edad fértil y gestantes. - Baja escolarización de la población que influye en el autocuidado. - Bajo cumplimiento del proyecto de educación sexual en las instituciones educativas. - Deficiente articulación intersectorial para abordar problemáticas de salud sexual y reproductiva.	Alto	- Municipios ejerciendo soberanía sanitaria a través de la modernización de sus estructuras administrativas y procesos de gestión de la salud pública debidamente implementados, con acompañamiento permanente y enfoque prioritario a la garantía de la atención integral del binomio madre e hijo. - Recién nacidos sanos, producto de mujeres con embarazos en su mayoría deseados, debidamente controlados, con acceso a la totalidad de las atenciones de la Ruta Materno Perinatal, que incluya el acceso a la IVE farmacológica en los casos que lo amerite, mediante la intensificación de las acciones de supervisión, inspección, vigilancia y control, con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad para los servicios de atención materno perinatales. - Población beneficiada con las atenciones individuales establecidas en la RPMS, con énfasis en el suministro de preservativos, tamizaje para ITS y métodos de planificación, a través de la intensificación de las acciones de supervisión, inspección, vigilancia y control, con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención en salud. - Intervenciones colectivas en salud pública municipales diseñadas e implementadas a partir de un Análisis de Situación de Salud participativo, con monitoreo y evaluación de los resultados alcanzados. - Procesos de contratación fortalecidos desde el nivel departamental, que garanticen la continuidad y oportunidad de las tecnologías PIC y una mayor cobertura a nivel municipal. - Proveer la atención integral a mujeres gestantes con estatus migratorio irregular con énfasis en sífilis gestacional. - Espacios de articulación intersectorial fortalecidos desde el nivel departamental con los sectores claves de educación, cultura, recreación, deporte, vías, justicia y protección, ejecutando proyectos integrales que permitan la movilización de los indicadores trazadores. - Desarrollo de asistencias técnicas tipo acompañamiento y asesorías dirigidas a los actores del sistema de salud para el cumplimiento de los lineamientos para la implementación de la estrategia ETMI Plus, RIAS, escenarios de simulación, guías de práctica clínicas de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. - Desarrollo de capacidades del talento humano en los temas de las RIAS, escenarios de simulación, estrategia ETMI Plus, guías de práctica clínicas de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. - Instituciones educativas cumpliendo con el plan de educación sexual como lo estipula la normativa.



NIT. 806.005.597-1

375

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
Baja oferta de programas culturales, deportivos y recreativos que permita el aprovechamiento del tiempo libre en adolescentes y jóvenes.		
Dificultades en el acceso y calidad a los servicios de salud individuales y colectivos: - Alta concentración de población migrante irregular y permanente movilidad de la misma, en los municipios del departamento. - Aumento de embarazo en gestantes migrantes irregulares, sin acceso a servicios de promoción y prevención, y bajo acceso a servicios colectivos de salud. - Proyectos de infraestructura de orden departamental (vías, viviendas, acueducto, alcantarillado etc.), con baja focalización hacia los territorios con altas tasas de morbilidad y mortalidad asociada a alta tasa de necesidades básicas insatisfechas. - Débil gestión en salud pública por parte de los entes territoriales individuales, que afecta su gobernabilidad y gobernanza, por estructuras administrativas insuficientes y la no implementación de modelos de operación por procesos en el marco del Modelo de Planeación y Gestión Territorial (MIPG), ajustados a las orientaciones técnicas dadas por el ministerio de salud para la caracterización de procesos de la gestión en salud pública. - Baja efectividad de las acciones colectivas de salud pública ejecutadas por los entes territoriales, debido a la poca identificación de los problemas reales del territorio, altamente relacionado con debilidad en los procesos de planeación integral en salud, coordinación y articulación intersectorial. - Acuerdos de voluntades entre EAPB e IPS inequitativos, asociado a la ausencia de centros de costos de servicios en un alto porcentaje IPS, en especial de la red pública, débiles proceso de facturación, que conllevan a la concertación de tarifas que no cubren principalmente el costo de atención, sobre todo a la población de áreas rurales dispersas, que ameritan atención extramural. - Centros de salud en especial en áreas rurales poco dotados e insuficientes insumos y dispositivos médicos para la atención. - Fallas en la dispensación de los medicamentos por parte de las EAPB y baja oportunidad en la entrega de mismos. - Baja oferta de servicios preconceptionales, consulta externa de psicología, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, en especial radiología e imágenes diagnósticas, principalmente en zonas de difícil acceso, así como de servicios de medicina especializada para abordar las enfermedades de alto costo, huérfanas y enfermedades crónicas. - Servicios de salud de la red departamentales, con pocas adecuaciones socioculturales para la atención de poblaciones vulnerables (niñas, niños, adolescentes, gestantes, víctimas de violencia, víctimas del conflicto armado, etnias, adulto mayor y población con discapacidad). - Débil modelo de atención en salud mental a nivel departamental, asociado a baja oferta de servicios integrales con la resolutivez necesaria para lograr la habilitación y rehabilitación de usuarios afectados. - Deficiente infraestructura vial en áreas rurales e insuficiencia de medios de transporte terrestre y fluvial que afecta el acceso a los servicios de salud y el traslado asistencial de pacientes. - Alta rotación del talento humano en salud e IPS con poca implementación de planes de capacitación continuada al personal, que incluya evaluación del desempeño y acciones de mejoramiento individual y grupal.	Alto	- La creación de un espacio de coordinación y articulación con los sectores de salud, planeación territorial, hábitat e infraestructura tanto a nivel departamental como municipal, que promueva la formulación, ejecución y evaluación de proyectos para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, en municipios con mayor carga de indicadores de mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad materna y letalidad por dengue. - Implementación de estrategias de ampliación de cobertura de atención en salud a la población migrante, en especial mujeres gestantes en condición de migrantes irregulares y canalización a otros sectores gubernamentales para el mejoramiento de su calidad de vida, desarrolladas en espacios de concertación que involucren a los actores relacionados con la problemática. - Reorganización de la red prestadora de servicios de salud, que incluya la conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios individuales funcionando según el modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo, como resultado de un ejercicio participativo y de concertación previa con los actores de SGSSS, para la adecuación (infraestructura, dotación, tecnologías y procesos) de los servicios, en respuesta a los lineamientos de las rutas de atención integral de promoción y mantenimiento, materno perinatal, atención en salud mental y adecuaciones socioculturales, de acuerdo con las políticas de atención diferencial a poblaciones vulnerables, especialmente niñas, niños, adolescentes, gestantes, víctimas de violencia, víctimas del conflicto armado, etnias, adulto mayor y población con discapacidad. - Mejoramiento de las capacidades técnico administrativas y financieras de la red pública de prestación de servicios de salud departamental, la cual funcionará con procesos de facturación eficaces, centros de costos de servicios, acuerdos de tarifas razonables con las EAPB, acuerdos de voluntades que aborden la contratación de todos los servicios ofertados por las ESE que cumplen con las condiciones de calidad requeridas, priorizando municipios monopólicos. - Información de la atención en salud disponible en red de manera permanente y de fácil tanto a nivel nacional como departamental, mediante la implementación del proyecto de interoperabilidad de la historia clínica electrónica que garantice la continuidad asistencial para la atención oportuna y de calidad de los usuarios. - Fortalecimiento de la gestión territorial en salud pública, con énfasis en la gestión del aseguramiento, prestación de servicios individuales y de intervenciones colectivas en salud pública, intensificando el fomento y supervisión del ejercicio de la rectoría sanitaria en los municipios, basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud con procesos de auditoría externa a la red prestadora eficientes y efectivos, posicionamiento del proceso de auditoría GAUDI como herramienta del vigilancia al cumplimiento de las EAPB, optimización de procesos de promoción y afiliación del régimen subsidiado en salud, creación y adopción de sistemas de gestión de alertas de prestación de servicios individuales y trámite de peticiones, quejas y reclamos efectivos, que operen bajo el funcionamiento eficiente de los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) en las alcaldías. - Procedimientos de inspección, vigilancia y control a la gestión municipal, fondos locales de salud y mantenimiento hospitalario a cargo del ente



NIT. 806.005.597-1

375

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
• Desconocimiento de la comunidad sobre los deberes y derechos en salud y pérdida de confianza en los actores del SGSSS, en cuanto a la resolución de sus peticiones, quejas y reclamos. • Poca sensibilización del personal sanitario, asociada a baja implementación de la política de humanización de servicios de salud en EAPB e IPS. • Baja resolutivez por parte del prestador primario, relacionada a baja capacidad administrativa y financiera, alto incumplimiento de estándares de habilitación, baja adecuación de sus procesos para garantizar las rutas de atención integral, poco monitoreo de la calidad de la atención en salud y gestión de sus resultados, y débil implementación de la estrategia de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. • Poca preparación de la red de prestadores pública, para la acreditación de sus de servicios. • Dificultades del orden público en algunas zonas del territorio, que afectan el acceso a los servicios de salud (una causa externa que afecta la salud es la problemática del conflicto armado). • Deficiencias en el proceso de referencia y contrarreferencia por poca garantía de las EAPB y débil infraestructura física, tecnológica y de procesos en el CRUE Departamental, de conformidad con la Resolución 1220 del 2010.		territorial departamental robustecidos, en pro de una mayor eficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS. • Secretarías Locales de Salud con recurso humano capacitado e implementando planes de asistencia técnica, en articulación con el departamento y actores claves del sistema, para el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en EAPB e IPS de su territorio, así como un proceso de monitoreo de la calidad de la atención en salud integrado a la gestión de la prestación de servicios individuales, que garantice la gestión de sus resultados y abordaje interinstitucional para prevenir y/o corregir las desviaciones detectadas. • Acciones colectivas en Salud Pública de orden departamental y municipal más efectivas por su adaptación a la situación en salud y características socioculturales de cada territorio, desarrolladas mediante mecanismos de articulación con las acciones individuales de salud a cargo de las EAPB/IPS en coordinación de los entes territoriales, que impacten principalmente en la disminución de la mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, letalidad por dengue, problemas y trastornos mentales con enfoque diferencial en la población residente en el departamento de Bolívar. • Optimización de la gestión del riesgo y calidad de la atención en salud por parte de las EAPB y red prestadora de servicios, incrementando el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la política de humanización de los servicios de salud en los actores del SGSSS, mejorando la eficiencia del sistema departamental de gestión de alertas de prestación de servicios individuales de salud y trámite de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del SGSSS, complementario a la intensificación y mejoramiento de acciones de monitoreo de las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud pública, a cargo de las EPB/IPS, supervisión de los planes municipales de intervenciones colectivas en salud pública y acciones de Inspección, Vigilancia y Control del ente territorial departamental, con mayor adaptación al modelo de IVC con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos para la atención de las niñas, niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, en etapa de gestación, atención integral a poblaciones vulnerables, detección temprana y atención del dengue, reflejado en un mayor cumplimiento del Sistema Único de Habilitación de los prestadores de servicios de salud, preparación de IPS públicas para la acreditación y logro de los resultados en salud. • Proceso de referencia y contrarreferencia del Departamento de Bolívar, fortalecido en infraestructura física, tecnológica y de procesos, e intensificación del monitoreo a las EAPB y red prestadora de servicios de salud, de conformidad con la Resolución 1220 del 2010.

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
Afectación de la salud de la población por enfermedades transmisibles como infecciones respiratorias, ETV, tuberculosis, inmunoprevenibles, entre otras: • Aumento de Enfermedades Transmitidas por Vectores, siendo el dengue el evento más notificado. • Enfermedades infecciosas, parasitarias y del sistema respiratorio entre las principales causas de morbilidad en primera infancia e infancia. • Desconocimiento en la comunidad de los signos y síntomas para la detección de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, malaria, leishmaniasis, entre otras. • Dificultad en el diagnóstico diferencial de los eventos como dengue, leptospirosis, chikunguña, entre otros, por falta de adherencia a los protocolos y guías de atención de eventos de interés en salud pública. • Dificultad para la correcta clasificación de casos de eventos de interés en salud pública por falta de toma, transporte y procesamiento de muestras. • Automedicación ante la presencia de enfermedades infecciosas especialmente las respiratorias, que aumenta el riesgo de la farmacoresistencia. • Deficiente infraestructura del laboratorio de salud pública departamental para responder a las necesidades de servicios, referente a los eventos de interés en salud pública. • Hacinamiento y prácticas culturales como el mal almacenamiento del agua, la incorrecta disposición de residuos, quema de basuras, entre otros, que aumentan la probabilidad de presentar enfermedades transmisibles. • Insuficiente recurso humano y financiero para la atención de brotes y emergencias en salud pública. • Inoportunidad en la contratación de talento humano en salud para la operacionalización de la vigilancia en salud pública. • Dificultad en la búsqueda activa institucional y comunitaria para la captación temprana de eventos de interés en salud pública. • Insuficientes equipos básicos en salud en la zona rural para el acceso al programa ampliado de inmunización y para brindar educación, prevención y detectar eventos de interés en salud pública. • Subregistro de cobertura de vacunas de hepatitis B y BCG en el recién nacido, asociado a la falta de acceso a servicios de atención del parto en algunos municipios que requiere traslado al Distrito de Cartagena y a otros departamentos, lo que disminuye las cifras de cobertura de vacunas trazadoras. • Deficiente talento humano en la red de prestación de vacunación intra mural y extra mural para la aplicación de biológicos. • Bajas coberturas en el Programa Ampliado de Inmunización por motivos de no vacunación relacionados al cuidador. • No hay acceso a la vacunación en algunos municipios del sur de Bolívar por falta de equipos (neveras) para garantizar la red de frío. • Esquemas de vacunación incompletos en menor y mayor de un año que se acrecienta en población migrante por la no vocación de permanencia de estas.	Alto	• Realizar asistencias técnicas de capacitación y seguimiento para la adherencia de protocolos de eventos de interés en salud pública. • Concertar acciones colectivas entre actores claves para la educación sobre prevención y detección de eventos de interés en salud pública. • Fortalecer la vigilancia en los establecimientos con venta libre de fármacos. • Gestionar los recursos para la construcción del laboratorio de salud pública para lograr la oportunidad, cobertura y calidad en la toma de muestras de eventos de interés en salud pública. • Gestionar los recursos para la operación adecuada de la vigilancia en salud pública del territorio. • Despliegue para la implementación de las fases de la estrategia de la vigilancia basada en comunidad según lineamientos nacionales. • Realizar asistencias técnicas articulada con programas de salud pública y otras dependencias del sector salud para el desarrollo de capacidades de eventos de interés en salud pública en el territorio. • Disponer de equipos básicos en salud para la educación en salud y para la aplicación de vacunas según esquema PAI en las zonas rurales. • Fortalecer la contratación del talento humano en la red de prestación de servicios de vacunación intra mural y extra mural para la aplicación de biológicos según esquema PAI. • Realizar jornadas de sensibilización a la comunidad para lograr adherencia al programa ampliado de inmunización, incluyendo población migrante. • Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.



Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
Aumento en los problemas y trastornos mentales asociados a factores socio-culturales: • Aumento en el consumo de Sustancias Psicoactivas -SPA. • Altas tasas de violencia intrafamiliar, que incluye abuso físico, emocional y sexual, con impactos negativos en la salud física y mental de las víctimas, en su mayoría mujeres y niños. • Aumento del evento intento de suicidio. • Aumento de homicidios que afectan la percepción de seguridad en el territorio. • Estrés postraumático en personas y familias víctimas de todas las formas de violencia. • Falta de oportunidades educativas y laborales que afectan la estabilidad emocional de la población. • Familias disfuncionales y con violencia intrafamiliar. • La mayoría de instituciones educativas no cuentan con talento humano psicosocial para abordar problemas de salud mental. • Ausencia de política propia de salud mental y de drogas en el departamento de Bolívar. • Baja oferta de estrategias de involucramiento parental. • Deficiente acceso a programas deportivos y culturales que limita la expresión de talentos en población joven. • Poca adherencia a las guías y protocolos asociados a la atención de salud mental. • Baja adecuación de la red de servicios para la atención integral de personas con problemas de salud mental. • Deficiente implementación de la RPMS para garantizar la valoración integral para la salud mental. • Patrones socio-culturales que afectan la sana convivencia en los diferentes entornos y repercuten en la salud mental.	Alto	• Intervención de los factores de riesgos socio-culturales a partir de la adopción e implementación de una política de salud mental y drogas sancionada por ordenanza, donde se fortalezcan los espacios de participación, coordinación y articulación intersectorial de salud mental y optimización de las atenciones de las víctimas de la violencia con aumento en la oferta de servicios de atención en salud mental e IPS cumpliendo con las atenciones de psicología, psiquiatría, neuropsicología, apoyo diagnóstico y terapéutico en salud mental incluyendo la rehabilitación e inclusión social. • Respuesta institucional específica y con mayor efectividad orientada con base a la identificación y caracterización de los trastornos mentales, consumo de SPA y epilepsia con priorización territorial. • Realizar intervenciones de educación y comunicación en prevención de la conducta suicida y prevención del consumo de SPA en docentes y población adolescente. • Generar alianzas público-privadas para el fortalecimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud con énfasis en el mejoramiento de la oferta para la atención de la salud mental • Brindar acompañamiento y monitorear las intervenciones de detección temprana y protección específica de la atención de salud mental. • Desarrollar capacidades al sector salud que está en primera línea de atención en guía MHGAP con el fin de minimizar los riesgos en la atención asociada a la salud mental. • Promover la conformación de los dispositivos comunitarios especialmente los ZOE (zona de orientación escolar) en las Instituciones educativas. • Avanzar en la optimización de la estrategia de familias fuertes con mayor cobertura en los territorios con mayores factores de riesgos identificados asociado a la salud mental y al consumo de SPA. • Avanzar en la optimización de los grupos de ayuda mutua con pacientes diagnosticados con trastornos de problemas de salud mental.



Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
Deshumanización en la atención en salud a la población vulnerable y dificultades en la caracterización de población LGTBIQ+ y étnica del departamento de Bolívar: • Insuficiente talento humano en salud capacitado con la formación académica y competencias idóneas para brindar la atención en salud con enfoque diferencial. • No se dispone de intervenciones en salud adaptadas a las necesidades socioculturales de las poblaciones con enfoque diferencial en el Departamento de Bolívar. • Deshumanización en la atención en salud que afecta la calidad y la atención inclusiva con enfoque diferencial. • No confidencialidad en los diagnósticos clínicos, en especial en población LGTBIQ+ y personas con alguna condición. • Insuficiente conformación de equipos multidisciplinarios para garantizar la atención integral en salud a la población vulnerable. • No se dispone de los mecanismos necesarios para la caracterización de población de los grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, raizales, Palenqueros y ROM) y LGTBIQ+ del Departamento de Bolívar. • Revictimización por parte del personal sanitario durante la atención en salud hacia las poblaciones con enfoque diferencial. • Baja cobertura en la certificación y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad - RLCPD por deficiente recurso para la contratación del talento humano para asistir técnicamente a todos los municipios del Departamento de Bolívar. • Alta rotación del talento humano y deficientes profesionales formados como certificadores de discapacidad en los territorios. • Insuficiente habilitación de servicios de salud en la baja complejidad para la rehabilitación de la salud física y mental de la población. • Las EPS no disponen de información para la caracterización que permita identificar el enfoque diferencial de sus afiliados. • Deficiente modelo de atención en salud que responda a las necesidades y adecuaciones socioculturales requeridas por los grupos étnicos. • Fallas en la oportunidad en la atención en salud diferencial en población víctima del conflicto armado. • No se dispone de una política pública en el departamento de Bolívar para las comunidades étnicas. • No se dispone de un directorio de médicos, sabedores ancestrales y parteras del Departamento de Bolívar. • Débil diligenciamiento y reporte real al Sistema de información que permita identificar las poblaciones con enfoques diferenciales.	Alto	• Adaptación en los servicios de salud para garantizar la atención integral con enfoque diferencial a toda la población incluyendo sus particularidades presentadas en cada territorio. • Implementación de estrategias innovadoras y disminución de barreras de acceso para la efectiva prestación de los servicios de salud en población con enfoque diferencial. • Desarrollo de capacidades dirigido al talento humano en salud de las redes de prestaciones de servicios de salud para la atención diferencial con distinto enfoque. • Garantizar la confidencialidad de atención, resultados, diagnóstico y tratamiento de las poblaciones vulnerables y diferenciales, por parte del talento humano en salud. • Implementar campañas de caracterización de la población vulnerable y diferencial con la perentoria confiabilidad y privacidad. • Asignación de recursos para el fortalecimiento del componente de discapacidad y disponibilidad de talento humano idóneo para el acompañamiento y seguimiento del proceso de certificación y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD. • Reconocimiento de los contextos y particularidades de la población con el fin de desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la atención en salud con enfoque diferencial. • Estrategias de educación y comunicación, e información en salud diseñadas de acuerdo a los contextos socio-culturales de las poblaciones étnicas. • Intervenciones en salud adaptadas a los contextos socio-culturales. • Diseño, implementación y seguimiento de la política a pública para las poblaciones étnicas. • Disponer de un directorio de médicos, sabedores ancestrales y parteras por grupos étnicos y territorios en el departamento de Bolívar. • Caracterizar a las diferentes poblaciones diferenciales del departamento de Bolívar (etnias, LGTBIQ+). • Fortalecer capacidades en el diligenciamiento y reporte al sistema de información de las variables que permitan identificar las poblaciones con enfoques diferenciales.



NIT. 806.005.597-1

375

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
Contaminación ambiental y población en riesgo por cambio climático, afectando la salud: • Aumento de enfermedades relacionadas con el ambiente: respiratorias, gastrointestinales y transmitidas por vectores. • Riesgos significativos de desastres naturales, como inundaciones, deslizamientos de tierra y huracanes, debido a la ubicación geográfica y condiciones climáticas del Departamento. • Falta de infraestructuras adecuadas para la mitigación de desastres, como sistemas de alerta temprana, diques y estructuras de contención. • Alta proporción de hogares sin servicios públicos como acueducto, alcantarillado y aseo y sin una buena calidad del agua para el consumo humano. • Uso de pozas sépticas con mal manejo de residuos e incorrecto almacenamiento del agua en muchos hogares. • Empresas industriales que realizan explotación de tierras. • Basureros satélites con mal manejo. • Falta de compromiso ciudadano con el cuidado del medio ambiente. • Poca educación sobre el medio ambiente en instituciones educativas.	Alto	• Conformación de redes intersectoriales y comunitarias conformada por líderes y actores sociales para el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria, adaptación y mitigación al cambio climático. • Información en salud para la promoción y prevención de enfermedades sensibles al clima. • Información en salud para la sensibilización de la correcta disposición de residuos sólidos. • Educación en salud para implementar estrategias de entornos ambientalmente saludables. • Desarrollo de capacidades para el mejoramiento de las cadenas productivas y producción sostenible. • Información y comunicación en salud en promoción y prevención de IRA, EDA y ETV, reconocimiento de signos de alarmas y difusión de mensajes claves. • Realizar un mayor monitoreo de la calidad del agua, en especial en áreas rurales.
Insuficiente impacto en la implementación de los procesos de gestión de la salud pública: • No todos los municipios realizan la actualización oportuna y anual del Análisis de Situación en Salud -ASIS, o los secretarios de salud no conocen el contenido del documento ni es socializado. • La formulación de muchos Planes Territoriales de Salud y actividades de los planes de acción municipales no son congruentes a la priorización de problemáticas en el ASIS. • Muchos de los PIC municipales no contienen actividades que impacten a las problemáticas en salud reales del territorio. • Pocas herramientas de comunicación en el marco de las TIC que faciliten el acceso a la información de interés a la población para el fortalecimiento de la participación social en salud. • Desconocimiento de los derechos de participación social en salud por parte de usuarios del sistema SGSSS y la comunidad en general. • Poca receptividad por parte de los secretarios de salud municipales para la adopción de los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud para llevar a cabo la implementación de la política de participación social en salud. • Poco conocimiento, apropiación y cumplimiento de procesos y procedimientos establecidos en la Secretaría de Salud de Bolívar. • Falta de Desarrollo de capacidades para la formulación y estructuración de proyectos a nivel departamental y municipal. • Muchos municipios no tienen o no conforman un banco de proyectos municipales. • Deficiente implementación del sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG en los municipios del departamento de Bolívar. • Poco talento humano en salud en los municipios para realizar las diversas acciones de gestión de la salud pública establecidas y solicitadas.	Alto	• Intensificar las asistencias técnicas en los municipios sobre el desarrollo del Análisis de Situación en Salud para fortalecer el desarrollo de capacidades con base en los lineamientos nacionales. • Realizar revisión de las acciones plasmadas en los planes de acción y PIC municipales, para revisar la concordancia con las problemáticas priorizadas en el ASIS. • Realizar mesas de concertación para la proyección de las acciones PIC con los diferentes actores en salud y realizar seguimiento de los acuerdos. • Desarrollar capacidades al talento humano de los municipios sobre los diferentes indicadores en salud y su interpretación. • Fortalecer el proceso de participación social en salud en los municipios y evaluar el cumplimiento de las acciones relacionadas. • Diseñar estrategias de educación dirigida a la comunidad sobre los derechos de participación social en salud • Realizar asistencia técnica a las secretarías de salud municipales con el fin de que adopten e implementen la política de participación social en salud • Evaluar y reforzar capacidades o conocimientos sobre los diferentes procesos y procedimientos establecidos en la Secretaría de Salud de Bolívar. • Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano sobre la formulación y estructuración de proyectos. • Gestionar e incentivar a los municipios a la creación de bancos de proyectos. • Realizar desarrollo de capacidades en los municipios de Bolívar sobre el sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG. • Realizar seguimiento de la implementación del sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG en los municipios del departamento de Bolívar. • Aumentar la realización de asistencias técnicas unificadas a los municipios en temas de planeación y gestión de la salud que estén relacionados y puedan ser abordados en el mismo espacio. • Articular con los diferentes programas de la Secretaría de salud la programación de capacitaciones y asistencias técnicas a los municipios.



NIT. 806.005.597-1

375

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Priorización en salud	Propuesta de respuesta y recomendaciones
Deficientes sistemas de información en salud que afecta la calidad del dato e indicadores para la toma de decisiones: • Deficiente servicio de internet en las zonas rurales dispersas que limita el acceso a las tecnologías. • Insuficientes equipos de cómputo en los municipios y corregimientos para el suministro de información en salud. • Insuficientes historias clínicas con parámetros según las rutas de atención en salud por falta de software estandarizados. • Subregistro de datos por deficiente información de fuentes primarias (historias clínicas, RIPS, SIVIGILA, RUAF, entre otros) que afecta el resultado de indicadores. • Grupo de causas de muertes mal definidas por inadecuada clasificación de las causas básicas de muertes relacionado al mal diligenciamiento de las historias clínicas y los certificados de defunción. • No hay una total congruencia entre las cifras de los eventos mórbidos y mortales que se reportan por SIVIGILA frente a la información que se registra en RUAF, relacionado a falta de ajustes en los registros de nacimientos y defunciones. • Indicadores de oportunidad, cobertura y calidad de los diferentes reportes en salud, con rezagos por deficientes sistemas de información. • Inexistencia de un observatorio para el análisis de indicadores en tiempo real que afecta la entrega de información actualizada. • Insuficiente sistematización de historias clínicas por falta de software y hardware, con mayor problemática en la zona rural.	Alto	• Garantizar el servicio de internet y equipos de cómputo idóneos para la sistematización de las historias clínicas especialmente en la zona rural • Gestionar un observatorio en el departamento de Bolívar que permita obtener información oportuna sobre indicadores en salud. • Estandarización de historias clínicas por curso de vida y por rutas integrales de atención en salud • Realizar desarrollo de capacidades al talento humano en salud sobre el correcto diligenciamiento de las historias clínicas y adecuada clasificación de la cascada fisiopatológica en el certificado de defunción • Realizar auditorías de historias clínicas por cursos de vida y por programas de acuerdo a las rutas integrales de atención • Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para el manejo de herramientas tecnológicas. • Fortalecer el contenido y visibilizarían de la página web de la Secretaría de Salud de Bolívar, manteniéndola actualizada y estable. • Articular con la academia y otros sectores la participación en proyectos de investigación en salud • Fortalecimiento de la herramienta tecnológica para el sistema de información del Centro Regulador de Urgencias - CRUE

A continuación, se relacionan las problemáticas priorizadas por las EAPB de Bolívar, encontrando que la mayoría de eventos coinciden con las prioridades del Departamento, en dónde se destacan las neoplasias, otras enfermedades no transmisibles como las nutricionales y metabólicas, las hipertensivas y las respiratorias, enfermedades transmitidas por vectores, condiciones materno perinatales, entre otras. Este ejercicio permitirá la articulación de las acciones para lograr un mayor impacto en la población para el mejoramiento de las condiciones de salud.

Tabla 60. Priorización de problemas de acuerdo a la caracterización por las EAPB del Departamento de Bolívar, 2023

EAPB	Régimen	Grupo de riesgo	Indicador
Mutual Ser	S	009	Incendencia de dengue
Mutual Ser	S	001	Prevalencia de hipertensos.
Mutual Ser	S	008	Mortalidad materna
Mutual Ser	S	001	Tasa de incidencia ERC estadio 5
Mutual Ser	S	007	Prevalencia e incidencia de cáncer de mama y cuello uterino
Mutual Ser	C	009	Incendencia de dengue
Mutual Ser	C	001	Prevalencia de hipertensos.
Mutual Ser	C	008	Mortalidad materna
Mutual Ser	C	001	Tasa de incidencia ERC estadio 5
Mutual Ser	C	007	Prevalencia e incidencia de cáncer de mama y cuello uterino
Nueva EPS	C	003	Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales



375

NIT. 806.005.597-1

EAPB	Régimen	Grupo de riesgo	Indicador
Nueva EPS	C	009	Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia
Nueva EPS	C	007	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
Nueva EPS	C	009	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
Nueva EPS	C	001	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
Nueva EPS	S	003	Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales
Nueva EPS	S	009	Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia
Nueva EPS	S	007	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
Nueva EPS	S	009	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
Nueva EPS	S	001	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
Famisanar	C	008	Tasa de mortalidad perinatal
Famisanar	C	009	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles
Famisanar	C	001	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
Famisanar	C	002	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
Famisanar	C	007	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
Famisanar	S	009	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
Famisanar	S	003	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
Famisanar	S	007	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
Famisanar	S	001	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
Famisanar	S	002	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
Cajacopi	C	008	Razón de mortalidad materna
Cajacopi	C	001	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
Cajacopi	C	002	alto costo por Enfermedad Renal Crónica
Cajacopi	C	001	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
Cajacopi	C	009	Tasa ajustada de mortalidad por resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Fuerzas Militares	E	008	Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB
Fuerzas Militares	E	001	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
Fuerzas Militares	E	001	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
Fuerzas Militares	E	000	Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y nutricionales por EAPB
Fuerzas Militares	E	000	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
Compensar	S	001	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
Compensar	S	001	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
Compensar	S	001	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
Compensar	S	009	Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
Compensar	S	008	Tasa de mortalidad perinatal
Compensar	C	009	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida
Compensar	C	009	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida de 15 a 49 años
Compensar	C	001	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
Compensar	C	001	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
Compensar	C	001	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
Familiar de Colombia	S/C	009	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles
Familiar de Colombia	S/C	007	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias



EAPB	Régimen	Grupo de riesgo	Indicador
Familiar de Colombia	S/C	000	Tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas
Familiar de Colombia	S/C	008	Tasa de mortalidad perinatal
Familiar de Colombia	S/C	012	Tasa ajustada de mortalidad por causas externas
Salud total	S/C	000	Porcentaje de menores de 10 años con consulta para crecimiento y desarrollo de primera vez
Salud total	S/C	000	Porcentaje de jóvenes de 10 a 29 años con consulta de Primera vez para la consulta de detección de alteraciones en el joven
Salud total	S/C	008	Razón de mortalidad materna
Salud total	S/C	001	Porcentaje de pacientes con atención en salud para condición de salud mental.
Salud total	S/C	004	Incidencia de insuficiencia renal crónica en menores de 60 años.
Salud total	S/C	000	Porcentaje de pacientes con artritis con remisión de la actividad de la enfermedad
Salud total	S/C	000	Oportunidad de la atención en cáncer adultos: mama, cérvix, gástrico, colon y recto y próstata, y de leucemia aguda en niños (Tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento en días).
Policia Nacional	E	001	Tasa ajustada de mortalidad hipertensión esencial (primaria)
Policia Nacional	E	009	Tasa ajustada de mortalidad por IRA
Policia Nacional	E	000	Alto costo: Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias
Policia Nacional	E	008	Hipotiroidismo no especificado
Policia Nacional	E	001	Alto costo: Diabetes Mellitus No Insulinodependiente

Fuente: Caracterización EAPB 2023 - Repositorio Institucional Digital MSPS. En:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bolivar-caracterizacion-eapb-2023.zip>

CAPITULO VI. PROPUESTA DE RESPUESTAS Y RECOMENDACIONES EN EL MARCO PDSP 2022 - 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN 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 tiene frente a las mismas. Por ende, 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 plantean en la siguiente matriz las propuestas de respuesta y recomendaciones en coherencia con el Modelo de salud Preventivo y predictivo (Tabla 60).

Tabla 61. Matriz de relación de ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo en el Departamento de Bolívar

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Fortalecimiento de la gestión territorial en salud pública, enfocándose en la gestión del aseguramiento, prestación de servicios e intervenciones colectivas, mediante el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Se incluyen programas de auditoría para mejorar la calidad de la atención, posicionamiento del proceso GAUDI para vigilar el cumplimiento de las EAPB, optimización de la promoción y afiliación al régimen subsidiado, y la creación de sistemas de gestión de alertas y trámites de peticiones, quejas y reclamos, operando eficientemente en los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) en las alcaldías.	Secretarías Locales de Salud con recurso humano capacitado e implementando planes de asistencia técnica, en articulación con el departamento y actores claves del sistema, para el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en EAPB e IPS de su territorio, así como un proceso de monitoreo de la calidad de la atención en salud integrado a la gestión de la prestación de servicios individuales, que garantice la gestión de sus resultados y abordaje interinstitucional para prevenir y/o corregir las desviaciones detectadas.
	Sistema único público de información en salud.				Estandarización de historias clínicas por curso de vida y por rutas integrales de atención en salud. Fortalecer el contenido y visibilización de la página web de la Secretaría de Salud de Bolívar, manteniéndola actualizada y estable.	Gestionar un observatorio en el departamento de Bolívar que permita obtener información oportuna sobre indicadores en salud.



Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Optimización de la gestión del riesgo y calidad de la atención en salud por parte de las EAPB y red prestadora de servicios, incrementando el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la política de humanización de los servicios de salud en los actores del SGSSS, mejorando la eficiencia del sistema departamental de gestión de alertas de prestación de servicios individuales de salud y trámite de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del SGSSS, complementario a la intensificación y mejoramiento de acciones de monitoreo de las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud pública, a cargo de las EPB/IPS, supervisión de los planes municipales de intervenciones colectivas en salud pública y acciones de Inspección. Proceso de referencia y contrarreferencia del Departamento de Bolívar, fortalecido en infraestructura física, tecnológica y de procesos, e intensificación del monitoreo a las EAPB y red prestadora de servicios de salud, de conformidad con la Resolución 1220 del 2010.	Mejoramiento de las capacidades técnico administrativas y financieras de la red pública de prestación de servicios de salud departamental, la cual funcionará con procesos de facturación eficaces, centros de costos de servicios, acuerdos de tarifas razonables con las EAPB, acuerdos de voluntades que aborden la contratación de todos los servicios ofertados por las ESE que cumplen con las condiciones de calidad requeridas, priorizando municipios monopolísticos.
	Vigilancia en Salud Pública				Vigilancia y Control del ente territorial departamental, con mayor adaptación al modelo de IVC con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos para la atención de las niñas, niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, en etapa de gestación, atención integral a poblaciones vulnerables, detección temprana y atención del dengue, reflejado en un mayor cumplimiento del Sistema Único de Habilitación de los prestadores de servicios de salud, preparación de IPS públicas para la acreditación y logro de los resultados en salud.	Procedimientos de inspección, vigilancia y control a la gestión municipal, fondos locales de salud y mantenimiento hospitalario a cargo del ente territorial departamental robustecidos, en pro de una mayor eficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS.



NIT. 806.005.597-1

375

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
	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.	Garantizar la confidencialidad de atención, resultados, diagnóstico y tratamiento de las poblaciones vulnerables y diferenciales, por parte del talento humano en salud. Caracterizar a las diferentes poblaciones diferenciales del departamento de Bolívar (etnias, LGTBIQ+). Adaptación en los servicios de salud para garantizar la atención integral con enfoque diferencial a toda la población incluyendo sus particularidades presentadas en cada territorio. Caracterizar a las diferentes poblaciones diferenciales del departamento de Bolívar (etnias, LGTBIQ+).	Implementación de estrategias innovadoras y disminución de barreras de acceso para la efectiva prestación de los servicios de salud en población con enfoque diferencial. Implementar campañas de caracterización de la población vulnerable y diferencial con la perentoria confiabilidad y privacidad. Intervenciones en salud adaptadas a los contextos socio-culturales. Diseño, implementación y seguimiento de la política a pública para las poblaciones étnicas.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, 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	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.	Reorganización de la red prestadora de servicios de salud, que incluya la conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios individuales funcionando según el modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo, como resultado de un ejercicio participativo y de concertación previa con los actores de SGSSS, para la adecuación (infraestructura, dotación, tecnologías y procesos) de los servicios, en respuesta a los lineamientos de las rutas de atención integral de promoción y mantenimiento, materno perinatal, atención en salud mental y adecuaciones socioculturales, de acuerdo con las políticas de atención diferencial a poblaciones vulnerables, especialmente niñas , niños, adolescentes, gestantes, víctimas de violencia, víctimas del conflicto armado, etnias, adulto mayor y población con discapacidad.	Promover la capacitación y empoderamiento de líderes comunitarios para que actúen como interlocutores efectivos entre las comunidades y el sistema de salud. Diseñar e implementar políticas y estrategias de salud que incorporen enfoques de género, diferencial y de diversidad cultural, asegurando que se adapten a las necesidades específicas de cada comunidad. Integrar conocimientos tradicionales y saberes locales en los programas de salud, reconociendo y respetando las prácticas culturales de las comunidades. Desarrollar programas de formación continua para el personal de salud en temas de atención diferencial, interculturalidad y enfoque de derechos humanos. Fomentar una cultura de respeto y sensibilidad hacia las diferencias culturales y sociales entre el personal de salud, asegurando una atención



Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
						inclusiva y no discriminatoria.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales - transectoriales.	Creación una red integrada de prestación de servicios de salud que funcione bajo un modelo preventivo y predictivo, y que esté alineada con las rutas de atención integral. Priorización de la adecuación de infraestructura, dotación y tecnologías en áreas con alta concentración de comunidades étnicas y otras poblaciones vulnerables para reducir las disparidades en el acceso y calidad de los servicios de salud.	Crear y mantener sistemas de gestión de información que permitan el seguimiento y la evaluación de la implementación de políticas y programas de salud, asegurando la inclusión de datos desagregados por etnia, género, edad y otras características relevantes. Utilizar estos sistemas para identificar brechas en la cobertura y la calidad de los servicios, y para diseñar intervenciones específicas que aborden estas brechas.
				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.	Diseñar planes de acción que incorporen las necesidades y perspectivas de pueblos y comunidades, asegurando la participación activa de sus representantes en la formulación y ejecución de estos planes.	Desarrollar campañas de sensibilización y programas educativos para funcionarios públicos y la población en general sobre la importancia de los enfoques de género, diferencial y el valor de los conocimientos propios de las comunidades étnicas y campesinas. Establecer estrategias de comunicación efectivas que faciliten el intercambio de información y experiencias entre los diferentes sectores y las comunidades, promoviendo una mejor comprensión y colaboración.
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Garantizar la confidencialidad de atención, resultados, diagnóstico y tratamiento de las poblaciones vulnerables y diferenciales, por parte del talento humano en salud. Caracterizar a las diferentes poblaciones diferenciales del departamento de Bolívar (etnias, LGTBIQ+). Adaptación en los servicios de salud para garantizar la atención integral con enfoque diferencial a toda la población incluyendo sus particularidades presentadas en cada territorio.	Implementación de estrategias innovadoras y disminución de barreras de acceso para la efectiva prestación de los servicios de salud en población con enfoque diferencial. Implementar campañas de caracterización de la población vulnerable y diferencial con la perentoria confiabilidad y privacidad Intervenciones en salud adaptadas a los contextos



375

NIT. 806.005.597-1

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					Caracterizar a las diferentes poblaciones diferenciales del departamento de Bolívar (etnias, LGTBIQ+).	socio-culturales. Diseño, implementación y seguimiento de la política a pública para las poblaciones étnicas.
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 sociosanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	Fortalecimiento del proceso de coordinación y articulación intersectorial, a través del funcionamiento eficaz y eficiente de las mesas intersectoriales de primera infancia, infancia, adolescencia y familia (MIIAF) y de las mesas de participación de niñas, niños y adolescentes de los municipios, con secretarías operativas robustas y empoderadas para la gestión de planes, programas y proyectos en el marco de la política departamental pública de primera infancia, infancia, adolescencia y familia, articulados con el plan de desarrollo Bolívar me Enamora y plan de acción de la MIIAF departamental.	Garantizar los recursos necesarios para la atención integral de la población y el efectivo diagnóstico de las patologías crónicas. Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para que mejorar la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente. Garantizar la disponibilidad y oportunidad de los medicamentos en las zonas urbanas y rurales por parte de las EAPB Gestionar los recursos para la construcción del laboratorio de salud pública para lograr la oportunidad, cobertura y calidad en la toma de muestras de eventos de interés en salud pública. Gestionar los recursos para la operación adecuada de la vigilancia en salud pública del territorio.
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.	Reorganización de la red prestadora de servicios de salud, que incluya la conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios individuales funcionando según el modelo de salud predictivo, preventivo y resolutorio, como resultado de un ejercicio participativo y de concertación previa con los actores de SGSSS, para la adecuación (infraestructura, dotación, tecnologías y procesos) de los servicios, en respuesta a los lineamientos de las rutas de atención integral de promoción y mantenimiento, materno	Acciones colectivas en Salud Pública de orden departamental y municipal más efectivas por su adaptación a la situación en salud y características socioculturales de cada territorio, desarrolladas mediante mecanismos de articulación con las acciones individuales de salud a cargo de las EAPB/IPS en coordinación de los entes territoriales, que impacten principalmente en la disminución de la mortalidad materna, mortalidad infantil,



Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					perinatal, atención en salud mental y adecuaciones socioculturales, de acuerdo con las políticas de atención diferencial a poblaciones vulnerables.	mortalidad en menores de cinco años, letalidad por dengue, problemas y trastornos mentales con enfoque diferencial en la población residente en el departamento de Bolívar. Espacios de articulación intersectorial fortalecidos desde el nivel departamental con los sectores claves de educación, cultura, recreación, deporte, vías, justicia y protección, ejecutando proyectos integrales que permitan la movilización de los indicadores trazadores.
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.	Desarrollo de asistencias técnicas tipo acompañamiento y asesoría, dirigidas a los actores del sistema de salud para el cumplimiento de los lineamientos para la implementación de la estrategia ETMI Plus, RIAS, escenarios de simulación, guías de práctica clínica de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Desarrollo de capacidades del talento humano en los temas de las RIAS, escenarios de simulación, estrategia ETMI Plus, guías de práctica clínica de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.	Intervención de los factores de riesgos socio-culturales a partir de la adopción e implementación de una política de salud mental y drogas sancionada por ordenanza, donde se fortalezcan los espacios de participación, coordinación y articulación intersectorial de salud mental y optimización de las atenciones de las víctimas de la violencia con aumento en la oferta de servicios de atención en salud mental e IPS cumpliendo con las atenciones de psicología, psiquiatría, neurociología, apoyo diagnóstico y terapéutico en salud mental incluyendo la rehabilitación e inclusión social. Intervenciones en salud adaptadas a los contextos socio-culturales.
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.	Intervenciones de educación y comunicación en salud efectivas, con mayor cobertura en territorios de alto riesgo, que desarrollen capacidades en la comunidad de acuerdo con su entorno y características socio culturales, permitiéndoles identificar e intervenir los factores de riesgo ambiental, signos y síntomas	Conformación de redes intersectoriales y comunitarias conformada por líderes y actores sociales para el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria, adaptación y mitigación al cambio climático. Información en salud para la promoción y prevención



NIT. 806.005.597-1

375

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					de alarma de enfermedades como el dengue, IRA y EDA. Información en salud para la sensibilización de la correcta disposición de residuos sólidos. Realizar un mayor monitoreo de la calidad del agua, en especial en áreas rurales.	de enfermedades sensibles al clima. Educación en salud para implementar estrategias de entornos ambientalmente saludables.
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	Intervención de los factores de riesgos socio-culturales a partir de la adopción e implementación de una política de salud mental y drogas sancionada por ordenanza, donde se fortalezcan los espacios de participación, coordinación y articulación intersectorial de salud mental y optimización de las atenciones de las víctimas de la violencia con aumento en la oferta de servicios de atención en salud mental e IPS cumpliendo con las atenciones de psicología, psiquiatría, neurociología, apoyo diagnóstico y terapéutico en salud mental incluyendo la rehabilitación e inclusión social. Respuesta institucional específica y con mayor efectividad orientada con base a la identificación y caracterización de los trastornos mentales, consumo de SPA y epilepsia con priorización territorial. Brindar acompañamiento y monitorear las intervenciones de detección temprana y protección específica de la atención de salud mental. Desarrollar capacidades al sector salud que está en primera línea de atención en guía MHGAP con el fin de minimizar los riesgos en la atención asociada a la salud mental. Avanzar en la optimización de la estrategia de familias fuertes con mayor cobertura en los territorios con mayores factores de riesgos identificados	Realizar intervenciones de educación y comunicación en prevención de la conducta suicida y prevención del consumo de SPA en docentes y población adolescente. Generar alianzas público-privadas para el fortalecimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud con énfasis en el mejoramiento de la oferta para la atención de la salud mental. Promover la conformación de los dispositivos comunitarios especialmente los ZOE (zona de orientación escolar) en las Instituciones educativas.



NIT. 806.005.597-1

375

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					asociado a la salud mental y al consumo de SPA. Avanzar en la optimización de los grupos de ayuda mutua con pacientes diagnosticados con trastornos de problemas de salud mental.	
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud —APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	Municipios ejerciendo soberanía sanitaria a través de la modernización de sus estructuras administrativas y procesos de gestión de la salud pública debidamente implementados, con acompañamiento permanente y enfoque prioritario a la garantía de la atención integral del binomio madre e hijo. Recién nacidos sanos, producto de mujeres con embarazos en su mayoría deseados, debidamente controlados, con acceso a la totalidad de las atenciones de la Ruta Materno Perinatal, que incluya el acceso a la IVE farmacológica en los casos que lo amerite, mediante la intensificación de las acciones de supervisión, inspección, vigilancia y control, con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad para los servicios de atención materno perinatales. Población beneficiada con las atenciones individuales establecidas en la RPMS, con énfasis en el suministro de preservativos, tamizaje para ITS y métodos de planificación, a través de la intensificación de las acciones de supervisión, inspección, vigilancia y control, con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención en salud. Intervenciones colectivas en salud pública municipales diseñadas e implementadas a partir de un Análisis de Situación de Salud participativo, con monitoreo y evaluación de los resultados alcanzados.	Procesos de contratación fortalecidos desde el nivel departamental, que garanticen la continuidad y oportunidad de las tecnologías PIC y una mayor cobertura a nivel municipal. Proveer la atención integral a mujeres gestantes con estatus migratorio irregular con énfasis en sífilis gestacional. Espacios de articulación intersectorial fortalecidos desde el nivel departamental con los sectores claves de educación, cultura, recreación, deporte, vías, justicia y protección, ejecutando proyectos integrales que permitan la movilización de los indicadores trazadores. Instituciones educativas cumpliendo con el plan de educación sexual como lo estipula la normativa.



NIT. 806.005.597-1

375

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					Desarrollo de asistencias técnicas tipo acompañamiento y asesorías dirigidas a los actores del sistema de salud para el cumplimiento de los lineamientos para la implementación de la estrategia ETMI Plus, RIAS, escenarios de simulación, guías de práctica clínicas de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Desarrollo de capacidades del talento humano en los temas de las RIAS, escenarios de simulación, estrategia ETMI Plus, guías de práctica clínicas de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.	
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.		Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	Garantizar los recursos necesarios para la atención integral de la población y el efectivo diagnóstico de las patologías crónicas. Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para que mejorar la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente. Fortalecimiento de la adherencia a los estilos de vida saludables en todos los entornos cardiovascular y metabólica. Garantizar la disponibilidad y oportunidad de los medicamentos en las zonas urbanas y rurales por parte de las EAPB. Fortalecer el servicio de telemedicina en la población rural y rural dispersa para esto se debe garantizar el acceso a las telecomunicaciones en la zona rural y rural dispersa. Gestión ante la academia para la formación del egresado en pregrado y posgrado acorde con la realidad de la situación de salud pública departamental y nacional y acuerdos para el fortalecimiento de los procesos	Garantizar los recursos necesarios para la atención integral de la población y el efectivo diagnóstico de las patologías crónicas. Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para que mejorar la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente. Fortalecimiento de la adherencia a los estilos de vida saludables en todos los entornos cardiovascular y metabólica. Garantizar la disponibilidad y oportunidad de los medicamentos en las zonas urbanas y rurales por parte de las EAPB. Fortalecer el servicio de telemedicina en la población rural y rural dispersa para esto se debe garantizar el acceso a las telecomunicaciones en la zona rural y rural dispersa. Gestión ante la academia para la formación del egresado en pregrado y posgrado acorde con la realidad de la situación de salud pública departamental y nacional y acuerdos para el fortalecimiento de los procesos	Articulación intersectorial local y territorial con actores claves. Realizar caracterización por municipios de la población afiliada por parte de las EAPB. Capacitar al personal de salud en los protocolos y guías de atención para un correcto diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Mejorar las vías de acceso para que facilitar el desplazamiento de las personas a los servicios de salud. Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, mediante el aumento de IPS públicas y privadas certificadas en la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMII) y la puesta en marcha del proyecto de implementación de salas de lactancia materna en el ámbito laboral de empresas que cumplan con criterios normativos



NIT. 806.005.597-1

375

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					de capacitación de los profesionales que trabajan en los prestadores de salud. Fortalecimiento del proceso de coordinación y articulación intersectorial, a través del funcionamiento eficaz y eficiente de las mesas intersectoriales de primera infancia, infancia, adolescencia y familia (MIIAF) y de las mesas de participación de niñas, niños y adolescentes de los municipios, con secretarías operativas robustas y empoderadas para la gestión de planes, programas y proyectos en el marco de la política departamental pública de primera infancia, infancia, adolescencia y familia, articulados con el plan de desarrollo Bolívar me Enamora y plan de acción de la MIIAF departamental. Intervenciones de educación y comunicación en salud efectivas, con mayor cobertura en territorios de alto riesgo, que desarrollen capacidades en la comunidad de acuerdo con su entorno y características socio culturales, permitiéndoles identificar e intervenir los factores de riesgo ambiental, signos y síntomas de alarma de enfermedades como el dengue, IRA y EDA. Operativización del sistema de Información para el Desarrollo Integral a la Primera infancia - SSDIPI, garantizado a través de la estandarización e implementación de un proceso de gestión de las alertas que garantice la interoperabilidad entre los diferentes actores del SGSSS. Conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios con adecuación para la implementación de las RPMS y RIAMP, procesos prioritarios asistenciales en los servicios de atención del binomio madre e hijo, alcanzando de manera progresiva estándares de	Fortalecimiento de la gestión del PAI para lograr coberturas útiles de vacunación en municipios con mayor mortalidad infantil y en menores de cinco años. Fomento de la inclusión de familias residentes en municipios con alta prevalencia de desnutrición, en proyectos productivos del sector agrario (UMATA).



NIT. 806.005.597-1

375

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					acreditación, mediante el posicionamiento de la estrategia de auditoría para mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Aumentar la cobertura de redes intersectoriales y comunitarias con madres gestantes y lactantes para el fortalecimiento de la estrategia de los primeros mil días, con enfoque de atención diferencial. Fomento de la participación de niñas, niños y adolescentes en la identificación de problemas y toma de decisiones para el mejoramiento de sus condiciones de salud y calidad de vida, con municipios empoderados en la formulación y ejecución de proyectos articulados con el sector educativo y evaluación de resultados obtenidos. Intensificación y mejoramiento del monitoreo a las intervenciones de detección temprana y protección específica y acciones de atención integral de eventos de interés en salud pública que afectan la infancia y la niñez, con énfasis en las principales causas de morbilidad y mortalidad. Optimización de las competencias del talento humano en salud que atiende la primera infancia e infancia, con la implementación del curso de manejo de la desnutrición aguda, basado en la Resolución 2350 de 2020, como requisito fundamental para la selección por parte de IPS públicas y privadas y desarrollo de capacidades en la estrategia AIEPI y mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud para esta población, a los entes territoriales municipales, EAPB e IPS.	



NIT. 806.005.597-1

375

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.	Realizar asistencias técnicas de capacitación y seguimiento para la adherencia de protocolos de eventos de interés en salud pública. Gestionar los recursos para la construcción del laboratorio de salud pública para lograr la oportunidad, cobertura y calidad en la toma de muestras de eventos de interés en salud pública. Gestionar los recursos para la operación adecuada de la vigilancia en salud pública del territorio. Despliegue para la implementación de las fases de la estrategia de la vigilancia basada en comunidad según lineamientos nacionales. Realizar asistencias técnicas articulada con programas de salud pública y otras dependencias del sector salud para el desarrollo de capacidades de eventos de interés en salud pública en el territorio. Disponer de equipos básicos en salud para la educación en salud y para la aplicación de vacunas según esquema PAI en las zonas rurales. Realizar jornadas de sensibilización a la comunidad para lograr adherencia al programa ampliado de inmunización, incluyendo población migrante. Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.	Concertar acciones colectivas entre actores claves para la educación sobre prevención y detección de eventos de interés en salud pública. Fortalecer la vigilancia en los establecimientos con venta libre de fármacos. Fortalecer la contratación del talento humano en la red de prestación de servicios de vacunación intra mural y extra mural para la aplicación de biológicos según esquema PAI
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación,	Garantizar los recursos necesarios para la atención integral de la población y el efectivo diagnóstico de las patologías crónicas.	La creación de un espacio de coordinación y articulación con los sectores de salud, planeación territorial, hábitat e infraestructura



Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
	Servicios de Salud - RIIS			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.	Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para que mejoren la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente. Mejoramiento de las capacidades técnicas administrativas y financieras de la red pública de prestación de servicios de salud departamental, la cual funcionará con procesos de facturación eficaces, centros de costos de servicios, acuerdos de tarifas razonables con las EAPB, acuerdos de voluntades que aborden la contratación de todos los servicios ofertados por las ESE que cumplen con las condiciones de calidad requeridas, priorizando municipios monopólicos.	tanto a nivel departamental como municipal, que promueva la formulación, ejecución y evaluación de proyectos para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, en municipios con mayor carga de indicadores de mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad materna y letalidad por dengue. Reorganización de la red prestadora de servicios de salud, que incluya la conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios individuales funcionando según el modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo, como resultado de un ejercicio participativo y de concertación previa con los actores de SGSSS, para la adecuación (infraestructura, dotación, tecnologías y procesos) de los servicios, en respuesta a los lineamientos de las rutas de atención integral de promoción y mantenimiento, materno perinatal, atención en salud mental y adecuaciones socioculturales, de acuerdo con las políticas de atención diferencial a poblaciones vulnerables, especialmente niñas, niños, adolescentes, gestantes, víctimas de violencia, víctimas del conflicto armado, etnias, adulto mayor y población con discapacidad.

Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Desarrollar capacidades al talento humano de los municipios sobre los diferentes indicadores en salud y su interpretación	Procesos de contratación fortalecidos desde el nivel departamental, que garanticen la continuidad y oportunidad de las tecnologías PIC y una mayor cobertura a nivel municipal. Articulación intersectorial local y territorial con actores claves.
	Participación social en salud				Conformación de redes intersectoriales y comunitarias conformada por líderes y actores sociales para el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria, adaptación y mitigación al cambio climático.	
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano sobre la formulación y estructuración de proyectos.	Gestionar e incentivar a los municipios a la creación de bancos de proyectos. Desarrollo de capacidades para el mejoramiento de las cadenas productivas y producción sostenible.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública				Realizar asistencias técnicas de capacitación y seguimiento para la adherencia de protocolos de eventos de interés en salud pública. Información y comunicación en salud en promoción y prevención de IRA, EDA y ETV, reconocimiento de signos de alarmas y difusión de mensajes claves.	Gestionar los recursos para la operación adecuada de la vigilancia en salud pública del territorio.
					Información en salud para la promoción y prevención de enfermedades sensibles al clima.	Educación en salud para implementar estrategias de entornos ambientalmente saludables.
					Información en salud para la sensibilización de la correcta disposición de residuos sólidos.	Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.



Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública.	Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.	Procesos de contratación fortalecidos desde el nivel departamental, que garanticen la continuidad y oportunidad de las tecnologías PIC y una mayor cobertura a nivel municipal.
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,	Intensificar las asistencias técnicas en los municipios sobre el desarrollo del Análisis de Situación en Salud para fortalecer el desarrollo de capacidades con base en los lineamientos nacionales. Realizar revisión de las acciones plasmadas en los planes de acción y PIC municipales, para revisar la concordancia con las problemáticas priorizadas en el ASIS. Realizar mesas de concertación para la proyección de las acciones PIC con los diferentes actores en salud y realizar seguimiento de los acuerdos. Desarrollar capacidades al talento humano de los municipios sobre los diferentes indicadores en salud y su interpretación. Fortalecer el proceso de participación social en salud en los municipios y evaluar el cumplimiento de las acciones relacionadas. Realizar asistencia técnica a las secretarías de salud municipales con el fin de que adopten e implementen la política de participación social en salud Evaluar y reforzar capacidades o conocimientos sobre los diferentes procesos y procedimientos establecidos en la Secretaría de Salud de Bolívar. Realizar desarrollo de capacidades en el talento	Diseñar estrategias de educación dirigida a la comunidad sobre los derechos de participación social en salud Articular con los diferentes programas de la Secretaría de salud la programación de capacitaciones y asistencias técnicas a los municipios.



Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					humano sobre la formulación y estructuración de proyectos. Gestionar e incentivar a los municipios a la creación de bancos de proyectos. Realizar desarrollo de capacidades en los municipios de Bolívar sobre el sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG. Realizar seguimiento de la implementación del sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG en los municipios del departamento de Bolívar. Aumentar la realización de asistencias técnicas unificadas a los municipios en temas de planeación y gestión de la salud que estén relacionados y puedan ser abordados en el mismo espacio.	
				Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	Estandarización de historias clínicas por curso de vida y por rutas integrales de atención en salud Realizar desarrollo de capacidades al talento humano en salud sobre el correcto diligenciamiento de las historias clínicas y adecuada clasificación de la cascada fisiopatológica en el certificado de defunción Realizar auditorías de historias clínicas por cursos de vida y por programas de acuerdo a las rutas integrales de atención Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para el manejo de herramientas tecnológicas.	Garantizar el servicio de internet y equipos de cómputo idóneos para la sistematización de las historias clínicas especialmente en la zona rural Articular con la academia y otros sectores la participación en proyectos de investigación en salud
	Soberanía Sanitaria			Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	Gestionar un observatorio en el departamento de Bolívar que permita obtener información oportuna sobre indicadores en salud. Fortalecimiento de la herramienta tecnológica para el sistema de información del Centro Regulador de Urgencias - CRUE	Fortalecer el contenido y visibilización de la página web de la Secretaría de Salud de Bolívar, manteniéndola actualizada y estable.



Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública.	Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para el manejo de herramientas tecnológicas. Fortalecer capacidades en el diligenciamiento y reporte al sistema de información de las variables que permitan identificar las poblaciones con enfoques diferenciales. Garantizar el servicio de internet y equipos de cómputo idóneos para la sistematización de las historias clínicas especialmente en la zona rural. Realizar desarrollo de capacidades al talento humano en salud sobre el correcto diligenciamiento de las historias clínicas y adecuada clasificación de la cascada fisiopatológica en el certificado de defunción.	Realización de asistencias técnicas unificadas a los municipios en temas de planeación y gestión de la salud que estén relacionados y puedan ser abordados en el mismo espacio. Articular con los diferentes programas de la Secretaría de salud la programación de capacitaciones y asistencias técnicas a los municipios.
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública.	Intensificar las asistencias técnicas en los municipios sobre los diferentes protocolos, guías, procesos y normatividades. Desarrollo de capacidades del talento humano en los temas de las RIAS, escenarios de simulación, estrategia ETMI Plus, guías de práctica clínicas de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Desarrollo de capacidades dirigido al talento humano en salud de las redes de prestaciones de servicios de salud para la atención diferencial con distinto enfoque. Desarrollar capacidades al sector salud que está en primera línea de atención en guía MHGAP con el fin de minimizar los riesgos en la atención asociada a la salud mental. Optimización de las competencias del talento humano en salud que atiende la primera infancia e infancia,	Secretarías Locales de Salud con recurso humano capacitado e implementando planes de asistencia técnica, en articulación con el departamento y actores claves del sistema, para el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en EAPB e IPS de su territorio, así como un proceso de monitoreo de la calidad de la atención en salud integrado a la gestión de la prestación de servicios individuales, que garantice la gestión de sus resultados y abordaje interinstitucional para prevenir y/o corregir las desviaciones detectadas. Fortalecer el servicio de telemedicina en la población rural y rural dispersa para esto se debe garantizar el acceso a las telecomunicaciones en la zona rural y rural dispersa.



Pilar del modelo de salud relacionado	Componente del modelo de salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo por eje estratégico	Resultados esperados por eje PDSP 2022-2031	Propuesta de respuesta	Recomendaciones
					con la implementación del curso de manejo de la desnutrición aguda, basado en la Resolución 2350 de 2020, como requisito fundamental para la selección por parte de IPS públicas y privadas y desarrollo de capacidades en la estrategia AIEPI y mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud para esta población, a los entes territoriales municipales, EAPB e IPS. Fortalecer la contratación del talento humano en la red de prestación de servicios de vacunación intramural y extramural para la aplicación de biológicos según esquema PAI.	
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios.	Disponer de un directorio de médicos, sabedores ancestrales y parteras por grupos étnicos y territorios en el departamento de Bolívar. Formar líderes comunitarios con conocimientos básicos en salud, a través de un equipo capacitado, mejorando las prácticas culturales relacionadas al cuidado de la salud y tratamiento de las afecciones.	Reconocimiento de los contextos y particularidades de la población con el fin de desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la atención en salud con enfoque diferencial. Intervenciones en salud adaptadas a los contextos socio-culturales.



Componente Estratégico y de Inversión Plurianual

*Bolívar
me enamora*
con Salud Oportuna y de Calidad



VISIÓN DE SALUD

Bolívar

Para el año 2027 el Departamento de Bolívar, se destacará por la implementación de iniciativas y estrategias que darán garantía a la cobertura de acceso y calidad de la atención integral, intersectorial y humanizada en salud pública con enfoque diferencial, afectando positivamente los determinantes sociales y ambientales de una manera equitativa, en pro de mejorar la calidad de vida de los Bolivarenses, incluyendo acciones etnoculturales en las comunidades por curso de vida basados en los principios de la atención primaria en salud.

NIT. 806.005.597-1

Partiendo de nuestra Visión y la Trasmformación Esperada del Territorio, en este aparte del Plan Territorial de Salud se articularán los objetivos, las metas y las estrategias vinculadas a los Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031, en armonía con el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

De acuerdo con la respuestas y recomendaciones definidas en el Componente de Priorización, a continuación, se hace una relación y descripción de los Ejes Estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública al igual que los Pilares y Componentes del Modelo de Salud Preventivo Predictivo.





NIT. 806.005.597-1

375

Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública

Este eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública fue armonizado con las transformaciones y posibles respuestas de los diferentes núcleos de inequidad sociosanitaria al considerar que va transversal a todas las estrategias e intervenciones propuestas en salud, teniendo en cuenta que hace referencia al accionar del gobierno que está enmarcado en el Estado social de derecho, estableciendo alianzas, articulaciones, diálogos y mediaciones con los actores sociales, políticos, económicos e institucionales; en éste sentido, debe tener 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.

Permitiendo el correcto funcionamiento del aparato estatal y las políticas que pretende implementar a través de la interrelación para la gestión de la salud pública técnica, administrativa, política y cultural.

La armonización de este eje estratégico en el departamento de Bolívar, tiene por objetivo 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. Al igual que la gobernanza para alcanzar redes integradas de servicios de salud, con un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, requiere de cambios en la regulación de diferentes relaciones o procesos.

Las estrategias relacionadas con este eje y partiendo de nuestra apuesta en salud para el plan territorial están relacionadas con:

- ❖ 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.
- ❖ 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.
- ❖ Mecanismos de coordinación, diálogo y concertación con estructuras propias de los pueblos y comunidades indígenas para la gobernanza en salud pública.
- ❖ Mecanismos de coordinación, diálogo y concertación con comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom y Campesinas para la gobernanza en salud pública.
- ❖ Diseño e implementación de estrategias para la transversalización de los enfoques diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria y psicosocial para pueblos y comunidades.



NIT. 806.005.597-1

La estrategia del departamento para implementar mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud, están relacionados con el desarrollo de estrategias para la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas.

Para los pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones, el departamento le apuesta a la generación y fortalecimiento de espacios para la participación de personas y colectivos diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicos acordes con sus procesos políticos y organizativos. 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.

Nuestras acciones para dar cumplimiento a este eje están orientadas a fortalecer capacidades en los funcionarios del sector salud en el ejercicio del derecho a la participación y Fomentar los procesos de rendición de cuentas y control social respecto a la ejecución de recursos de salud en el territorio.

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

Teniendo en cuenta los objetivos y resultados esperados de este eje estratégico, con las diferentes estrategias planteadas en el departamento de Bolívar, se ha armonizado partiendo de que describe las estrategias en relación con los procesos de planeación integral en salud y gestión territorial para la garantía del derecho fundamental a la salud para los pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres víctimas de violencia de género, población LGBTQ+, víctimas del conflicto armado, población en situación de calle, población con discapacidad, población migrante y otras poblaciones con vulneración por equidad, condición y/o situación, las cuales se encuentran fundamentadas en el diálogo intercultural, el reconocimiento de la diversidad cultural-social y los derechos humanos, como conceptos centrales para la respuesta en Salud Pública.

Las estrategias le apuntan a Desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la transversalización del enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas en la planeación, formulación e implementación de planes, programas y estrategias orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud.

Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud. Identificación, reconocimiento, fortalecimiento, promoción y garantía de la participación como derecho e incidencia de personas y colectivos en los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud.



NIT. 806.005.597-1

375

Generación de respuestas intersectoriales para la reducción y eliminación de situaciones de inequidad social, étnica y de género en el territorio. Identificación, disminución y superación de barreras de acceso a la atención integral en salud de personas y colectivos. Reconocimiento y legitimación de los espacios e instancias de diálogo y concertación para para la construcción colectiva de sistemas propios, a través de saberes, prácticas y conocimientos de y con las personas y colectivos. De igual manera el departamento de Bolívar le apuesta a priorizar dentro de los planes territoriales de salud acciones para la prevención de las violencias por razones de sexo y género y la atención integral en salud a las mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencias y el desarrollo de acciones de sensibilización y capacitación del talento humano en salud sobre el enfoque de género.

Para la población con Discapacidad, fortalecer la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (inclusión, implementación, evaluación) en el Plan de Intervenciones Colectivas, de acuerdo con lo establecido en la Resoluciones 518 de 2015 y 3280 de 2018; como una herramienta que permite articular las acciones individuales, colectivas e intersectoriales para garantizar la inclusión social de las PCD, sus familias, cuidadores y redes de apoyo al igual que la promoción del diseño e implementación de políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales dirigidos a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

Para la población campesina se realizará fortalecimiento de los mecanismos de participación de las organizaciones campesinas y sus diferentes expresiones de interés en los Consejos de Planeación Territorial.

En cuanto a la Población de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales Y Con Orientación Sexual, Identidad Y Expresión de Género Y Características Sexuales Diversas LGBTIQ+ Identificación, reconocimiento de las organizaciones sociales de mujeres y LGBTIQ+ del territorio en los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud.

Para la población migrante Promoción de estrategias de comunicación intercultural para el desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, los riesgos en salud pública, reconociendo los saberes de las personas migrantes.

Desarrollar, implementar, adecuar y mantener las fuentes y sistemas de información e indicadores de gestión, para la incorporación de los enfoques diferenciales, género-diversidades, pueblos y comunidades étnicas, la identidad cultural y diferencial al elaborar el ASIS con las metodologías e instrumentos definidos por este Ministerio, así mismo incorporar información de los sistemas propios en salud, socio cultural y diferencial en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de estas comunidades de manera conjunta que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de estas comunidades.

Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud



De acuerdo al objetivo de este eje que es 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.

Se plantean las siguientes estrategias de armonización de acuerdo con las metas y apuesta en salud del Departamento de Bolívar, gestionar los mecanismos administrativos, financieros y de pertinencia sociocultural, para disminuir las barreras de acceso en salud respecto a la atención a los niños, niñas y adolescentes, en particular en escenarios de vulnerabilidad socioeconómica para la permanencia escolar que incluya los pueblos y comunidades de acuerdo con sus planes de vida o el que haga sus veces.

Garantizar la continuidad entre las acciones de prevención del riesgo en salud, de atención y rehabilitación integral. Seguir 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 (resolución 3280 de 2018) o los lineamientos que hagan sus veces. Promover la restitución del tejido social y los lazos de confianza entre las poblaciones, pueblos y comunidades y la institucionalidad en salud, con el ánimo de favorecer los procesos de participación social, en el proceso de Planificación Integral para la salud, y en los ámbitos micro territoriales. En escenarios donde coexisten procesos de desmovilización y reincorporación, se sugiere, apoyarse con estrategias de convivencia, que posibiliten la generación de procesos comunitarios convergentes.

Eje 4. Atención Primaria en Salud

La armonización de este eje nos permite 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. Desde el departamento de Bolívar le apostamos a organizar 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.

Eje 5. Cambio Climático, Emergencias, Desastres y Pandemias

Desde el punto de vista de la salud pública, los desastres tienen la capacidad de alterar de manera grave las condiciones sanitarias de una población, afectando los indicadores de desarrollo y capacidad de respuesta de los sistemas afectados. Por este motivo se eligió este eje en la armonización de las transformaciones y posibles propuestas de respuesta, las estrategias planteadas desde el departamento de Bolívar, van encaminadas a la gestión integral en emergencias y desastres, la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública. Al igual que, la preparación ante futuras



pandemias que busca fortalecer la estructura necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico, para lograr la apropiación de los procesos necesarios en los periodos pre e inter pandémicos y realizar las acciones de preparación y respuesta.

Participación en las instancias de orientación y coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, e incorporar las acciones del sector salud en los instrumentos de planificación, tales como, Planes de Gestión del Riesgo y Estrategias de Respuesta a Emergencias.

Promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad, considerando que actualmente es una prioridad lograr la participación efectiva, Así mismo, garantizar para la materialización de los diferentes proyectos de desarrollo dirigidos a la comunidad, el abordaje de las necesidades y las propuestas para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas en salud pública, de tal forma que describa las realidades poblacionales y territoriales para la toma de decisiones basada en evidencia. De igual forma desarrollar 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.

Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en el acceso y uso de la oferta actual de información pública de salud y de otros sectores. Finalmente Fortalecer las herramientas y sistemas de información en salud pública y salud ambiental, para su análisis y la toma de decisiones y gestionar el fortalecimiento de los sistemas de información en el marco de las particularidades territoriales para la intervención de los determinantes socioambientales de la salud.

Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria

Las estrategias establecidas para la armonización de este eje, tienen por objetivo fortalecer las herramientas y sistemas de información en salud pública y salud ambiental, para su análisis y la toma de decisiones, así mismo la gestión y fortalecimiento de los sistemas de información en el marco de las particularidades territoriales para la intervención de los determinantes socioambientales de la salud con mecanismos e instrumentos para la transferencia, difusión y uso de la información y evidencia generada como insumo para la gestión de políticas, planes, programas, proyectos en salud y toma de decisiones.

Disposición de la información como bien público mediante el acceso a través de bibliotecas virtuales, repositorios virtuales y demás servicios e información, con el respectivo Análisis de la información que permita la comprensión de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial. Fortalecimiento de los sistemas de información necesarios para la gestión de la información en salud pública, incluyendo alertas tempranas al igual que el fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para un adecuado proceso de producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública.



NIT. 806.005.597-1

375

Eje 7. Personal de la Salud

Teniendo en cuenta que el Talento Humano en salud se constituye en un actor fundamental de la salud pública a nivel territorial para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, el departamento mediante la acción sectorial e intersectorial de los determinantes sociales de la salud tendrá una mayor cobertura y acceso al sistema de salud, este eje estratégico fue armonizado con una de las transformaciones identificando la definición de estrategias territoriales e intersectoriales para la mejora de la disponibilidad y distribución del talento humano en salud, con énfasis en los que realizan acciones y gestión de la salud pública.



NIT. 806.005.597-1

375

1. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Fortalecimiento del proceso de coordinación y articulación intersectorial, a través del funcionamiento eficaz y eficiente de las mesas intersectoriales de primera infancia, infancia, adolescencia y familia (MIIAF) y de las mesas de participación de niñas, niños y adolescentes de los municipios, con secretarías operativas robustas y empoderadas para la gestión de planes, programas y proyectos en el marco de la política departamental pública de primera infancia, infancia, adolescencia y familia, articulados con el plan de desarrollo Bolívar me Enamora y plan de acción de la MIIAF departamental.
- Intervenciones de educación y comunicación en salud efectivas, con mayor cobertura en territorios de alto riesgo, que desarrollen capacidades en la comunidad de acuerdo con su entorno y características socio culturales, permitiéndoles identificar e intervenir los factores de riesgo ambiental, signos y síntomas de alarma de enfermedades como el dengue, IRA y EDA.
- Operativización del sistema de Información para el Desarrollo Integral a la Primera infancia - SSDIPI, garantizado a través de la estandarización e implementación de un proceso de gestión de las alertas que garantice la interoperabilidad entre los diferentes actores del SGSSS.
- Conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios con adecuación para la implementación de las RPMS y RIAMP, procesos prioritarios asistenciales en los servicios de atención del binomio madre e hijo, alcanzando de manera progresiva estándares de acreditación, mediante el posicionamiento de la estrategia de auditoría para mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- Aumentar la cobertura de redes intersectoriales y comunitarias con madres gestantes y lactantes para el fortalecimiento de la estrategia de los primeros mil días, con enfoque de atención diferencial.
- Fomento de la participación de niñas, niños y adolescentes en la identificación de problemas y toma de decisiones para el mejoramiento de sus condiciones de salud y calidad de vida, con municipios empoderados en la formulación y ejecución de proyectos articulados con el sector educativo y evaluación de resultados obtenidos.
- Intensificación y mejoramiento del monitoreo a las intervenciones de detección temprana y protección específica y acciones de atención integral de eventos de interés en salud pública que afectan la infancia y la niñez, con énfasis en las principales causas de morbilidad y mortalidad.
- Fortalecimiento de la gestión del PAI para lograr coberturas útiles de vacunación en municipios con mayor mortalidad infantil y en menores de cinco años.
- Fomento de la inclusión de familias residentes en municipios con alta prevalencia de desnutrición, en proyectos productivos del sector agrario (UMATA).
- Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, mediante el aumento de IPS públicas y privadas certificadas en la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ) y la puesta en marcha del proyecto de implementación de salas de lactancia materna en el ámbito laboral de empresas que cumplan con criterios normativos.
- Optimización de las competencias del talento humano en salud que atiende la primera infancia e infancia, con la implementación del curso de manejo de la desnutrición aguda, basado en la Resolución 2350 de 2020, como requisito fundamental para la selección por parte de IPS públicas y privadas y



desarrollo de capacidades en la estrategia AIEPI y mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud para esta población, a los entes territoriales municipales, EAPB e IPS.

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control, Sistema único público de información en salud y Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial,



375

NIT. 806.005.597-1

etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducir la tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años (x 100.000 menores de 5 años)				5,36 por 100.000 menores de 5 años
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
5,16 por 100.000 menores de 5 años	5,31 por 100.000 menores de 5 años	5,26 por 100.000 menores de 5 años	5,21 por 100.000 menores de 5 años	5,16 por 100.000 menores de 5 años

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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 animal, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicos, la movilidad segura, saludable y sostenible y economías sociales y populares de cuidado comunitario en salud teniendo en cuenta los factores socioculturales del territorio.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	



375

NIT. 806.005.597-1

	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Redes integrales e integradas de servicios de salud.	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad Participación social en salud. Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Implementar efectivamente los procesos de gestión de la salud pública e intervenciones colectivas, en donde se promueva la equidad, la accesibilidad y la calidad en la atención en salud, abordando los determinantes sociales.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducir la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años				14,28 por 100.000 menores de 5 años
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
14,08 por 100.000 menores de 5 años	14,23 por 100.000 menores de 5 años	14,18 por 100.000 menores de 5 años	14,13 por 100.000 menores de 5 años	14,08 por 100.000 menores de 5 años

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

NIT. 806.005.597-1

 Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad del Sector Salud	Vigilancia en Salud Pública

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Adoptar ejes estratégicos y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud para la implementación de la Política de Participación Social en salud en el Departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducir la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años



375

NIT. 806.005.597-1

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años				14,28 por 100.000 menores de 5 años
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
14,08 por 100.000 menores de 5 años	14,23 por 100.000 menores de 5 años	14,18 por 100.000 menores de 5 años	14,13 por 100.000 menores de 5 años	14,08 por 100.000 menores de 5 años

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población Colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	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.



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Disminuir a 9 por 100.000 menores de 5 años la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años				13,50 por 100.000 menores de 5 años
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
9 por 100.000 menores de 5 años	12,375 por 100.000 menores de 5 años	11,25 por 100.000 menores de 5 años	10,125 por 100.000 menores de 5 años	9 por 100.000 menores de 5 años

2. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Articulación intersectorial local y territorial con actores claves.
- Realizar caracterización por municipios de la población afiliada por parte de las EAPB.



NIT. 806.005.597-1

- Capacitar al personal de salud en los protocolos y guías de atención para un correcto diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Garantizar los recursos necesarios para la atención integral de la población y el efectivo diagnóstico de las patologías crónicas.
- Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para mejorar la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente.
- Fortalecimiento de la adherencia a los estilos de vida saludables en todos los entornos cardiovascular y metabólica.
- Garantizar la disponibilidad y oportunidad de los medicamentos en las zonas urbanas y rurales por parte de las EAPB.
- Mejorar las vías de acceso para facilitar el desplazamiento de las personas a los servicios de salud.
- Fortalecer el servicio de telemedicina en la población rural y rural dispersa para esto se debe garantizar el acceso a las telecomunicaciones en la zona rural y rural dispersa.
- Gestión ante la academia para la formación del egresado en pregrado y posgrado acorde con la realidad de la situación de salud pública departamental y nacional y acuerdos para el fortalecimiento de los procesos de capacitación de los profesionales que trabajan en los prestadores de salud.

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	Desarrollar capacidades y liderazgo para la coestión, 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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad	Gestión territorial para el cuidado de la salud



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducir Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en población entre 30 y hasta 70 años

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en población entre 30 y hasta 70 años				201 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
197 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años	200 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años	199 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años	198 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años	197 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 3.	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS



375

NIT. 806.005.597-1

Determinantes Sociales de la Salud	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	. Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad	Gestión territorial para el cuidado de la salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Implementar efectivamente los procesos de gestión de la salud pública e intervenciones colectivas, en donde se promueva la equidad, la accesibilidad y la calidad en la atención en salud, abordando los determinantes sociales.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducir Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en población entre 30 y hasta 70 años

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS			LÍNEA BASE	
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en población entre 30 y hasta 70 años			201 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años	
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4



375

NIT. 806.005.597-1

197 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años 200 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años 199 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años 198 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años 197 por 100.000 habitantes entre los 30 a 70 años

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud con base en la aplicación de criterios determinantes incluyendo el reconocimiento de las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades bajo el liderazgo de las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud – RIITS conforme al modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud – APS.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial,



375

NIT. 806.005.597-1

etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Disminuir la Prevalencia de caries en primera infancia, en infancia y en adolescencia.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS			LÍNEA BASE	
Prevalencia de caries en primera infancia, en infancia y en adolescencia.			33,84% Primera Infancia 37,45 % Infancia (12 años) 44,49 %Adolescencia (15 años)	
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
32,84% Primera Infancia 36,45% Infancia (12 años) 44,49% Adolescencia (15 años)	33,59% Primera Infancia 37,2 % Infancia (12 años) 44,49 %Adolescencia (15 años)	33,34% Primera Infancia 36,95 % Infancia (12 años) 44,49 %Adolescencia (15 años)	33,09% Primera Infancia 36,7 % Infancia (12 años) 44,49 %Adolescencia (15 años)	32,84% Primera Infancia 36,45% Infancia (12 años) 44,49% Adolescencia (15 años)

3. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Intervención de los factores de riesgos socio-culturales a partir de la adopción e implementación de una política de salud mental y drogas sancionada por ordenanza, donde se fortalezcan los espacios de participación, coordinación y articulación intersectorial de salud mental y optimización de las atenciones de las víctimas de la violencia con aumento en la oferta de servicios de atención en salud mental e IPS cumpliendo con las atenciones de psicología, psiquiatría, neuropsicología, apoyo diagnóstico y terapéutico en salud mental incluyendo la rehabilitación e inclusión social.



NIT. 806.005.597-1

- Respuesta institucional específica y con mayor efectividad orientada con base a la identificación y caracterización de los trastornos mentales, consumo de SPA y epilepsia con priorización territorial.
 - Realizar intervenciones de educación y comunicación en prevención de la conducta suicida y prevención del consumo de SPA en docentes y población adolescente.
 - Generar alianzas público--privadas para el fortalecimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud con énfasis en el mejoramiento de la oferta para la atención de la salud mental
 - Brindar acompañamiento y monitorear las intervenciones de detección temprana y protección específica de la atención de salud mental.
 - Desarrollar capacidades al sector salud que está en primera línea de atención en guía MHGAP con el fin de minimizar los riesgos en la atención asociada a la salud mental.
 - Promover la conformación de los dispositivos comunitarios especialmente los ZOE (zona de orientación escolar) en las Instituciones educativas.
 - Avanzar en la optimización de la estrategia de familias fuertes con mayor cobertura en los territorios con mayores factores de riesgos identificados asociado a la salud mental y al consumo de SPA.
 - Avanzar en la optimización de los grupos de ayuda mutua con pacientes diagnosticados con trastornos de problemas de salud mental.
- **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	. 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.



NIT. 806.005.597-1

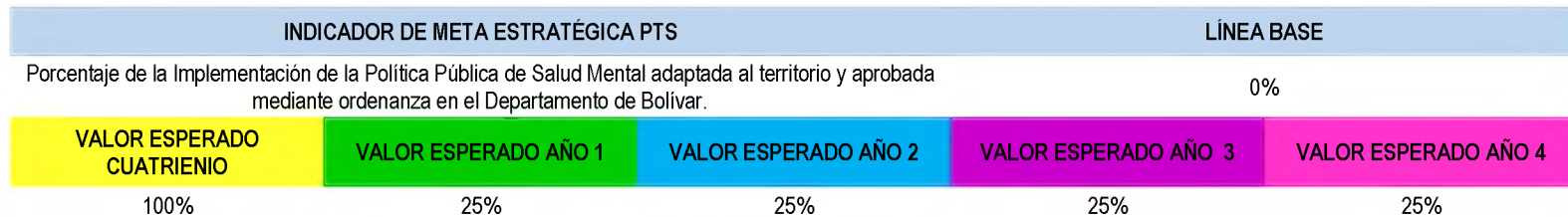
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Incluir saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa en los servicios de salud ofertados en el territorio, con enfoque etnocultural.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Implementar en un 100% la Política Pública de Salud Mental adaptada al territorio y aprobada mediante ordenanza en el Departamento de Bolívar.



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4.	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS



NIT. 806.005.597-1

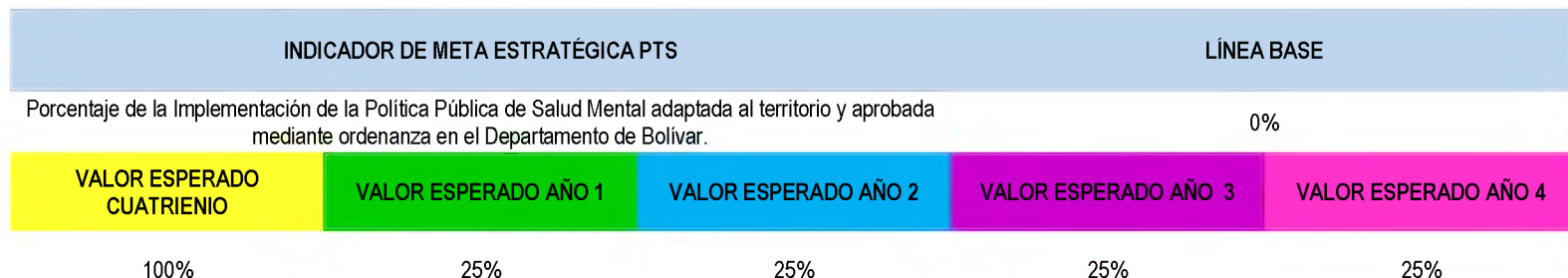
Atención Primaria en Salud	Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población Colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	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.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Implementar en un 100% la Política Pública de Salud Mental adaptada al territorio y aprobada mediante ordenanza en el Departamento de Bolívar.





NIT. 806.005.597-1

375

4. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Fortalecimiento del proceso de coordinación y articulación intersectorial, a través del funcionamiento eficaz y eficiente de las mesas intersectoriales de primera infancia, infancia, adolescencia y familia (MIIAF) y de las mesas de participación de niñas, niños y adolescentes de los municipios, con secretarías operativas robustas y empoderadas para la gestión de planes, programas y proyectos en el marco de la política departamental pública de primera infancia, infancia, adolescencia y familia, articulados con el plan de desarrollo Bolívar me Enamora y plan de acción de la MIIAF departamental.
- Intervenciones de educación y comunicación en salud efectivas, con mayor cobertura en territorios de alto riesgo, que desarrollen capacidades en la comunidad de acuerdo con su entorno y características socio culturales, permitiéndoles identificar e intervenir los factores de riesgo ambiental, signos y síntomas de alarma de enfermedades como el dengue, IRA y EDA.
- Operativización del sistema de Información para el Desarrollo Integral a la Primera infancia - SSDIPI, garantizado a través de la estandarización e implementación de un proceso de gestión de las alertas que garantice la interoperabilidad entre los diferentes actores del SGSSS.
- Aumentar la cobertura de redes intersectoriales y comunitarias con madres gestantes y lactantes para el fortalecimiento de la estrategia de los primeros mil días, con enfoque de atención diferencial.
- Fomento de la participación de niñas, niños y adolescentes en la identificación de problemas y toma de decisiones para el mejoramiento de sus condiciones de salud y calidad de vida, con municipios empoderados en la formulación y ejecución de proyectos articulados con el sector educativo y evaluación de resultados obtenidos.
- Intensificación y mejoramiento del monitoreo a las intervenciones de detección temprana y protección específica y acciones de atención integral de eventos de interés en salud pública que afectan la infancia y la niñez, con énfasis en las principales causas de morbilidad y mortalidad.
- Articulación intersectorial local y territorial con actores claves.
- Capacitar al personal de salud en los protocolos y guías de atención para un correcto diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Gestión ante la academia para la formación del egresado en pregrado y posgrado acorde con la realidad de la situación de salud pública departamental y nacional y acuerdos para el fortalecimiento de los procesos de capacitación de los profesionales que trabajan en los prestadores de salud.
- Intervenciones colectivas en salud pública municipales diseñadas e implementadas a partir de un Análisis de Situación de Salud participativo, con monitoreo y evaluación de los resultados alcanzados.
- Espacios de articulación intersectorial fortalecidos desde el nivel departamental con los sectores claves de educación, cultura, recreación, deporte, vías, justicia y protección, ejecutando proyectos integrales que permitan la movilización de los indicadores trazadores.



NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Diseño e implementación de estrategias para la transversalización de los enfoques diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria y psicosocial para pueblos y comunidades.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil de niños menores de 1 año



375

NIT. 806.005.597-1

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Tasa de Mortalidad Infantil				12,23 por 1.000 nacidos vivos
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
12 por 1.000 nacidos vivos	12,1725 por 1.000 nacidos vivos	12,115 por 1.000 nacidos vivos	12,0575 por 1.000 nacidos vivos	12 por 1.000 nacidos vivos

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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 el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud — RIITS conforme al modelo de salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	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.



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducción de la Tasa de Mortalidad en la niñez menores de 5 años

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Tasa de Mortalidad en la niñez				14,44 por 1.000 nacidos vivos
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
14,22 por 1.000 nacidos vivos	14,385 por 1.000 nacidos vivos	14,33 por 1.000 nacidos vivos	14,275 por 1.000 nacidos vivos	14,22 por 1.000 nacidos vivos



NIT. 806.005.597-1

375

5. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Intervenciones de educación y comunicación en salud efectivas, con mayor cobertura en territorios de alto riesgo, que desarrollen capacidades en la comunidad de acuerdo con su entorno y características socio culturales, permitiéndoles identificar e intervenir los factores de riesgo ambiental, signos y síntomas de alarma de enfermedades como el dengue, IRA y EDA.
- Operativización del sistema de Información para el Desarrollo Integral a la Primera infancia - SSDIPI, garantizado a través de la estandarización e implementación de un proceso de gestión de las alertas que garantice la interoperabilidad entre los diferentes actores del SGSSS.
- Aumentar la cobertura de redes intersectoriales y comunitarias con madres gestantes y lactantes para el fortalecimiento de la estrategia de los primeros mil días, con enfoque de atención diferencial.
- Articulación intersectorial local y territorial con actores claves.
- Capacitar al personal de salud en los protocolos y guías de atención para un correcto diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Capacitar al personal de salud en los protocolos y guías de atención para un correcto diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para que mejorar la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente.
- Realizar asistencias técnicas de capacitación y seguimiento para la adherencia de protocolos de eventos de interés en salud pública.
- Concertar acciones colectivas entre actores claves para la educación sobre prevención y detección de eventos de interés en salud pública.
- Gestionar los recursos para la operación adecuada de la vigilancia en salud pública del territorio.
- Despliegue para la implementación de las fases de la estrategia de la vigilancia basada en comunidad según lineamientos nacionales.
- Realizar asistencias técnicas articulada con programas de salud pública y otras dependencias del sector salud para el desarrollo de capacidades de eventos de interés en salud pública en el territorio.
- Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.
- Realizar intervenciones de educación y comunicación en prevención de la conducta suicida y prevención del consumo de SPA en docentes y población adolescente.
- Fortalecer capacidades en el diligenciamiento y reporte al sistema de información de las variables que permitan identificar las poblaciones con enfoques diferenciales.
- Conformación de redes intersectoriales y comunitarias conformada por líderes y actores sociales para el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria, adaptación y mitigación al cambio climático.



NIT. 806.005.597-1

- Información y comunicación en salud en promoción y prevención de IRA, EDA y ETV, reconocimiento de signos de alarmas y difusión de mensajes claves.
- Intensificar las asistencias técnicas en los municipios sobre el desarrollo del Análisis de Situación en Salud para fortalecer el desarrollo de capacidades con base en los lineamientos nacionales.

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Implementar efectivamente los procesos de gestión de la salud pública e intervenciones colectivas, en donde se promueva la equidad, la accesibilidad y la calidad en la atención en salud, abordando los determinantes sociales.



375

NIT. 806.005.597-1

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Aumento del 10% en el porcentaje de implementación del plan de gestión del conocimiento y sistemas de información en salud.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Porcentaje de implementación del plan de gestión del conocimiento y sistemas de información en salud.				80%
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
90%	82,5%	85%	87,5%	90%

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entorno económico favorable para la salud	Gestionar los mecanismos administrativos, financieros y de pertinencia sociocultural, para disminuir las barreras de acceso en salud respecto a la atención a los niños, niñas y adolescentes, en particular en escenarios de vulnerabilidad socioeconómica para la permanencia escolar que incluya los pueblos y comunidades de acuerdo con sus planes de vida o el que haga sus veces.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	



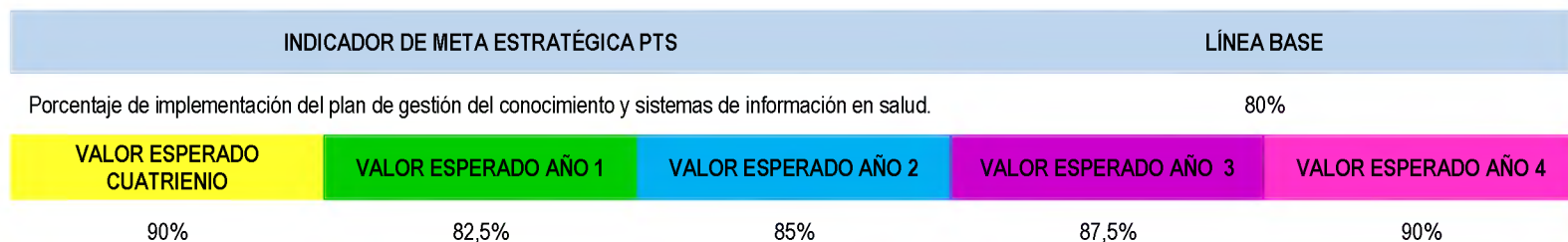
	A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	. Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Implementar efectivamente los procesos de gestión de la salud pública e intervenciones colectivas, en donde se promueva la equidad, la accesibilidad y la calidad en la atención en salud, abordando los determinantes sociales.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Aumento del 10% en el porcentaje de implementación del plan de gestión del conocimiento y sistemas de información en salud.





NIT. 806.005.597-1

375

6. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención en riesgos laborales en los trabajadores informales del departamento de Bolívar.
- Promover los estilos de vida saludables en trabajadores del sector informal del departamento de Bolívar.

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entorno económico favorable para la salud	Caracterizar y gestionar para mejorar las opciones de intervención respecto a las condiciones de salud de la población que hace parte de la economía popular y de actividades de auto subsistencia y comunitaria de acuerdo con el contexto territorial.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	. Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.



Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Contar con entornos abordados con condiciones físicas, sociales y ambientales que protegen y promueven la salud.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Entornos abordados con condiciones físicas, sociales y ambientales que protegen y promueven la salud.				4
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
4	4	4	4	4

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 2. Pueblos y Comunidades Étnicas, Población Campesina, Genero – Diversidades,	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Fortalecimiento de la toma de decisiones que conlleven a la prevención de contingencias derivadas de las ocupaciones, considerando los saberes, creencias y prácticas de las personas y los colectivos.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	



NIT. 806.005.597-1

375

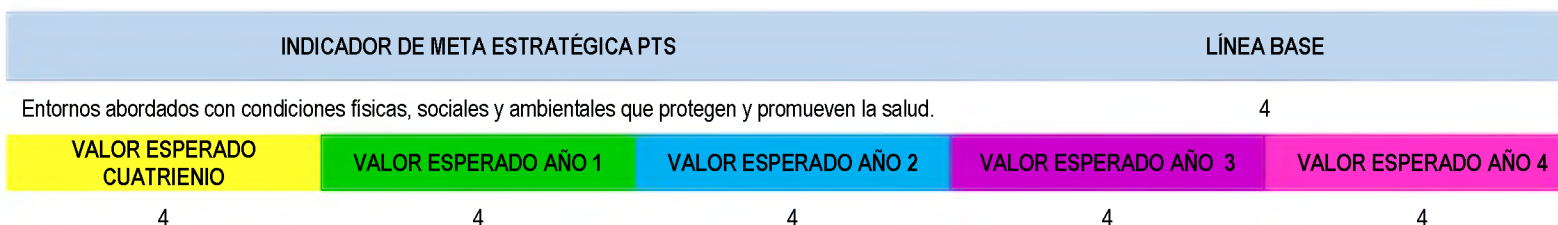
Condiciones y Situaciones	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Contar con entornos abordados con condiciones físicas, sociales y ambientales que protegen y promueven la salud.





NIT. 806.005.597-1

375

7. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Adaptación en los servicios de salud para garantizar la atención integral con enfoque diferencial a toda la población incluyendo sus particularidades presentadas en cada territorio.
- Implementación de estrategias innovadoras y disminución de barreras de acceso para la efectiva prestación de los servicios de salud en población con enfoque diferencial.
- Desarrollo de capacidades dirigido al talento humano en salud de las redes de prestaciones de servicios de salud para la atención diferencial con distinto enfoque.
- Garantizar la confidencialidad de atención, resultados, diagnóstico y tratamiento de las poblaciones vulnerables y diferenciales, por parte del talento humano en salud.
- Implementar campañas de caracterización de la población vulnerable y diferencial con la perentoria confiabilidad y privacidad.
- Asignación de recursos para el fortalecimiento del componente de discapacidad y disponibilidad de talento humano idóneo para el acompañamiento y seguimiento del proceso de certificación y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD.
- Reconocimiento de los contextos y particularidades de la población con el fin de desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la atención en salud con enfoque diferencial.
- Estrategias de educación y comunicación, e información en salud diseñadas de acuerdo a los contextos socio-culturales de las poblaciones étnicas.
- Intervenciones en salud adaptadas a los contextos socio-culturales.
- Diseño, implementación y seguimiento de la política a pública para las poblaciones étnicas.
- Disponer de un directorio de médicos, sabedores ancestrales y parteras por grupos étnicos y territorios en el departamento de Bolívar.
- Caracterizar a las diferentes poblaciones diferenciales del departamento de Bolívar (etnias, LGTBIQ+).
- Fortalecer capacidades en el diligenciamiento y reporte al sistema de información de las variables que permitan identificar las poblaciones con enfoques diferenciales.



NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Mecanismos de coordinación, diálogo y concertación con comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom y Campesinas para la gobernanza en salud pública.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.



NIT. 806.005.597-1

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 23% de cumplimiento a los acuerdos para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural de las comunidades indígenas, negras, afrocolombiana, raizales y palenqueras y pueblo Rrom, Envejecimiento y Vejez y orientación sexual e identidad de género diversas (OSIGD).

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Cumplimiento a los acuerdos para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural de las comunidades indígenas, negras, afrocolombiana, raizales y palenqueras y pueblo Rrom, Envejecimiento y Vejez y orientación sexual e identidad de género diversas (OSIGD).				5%
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
23%	9,5%	14%	18,5%	23%

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 2. Pueblos y Comunidades Étnicas, Población Campesina, Genero – Diversidades,	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garantizan la participación de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades en la planeación y la respuesta en salud.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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 integran en sus planes territoriales de salud los acuerdos resultantes para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.	



NIT. 806.005.597-1

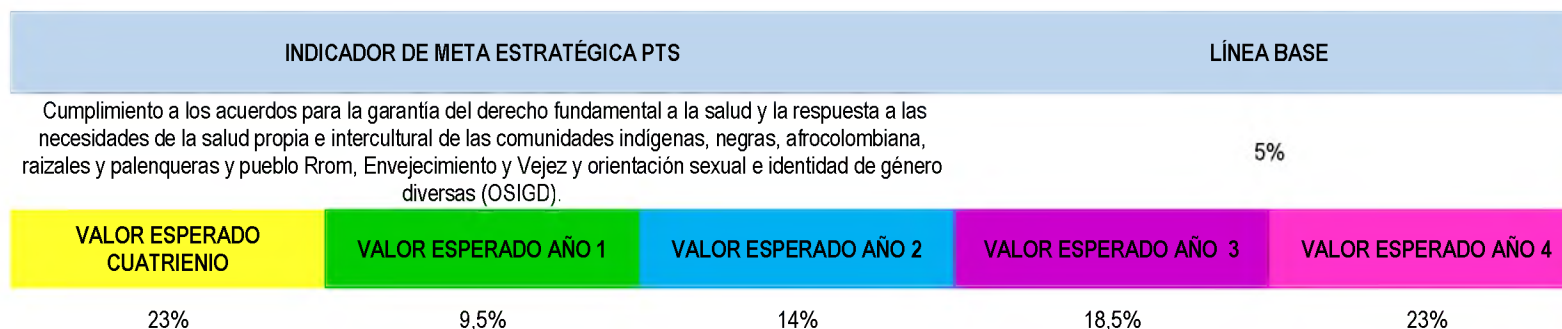
Condiciones y Situaciones	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 23% de cumplimiento a los acuerdos para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural de las comunidades indígenas, negras, afrocolombiana, raizales y palenqueras y pueblo Rrom, Envejecimiento y Vejez y orientación sexual e identidad de género diversas (OSIGD).





NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	Desarrollar capacidades y liderazgo para la coestión, 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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Desarrollo de capacidades institucionales y sectoriales para el ejercicio de la participación social y comunitaria en salud como derecho en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, incluido el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio y los saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas acordes con el marco normativo.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

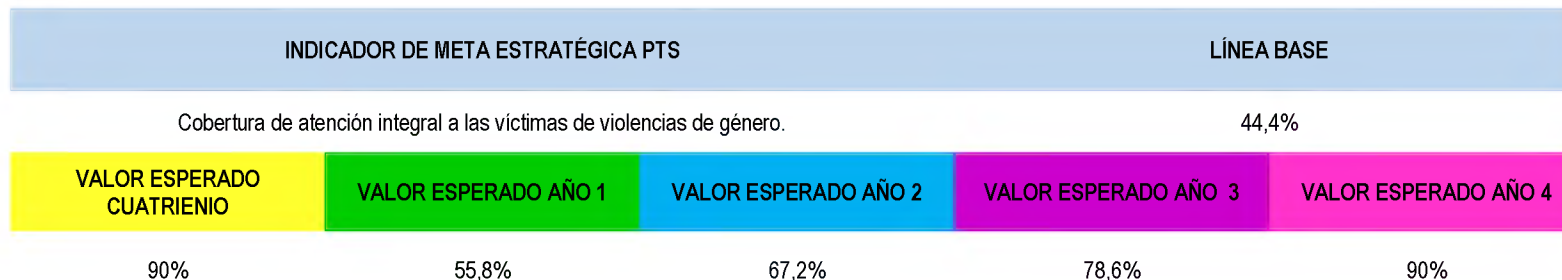
Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 90% de cobertura de atención integral a las víctimas de violencias de género.



375

NIT. 806.005.597-1



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 2. Pueblos y Comunidades Étnicas, Población Campesina, Género – Diversidades, Condiciones y Situaciones	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Fortalecimiento de capacidades del talento humano para el desarrollo de acciones de cuidado de la salud desde la promoción hasta los cuidados paliativos con enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas considerando además el determinante social relacionado con la ocupación.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% las entidades territoriales Departamentales, Distritales han implementado las medidas de atención para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. A 2031 de entidades territoriales Departamentales, Distritales y Municipales han adoptado los Lineamientos para la Superación de Barreras de Acceso y Atención para el Ejercicio del Derecho a la Salud de las Personas OSIGD-LGBTI.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud



NIT. 806.005.597-1

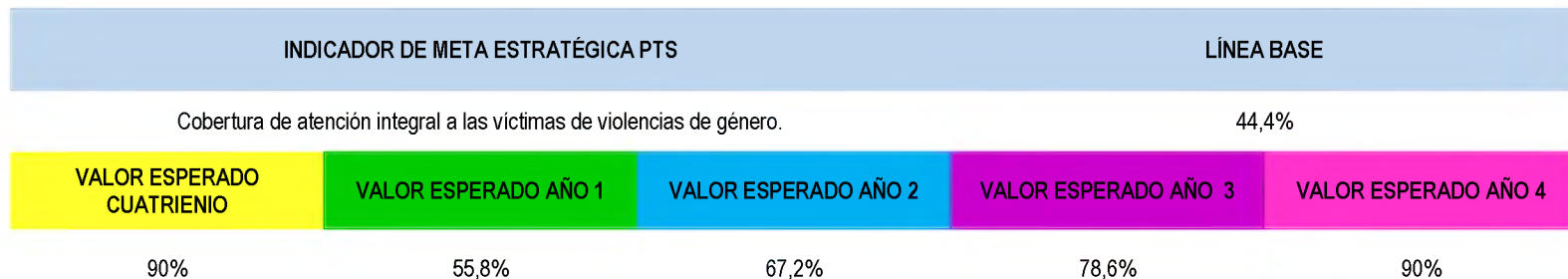
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 90% de cobertura de atención integral a las víctimas de violencias de género.



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031
	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.



NIT. 806.005.597-1

Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Avance en la superación de barreras de acceso para la atención primaria en salud con énfasis en la rehabilitación integral en salud de las poblaciones víctimas del conflicto armado interno y de las personas en procesos de reincorporación y dejación de armas.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el aumento del 70% de la cobertura de atención psicosocial e integral en salud a personas víctimas del conflicto armado.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS	LÍNEA BASE
Cobertura de atención psicosocial e integral en salud a personas víctimas del conflicto armado	50%



375

NIT. 806.005.597-1



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

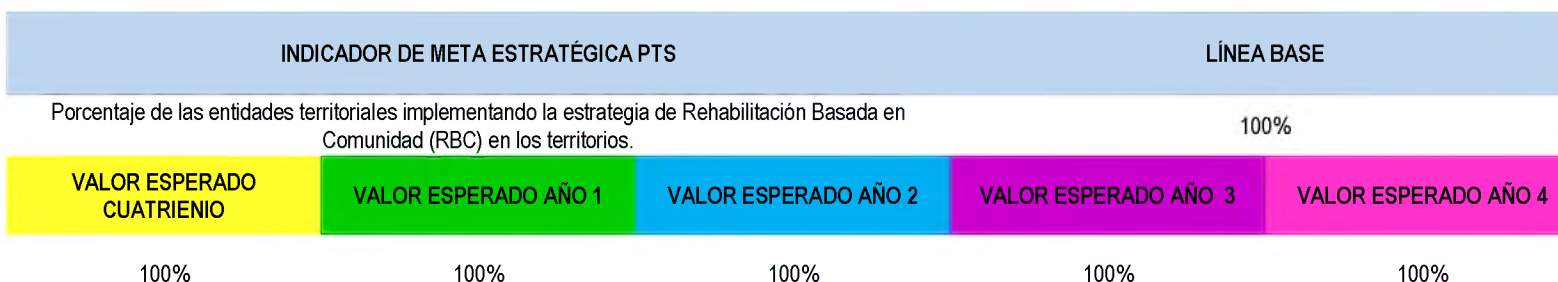


NIT. 806.005.597-1

375

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Mantener en un 100% el porcentaje de las entidades territoriales, implementando la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en los territorios.



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 2. Pueblos y Comunidades Étnicas, Población Campesina,	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Fortalecimiento de la toma de decisiones que conlleven a la prevención de contingencias derivadas de las ocupaciones, considerando los saberes, creencias y prácticas de las personas y los colectivos.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	



NIT. 806.005.597-1

375

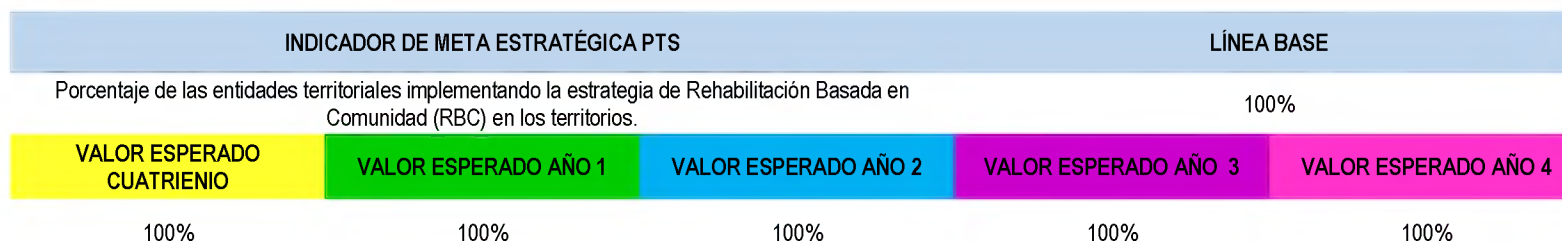
Genero – Diversidades, Condiciones y Situaciones	A 2031 el 100% de los espacios e instancias intersectoriales incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Incluir saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa en los servicios de salud ofertados en el territorio, con enfoque etnocultural.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Mantener en un 100% el porcentaje de las entidades territoriales, implementando la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en los territorios.





NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Priorizar la salud para promover estrategias y programas que fomenten estilos de vida saludables y una atención en salud accesible.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Implementar estándares de calidad en los centros de atención para personas mayores en las diferentes modalidades, con atención integral y el cuidado en salud con enfoque diferencial en el 60%.



375

NIT. 806.005.597-1

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Porcentaje de estándares de calidad en los centros de atención para personas mayores en las diferentes modalidades, con atención integral y el cuidado en salud con enfoque diferencial.				60%
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
60%	60%	60%	60%	60%

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 2. Pueblos y Comunidades Étnicas, Población Campesina, Genero – Diversidades, Condiciones y Situaciones	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Fortalecimiento de la toma de decisiones que conlleven a la prevención de contingencias derivadas de las ocupaciones, considerando los saberes, creencias y prácticas de las personas y los colectivos.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 los Centros de Larga Estancia cuentan con estándares mínimos de funcionamiento para la garantía de los derechos de las personas mayores.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad



NIT. 806.005.597-1

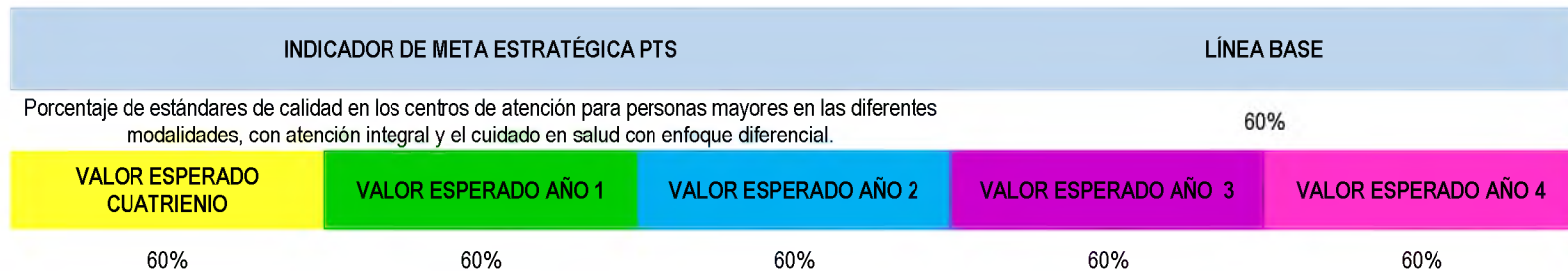
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Priorizar la salud para promover estrategias y programas que fomenten estilos de vida saludables y una atención en salud accesible.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Implementar estándares de calidad en los centros de atención para personas mayores en las diferentes modalidades, con atención integral y el cuidado en salud con enfoque diferencial en el 60%.



8. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

El departamento de Bolívar mejorará el acceso y calidad a la prestación de servicios individuales y colectivos de salud, a través de:

- La creación de un espacio de coordinación y articulación con los sectores de salud, planeación territorial, hábitat e infraestructura tanto a nivel departamental como municipal, que promueva la formulación, ejecución y evaluación de proyectos para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, en municipios con mayor carga de indicadores de mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad materna y letalidad por dengue.



- Implementación de estrategias de ampliación de cobertura de atención en salud a la población migrante, en especial mujeres gestantes en condición de migrantes irregulares y canalización a otros sectores gubernamentales para el mejoramiento de su calidad de vida, desarrolladas en espacios de concertación que involucren a los actores relacionados con la problemática.
- Reorganización de la red prestadora de servicios de salud, que incluya la conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios individuales funcionando según el modelo de salud predictivo, preventivo y resolutorio, como resultado de un ejercicio participativo y de concertación previa con los actores de SGSSS, para la adecuación (infraestructura, dotación, tecnologías y procesos) de los servicios, en respuesta a los lineamientos de las rutas de atención integral de promoción y mantenimiento, materno perinatal, atención en salud mental y adecuaciones socioculturales, de acuerdo con las políticas de atención diferencial a poblaciones vulnerables, especialmente niñas, niños, adolescentes, gestantes, víctimas de violencia, víctimas del conflicto armado, etnias, adulto mayor y población con discapacidad.
- Mejoramiento de las capacidades técnico administrativas y financieras de la red pública de prestación de servicios de salud departamental, la cual funcionará con procesos de facturación eficaces, centros de costos de servicios, acuerdos de tarifas razonables con las EAPB, acuerdos de voluntades que aborden la contratación de todos los servicios ofertados por las ESE que cumplen con las condiciones de calidad requeridas, priorizando municipios monopólicos.
- Información de la atención en salud disponible en red de manera permanente y de fácil tanto a nivel nacional como departamental, mediante la implementación del proyecto de interoperabilidad de la historia clínica electrónica que garantice la continuidad asistencial para la atención oportuna y de calidad de los usuarios.
- Fortalecimiento de la gestión territorial en salud pública, con énfasis en la gestión del aseguramiento, prestación de servicios individuales y de intervenciones colectivas en salud pública, intensificando el fomento y supervisión del ejercicio de la rectoría sanitaria en los municipios, basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud con procesos de auditoría externa a la red prestadora eficientes y efectivos, posicionamiento del proceso de auditoría GAUDI como herramienta de la vigilancia al cumplimiento de las EAPB, optimización de procesos de promoción y afiliación del régimen subsidiado en salud, creación y adopción de sistemas de gestión de alertas de prestación de servicios individuales y trámite de peticiones, quejas y reclamos efectivos, que operen bajo el funcionamiento eficiente de los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) en las alcaldías.
- Procedimientos de inspección, vigilancia y control a la gestión municipal, fondos locales de salud y mantenimiento hospitalario a cargo del ente territorial departamental robustecidos, en pro de una mayor eficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS.
- Secretarías Locales de Salud con recurso humano capacitado e implementando planes de asistencia técnica, en articulación con el departamento y actores claves del sistema, para el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en EAPB e IPS de su territorio, así como un proceso de monitoreo de la calidad de la atención en salud integrado a la gestión de la prestación de servicios individuales, que garantice la gestión de sus resultados y abordaje interinstitucional para prevenir y/o corregir las desviaciones detectadas.



NIT. 806.005.597-1

375375

- Acciones colectivas en Salud Pública de orden departamental y municipal más efectivas por su adaptación a la situación en salud y características socioculturales de cada territorio, desarrolladas mediante mecanismos de articulación con las acciones individuales de salud a cargo de las EAPB/IPS en coordinación de los entes territoriales, que impacten principalmente en la disminución de la mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, letalidad por dengue, problemas y trastornos mentales con enfoque diferencial en la población residente en el departamento de Bolívar.
- Optimización de la gestión del riesgo y calidad de la atención en salud por parte de las EAPB y red prestadora de servicios, incrementando el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la política de humanización de los servicios de salud en los actores del SGSSS, mejorando la eficiencia del sistema departamental de gestión de alertas de prestación de servicios individuales de salud y trámite de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del SGSSS, complementario a la intensificación y mejoramiento de acciones de monitoreo de las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud pública, a cargo de las EPB/IPS, supervisión de los planes municipales de intervenciones colectivas en salud pública y acciones de Inspección, Vigilancia y Control del ente territorial departamental, con mayor adaptación al modelo de IVC con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos para la atención de las niñas, niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, en etapa de gestación, atención integral a poblaciones vulnerables, detección temprana y atención del dengue, reflejado en un mayor cumplimiento del Sistema Único de Habilitación de los prestadores de servicios de salud, preparación de IPS públicas para la acreditación y logro de los resultados en salud.
- Proceso de referencia y contrarreferencia del Departamento de Bolívar, fortalecido en infraestructura física, tecnológica y de procesos, e intensificación del monitoreo a las EAPB y red prestadora de servicios de salud, de conformidad con la Resolución 1220 del 2010.

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.



NIT. 806.005.597-1

375

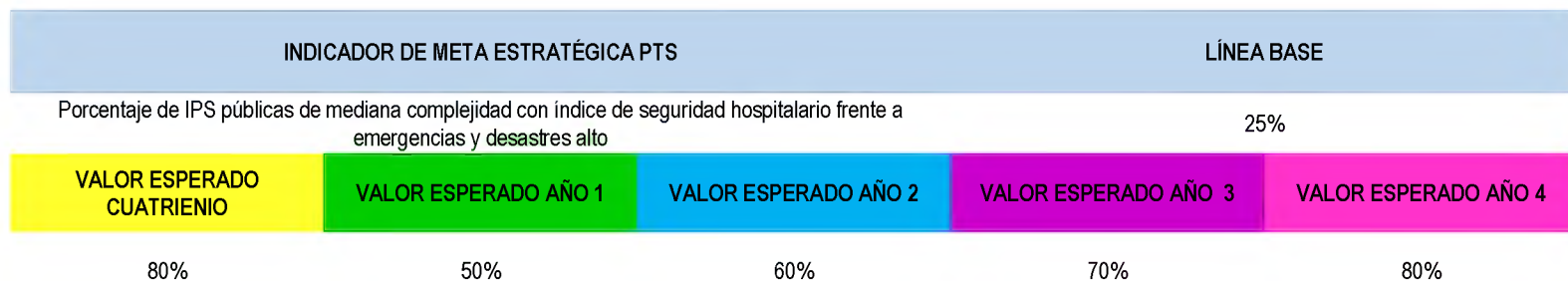
de la Salud Pública	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Aumentar al 80% el porcentaje de IPS públicas de mediana complejidad con índice de seguridad hospitalario frente a emergencias y desastres alto





NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad del Sector Salud	Calidad e Inspección, Vigilancia y Control

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

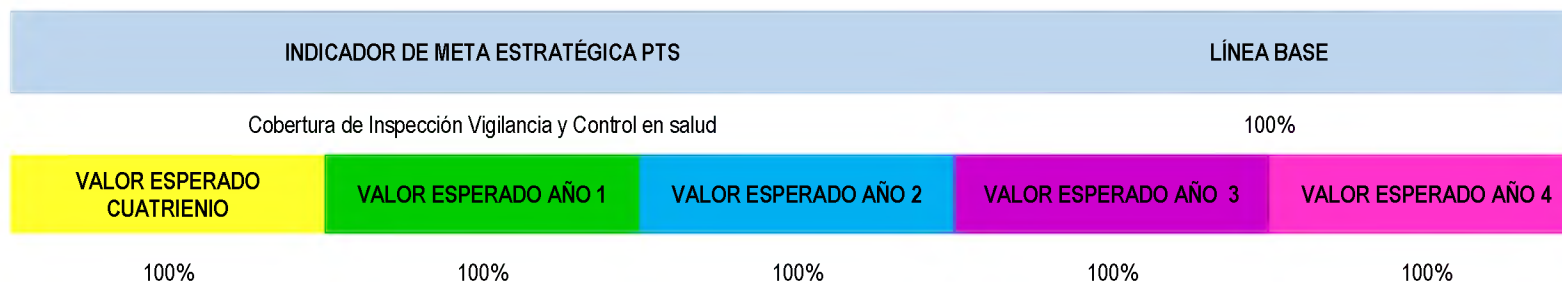
Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.



NIT. 806.005.597-1

375

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Mantener la cobertura de Inspección Vigilancia y Control en salud.



➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Desarrollo de las capacidades estructurales y organizacionales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gobernanza, la conformación, organización, operación, monitoreo y evaluación de las Redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población Colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	



375

NIT. 806.005.597-1

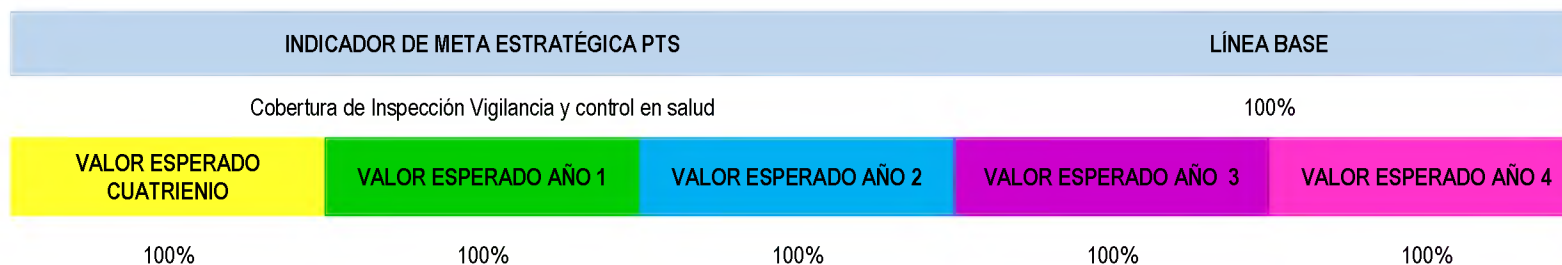
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad en el Sector Salud	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Mantener la cobertura de Inspección Vigilancia y control en salud.





NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Calidad e Inspección, Vigilancia y Control

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

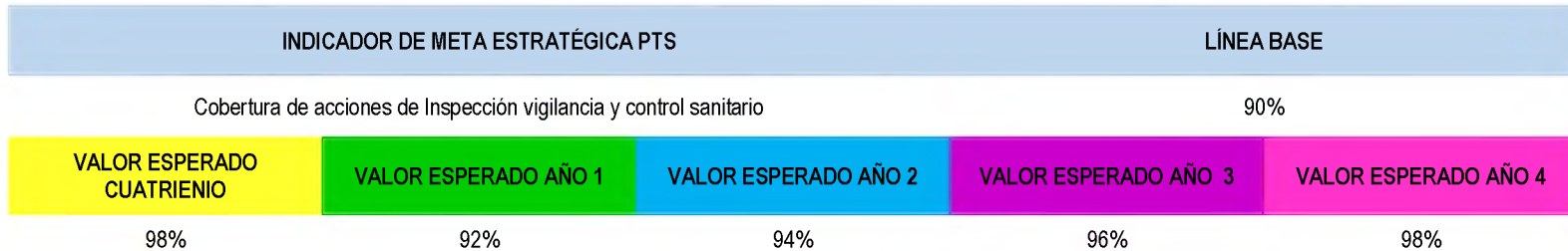
Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Ampliar la cobertura de acciones de Inspección vigilancia y control sanitario a 98%.



NIT. 806.005.597-1

375



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad en el Sector Salud	Calidad e Inspección, Vigilancia y Control



NIT. 806.005.597-1

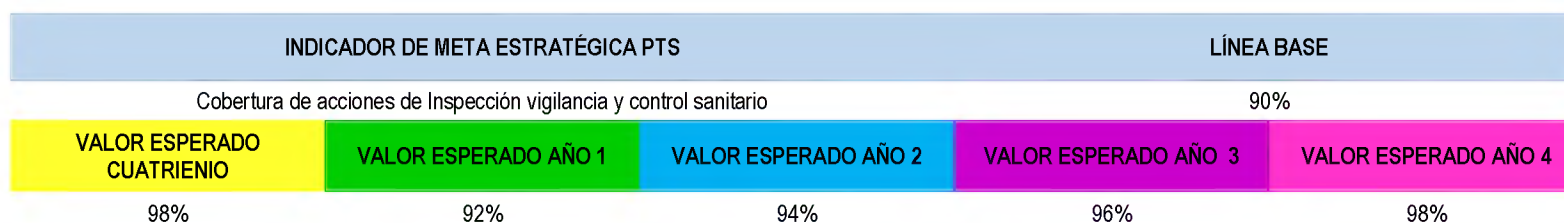
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Ampliar la cobertura de acciones de Inspección vigilancia y control sanitario.



9. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Realizar asistencias técnicas de capacitación y seguimiento para la adherencia de protocolos de eventos de interés en salud pública.
- Concertar acciones colectivas entre actores claves para la educación sobre prevención y detección de eventos de interés en salud pública.
- Fortalecer la vigilancia en los establecimientos con venta libre de fármacos.
- Gestionar los recursos para la construcción del laboratorio de salud pública para lograr la oportunidad, cobertura y calidad en la toma de muestras de eventos de interés en salud pública.
- Gestionar los recursos para la operación adecuada de la vigilancia en salud pública del territorio.
- Despliegue para la implementación de las fases de la estrategia de la vigilancia basada en comunidad según lineamientos nacionales.
- Realizar asistencias técnicas articulada con programas de salud pública y otras dependencias del sector salud para el desarrollo de capacidades de eventos de interés en salud pública en el territorio.



375

NIT. 806.005.597-1

- Disponer de equipos básicos en salud para la educación en salud y para la aplicación de vacunas según esquema PAI en las zonas rurales.
- Fortalecer la contratación del talento humano en la red de prestación de servicios de vacunación intra mural y extra mural para la aplicación de biológicos según esquema PAI.
- Realizar jornadas de sensibilización a la comunidad para lograr adherencia al programa ampliado de inmunización, incluyendo población migrante.
- Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducir la tasa de mortalidad por Tuberculosis

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS			LÍNEA BASE	
Tasa de mortalidad por Tuberculosis			1,27 por 100.000 habitantes	
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
1,23 por 100.000 habitantes	1,26 por 100.000 habitantes	1,25 por 100.000 habitantes	1,24 por 100.000 habitantes	1,23 por 100.000 habitantes

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Regionalización y Territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud



NIT. 806.005.597-1

375

	familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.	
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Disminuir la tasa de discapacidad grado 2 por Enfermedad de Hansen

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS			LÍNEA BASE	
Tasa de discapacidad grado 2 por Enfermedad de Hansen			0,30 casos por 1.000.000 habitantes con discapacidad grado 2	
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4



375

NIT. 806.005.597-1

0,24 casos por 1.000.000
habitantes con discapacidad
grado 2

0,29 casos por 1.000.000
habitantes con discapacidad
grado 2

0,27 casos por 1.000.000
habitantes con discapacidad
grado 2

0,26 casos por 1.000.000
habitantes con discapacidad
grado 2

0,24 casos por 1.000.000
habitantes con discapacidad
grado 2

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	Desarrollar capacidades y liderazgo para la coestión, 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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

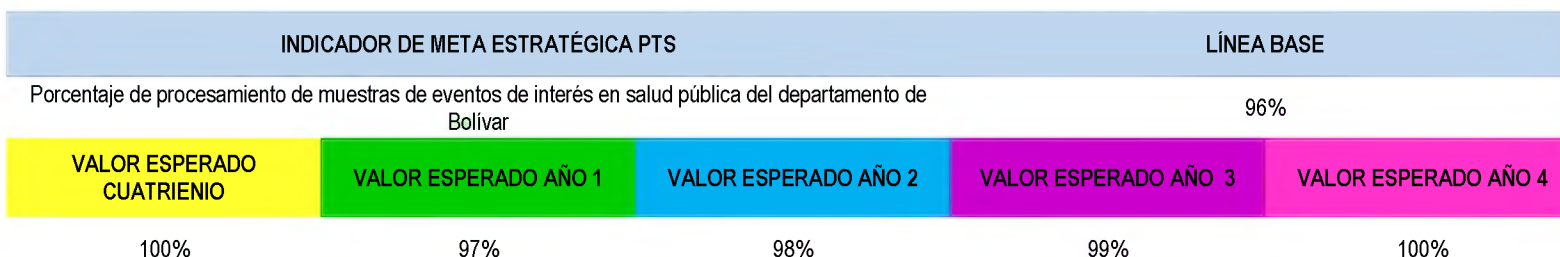


375

NIT. 806.005.597-1

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: El 100% de las muestras de eventos de interés en salud pública del departamento de Bolívar, serán procesadas.



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Análisis de la información que permita la comprensión de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	



NIT. 806.005.597-1

375

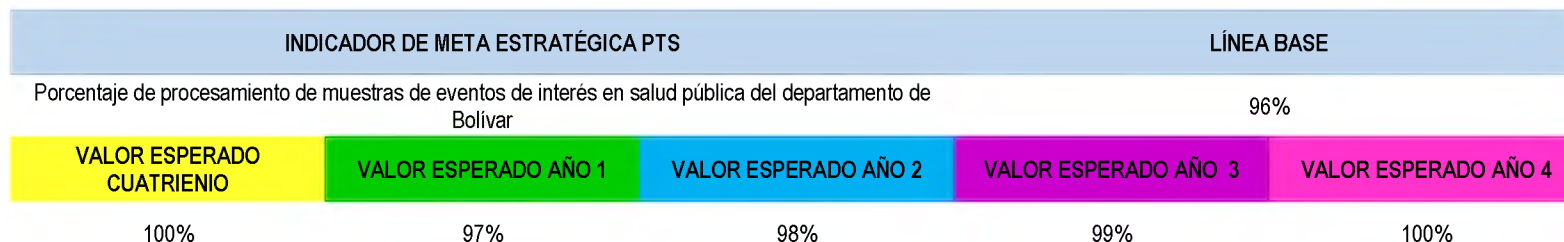
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad del Sector Salud	Soberanía Sanitaria

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: El 100% de las muestras de eventos de interés en salud pública del departamento de Bolívar, serán procesadas.



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031



NIT. 806.005.597-1

375

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Alcanzar el 95% de las coberturas de vacunación de los biológicos del esquema nacional, en el departamento de Bolívar.



NIT. 806.005.597-1

375

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Coberturas de vacunación de los biológicos del esquema nacional en el departamento de Bolívar.				88%
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
95%	89,75%	91,5%	93,25%	95%

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Regionalización y Territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 operan 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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Alcanzar el 95% de las coberturas de vacunación de los biológicos del esquema nacional, en el departamento de Bolívar.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Coberturas de vacunación de los biológicos del esquema nacional en el departamento de Bolívar.				88%
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
95%	89,75%	91,5%	93,25%	95%



NIT. 806.005.597-1

375

10. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Municipios ejerciendo soberanía sanitaria a través de la modernización de sus estructuras administrativas y procesos de gestión de la salud pública debidamente implementados, con acompañamiento permanente y enfoque prioritario a la garantía de la atención integral del binomio madre e hijo.
- Recién nacidos sanos, producto de mujeres con embarazos en su mayoría deseados, debidamente controlados, con acceso a la totalidad de las atenciones de la Ruta Materno Perinatal, que incluya el acceso a la IVE farmacológica en los casos que lo amerite, mediante la intensificación de las acciones de supervisión, inspección, vigilancia y control, con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad para los servicios de atención materno perinatales.
- Población beneficiada con las atenciones individuales establecidas en la RPMS, con énfasis en el suministro de preservativos, tamizaje para ITS y métodos de planificación, a través de la intensificación de las acciones de supervisión, inspección, vigilancia y control, con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención en salud.
- Intervenciones colectivas en salud pública municipales diseñadas e implementadas a partir de un Análisis de Situación de Salud participativo, con monitoreo y evaluación de los resultados alcanzados.
- Procesos de contratación fortalecidos desde el nivel departamental, que garanticen la continuidad y oportunidad de las tecnologías PIC y una mayor cobertura a nivel municipal.
- Proveer la atención integral a mujeres gestantes con estatus migratorio irregular con énfasis en sífilis gestacional.
- Espacios de articulación intersectorial fortalecidos desde el nivel departamental con los sectores claves de educación, cultura, recreación, deporte, vías, justicia y protección, ejecutando proyectos integrales que permitan la movilización de los indicadores trazadores.
- Desarrollo de asistencias técnicas tipo acompañamiento y asesoría dirigidas a los actores del sistema de salud para el cumplimiento de los lineamientos para la implementación de la estrategia ETMI Plus, RIAS, escenarios de simulación, guías de práctica clínicas de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.
- Desarrollo de capacidades del talento humano en los temas de las RIAS, escenarios de simulación, estrategia ETMI Plus, guías de práctica clínicas de ITS y la ruta y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.
- Instituciones educativas cumpliendo con el plan de educación sexual como lo estipula la normativa.



NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: A 2027 el 90% de los municipios del departamento de Bolívar, tendrán implementada la estrategia ETMI-Plus, orientada a la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas.



NIT. 806.005.597-1

375

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Porcentaje de avance en la implementación de la estrategia ETMI-Plus orientada a la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas en el departamento de Bolívar.				No Dato
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
90%	30%	50%	70%	90%

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Regionalización y Territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población Colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud



NIT. 806.005.597-1

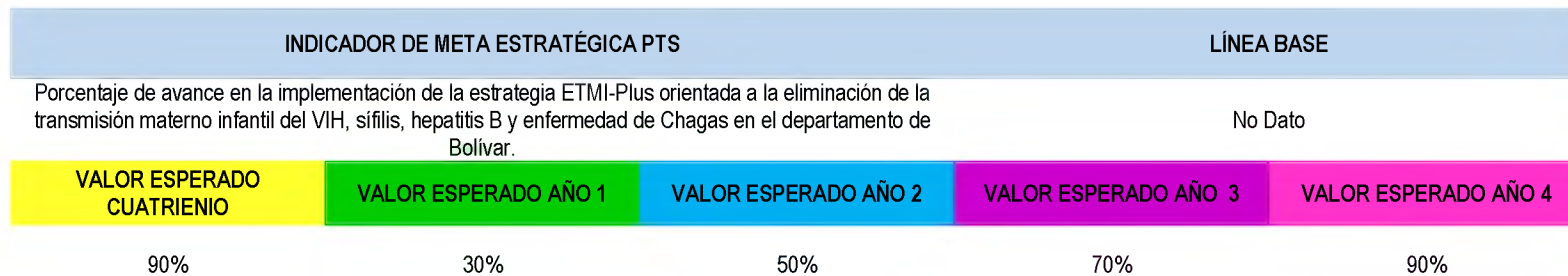
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: A 2027 el 90% de los municipios del departamento de Bolívar, tendrán implementada la estrategia ETMI-Plus, orientada a la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas.



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031



 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	Desarrollar capacidades y liderazgo para la coestión, 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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Disminuir la tasa de mortalidad perinatal a 13 muertes por cada 1.000 nacidos vivos más defunciones fetales.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS

LÍNEA BASE



NIT. 806.005.597-1

375

Tasa de mortalidad perinatal				
15,18 por 1.000 nacidos vivos más defunciones fetales				
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
13 por 1.000 nacidos vivos más defunciones fetales	14,63 por 1.000 nacidos vivos más defunciones fetales	14,09 por 1.000 nacidos vivos más defunciones fetales	13,54 por 1.000 nacidos vivos más defunciones fetales	13 por 1.000 nacidos vivos más defunciones fetales

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Disminuir la razón de mortalidad materna temprana (a 42 días) a 50 muertes por cada 100.000 nacidos vivos

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS			LÍNEA BASE	
Razón de mortalidad materna a 42 días			77,55 por cada 100.000 nacidos vivos	
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
50 por cada 100.000 nacidos vivos	70,66 por cada 100.000 nacidos vivos	63,77 por cada 100.000 nacidos vivos	56,89 por cada 100.000 nacidos vivos	50 por cada 100.000 nacidos vivos

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Regionalización y Territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población Colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

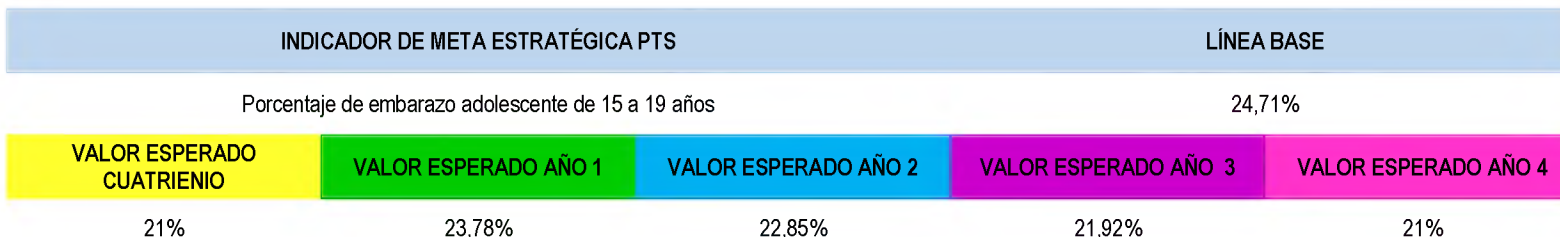
Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Disminuir el porcentaje de embarazo adolescente de 15 a 19 años a 21%



NIT. 806.005.597-1

375



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 2. Pueblos y Comunidades Étnicas, Población Campesina, Genero – Diversidades, Condiciones y Situaciones	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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	Adopción e implementación de la estrategia de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% las entidades territoriales Departamentales, Distritales han implementado las medidas de atención para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Disminuir la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años				4,22 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
2 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años	3,7 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años	3,1 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años	2,5 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años	2 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años



11. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Realizar desarrollo de capacidades al talento humano en salud sobre la adecuada clasificación de la cascada fisiopatológica en el certificado de defunción.
- Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para el manejo de herramientas tecnológicas.
- Articular con la academia y otros sectores la participación en proyectos de investigación en salud.
- Gestionar un observatorio en el departamento de Bolívar que permita obtener información oportuna sobre indicadores en salud.
- Fortalecimiento de la herramienta tecnológica para el sistema de información del Centro Regulador de Urgencias – CRUE.
- Fortalecer el contenido y visibilización de la página web de la Secretaría de Salud de Bolívar, manteniéndola actualizada y estable.
- Evaluación de la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud en el departamento de Bolívar y el Distrito de Cartagena de Indias.

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	• 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 la aplicación de Tecnologías Estratégicas en Salud (TES).	• Producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública. • Disposición de la información como bien público mediante el acceso a través de bibliotecas virtuales, repositorios virtuales y demás servicios e información. • Fortalecimiento de los sistemas de información necesarios para la gestión de la información en salud pública, incluyendo alertas tempranas. • Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para un adecuado proceso de producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública. • Fomentar la inversión en investigación, desarrollo, innovación (I+D+i) y producción local de TES.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	• 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. • A 2031 se logrará el abastecimiento del 80% de las tecnologías estratégicas en salud de difícil consecución.	



375

NIT. 806.005.597-1

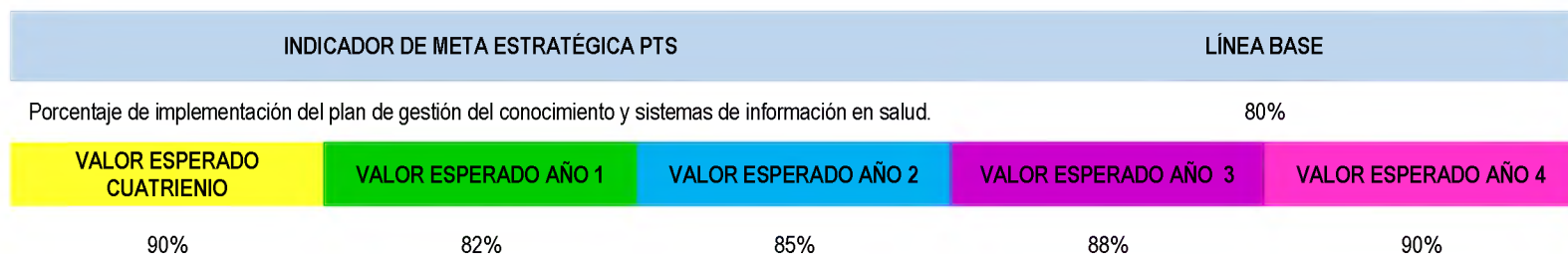
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad del Sector Salud	• Ciencia, tecnología e innovación. • Soberanía Sanitaria

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 90% de implementación del plan de gestión del conocimiento y sistemas de información en salud.





NIT. 806.005.597-1

375

12. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Realizar asistencias técnicas de capacitación y seguimiento para la adherencia de protocolos de eventos de interés en salud pública.
- Técnicas en los municipios sobre el desarrollo. Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.
- Realizar asistencias técnicas articulada con programas de salud pública y otras dependencias del sector salud para el desarrollo de capacidades de eventos de interés en salud pública en el territorio.
- Concertar acciones colectivas entre actores claves para la educación sobre prevención y detección de eventos de interés en salud pública. del Análisis de Situación en Salud para fortalecer el desarrollo de capacidades con base en los lineamientos nacionales.

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entorno económico favorable para la salud.	Caracterizar y gestionar para mejorar las opciones de intervención respecto a las condiciones de salud de la población que hace parte de la economía popular y de actividades de auto subsistencia y comunitaria de acuerdo con el contexto territorial.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Reducir la tasa de mortalidad por rabia

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS			LÍNEA BASE	
Tasa de mortalidad por rabia humana			0 por 100.000 habitantes	
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
0 por 100.000 habitantes	0 por 100.000 habitantes	0 por 100.000 habitantes	0 por 100.000 habitantes	0 por 100.000 habitantes

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Mecanismos de coordinación, diálogo y concertación con comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom y Campesinas para la gobernanza en salud pública.



NIT. 806.005.597-1

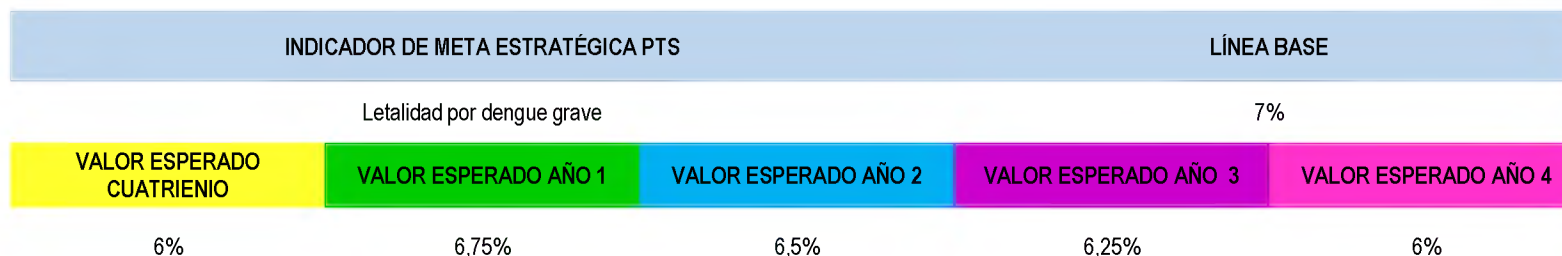
de la Salud Pública	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud:





NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Establecimiento de mecanismos para la comunicación del riesgo climático y la posible vulnerabilidad de la población, desde un enfoque territorial, que logre actuar a manera de sistemas de alerta temprana.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad del Sector Salud	Vigilancia en Salud Pública

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Adoptar ejes estratégicos y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud para la implementación de la Política de Participación Social en salud en el Departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.



375

NIT. 806.005.597-1

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Fortalecer los procesos de adopción, adaptación e implementación en las atenciones individuales, colectivas y poblacionales en el desarrollo de rutas de atención integral en salud para la promoción y mantenimiento de la salud en aquellas específicas de las ETV y zoonosis.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Porcentaje de municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 4 a 3				22%
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
20%	21,5%	21%	20,5%	20%

13. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Conformación de redes intersectoriales y comunitarias conformada por líderes y actores sociales para el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria, adaptación y mitigación al cambio climático.
- Información en salud para la promoción y prevención de enfermedades sensibles al clima.
- Información en salud para la sensibilización de la correcta disposición de residuos sólidos.
- Educación en salud para implementar estrategias de entornos ambientalmente saludables.
- Desarrollo de capacidades para el mejoramiento de las cadenas productivas y producción sostenible.
- Información y comunicación en salud en promoción y prevención de IRA, EDA y ETV, RECONOCIMIENTO de signos de alarmas y difusión de mensajes claves.
- Realizar un mayor monitoreo de la calidad del agua, en especial en áreas rurales.



NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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 capacidades comunitarias en la gestión del riesgo de emergencias y desastres que afecten la salud de la población.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 se incorporará en el 100% de los Departamentos y Distritos, el Plan de gestión integral de riesgos de emergencias y desastres en salud (PGIRED).	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

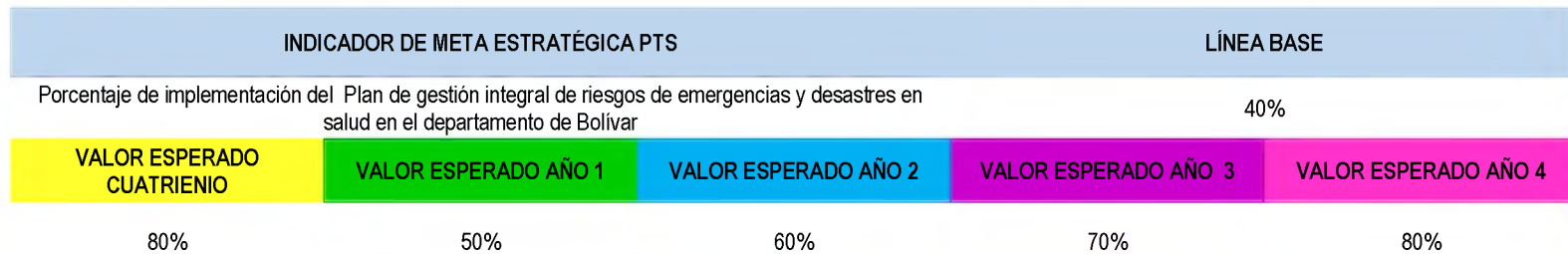
Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.



NIT. 806.005.597-1

375

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Aumentar el porcentaje de implementación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencias y desastres en salud en el departamento de Bolívar a 80%



14. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

El departamento de Bolívar mejorará el acceso y calidad a la prestación de servicios individuales y colectivos de salud, a través de:

- La creación de un espacio de coordinación y articulación con los sectores de salud, planeación territorial, hábitat e infraestructura tanto a nivel departamental como municipal, que promueva la formulación, ejecución y evaluación de proyectos para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, en municipios con mayor carga de indicadores de mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad materna y letalidad por dengue.
- Implementación de estrategias de ampliación de cobertura de atención en salud a la población migrante, en especial mujeres gestantes en condición de migrantes irregulares y canalización a otros sectores gubernamentales para el mejoramiento de su calidad de vida, desarrolladas en espacios de concertación que involucren a los actores relacionados con la problemática.
- Reorganización de la red prestadora de servicios de salud, que incluya la conformación de redes integrales e integradas de prestación de servicios individuales funcionando según el modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo, como resultado de un ejercicio participativo y de concertación previa con los actores de SGSSS, para la adecuación (infraestructura, dotación, tecnologías y procesos) de los servicios, en respuesta a los lineamientos de las rutas de atención integral de promoción y mantenimiento, materno perinatal, atención en salud mental y adecuaciones socioculturales, de acuerdo con las



políticas de atención diferencial a poblaciones vulnerables, especialmente niñas , niños, adolescentes, gestantes, víctimas de violencia, víctimas del conflicto armado, etnias, adulto mayor y población con discapacidad.

- Mejoramiento de las capacidades técnico administrativas y financieras de la red pública de prestación de servicios de salud departamental, la cual funcionará con procesos de facturación eficaces, centros de costos de servicios, acuerdos de tarifas razonables con las EAPB, acuerdos de voluntades que aborden la contratación de todos los servicios ofertados por las ESE que cumplen con las condiciones de calidad requeridas, priorizando municipios monopólicos.
- Información de la atención en salud disponible en red de manera permanente y de fácil tanto a nivel nacional como departamental, mediante la implementación del proyecto de interoperabilidad de la historia clínica electrónica que garantice la continuidad asistencial para la atención oportuna y de calidad de los usuarios.
- Fortalecimiento de la gestión territorial en salud pública, con énfasis en la gestión del aseguramiento, prestación de servicios individuales y de intervenciones colectivas en salud pública, intensificando el fomento y supervisión del ejercicio de la rectoría sanitaria en los municipios, basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud con procesos de auditoría externa a la red prestadora eficientes y efectivos, posicionamiento del proceso de auditoría GAUDI como herramienta de la vigilancia al cumplimiento de las EAPB, optimización de procesos de promoción y afiliación del régimen subsidiado en salud, creación y adopción de sistemas de gestión de alertas de prestación de servicios individuales y trámite de peticiones, quejas y reclamos efectivos, que operen bajo el funcionamiento eficiente de los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) en las alcaldías.
- Procedimientos de inspección, vigilancia y control a la gestión municipal, fondos locales de salud y mantenimiento hospitalario a cargo del ente territorial departamental robustecidos, en pro de una mayor eficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS.
- Secretarías Locales de Salud con recurso humano capacitado e implementando planes de asistencia técnica, en articulación con el departamento y actores claves del sistema, para el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en EAPB e IPS de su territorio, así como un proceso de monitoreo de la calidad de la atención en salud integrado a la gestión de la prestación de servicios individuales, que garantice la gestión de sus resultados y abordaje interinstitucional para prevenir y/o corregir las desviaciones detectadas.
- Acciones colectivas en Salud Pública de orden departamental y municipal más efectivas por su adaptación a la situación en salud y características socioculturales de cada territorio, desarrolladas mediante mecanismos de articulación con las acciones individuales de salud a cargo de las EAPB/IPS en coordinación de los entes territoriales, que impacten principalmente en la disminución de la mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, letalidad por dengue, problemas y trastornos mentales con enfoque diferencial en la población residente en el departamento de Bolívar.
- Optimización de la gestión del riesgo y calidad de la atención en salud por parte de las EAPB y red prestadora de servicios, incrementando el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la política de humanización de los servicios de salud en los actores del SGSSS, mejorando la eficiencia del sistema departamental de gestión de alertas de prestación de servicios individuales de salud y trámite de peticiones, quejas y reclamos de



los usuarios del SGSSS, complementario a la intensificación y mejoramiento de acciones de monitoreo de las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud pública, a cargo de las EPB/IPS, supervisión de los planes municipales de intervenciones colectivas en salud pública y acciones de Inspección, Vigilancia y Control del ente territorial departamental, con mayor adaptación al modelo de IVC con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos para la atención de las niñas, niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, en etapa de gestación, atención integral a poblaciones vulnerables, detección temprana y atención del dengue, reflejado en un mayor cumplimiento del Sistema Único de Habilitación de los prestadores de servicios de salud, preparación de IPS públicas para la acreditación y logro de los resultados en salud.

- Proceso de referencia y contrarreferencia del Departamento de Bolívar, fortalecido en infraestructura física, tecnológica y de procesos, e intensificación del monitoreo a las EAPB y red prestadora de servicios de salud, de conformidad con la Resolución 1220 del 2010

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud



NIT. 806.005.597-1

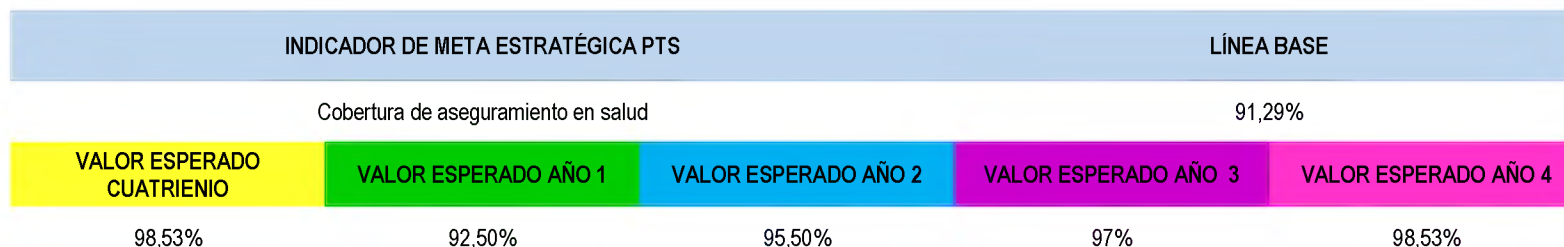
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr la cobertura en aseguramiento de 98,53%



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4.	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS



375

NIT. 806.005.597-1

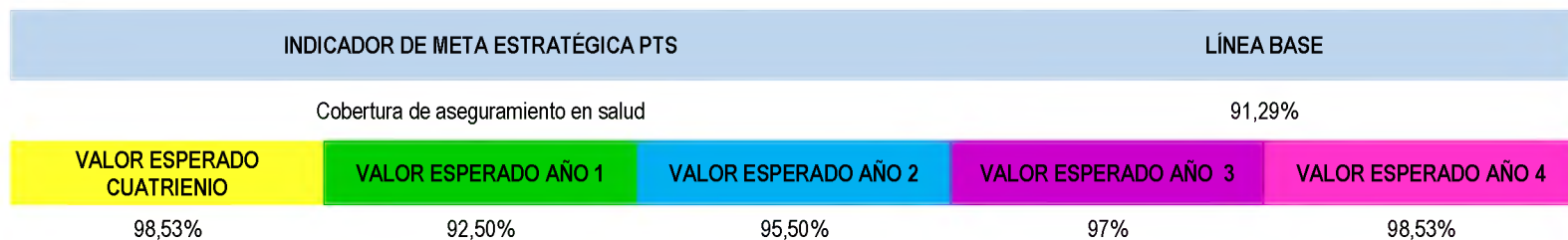
Atención Primaria en Salud	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	Regionalización y territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr la cobertura en aseguramiento de 98,53%





NIT. 806.005.597-1

375

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.



375

NIT. 806.005.597-1

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 100% de redes integrales de servicios con modelo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS			LÍNEA BASE	
Redes integrales de servicios con modelo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud			70%	
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
100%	75%	85%	95%	100%

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4. Atención Primaria en Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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.	Regionalización y Territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud



NIT. 806.005.597-1

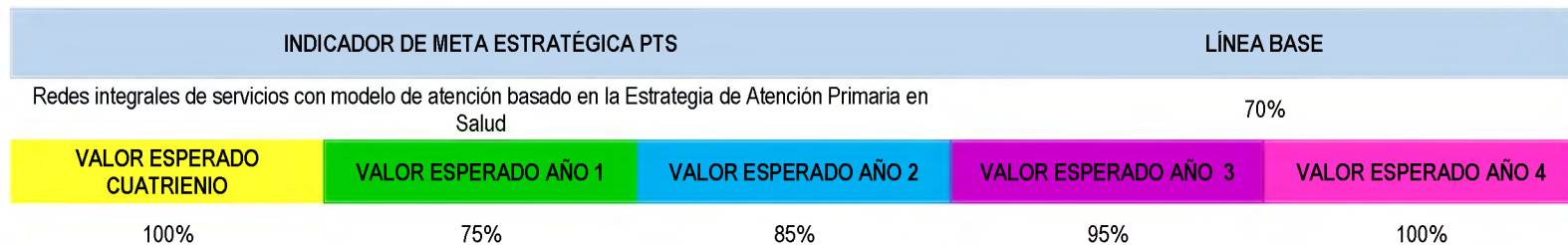
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Desarrollar de manera integral políticas, en la atención primaria en salud (APS), con un enfoque diferencial, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de todas las familias del departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 100% de redes integrales de servicios con modelo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud.





NIT. 806.005.597-1

375

15. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Adaptación en los servicios de salud para garantizar la atención integral con enfoque diferencial a toda la población incluyendo sus particularidades presentadas en cada territorio.
- Articulación intersectorial local y territorial con actores claves.

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 2. Pueblos y Comunidades Étnicas, Población Campesina, Género – Diversidades, Condiciones y Situaciones	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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	Generación de respuestas intersectoriales para la reducción y eliminación de situaciones de inequidad social, étnica y de género en el territorio.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% de los Gobiernos departamentales, distritales y municipales lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de desventaja social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y Transectorialidad



NIT. 806.005.597-1

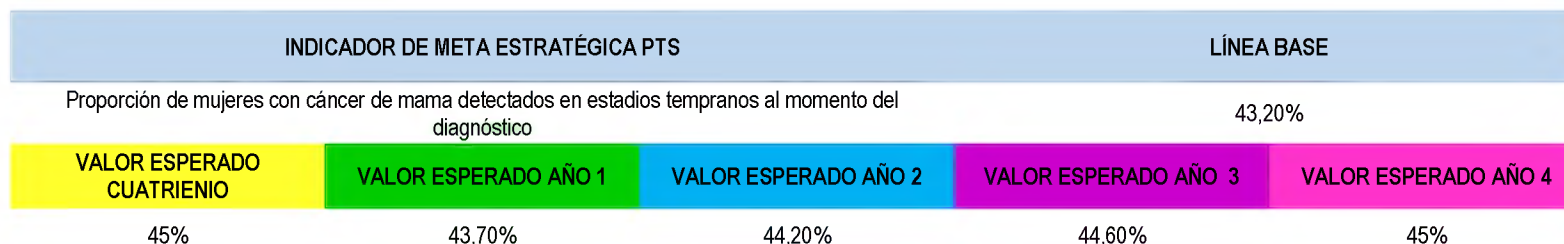
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Aumentar la proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.



➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 4.	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS



NIT. 806.005.597-1

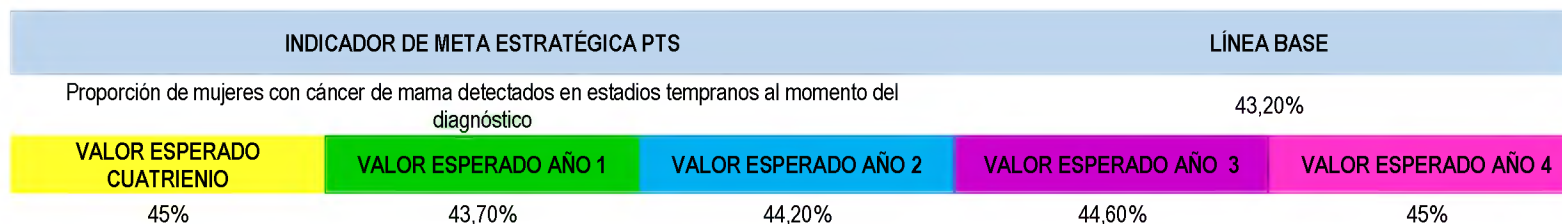
Atención Primaria en Salud	Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.		Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.	
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031			
	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.			
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO		COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad		Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud	

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Aumentar la proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.





NIT. 806.005.597-1

375

16. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

Desarrollar capacidades al talento humano de los municipios sobre los diferentes indicadores en salud y su interpretación.

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial,



375

NIT. 806.005.597-1

etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 90% de eficiencia en la gestión Integral de la salud de Bolívar.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Índice de eficiencia en la gestión Integral de la salud en el departamento Bolívar				80%
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
90%	82%	85%	88%	90%

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 7. Personal de la Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Fortalecimiento del desarrollo de capacidades en el Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	Reducir a la mitad la brecha de ingresos entre profesionales de la salud que realizan actividades en municipios con alta dispersión con respecto a zonas urbanas y entre los géneros.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	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.



NIT. 806.005.597-1

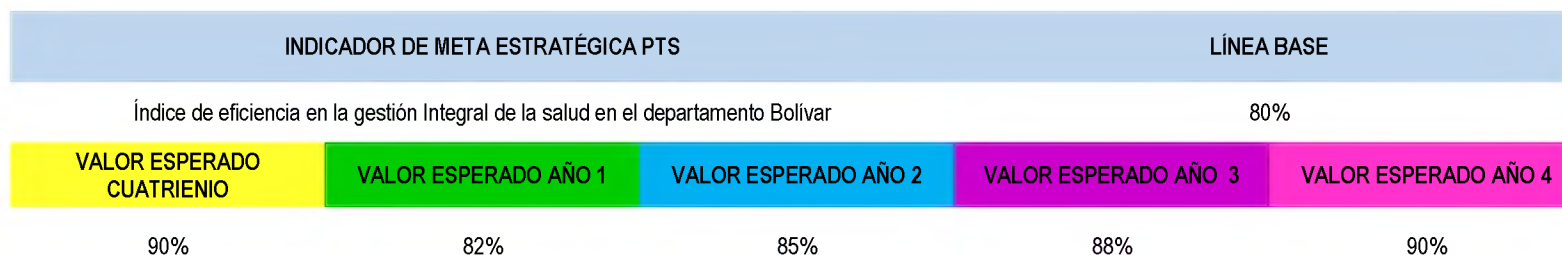
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 90% de eficiencia en la gestión Integral de la salud de Bolívar.



17. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Intensificar las asistencias técnicas en los municipios sobre el desarrollo del Análisis de Situación en Salud para fortalecer el desarrollo de capacidades con base en los lineamientos nacionales.
- Realizar revisión de las acciones plasmadas en los planes de acción y PIC municipales, para revisar la concordancia con las problemáticas priorizadas en el ASIS.
- Realizar mesas de concertación para la proyección de las acciones PIC con los diferentes actores en salud y realizar seguimiento de los acuerdos.
- Desarrollar capacidades al talento humano de los municipios sobre los diferentes indicadores en salud y su interpretación.
- Fortalecer el proceso de participación social en salud en los municipios y evaluar el cumplimiento de las acciones relacionadas.
- Diseñar estrategias de educación dirigida a la comunidad sobre los derechos de participación social en salud.



NIT. 806.005.597-1

- Realizar asistencia técnica a las secretarías de salud municipales con el fin de que adopten e implementen la política de participación social en salud
- Evaluar y reforzar capacidades o conocimientos sobre los diferentes procesos y procedimientos establecidos en la Secretaría de Salud de Bolívar.
- Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano sobre la formulación y estructuración de proyectos.
- Gestionar e incentivar a los municipios a la creación de bancos de proyectos.
- Realizar desarrollo de capacidades en los municipios de Bolívar sobre el sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG.
- Realizar seguimiento de la implementación del sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG en los municipios del departamento de Bolívar.
- Aumentar la realización de asistencias técnicas unificadas a los municipios en temas de planeación y gestión de la salud que estén relacionados y puedan ser abordados en el mismo espacio.
- Articular con los diferentes programas de la Secretaría de salud la programación de capacitaciones y asistencias técnicas a los municipios.

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud.



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Cubrimiento de los 45 municipios con ejes estratégicos socializados e implementados, fortaleciendo la adopción de la Política de Participación Social en el Departamento de Bolívar.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Municipios con Ejes Estratégicos socializados e implementados, fortaleciendo la adopción de la Política de Participación Social en el Departamento de Bolívar.				22
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
45	25	45	45	45

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
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.	
RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS



375

NIT. 806.005.597-1

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.		- 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. - Mecanismos de coordinación, diálogo y concertación con comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom y Campesinas para la gobernanza en salud pública.	
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031			
	- 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. - 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.			
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO		COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	
	Integridad del Sector Salud		Calidad e Inspección, Vigilancia, Control Y Participación social en salud.	

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 90% de eficiencia en la gestión Integral de la salud de Bolívar

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS	LÍNEA BASE
Índice de eficiencia en la gestión Integral de la salud de Bolívar	80%



375

NIT. 806.005.597-1

VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
90%	82%	85%	88%	90%

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	- 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.	- Análisis de la información que permita la comprensión de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial. - 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. - Uso de la información para la formulación de la planeación territorial y la toma de decisiones en salud pública (estudios y evaluaciones). - Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en la implementación de estrategias para la generación de conocimiento de las condiciones de salud de la población y sus determinantes tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, entre otras.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad del Sector Salud	Ciencia, Tecnología e Innovación.



NIT. 806.005.597-1

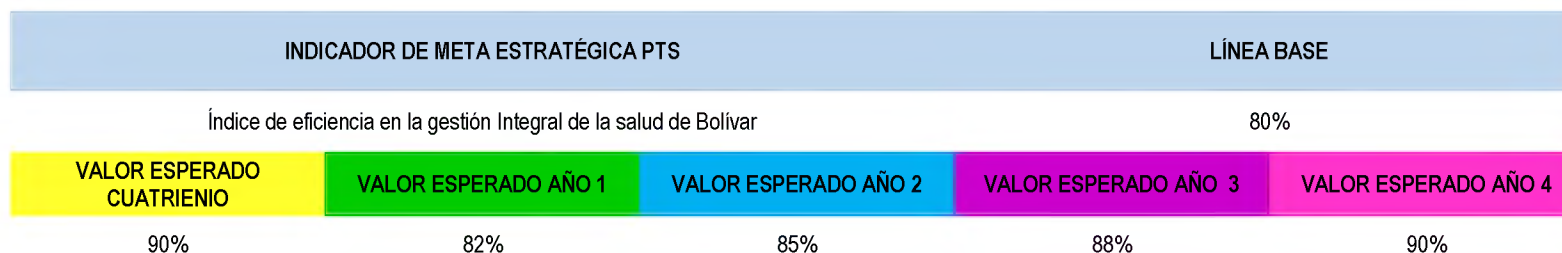
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Lograr el 90% de eficiencia en la gestión Integral de la salud de Bolívar



18. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Intensificar las asistencias técnicas en los municipios sobre el desarrollo del Análisis de Situación en Salud para fortalecer el desarrollo de capacidades con base en los lineamientos nacionales.
- Realizar revisión de las acciones plasmadas en los planes de acción y PIC municipales, para revisar la concordancia con las problemáticas priorizadas en el ASIS.
- Realizar mesas de concertación para la proyección de las acciones PIC con los diferentes actores en salud y realizar seguimiento de los acuerdos.
- Desarrollar capacidades al talento humano de los municipios sobre los diferentes indicadores en salud y su interpretación.
- Fortalecer el proceso de participación social en salud en los municipios y evaluar el cumplimiento de las acciones relacionadas.
- Diseñar estrategias de educación dirigida a la comunidad sobre los derechos de participación social en salud



- Realizar asistencia técnica a las secretarías de salud municipales con el fin de que adopten e implementen la política de participación social en salud
- Evaluar y reforzar capacidades o conocimientos sobre los diferentes procesos y procedimientos establecidos en la Secretaría de Salud de Bolívar.
- Realizar desarrollo de capacidades en el talento humano sobre la formulación y estructuración de proyectos.
- Gestionar e incentivar a los municipios a la creación de bancos de proyectos.
- Realizar desarrollo de capacidades en los municipios de Bolívar sobre el sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG.
- Realizar seguimiento de la implementación del sistema de gestión de calidad basada en procesos MIPG en los municipios del departamento de Bolívar.
- Aumentar la realización de asistencias técnicas unificadas a los municipios en temas de planeación y gestión de la salud que estén relacionados y puedan ser abordados en el mismo espacio.
- Articular con los diferentes programas de la Secretaría de salud la programación de capacitaciones y asistencias técnicas a los municipios.

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	- 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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Gestión Territorial para el Cuidado de la Salud



NIT. 806.005.597-1

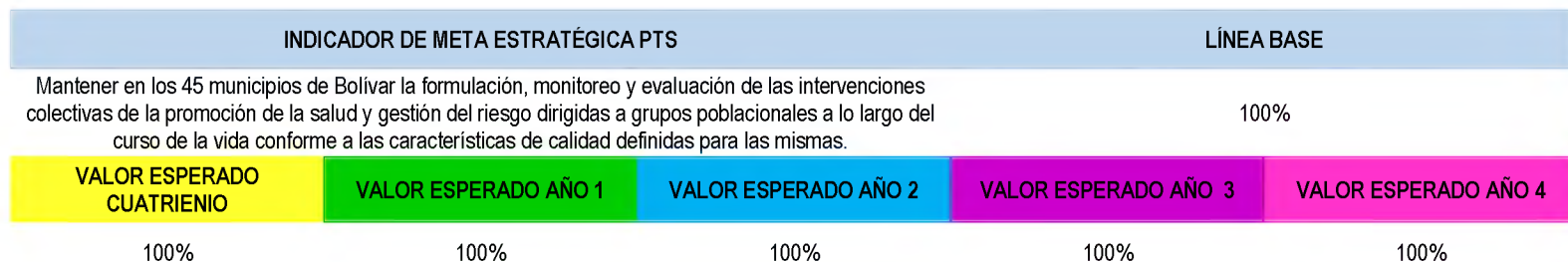
375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: Mantener el 100% de la formulación, monitoreo y evaluación de las intervenciones colectivas de la promoción de la salud y gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida conforme a las características de calidad definidas para las mismas, en los 45 municipios de Bolívar.



Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud a la población vulnerable, con oportunidad y enfoque diferencial.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial,

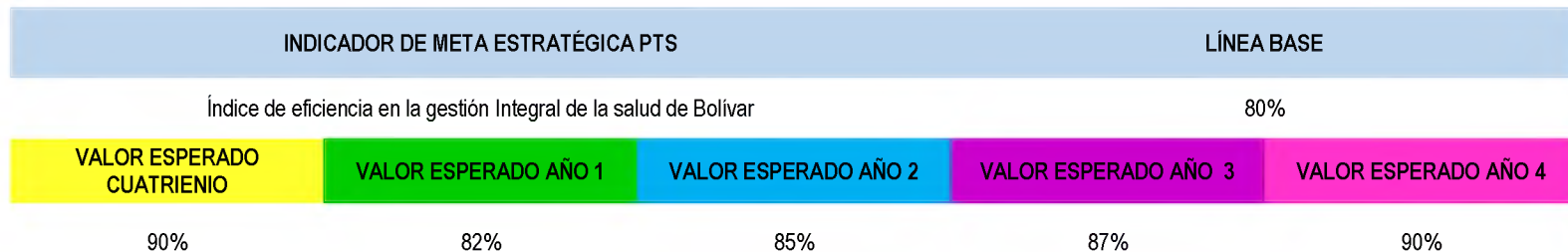


NIT. 806.005.597-1

375

etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: A 2027, los municipios del departamento de Bolívar tendrán un índice de eficiencia del 90% en la gestión Integral de la salud de Bolívar



19. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO

- Articulación intersectorial local y territorial con actores claves.
- Gestionar lo pertinente con los responsables de la prestación de servicios para mejorar la infraestructura física y tecnologías para realizar diagnósticos y manejo oportunamente.
- Gestión ante la academia para la formación del egresado en pregrado y posgrado acorde con la realidad de la situación de salud pública departamental y nacional y acuerdos para el fortalecimiento de los procesos de capacitación de los profesionales que trabajan en los prestadores de salud.
- Fortalecimiento de la gestión territorial en salud pública, con énfasis en la gestión del aseguramiento, prestación de servicios individuales y de intervenciones colectivas en salud pública, intensificando el fomento y supervisión del ejercicio de la rectoría sanitaria en los municipios, basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud con procesos de auditoría externa a la red prestadora eficientes y efectivos, posicionamiento del proceso de auditoría GAUDI como herramienta del vigilancia al cumplimiento de las EAPB, optimización de procesos de promoción y afiliación del régimen subsidiado en salud, creación y adopción de sistemas de gestión de alertas de prestación de servicios individuales y trámite de peticiones, quejas y reclamos efectivos, que operen bajo el funcionamiento eficiente de los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) en las alcaldías.



- Secretarías Locales de Salud con recurso humano capacitado e implementando planes de asistencia técnica, en articulación con el departamento y actores claves del sistema, para el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en EAPB e IPS de su territorio, así como un proceso de monitoreo de la calidad de la atención en salud integrado a la gestión de la prestación de servicios individuales, que garantice la gestión de sus resultados y abordaje interinstitucional para prevenir y/o corregir las desviaciones detectadas.
- Optimización de la gestión del riesgo y calidad de la atención en salud por parte de las EAPB y red prestadora de servicios, incrementando el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la política de humanización de los servicios de salud en los actores del SGSSS, mejorando la eficiencia del sistema departamental de gestión de alertas de prestación de servicios individuales de salud y trámite de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del SGSSS, complementario a la intensificación y mejoramiento de acciones de monitoreo de las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud pública, a cargo de las EPB/IPS, supervisión de los planes municipales de intervenciones colectivas en salud pública y acciones de Inspección, Vigilancia y Control del ente territorial departamental, con mayor adaptación al modelo de IVC con enfoque de riesgo y énfasis en el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos para la atención de las niñas, niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, en etapa de gestación, atención integral a poblaciones vulnerables, detección temprana y atención del dengue, reflejado en un mayor cumplimiento del Sistema Único de Habilitación de los prestadores de servicios de salud, preparación de IPS públicas para la acreditación y logro de los resultados en salud.
- Realizar asistencias técnicas articulada con programas de salud pública y otras dependencias del sector salud para el desarrollo de capacidades de eventos de interés en salud pública en el territorio.
- Comunicar a la comunidad sobre el comportamiento y prevención de enfermedades transmisibles con énfasis en eventos de interés en salud pública para que logren concientizarse sobre el impacto y el alcance de las medidas de prevención efectivas.
- Información en salud para la sensibilización de la correcta disposición de residuos sólidos.
- Educación en salud para implementar estrategias de entornos ambientalmente saludables.

➤ **Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**

	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031
	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.



375

NIT. 806.005.597-1

 Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	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.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: A 2027, los municipios del departamento de Bolívar tendrán la implementación de los programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IASS y Resistencia a los Antimicrobianos RAM, operando en todos sus componentes.



375

NIT. 806.005.597-1

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Implementación de los programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IASS y Resistencia a los Antimicrobianos RAM, operando en todos sus componentes en el Departamento de Bolívar				0
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
45	10	15	10	10

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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.	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	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 en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta.
	METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
	A 2031 se fortalecerán en el 100% de los Departamentos y Distritos, las capacidades de los profesionales del sector salud en lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático.	
	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
	Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.



NIT. 806.005.597-1

375

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: A 2027, los municipios del departamento de Bolívar tendrán la implementación de los programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IASS y Resistencia a los Antimicrobianos RAM, operando en todos sus componentes.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Implementación de los programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IASS y Resistencia a los Antimicrobianos RAM, operando en todos sus componentes en el Departamento de Bolívar				0
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
45	10	15	10	10

➤ Eje Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

 Eje 7. Personal de la Salud	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	
	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	
	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
	- Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública - Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Desarrollo de las capacidades en el talento humano en salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.



375

NIT. 806.005.597-1

METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	
Implementación del 100% de los acuerdos regionales para la definición de los mínimos de formación del THS, enfoques pedagógicos con énfasis en la educación interprofesional y practicas formativos acordes con realidades y necesidades de las poblaciones en el marco de la Estrategia Nacional de Formación territorial, intercultural de APS, salud pública y salud colectiva.	
PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO
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.

Cadena de Valor

Objetivos Estratégicos del Plan Territorial de Salud: Optimizar la salud y el bienestar de los Bolivarenses, mediante la promoción de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que priorice la prevención de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de calidad en el departamento de Bolívar.

Estrategia del Plan Territorial de Salud: A 2031 el Departamento de Bolívar contará con el desarrollo de procesos para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del Modelo de Salud, basado en la Atención Primaria y el Plan Decenal de Salud Pública, con enfoque diferencial, etnocultural e inclusión de saberes ancestrales, medicina tradicional y otros modelos de medicina alternativa, que garantice la oportunidad y calidad en los servicios de salud ofertados en el territorio.

Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud: A 2027, los municipios del departamento de Bolívar tendrán la implementación de los programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IASS y Resistencia a los Antimicrobianos RAM, operando en todos sus componentes.

INDICADOR DE META ESTRATÉGICA PTS				LÍNEA BASE
Implementación de los programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IASS y Resistencia a los Antimicrobianos RAM, operando en todos sus componentes en el Departamento de Bolívar				0
VALOR ESPERADO CUATRIENIO	VALOR ESPERADO AÑO 1	VALOR ESPERADO AÑO 2	VALOR ESPERADO AÑO 3	VALOR ESPERADO AÑO 4
45	10	15	10	10



375

NIT. 806.005.597-1

Tabla 62. Componente de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud 2024 – 2027

PROGRAMA				
SALUD AMBIENTAL				
SUBPROGRAMA				
HABITAT SALUDABLE - CONDICIONES DE SALUD RELACIONADAS CON EL AMBIENTE				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA GESTION AMBIENTAL, INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 3.510.550.132	\$ 3.615.866.636	\$ 3.724.342.635	\$ 3.836.072.914	\$ 14.686.832.317
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL-SALUD - SGP - SGP MAYOR VALOR - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCION EXTRANJERA-SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SALUD AMBIENTAL				
SUBPROGRAMA				
ENFERMEDADES ENDEMO EPIDÉMICAS				
PROYECTO				
IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ZONOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.406.680.717	\$ 1.448.881.139	\$ 1.492.347.573	\$ 1.537.118.000	\$ 5.885.027.428
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND				SALUD PÚBLICA



375

NIT. 806.005.597-1

PROGRAMA				
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES				
SUBPROGRAMA				
- MODOS, CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - CONDICIONES CRONICAS PREVALENTES				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.198.000.000	\$ 1.233.940.000	\$ 1.270.958.200	\$ 1.309.086.946	\$ 5.011.985.146
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SALUD PÚBLICA				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES				
SUBPROGRAMA				
CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS, DE MAMA, CUELLO UTERINO, PRÓSTATA, COLON Y RECTO, EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 439.824.000	\$ 453.018.720	\$ 466.609.282	\$ 480.607.560	\$ 1.840.059.562
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SALUD PÚBLICA				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES				



NIT. 806.005.597-1

375

SUBPROGRAMA				
ENFERMEDADES ENDEMO EPIDÉMICAS				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDÉMICAS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 6.688.865.046	\$ 6.889.530.997	\$ 7.096.216.927	\$ 7.309.103.435	\$ 27.983.716.406
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - SPG - NACIÓN CONTROL DE VECTORES - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA-SALUD - SGP SALUD PÚBLICA - SGP MAYOR VALOR				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES				
SUBPROGRAMA				
ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y HANSEN EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 2.229.484.094	\$ 2.296.368.617	\$ 2.365.259.675	\$ 2.436.217.466	\$ 9.327.329.852
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - CONTROL DE LEPRO - CAMPAÑA ANTITUBERCULOSIS Y CONTROL DE TBC - SGP SALUD PÚBLICA - NACIÓN CAMPAÑA ANTITUBERCULOSIS Y CONTROL TBC - NACIÓN CONTROL LEPRO - NACIÓN CAMPAÑA ANTITUBERCULOSIS Y CONTROL TBC				SALUD PÚBLICA



NIT. 806.005.597-1

375

PROGRAMA				
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES				
SUBPROGRAMA				
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO A LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION -PAI EN LOS 45 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 3.705.256.224	\$ 3.816.413.911	\$ 3.930.906.328	\$ 4.048.833.518	\$ 15.501.409.981
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES – EXTRANJEROS - IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES – NACIONALES - IMPUESTOS LOTERÍAS FORÁNEAS - SGP MAYOR VALOR				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES				
SUBPROGRAMA				
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Y LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Y LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 500.000.000	\$ 515.000.000	\$ 530.450.000	\$ 546.363.500	\$ 2.091.813.500
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



NIT. 806.005.597-1

375

PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA - SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL				
SUBPROGRAMA				
CONSUMO Y APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO DE LOS ALIMENTOS				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO Y GESTIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL-(SAN) CON ENFOQUE DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN ADECUADA-(DHAA) EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES, MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 3.481.223.686	\$ 3.585.660.397	\$ 3.693.230.208	\$ 3.804.027.115	\$ 14.564.141.406
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - SPG - SGP MAYOR VALOR - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA-SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL				
SUBPROGRAMA				
INOCUIDAD Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO DE ALIMENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.873.058.905	\$ 1.929.250.672	\$ 1.987.128.192	\$ 2.046.742.038	\$ 7.836.179.808
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



NIT. 806.005.597-1

375

- PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL – SALUD - SGP - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA-SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS				
SUBPROGRAMA				
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE GESTIÓN INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA PARA LOGRAR LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS-VIH/SIDA EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.437.344.000	\$ 1.480.464.320	\$ 1.524.878.250	\$ 1.570.624.597	\$ 6.013.311.167
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - SGP MAYOR VALOR - RENDIMIENTOS PROVENIENTES DE RECURSOS SGP CON DESTINACIÓN ESPECÍFICA-SALUD PÚBLICA				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS				
SUBPROGRAMA				
PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GÉNERO - PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVOS DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO A LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y CUMPLIMIENTO DE LA RUTA DE ABORDAJE INTEGRAL DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE GÉNERO EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 970.800.000	\$ 999.924.000	\$ 1.029.921.720	\$ 1.060.819.372	\$ 4.061.465.092
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



375

NIT. 806.005.597-1

- SGP SALUD PÚBLICA - SGP MAYOR VALOR				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS				
SUBPROGRAMA				
PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GENERO - PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVOS DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS				
PROYECTO				
IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS MATERNO PERINATAL Y DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 4.451.199.379	\$ 4.584.735.360	\$ 4.722.277.421	\$ 4.863.945.744	\$ 18.622.157.904
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - SGP MAYOR VALOR - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA-SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
GESTIÓN DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLES				
SUBPROGRAMA				
SALUD Y GÉNERO				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DESDE UN ENFOQUE DIFERENCIAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 637.141.129	\$ 656.255.363	\$ 675.943.024	\$ 696.221.314	\$ 2.665.560.830
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



375

NIT. 806.005.597-1

- PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL – SALUD - SGP - SGP MAYOR VALOR				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
GESTIÓN DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLES				
SUBPROGRAMA				
SALUD EN POBLACIÓN ÉTNICA NARP				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN EN SALUD PARA LAS POBLACIONES ÉTNICAS DE ESPECIAL PROTECCIÓN EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 791.599.423	\$ 815.347.406	\$ 839.807.828	\$ 865.002.063	\$ 3.311.756.719
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL-SALUD - SGP MAYOR VALOR				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
GESTIÓN DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLES				
SUBPROGRAMA				
DISCAPACIDAD				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.269.681.600	\$ 1.307.772.048	\$ 1.347.005.209	\$ 1.387.415.366	\$ 5.311.874.223
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



375

NIT. 806.005.597-1

- SGP - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL – SALUD - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - NACIÓN: RESOLUCIÓN 619 DE 2024				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
GESTIÓN DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLES				
SUBPROGRAMA				
DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES				
PROYECTO				
APOYO A LA GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y ADOPCIÓN DE ESTRATEGIAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS ORIENTADOS PARA LOGRAR EL DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.993.680.320	\$ 2.053.490.730	\$ 2.115.095.451	\$ 2.178.548.315	\$ 8.340.814.816
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - SGP MAYOR VALOR				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
GESTIÓN DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLES				
SUBPROGRAMA				
ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL, CURSO DE VIDA VEJEZ Y CENTROS DE BIENESTAR PARA LAS PERSONAS MAYORES EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 2.490.291.495	\$ 2.565.000.240	\$ 2.641.950.247	\$ 2.721.208.754	\$ 10.418.450.736
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



NIT. 806.005.597-1

375

- SGP SALUD PÚBLICA - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO DE CUENTA DE LA FND - IMPUESTO AL CONSUMO DE CERVEZAS, SIFONES, REFAJOS Y MEZCLAS – NACIONALES - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA-SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO				
SUBPROGRAMA				
VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO EN LA CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI) EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.258.818.046	\$ 1.296.582.587	\$ 1.335.480.065	\$ 1.375.544.467	\$ 5.266.425.165
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - IMPUESTOS LOTERÍAS FORÁNEAS - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL - SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SALUD Y ÁMBITO LABORAL				
SUBPROGRAMA				
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SITUACIONES PREVALENTES DE ORIGEN LABORAL				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA POBLACIÓN DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 612.558.973	\$ 630.935.742	\$ 649.863.814	\$ 669.359.729	\$ 2.562.718.259
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



NIT. 806.005.597-1

375

- SGP - IMPUESTOS LOTERÍAS FORÁNEAS - IMPUESTO AL CONSUMO DE CERVEZAS SIFONES REFAJOS Y MEZCLAS - NACIONALES				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL				
SUBPROGRAMA				
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA - PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A PROBLEMAS, TRASTORNOS MENTALES Y FORMAS DE VIOLENCIA				
PROYECTO				
FORTALECER LAS ACCIONES DE GESTIÓN INTEGRAL QUE MINIMICEN LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 3.805.776.244	\$ 3.919.949.531	\$ 4.037.548.017	\$ 4.158.674.458	\$ 15.921.948.250
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP SALUD PÚBLICA - RENDIMIENTOS PROVENIENTES DE RECURSOS SGP CPM DESTINACIÓN ESPECIFICA-SALUD PÚBLICA - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA-SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIA Y DESASTRES				
SUBPROGRAMA				
GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LAS IPS PUBLICA CON PLANES HOSPITALARIOS DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE DESASTRE AJUSTADOS A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, CON EL PROGRAMA DE HOSPITALES SEGUROS FRENTE A DESASTRES EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.051.872.000	\$ 1.083.428.160	\$ 1.115.931.005	\$ 1.149.408.935	\$ 4.400.640.100
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



375

NIT. 806.005.597-1

- SPG - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA-SALUD - SGP MAYOR VALOR				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIA Y DESASTRES				
SUBPROGRAMA				
RESPUESTA EN SALUD ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA CONTINUIDAD E INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIAS, EMERGENCIAS O DESASTRES A TRAVÉS DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.829.014.883	\$ 1.883.885.329	\$ 1.940.401.889	\$ 1.998.613.946	\$ 7.651.916.048
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES – EXTRANJEROS - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - IMPUESTO AL CONSUMO DE CERVEZAS SIFONES REFAJOS Y MEZCLAS - NACIONALES				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL				
PROYECTO				
INCREMENTO EN LA COBERTURA DE ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 3.246.336.970	\$ 3.343.727.079	\$ 3.444.038.891	\$ 3.547.360.058	\$ 13.581.462.999
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



375

NIT. 806.005.597-1

- IMPUESTO AL CONSUMO DE CERVEZAS SIFONES REFAJOS Y MEZCLAS – NACIONALES - COLJUEGOS (MÁXIMO EL 25% EN LOS TÉRMINOS DEL ART. 60 DE LA LEY 715) - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL – SALUD - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SISTEMA DE INFORMACIÓN				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 2.758.324.813	\$ 2.841.074.557	\$ 2.926.306.794	\$ 3.014.095.998	\$ 11.539.802.162
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL – SALUD - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
DESARROLLO DE CAPACIDADES				
PROYECTO				
DESARROLLO DE CAPACIDADES A DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS PRIORIZADOS DE LA GESTIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 840.216.717	\$ 865.423.219	\$ 891.385.915	\$ 918.127.493	\$ 3.515.153.343
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



NIT. 806.005.597-1

375

- IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES CON DESTINO A SALUD PRODUCCIÓN NACIONAL SSF - SGP				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 13.398.941.250	\$ 13.800.909.488	\$ 14.214.936.772	\$ 14.641.384.875	\$ 56.056.172.385
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- IMPUESTO AL CONSUMO CON DESTINO A SALUD / CERVEZA SALUD DE PRODUCCIÓN NACIONAL - IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES CON DESTINO A SALUD PRODUCCIÓN EXTRANJERA - IVA LICORES VINOS APERITIVOS Y SIMILARES-SALUD 70% - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL-SALUD - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES PRODUCIDOS EN SU JURISDICCIÓN-SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
ASEGURAMIENTO EN SALUD				
PROYECTO				
OPTIMIZACIÓN DEL FINANCIAMIENTO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN SUBSIDIADA (UPC-S) CON RECURSOS DE ESFUERZO PROPIO TERRITORIAL PARA LOS BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 73.250.795.645	\$ 75.448.319.514	\$ 77.711.769.100	\$ 80.043.122.173	\$ 306.454.006.432
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE



375

NIT. 806.005.597-1

- COMPONENTE AD VALOREM DEL IMPUESTO AL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y TABACO ELABORADO DE PRODUCCIÓN NACIONAL CON DESTINO A SALUD SSF
- DERECHOS POR LA EXPLOTACIÓN JUEGOS DE SUERTE Y AZAR DE LOTERÍA INSTANTÁNEA Y LOTTO IMPRESO SSF
- DERECHOS POR LA EXPLOTACIÓN JUEGOS DE SUERTE Y AZAR SUPERASTRO SSF
- IMPUESTO A GANADORES DE SORTEOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS SSF
- IMPUESTO AL CONSUMO CON DESTINO A SALUD / CERVEZA SALUD DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA SSF
- IMPUESTO AL CONSUMO CON DESTINO A SALUD / CERVEZA SALUD DE PRODUCCIÓN NACIONAL SSF
- RECAUDO POR AUMENTO DE TARIFA IMPUESTO AL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y TABACO PRODUCCIÓN EXTRANJERA SALUD SSF
- RECURSOS TRANSFERIDOS POR COLJUEGOS - JUEGOS NOVEDOSOS INTERNET SSF
- IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES CON DESTINO A SALUD PRODUCCIÓN EXTRANJERA SSF
- IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES CON DESTINO A SALUD PRODUCCIÓN NACIONAL SSF
- IMPUESTO DE LOTERÍAS FORÁNEAS SSF
- PREMIOS DE APUESTAS PERMANENTES O CHANCE NO RECLAMADOS
- PREMIOS DE JUEGOS DE SUERTE Y AZAR (PREMIOS NO RECLAMADOS) SSF
- PREMIOS DE JUEGOS NOVEDOSOS NO RECLAMADOS
- PREMIOS DE LOTERÍAS NO RECLAMADOS
- JUEGOS DE APUESTAS PERMANENTES CHANCE SSF
- PARTICIPACIÓN DEL IVA LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS IMPUESTO DE LOTERÍAS FORÁNEAS
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS DE CUENTA REGIMEN SUBSIDIADO
- PARTICIPACIÓN DEL IVA LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES 5% LEY 1816 DE 2016
- COMPONENTE AD VALOREM DEL IMPUESTO AL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y TABACO ELABORADO DE PRODUCCIÓN EXTRAJERA CON DESTINO A SALUD SSF
- JUEGOS DE SUERTE Y AZAR NOVEDOSOS SSF
- DERECHOS POR LA EXPLOTACIÓN JUEGOS DE SUERTE Y AZAR DE JUEGOS NOVEDOSOS- COLJUEGOS SUPERASTRO SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS 8 PUNTOS DEL IMPOCONSUMO DE CERVEZA (IVA DEL 8% CERVEZA) EXTRANJERA SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS AD VALOREM DEL IMPUESTO AL CIGARRILLOS - LEY 1819 DE 2016 EXTRANJERO SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS COMPONENTE ESPECÍFICO DEL IMPUESTO AL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y TABACO ELABORADO - LEY 1819 DE 2016 EXTRANJERO SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS DERECHOS DE EXPLOTACIÓN DE JUEGO DE APUESTAS PERMANENTES O CHANCE SSF
- RENDIMIENTO FINANCIEROS IMPUESTO A GANADORES SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS IMPUESTO AL CONSUMO DE LICORES, VINOS Y APERITIVOS EXTRANJERO SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS IMPUESTO AL CONSUMO DE LICORES, VINOS Y APERITIVOS NACIONAL SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS PREMIOS NO RECLAMADOS CADUCOS O PRESCRITOS DIFERENTES A COLJUEGOS SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS 8 PUNTOS DEL IMPOCONSUMO DE CERVEZA (IVA DEL 8% CERVEZA) NACIONAL SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS IVA LICORES VINOS APERIT Y SIMILARES SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS MONOPOLIO DE LICORES DESTILADOS EXTRANJERO SSF
- DERECHOS POR LA EXPLOTACIÓN JUEGOS DE SUERTE Y AZAR DE JUEGOS NOVEDOSOS -COLJUEGOS INTERNET SSF
- RECURSOS TRANSFERIDOS POR COLJUEGOS -PREMIOS NO RECLAMADOS CADUCOS O PRESCRITOS SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS AD VALOREM DEL IMPUESTO CIGARRILLOS - LEY 1819 DE 2016 NACIONAL SSF
- RETIROS FONPET LOTTO EN LINEA SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS DERECHOS DE EXPLOTACIÓN INGRESOS DE LOTERÍA TRADICIONAL (DIREC O TERC) SSF
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS COMPONENTE ESPECÍFICO DEL IMPUESTO AL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y TABACO ELABORADO - LEY 1819 DE 2016 NACIONAL SSF

SALUD PÚBLICA

PROGRAMA

FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD

SUBPROGRAMA

ASEGURAMIENTO EN SALUD

PROYECTO



375

NIT. 806.005.597-1

FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 506.083.124	\$ 521.265.618	\$ 536.903.586	\$ 553.010.694	\$ 2.117.263.022
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES – EXTRANJEROS - IMPUESTO AL CONSUMO DE CERVEZAS SIFONES REFAJOS Y MEZCLAS – NACIONALES - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
ASEGURAMIENTO EN SALUD				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESES) DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR A TRAVES DE LOS PROGRAMAS DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO (PSFF)				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 5.335.896.080	\$ 5.495.972.962	\$ 5.660.852.151	\$ 5.830.677.716	\$ 22.323.398.909
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- RENDIMIENTOS FINANCIEROS - 8 PUNTOS DE IVA CERVEZA NACIONAL - TRANSFERENCIAS DEL DPTO ICLD - IMPUESTO AL CONSUMO CON DESTINO A SALUD / CERVEZA SALUD DE PRODUCCIÓN NACIONAL - RENDIMIENTOS FINANCIEROS RECURSOS PROGRAMAS NACIÓN				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD				
PROYECTO				



375

NIT. 806.005.597-1

FORTALECIMIENTO EN LA OPERACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESE CON SERVICIOS MONOPOLICOS E IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 41.332.686.517	\$ 42.572.667.113	\$ 43.849.847.126	\$ 45.165.342.540	\$ 172.920.543.295
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD-SGP-SUBSIDIO A LA OFERTA - IMPUESTOS LOTERIAS FORÁNEAS - IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES-NACIONALES - IMPUESTO AL CONSUMO DE CERVEZAS SIFONES REFAJOS Y MEZCLAS-NACIONALES - IMPUESTO AL CONSUMO CON DESTINO A SALUD / CERVEZA SALUD DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA - SERVICIOS DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL - PARTICIPACIÓN DEL IVA LICORES VINOS APERITIVOS Y SIMILARES - DERECHOS DE MONOPOLIO POR LA INTRODUCCIÓN DE LICORES DESTILADOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL-SALUD - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - IMPUESTO AL CONSUMO CON DESTINO A SALUD / CERVEZA SALUD DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA - SUPERÁVIT RENDIMIENTOS FINANCIEROS IVA SOBRE LICORES, VINOS Y APERITIVOS Y SIMILARES CEDIDO - SUPERÁVIT RENDIMIENTOS FINANCIEROS DE CUENTA MAESTRA RÉGIMEN SUBSIDIADO - RENDIMIENTOS FINANCIEROS AD VALOREM IMPUESTO A CIGARRILLOS EXTRANJERO - RENDIMIENTOS FINANCIEROS INGRESOS ADICIONALES TARIFA DEL IMPUESTO AL CONSUMO DE CIGARRILLOS EXTRANJERO - RENDIMIENTOS FINANCIEROS PREMIOS CADUCOS - RENDIMIENTOS FINANCIEROS IMPOCONSUMO DE CERVEZA (IVA DEL 8% CERVEZA) EXTRANJERO - RENDIMIENTOS FINANCIEROS IMPUESTO AL CONSUMO DE LICORES, VINOS Y APERITIVOS NACIONAL - IVA LICORES VINOS APERITIVOS Y SIMILARES-SALUD REGIMEN ANTERIOR A LA LEY 1816 DE 2016 - RENDIMIENTOS FINANCIEROS IMPUESTO AL CONSUMO DE LICORES, VINOS Y APERITIVOS EXTRANJERO - INGRESOS POR COMPENSACIÓN MENOR RECAUDO DE DERECHOS DE EXPLOTACIÓN DE APUESTAS PERMANENTES - AD VALOREM DEL IMPUESTO A CIGARRILLOS-LEY 1819 DE 2016 NACIONAL - IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES CON DESTINO A SALUD PRODUCCIÓN EXTRANJERA - IVA LICORES VINOS APERITIVOS Y SIMILARES-SALUD RÉGIMEN ANTERIOR A LA LEY 1816 DE 2016 - SERVICIOS DE SALUD Y PREVISION SOCIAL - IMPUESTO AL CONSUMO CON DESTINO A SALUD / CERVEZA SALUD DE PRODUCCIÓN NACIONAL - MULTAS Y SANCIONES - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA-SALUD - AD VALOREM DEL IMPUESTO A CIGARRILLOS-LEY 1819 DE 2016 EXTRANJERO				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD				
PROYECTO				



375

NIT. 806.005.597-1

MEJORAMIENTO EN LA GARANTÍA, OPERACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.250.913.588	\$ 1.288.440.996	\$ 1.327.094.226	\$ 1.366.907.052	\$ 5.233.355.861
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
PARTICIPACIÓN DEL IVA LICORES VINOS APERITIVOS Y SIMILARES				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD				
PROYECTO				
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 636.091.948	\$ 655.174.706	\$ 674.829.948	\$ 695.074.846	\$ 2.661.171.448
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD				
PROYECTO				
ADQUISICIÓN DE AMBULANCIAS TERRESTRES PARA EL TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO Y MEDICALIZADO A IPS DE LA RED PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO



375

NIT. 806.005.597-1

\$ 2.463.496.883	\$ 2.537.401.789	\$ 2.613.523.843	\$ 2.691.929.558	\$ 10.306.352.074
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- IMPUESTO AL CONSUMO CON DESTINO A SALUD / CERVEZA SALUD DE PRODUCCIÓN NACIONAL - NACIÓN - RESOL. 0001179 DEL 05 DE AGOSTO – 2021 - NACIÓN - RESOL. 0001833 DEL 12 DE NOVIEMBRE – 2021				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD				
PROYECTO				
MEJORAMIENTO DE LA DOTACIÓN DE LA RED PÚBLICA DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.231.293.512	\$ 1.268.232.317	\$ 1.306.279.287	\$ 1.345.467.665	\$ 5.151.272.782
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
RENDIMIENTOS FINANCIEROS PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - INCORPORACIÓN ORDENANZA 369 DE ABRIL 30 DE 202				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (VSP)				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO DE LOS SUBSISTEMAS DE ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 3.166.235.353	\$ 3.261.222.414	\$ 3.359.059.086	\$ 3.459.830.859	\$ 13.246.347.711



375

NIT. 806.005.597-1

FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES, INTRODUCIDOS DE LA PRODUCCIÓN NACIONAL-SALUD				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA				
PROYECTO				
MEJORAMIENTO DE LA OPERATIVIZACION DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA PARA LA INVESTIGACION Y VIGILANCIA DE EVENTOS DE INTERES EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 4.561.147.758	\$ 4.697.982.191	\$ 4.838.921.656	\$ 4.984.089.306	\$ 19.082.140.911
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP SALUD PÚBLICA - IMPUESTO AL CONSUMO DE VINOS APERITIVOS Y SIMILARES CON DESTINO A SALUD PRODUCCIÓN NACIONAL SSF - SGP MAYOR VALOR				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
GESTIÓN PROGRAMÁTICA				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS(PIC) Y DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA ENMARCADE EN LA RESOLUCIÓN 518 DE 2015 EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 2.109.373.384	\$ 2.172.654.586	\$ 2.237.834.223	\$ 2.304.969.250	\$ 8.824.831.442



375

NIT. 806.005.597-1

FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO DE MEDICAMENTOS				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO A LA VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO DE MEDICAMENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.644.573.979	\$ 1.693.911.198	\$ 1.744.728.534	\$ 1.797.070.390	\$ 6.880.284.102
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND - VENTAS DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS - SUPERÁVIT RENDIMIENTOS FINANCIEROS VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS - RENDIMIENTOS FINANCIEROS VENTA DE SERVICIOS				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN PARA LA PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 1.844.411.940	\$ 1.899.744.298	\$ 1.956.736.627	\$ 2.015.438.726	\$ 7.716.331.591



375

NIT. 806.005.597-1

FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
- SGP - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL – SALUD - PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND				SALUD PÚBLICA
PROGRAMA				
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD				
SUBPROGRAMA				
PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD				
PROYECTO				
FORTALECIMIENTO DE LOS EJES ESTRATEGICOS DE LA POLITICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD Y LA SOCIALIZACIÓN DE SUS PLANES DE ACCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRIENIO
\$ 467.027.862	\$ 481.038.698	\$ 495.469.859	\$ 510.333.955	\$ 1.953.870.373
FUENTE DE RECURSOS				COMPONENTE DE FUENTE
PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN EXTRANJERA RECAUDADO POR FONDO CUENTA DE LA FND				SALUD PÚBLICA
RESPONSABLE				
SECRETARIO DE SALUD BOLÍVAR				
TOTAL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	PROYECCIÓN DE RECURSOS CUATRIENIO
\$ 207.676.567.619	\$ 213.906.864.648	\$ 220.324.070.587	\$ 226.933.792.705	\$ 868.841.295.558



NIT. 806.005.597-1

375

ARTÍCULO TERCERO: Considérense para garantizar el éxito del proceso de planificación y la gestión pública los principios y fases del proceso de planificación, establecidos en la Ley 152 de 1994 y en especial de los siguientes:

1. **Coherencia.** Los programas, subprogramas y proyectos del Plan Territorial de Salud 2024 – 2027 “BOLÍVAR ME ENAMORA CON SALUD OPORTUNA Y DE CALIDAD”, deben tener una relación efectiva con las estrategias y objetivos establecidos en éste.
2. **Ejecución.** Con la coordinación de la Secretaría de Salud Departamental, todas las dependencias de la administración departamental, centralizadas y descentralizadas, trabajarán en la formulación y ejecución de los diferentes instrumentos de planificación para esta fase, tales como: Plan Indicativo, Plan Operativo Anual de Inversiones – POAI y Presupuesto, en articulación con el Plan Indicativo de Salud y su Componente Operativo Anual de Inversiones – COAI. En tal sentido, todas las dependencias de la administración departamental, centralizadas y descentralizadas, formularan su correspondiente plan de acción para cada vigencia del periodo de gobierno, en articulación con el Plan de Acción en Salud, a cargo de la Secretaría de Salud Departamental, en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública Departamental; la cual se creará como espacio de coordinación y articulación intersectorial, para el cumplimiento de las metas de resultado en salud. El plan de acción en salud, será socializado con el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, para posteriormente ser aprobado por el Consejo de Gobierno, dentro de los dos meses siguientes a la aprobación del Plan Territorial de Salud.
3. **Seguimiento y evaluación.** La gestión pública moderna demanda un proceso de control y seguimiento continuo, por parte de los organismos fiscalizadores, la comunidad y de la misma Administración Departamental. Por ello y acorde con lo estipulado en la Ley 152 de 1994, el Plan Territorial en Salud, será sujeto de seguimiento y evaluación permanentemente por parte de la Secretaría de Planeación Departamental, con base en los reportes de ejecución y evaluación que le debe presentar la Secretaría de Salud Departamental; así mismo la Secretaría de Planeación retroalimentará a la Secretaría de Salud, con el reporte de ejecución presentado por las demás dependencias de la Gobernación de Bolívar, que tengan correspondencia con las metas de resultado en salud. Esto permitirá proporcionar los elementos necesarios para la acción correctiva y el establecimiento de responsabilidades entre los ejecutores y sus resultados, para este efecto, una vez adoptado el Plan Territorial de Salud, la Secretaría de Salud Departamental, deberá elaborar el plan indicativo en el cual desagregaran las metas globales del plan por vigencia; grupo poblacional y nivel de atención de acuerdo con su ciclo de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adulto mayor) o condición social; etnia, discapacidad, genero, víctimas, desplazamiento forzado, LGBTI, etc. y territorio (municipio y departamento).



NIT. 806.005.597-1

375

- 4. Rendición de Cuentas.** Con el fin de generar transparencia y mayores condiciones de confianza entre los ciudadanos y el Gobernante, se fortalecerá el ejercicio del control social de la administración a través de la democracia participativa, con el fin de que la rendición de cuentas se convierta en la mejor práctica social y política de interlocución entre la Administración y la ciudadanía. La rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud 2024 – 2027 “BOLÍVAR ME ENAMORA CON SALUD OPORTUNA Y DE CALIDAD”, será coordinada por la Secretaría de Salud, para ser integrada en la rendición de cuentas del Plan de Desarrollo 2024-2027 “BOLÍVAR ME ENAMORA”, coordinada por la Secretaría Privada, con la finalidad que el Gobernador informe a la comunidad, y dé las respuestas por las diversas situaciones que se presentaren, incluso, si es el caso, recibiendo las no conformidades, en aras de fortalecer la gobernabilidad y el cumplimiento de lo pactado en su Programa de Gobierno.

ARTÍCULO CUARTO: Facultase al Gobernador de Bolívar para que en el periodo 2024-2027 implemente el Modelo de Acción Integral Territorial (**MAITE**), como marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud (**PAIS**).

ARTÍCULO QUINTO: Hacen parte integral del plan, el Plan Financiero Territorial en Salud, sujeto a modificaciones una vez recibida las observaciones de la Dirección de Financiamiento del Ministerio de Salud y Protección Social; que aún no ha certificado su viabilidad el Plan de Intervenciones de Colectivas en Salud Pública (PIC) y el Plan Indicativo de Salud 2024- 2027.

ARTÍCULO SEXTO: La presente Ordenanza rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Cartagena de Indias, a los veintinueve (29) días del mes de julio de dos mil veinticuatro (2024).

JORGE RODRIGUEZ SOSA
Presidente

KATERINE GARCIA MARRUGO
Secretaria General



NIT. 806.005.597-1

**LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL DE LA HONORABLE ASAMBLEA
DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR**

CERTIFICA:

Que el Proyecto de Ordenanza “POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, PARA EL PERIODO CONSTITUCIONAL 2024 – 2027, BOLIVAR ME ENAMORA CON SALUD OPORTUNA Y DE CALIDAD2

PRIMER DEBATE: Comisión del Plan de desarrollo y asuntos sociales: 25 de julio de 2024

SEGUNDO DEBATE: Plenaria 29 de julio de 2024.

La presente certificación se firma en la ciudad de Cartagena de Indias D. T y C a los veintinueve (29) días de julio de 2024

KATERINE GARCIA MARRUGO
Secretaria General