



Gobernación del Magdalena

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

“Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”

MARIA MARGARITA GUERRA ZÚÑIGA

Gobernador del departamento del Magdalena 2026 – 2027

DIANA ESTHER CELEDÓN SÁNCHEZ

Secretaria Seccional de Salud

IVAN DARIO MARÍN

Jefe Oficina Asesora de Planeación



Santa Marta, enero de 2026

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

EQUIPO TECNICO SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD

Marco Donado B. Profesional Especializado Planeación en Salud	María H Gonzales Profesional Universitario Servicio Atención Comunidad	Ruth Pinedo Campo Profesional Especializado Referente ASIS
Andrea Palacio Polania Profesional Especializada Salud Pública	Ricardo Ruíz R. Profesional Especializado Prestación de Servicios de Salud	Ruby Ponce Baldovino. Profesional Universitario Promoción Social
Rafael Tapias Profesional Especializado Salud Ambiental (e)		Leydi Constanza Cuellar G. Profesional Especializado Vigilancia Epidemiológica
Karen Ramírez C. Profesional Especializado Planeación en Salud	María J. López García Profesional Especializada Oficina Asesora de Planeación	

COMITÉ ASESOR

EQUIPO TÉCNICO

Claudio Devani Prado
Oficina Asesora de Planeación

Margarita Fernández De Castro
Oficina Asesora de Planeación



Contenido

Parte General.....	
Marco Conceptual Y Político.....	
Principios Del Plan De Desarrollo Departamental “Con Más Resultados	
12+1 Ruta Del Cambio Para Superar La Pobreza 2026 –	
2027”.....	
El Reto Del Desarrollo Territorial	
El Territorio A Transformar	
Introducción Movilización Salud Plan De Desarrollo.....	
Orientación Estratégica.....	
Articulación Estratégica.....	
Articulación Con El Plan Nacional De Desarrollo	
Colombia Potencia Mundial De La Vida 2022 – 2026.....	
Objetivos De Desarrollo Sostenible (ODS)	
La Agenda 2030.....	
Priorización De Problemáticas En La Elaboración Del	
Plan De Salud Territorial Dentro Del Plan De	
Desarrollo Departamental.....	
Componente Estratégico Del Plan	
Territorial De Salud “Con Más Resultados 12+1 Ruta Del Cambio	
Para Superar La Pobreza 2026 – 2027”.....	
Pilares Del Modelo De Salud Preventivo Y Predictivo.....	
Pilares Del Plan Territorial De Salud	
Resolución 100 De 2024.....	
Principales Objetivo De Desarrollo Sostenible Que Están Unidos A	
Los Ejes Programáticos Del Plan Territorial De Salud Para El Logro	
De Objetivos Y Metas De Cierre De Brechas De Desigualdades E	
Inequidades En Salud.	
Núcleos De Inequidades Sociales A Nivel Territorial Con Énfasis En	
Desigualdades Sociales.....	
Ejes Estratégicos Del Plan Territorial De Salud Adaptados del PDSP	
2022 – 2031 Resolución 1035 De 2022 Y 2367 De 2023 MSPS.....	
Problemas Y Necesidades Sociales En Sociales En Salud	
Priorizadas Del Territorio.....	
Transformación Esperada De Los Problemas Y Necesidades Sociales	
Del Territorio	



Resultado Esperado Por Eje PDSP 2022-2031 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales Y Municipales Fortalecidas Como Autoridad Sanitaria Local Para La Gobernanza En Salud Pública.....	
Visión Del Plan Territorial “Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”.....	
Objetivos Del Plan Territorial “Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”.....	
Metas Del PTS “Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”	
Plan Indicativo Plurianual De Inversiones Del Plan Territorial De Salud Magdalena 2024 – 2027.....	
Estructura Estratégica.....	
Revoluciones Del Cambio.....	
Revolución De La Equidad.....	
Movilizaciones Del Cambio	
Movilización Por La Salud Y La Nutrición.....	
Estructura Estratégica De Resultados.....	



Anexos del Plan

Anexo 1: matriz de Priorización del PTS

Anexo 2: matriz de Componente Estratégico

Anexo 3: matriz Plan Plurianual de Inversiones

Anexo 4: documento ASIS Departamento del Magdalena 2025



PARTE GENERAL

MARCO CONCEPTUAL Y POLÍTICO

PRINCIPIOS DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL

“Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”

Vocación de servicio:

El eje de nuestra acción pública será siempre el bienestar colectivo. Gobernar significa ponerse al servicio de cada magdalenense, actuar con empatía y sensibilidad frente a sus necesidades y garantizar que cada decisión de la administración se traduzca en beneficios reales para la población. La vocación de servicio se expresará en un gobierno cercano, que escucha, responde y acompaña, y en funcionarios comprometidos con la eficacia, la imparcialidad y la transparencia.

Transparencia y ética pública:

Los recursos del Estado pertenecen al pueblo, por lo que su uso debe ser cuidadoso, responsable y ético. Nuestro compromiso es administrar con rectitud y honestidad, garantizando que cada peso invertido sea visible y verificable por la ciudadanía. La transparencia no será solo un deber legal, sino un principio moral que fortalezca la confianza entre la comunidad y sus instituciones, asegurando que lo público sea respetado y protegido frente a cualquier interés particular.

Justicia social:

La esencia del Cambio es construir un Magdalena más justo, equitativo e incluyente. La justicia social es el camino para cerrar las brechas de pobreza y desigualdad, garantizando derechos y generando oportunidades para todos. Ello implica luchar de manera decidida contra el hambre, la exclusión y la falta de acceso a servicios básicos, mientras se promueven condiciones que dignifiquen la vida de los más vulnerables. Nuestro gobierno trabajará con coherencia y determinación para que la equidad deje de ser un ideal y se convierta en una realidad palpable en los territorios.



Gobernanza democrática:

La transformación del Magdalena exige un gobierno que se construya con la gente y no al margen de ella. La gobernanza, entendida como la participación activa de la ciudadanía en las decisiones públicas, será una herramienta central de este Programa. Esto se traducirá en la promoción del control social, el fortalecimiento del tejido comunitario y la consolidación de espacios de diálogo permanente entre el gobierno y las comunidades. Gobernar en democracia significa no solo escuchar, sino permitir que la ciudadanía influya directamente en la planificación, ejecución y seguimiento de las políticas públicas.

Autonomía territorial:

El desarrollo del Magdalena solo será posible si se reconoce y fortalece la autodeterminación de los territorios. La autonomía política, administrativa y financiera será un principio que guíe nuestras acciones, permitiendo que cada subregión y cada comunidad decida sobre sus prioridades, fortalezca sus capacidades y asuma un rol activo en la gestión de lo público. La Ruta del Cambio promoverá un modelo de desarrollo basado en la descentralización, la soberanía de los pueblos y la articulación de los esfuerzos locales con los departamentales y nacionales.

Liderazgo transformador:

El liderazgo que propongo es participativo, empático y visionario. Un liderazgo que convoca y de igual forma tanto inspira como articula esfuerzos colectivos para construir un proyecto común de desarrollo. Liderar es servir, escuchar y trabajar en equipo por el bienestar de todos, promoviendo la participación incluyente de mujeres, jóvenes y comunidades en la toma de decisiones.

Compromiso con el Cambio:

El compromiso es la fuerza que convierte las promesas en realidades. Significa actuar con coherencia, disciplina y responsabilidad, manteniendo viva la llama del cambio iniciado en el Magdalena. Seguiremos avanzando con hechos y resultados, consolidando un gobierno que trabaja con y para la gente, el cual no se detiene ante las dificultades.



Corresponsabilidad Social:

El desarrollo solo es posible si todos asumimos nuestra parte. La corresponsabilidad significa compartir deberes, esfuerzos y beneficios entre el gobierno, las instituciones, la sociedad civil y el sector privado. Este principio fortalecerá la unión de voluntades para alcanzar una visión común de progreso y bienestar.

1. INTRODUCCIÓN MOVILIZACIÓN SALUD PLAN DE DESARROLLO:

El Plan Territorial de Salud está orientado a definir la prospectiva de la situación de salud en el territorio en armonía con el nuevo modelo de salud “*PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO*”; basado en la Atención Primaria en Salud y con los Equipo Territoriales de Salud” con una planeación estratégica y acciones que aporten a las soluciones integrales en los próximos dos años, siendo el ciudadano el principal agente de sus propias soluciones ante las problemáticas priorizadas y transformadas.

El Plan Territorial de Salud - PTS, es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud del territorio, resultante de la Planeación Integral para la Salud.

El Plan Territorial de Salud – PTS, hace parte integral de los Planes de Desarrollo Territorial y permite a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud en el país.

La Planeación integral para la salud – PIS, Resolución 100 de 2024 MSPS; es el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud -PTS-, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

El Plan Territorial de Salud –PTS; más allá de un proceso técnico, programático y político, debe armonizar en lo técnico (epidemiológico y de la salud pública, de las ciencias sociales y humanas), con argumentos que respalden y representen las necesidades en salud de las poblaciones, posibilitando un ejercicio programático y financiero justo, que abordado de manera conjunta permita en su alcance el logro de los resultados esperados a mediano plazo en cada cuatreño y a 10 años en su integración con el Plan Decenal de Salud Pública Resolución 1035 de 2022 y 2367 de 2023 en el largo a plazo.

El Plan Territorial de Salud –PTS; obedece a fuerzas políticas y sociales del territorio, e influye en la definición de la problemática en salud, de las causas que la generan y de las inversiones a realizar, de allí la relevancia de la participación social a lo largo de la ruta lógica de la Planeación Integral para la Salud - PIS.



El PLAN TERRITORIAL DE SALUD – PTS; 2026- 2027, es la política pública que permite incorporar la salud en todas las políticas del territorio. Por lo tanto, hace parte del componente transversal del Plan de Desarrollo Territorial que orienta las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias relacionadas con la salud a fin de alcanzar la mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable en el territorio.

El Plan Territorial de Salud, responde al Plan de Desarrollo Nacional 2022-2026, “Colombia Potencia de la Vida” ley 2294 de 2023, que tiene como propósito, ser la hoja de ruta construida a partir de la participación social que a través de la acción territorial, comunitaria, institucional e intersectorial de forma articulada, diferencial y sostenible busca avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud, Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud que busca mejorar la Salud, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.

En su armonización con el modelo de salud preventivo y predictivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud – APS y demás políticas que sean afines.

En el marco del Plan de Desarrollo del Departamento del Magdalena, es imperativo abordar de manera integral el sector salud, comprendiendo su complejidad y su impacto trascendental en el bienestar y la calidad de vida de la población magdalenense. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Este enfoque holístico nos invita a considerar la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar integral que abarca aspectos físicos, mentales y sociales.

El diagnóstico preciso del estado de salud de la población del Magdalena se vuelve fundamental para identificar áreas de mejora y diseñar estrategias efectivas que aborden las necesidades y desafíos presentes en el departamento. La evaluación de los indicadores de salud, tales como la mortalidad infantil, la prevalencia de enfermedades crónicas, la cobertura de servicios de salud y la equidad en el acceso a la atención médica, proporciona información crucial para la toma de decisiones informadas y la asignación de recursos de manera eficiente y equitativa.

Es importante destacar que este documento no solo sirve como un mapa de ruta para mejorar la salud de la población magdalenense, sino que también juega un papel fundamental en la ejecución efectiva de las propuestas de gobierno. Un sistema de salud robusto y eficaz es esencial para el desarrollo integral del departamento y para garantizar el bienestar de sus habitantes. Por lo tanto, el éxito de las iniciativas propuestas por el gobierno depende en gran medida de la



capacidad del sistema de salud para responder de manera efectiva a las necesidades de la población.

Además, es fundamental reconocer la influencia significativa de los determinantes sociales en la salud de la población magdalenense. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas que dan forma a las condiciones de vida diaria. Factores como el acceso a la educación de calidad, la vivienda adecuada, el empleo digno y estable, la seguridad alimentaria, el acceso a agua potable y servicios de saneamiento, y la seguridad en el entorno físico y social, desempeñan un papel crítico en la determinación de la salud de las personas y las comunidades.

En el contexto del Magdalena, la realidad socioeconómica y el legado histórico de conflictos armados, pobreza y marginalidad han creado condiciones desafiantes que impactan directamente en la salud y el bienestar de la población. La falta de acceso a servicios básicos, la limitada oportunidad de empleo, la inseguridad alimentaria y la carencia de infraestructuras adecuadas son solo algunas de las barreras que enfrentan los magdalenenses en su búsqueda de una vida saludable y digna.

Es importante recordar que debido a la pandemia de COVID-19 se han exacerbado más algunas desigualdades e inequidades sociales y ha puesto de relieve la necesidad urgente de abordar los determinantes sociales de la salud de manera integral y equitativa. La inseguridad alimentaria y el hambre son dos de los problemas más acuciantes que enfrenta la población, y la crisis sanitaria ha intensificado aún más esta vulnerabilidad.

Por lo tanto, cualquier estrategia destinada a mejorar la salud en el Magdalena debe abordar estos determinantes sociales de manera integral y colaborativa. Esto implica no solo intervenir en el ámbito de la salud, sino también abordar los factores subyacentes que influyen en la salud de la población, tales como la pobreza, la educación, el acceso a servicios básicos y la equidad de género. Además, es crucial promover la participación de la comunidad en la identificación de soluciones y en la toma de decisiones con propuestas de soluciones a las problemáticas priorizadas que afectan su bienestar y calidad de vida.

En resumen, este apartado de salud del Plan de Desarrollo del Departamento del Magdalena no solo constituye un compromiso con el bienestar y la calidad de vida de su población, sino que también representa una herramienta esencial para el desarrollo integral y sostenible de la región. Al abordar las necesidades de salud de manera integral y considerar los determinantes sociales, estamos sentando las

bases para un futuro más próspero y saludable para todos los habitantes del Magdalena.

2. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA:

3.1. Revoluciones y Movilizaciones

El Plan se organiza alrededor no solo de unos enfoques o perspectivas (poblacionales, étnicas, territoriales), sino de Revoluciones y Movilizaciones.

Se entiende por Revoluciones el primer nivel de formulación estratégica, que agrupa las estrategias cuyo sentido se orienta a cambiar la balanza del desarrollo territorial, propendiendo por menor pobreza, desigualdad e inequidad para las poblaciones más desfavorecidas, de forma que el Departamento agencie y entregue bienes y servicios que generen mejoras en condiciones de salud, educación, vida, hábitat, goce de derechos de las poblaciones con mayor vulnerabilidad, acceso a un ambiente más sano, seguridad alimentaria y nutricional, capacidades para la empleabilidad y el emprendimiento, para el crecimiento económico virtuoso, la seguridad y convivencia, participación efectiva que fortalezca la democracia local principalmente, buscando impactar positivamente su vida individual, comunitaria y territorial.

La Movilizaciones corresponden al segundo nivel estratégico, dentro de cada Revolución, se refieren a la activación de los diferentes recursos institucionales por parte del Departamento para aglutinar alrededor de los temas que los contienen a otros actores con sus recursos institucionales y canalizar la cooperación, las alianzas y acuerdos de trabajo conjunto frente a las necesidades priorizadas.

La Movilizaciones se integran por los Programas (tercer nivel, de gestión programática) y estos a su vez, por los Subprogramas, que son los que definen las acciones de cambio y señalan las metas de productos sobre las cuales recaerá la gestión de gobierno en el cuatrienio.

3.2. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA

El Plan de Desarrollo Departamental **“Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”** será nuestra hoja de ruta para continuar consolidando las transformaciones sociales del departamento del Magdalena. Para lograrlo, es indispensable articularse con el Plan de Desarrollo **“Magdalena Renace 2020-2023”**, liderado por el exgobernador Carlos Eduardo Caicedo Omar, El plan de desarrollo del Doctor Rafael Martínez 2024 - 2027 **“Ruta**

Del Cambio Magdalena para superar la Pobreza 12+” para continuar entregando resultados positivos; como también integrarse al Plan Nacional de Desarrollo Colombia Potencia Mundial de la Vida, y alinearse con el Plan Estratégico Regional (PER) elaborado en el seno de la Región Administrativa de Planificación del Caribe (RAP Caribe), como una apuesta de desarrollo regional.

3.2.1. ARTICULACIÓN CON EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA 2022 – 2026

El catálogo de programas y proyectos que se propondrán en el presente Plan de Desarrollo Departamental estará en alineación estratégica con la plataforma estratégica del Plan Nacional de Desarrollo, la cual se compone de los siguientes ejes de transformación:

1. Ordenamiento del territorio alrededor del agua y justicia ambiental,
2. Seguridad humana y justicia social,
3. Derecho humano a la alimentación,
4. Transformación productiva, internacionalización y acción climática, y
5. Convergencia regional y el objetivo superior de la paz total.

3.2.2. ARTICULACIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL

“Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”

El Programa de Gobierno En El Magdalena El Cambio Sigue 2026 - 2027, propone para el departamento, la estrategia de territorios sostenibles y sustentables en tres ejes estratégicos que orientan las acciones hacia un Magdalena más justo, próspero y en paz:

1. Equidad: garantizar acceso y calidad en servicios esenciales como salud, educación, agua potable, saneamiento básico y vivienda digna, promoviendo la inclusión de los sectores más vulnerables.
2. Dignidad: fortalecer las oportunidades de empleo, emprendimiento y productividad, aprovechando las potencialidades del territorio y la capacidad creativa de su gente.



3. Bienestar: promover entornos seguros, armónicos y sostenibles, donde prevalezca la convivencia, el respeto y la tranquilidad ciudadana.

En busca de la equidad en el ordenamiento del Territorio, priorizando el cuidado y uso del Agua. Establece velar por el cuidado de los cuerpos de agua y sus sistemas biofísicos, garantizando su preservación, dando prioridad a la recuperación de ciénagas y humedales, manteniendo su ecosistema sano y evitando la contaminación de sus aguas.

Es imperativo respetar y preservar los bosques en todo el territorio del departamento del Magdalena, controlando las prácticas de la tala y deforestación, incentivando la siembra de árboles y el repoblamiento de los bosques.

En ese orden de ideas, favorecer el bienestar con la sostenibilidad ambiental del departamento del Magdalena, su objetivo es favorecer la sostenibilidad ambiental del departamento, conservando la estructura ecológica principal y los sistemas biofísicos. Se diseñaron programas y proyectos que promuevan la implantación del desarrollo sostenible, la protección del medio ambiente y el bienestar de sus habitantes.

En la segunda estrategia por la dignidad; se busca favorecer la Seguridad Humana y Justicia Social. Implica la protección integral de la población, la provisión de servicios sociales, el acceso a la justicia centrado en las personas, comunidades y territorios, la seguridad humana y la justicia social.

Para lograr la Tercera estrategia de bienestar, el Programa de Gobierno que da continuidad al Cambio, en la Revolución de la Gobernabilidad y la Gobernanza, se delineó un plan para promover la prosperidad de los Magdalenenses, protegiendo sus derechos fundamentales, fomentando la participación ciudadana, estrategias de resolución de conflictos, protección a víctimas, prevención y protección a líderes y defensores de derechos humanos y aseguramiento de acceso a la justicia.

Derecho Humano a la Alimentación. Para que Colombia sea una verdadera potencia mundial de la vida, es necesario que se garantice el derecho humano a la alimentación a toda su población, por ello El Programa de Gobierno ***El Cambio Sigue 2024-2027***, en su estructura contiene la estrategia superando la pobreza y garantizando la seguridad alimentaria, un futuro próspero para el departamento del Magdalena, la cual propone incrementar la producción de alimentos básicos para asegurar un abastecimiento estable y precios accesibles, fomentar la agricultura sostenible, la implementación de prácticas agroecológicas y la diversificación de cultivos.

También, la puesta en marcha de programas de apoyo a familias en situación de pobreza extrema, que garanticen el acceso a una alimentación adecuada y balanceada. Uno de los propósitos indispensables es bajar la tasa de mortalidad por desnutrición, principalmente en población infantil.

Transformación Productiva, Internacionalización y Acción Climática. Dicha transformación le apunta al cambio del modelo productivo–económico del extractivismo con tecnologías carbonizantes, a la producción agropecuaria y de alimentos con biotecnologías amigables con el ambiente, acompañada de una transición a energías limpias amigables sostenibles; consecuente con este propósito, el Programa de Gobierno ***El Cambio Sigue 2024-2027***, plantea la estrategia del desarrollo productivo sostenible y respetuoso con el medio ambiente, orientada a conciliar el desarrollo productivo con sostenibilidad de la oferta ambiental, fomentando la puesta en marcha de paquetes tecnológicos sostenibles que contribuyan a la preservación ecosistémica del territorio, a través del uso responsable de la oferta ambiental y la implementación de energías limpias en el desarrollo de las cadenas de producción.

En la unidad con la Convergencia Regional. Tiene como objetivo equilibrar las condiciones de calidad de vida de los habitantes de los territorios, busca reducir las brechas económicas y sociales de individuos y hogares a través de garantizar el acceso adecuado a oportunidades de bienes y servicios; en ese orden de ideas, del Programa de Gobierno ***El Cambio Sigue 2026- 2027***, tiene las siguientes propuestas a través de procesos estratégicos en línea con:

- La Reducción de las brechas entre municipios y departamento. Orientada a cerrar las brechas en las condiciones de calidad de vida y pobreza entre territorios, focalizando la acción del departamento con igualdad de oportunidades en forma específica para cada territorio.

- Convergencia en las condiciones de vida. Este proceso estratégico pretende fomentar la diversidad económica, permitiendo que cada municipio desarrolle los sectores con mayor potencial, garantizando igualdad de oportunidades y acceso a una vida digna a todas las familias.

- Equidad y lucha contra la pobreza. Basada en el acceso de oportunidades y servicios a todos los grupos poblacionales en especial los más vulnerables.

- Desarrollo económico sostenible y territorial. Impulsar el desarrollo económico sostenible y territorial de los municipios a partir de su potencial productivo, diversificando la matriz económica y fortalecimiento los sectores estratégicos.

- Acceso a servicios básicos y oportunidades. Busca garantizar el acceso equitativo a los servicios básicos de educación, salud, agua potable y vivienda a la población de todos los municipios, se fomentará la construcción de infraestructuras productivas y vías terciarias que mejoren las comunicaciones y la conectividad interdepartamental.

3.3. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) LA AGENDA 2030

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) siguen siendo una apuesta esperanzadora en el mundo de la cooperación internacional. Desde el año 2015 más de 190 Estados, incluyendo a Colombia, vienen trabajando en el cumplimiento de los 17 Objetivos a través de la planeación prospectiva con acciones y metas que, a mediano y largo plazos, pretenden dar respuesta a problemáticas estructurales a nivel local, nacional, y regional.

El Plan de Desarrollo Departamental, fue ejemplo de una planeación a largo plazo que integró los ODS a su marco de referencia para el establecimiento de las metas de resultado y de producto del Plan, constituyéndose así en un estándar de orientación de los diferentes programas y proyectos hacia el logro de objetivos de interés departamental, nacional, e internacional. En tal sentido, siguiendo esta ruta metodológica, especialmente en materia de reducción de la pobreza multidimensional, **“Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”** integrará los ODS.

Bajo este esquema de integración ODS – PDD, le apuntaremos al cumplimiento de la agenda 2030 planteada por las Naciones Unidas, de modo que los Objetivos continúen siendo un compromiso para el departamento del Magdalena, manteniendo aquellos programas, proyectos, y acciones que han mostrado resultados prometedores con el fin de seguir construyendo sobre lo construido. De esta manera, este Plan de Desarrollo que da continuidad al Cambio, se convertirá y será un catalizador de la dignidad y el progreso de los habitantes del departamento.

Magdalena es un departamento de grandes brechas en su desarrollo humano y social, de las cuales se hace un diagnóstico que servirá para establecer un horizonte que nos permita a minimizar las problemáticas y establecer una visión a mediano y largo plazo esperanzadora que permita con la continuidad romper la cadena de desigualdades e inequidades y establecer una dimensión de vida llena de progreso y abundancia en todos los territorios y para toda nuestra población.

CAPITULO I: EL TERRITORIO A TRANSFORMAR

1. CONFIGURACION DEL TERRITORIO

1.1. EL RETO DEL DESARROLLO TERRITORIAL

El Plan de Desarrollo Departamental “**Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027**”, haciendo uso de los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiaridad; alinea su componente prospectivo a cuatro referentes: El Plan Nacional de Desarrollo *Colombia Potencia Mundial de la Vida*, los ejes del Plan Estratégico Regional (PER), la continuidad de los ejes estratégicos del Plan de Desarrollo *Magdalena 2024-2027* y las propuestas del Programa de Gobierno *El Cambio Sigue de nuestra señora gobernadora MARIA MARGARITA GUERRA ZÚÑIGA 2026 -2027*.

El departamento del Magdalena cuenta con un territorio caracterizado por su pluralidad étnica multicultural, por tener en su espacio geográfico cinco (5) subregiones definidas y consolidadas, una inmensa biodiversidad hídrica representada por su litoral Caribe, la ribera oriental del río Magdalena, cuencas hídricas que bajan de la Sierra Nevada de Santa Marta, los sistemas lagunares ubicados en el sur del departamento y la calidad de sus suelos productivos, etc; que requieren una planificación del desarrollo basada en las potencialidades de su territorio.

La construcción participativa, permitirá un ejercicio de interacción de primera fuente con los distintos actores sociales de todas las subregiones, es la captación de información base que permitirá la construcción de los principales objetivos y estrategias de desarrollo que debe contener el Plan.

El territorio requiere un gobierno departamental empoderado en sus instituciones, para realizar emprendimientos, formulación de políticas públicas, programas, proyectos territoriales que acaben los problemas y necesidades que frenan el desarrollo sostenible en el departamento del Magdalena

El ordenamiento territorial departamental alrededor del agua, va permitir en primer orden construir las soluciones adecuadas para que todos los magdalenenses hagan uso al derecho fundamental del suministro de agua apta para el consumo humano. Adicionalmente, el uso racional para incentivar la producción de alimentos dentro de la economía familiar y campesina de tal forma que se logre aumentar la oferta de alimentos e incrementar la seguridad alimentaria. El cuidado de los servicios ecosistémicos hídricos será uno de los componentes estratégicos de la



sostenibilidad del territorio.

En seguridad humana y la justicia social, se continuará el desarrollo de los programas estratégicos contenidos en las revoluciones de la Equidad y del Empleo y la Productividad en la búsqueda de dar respuestas territoriales a los desequilibrios y desigualdades existentes.

El derecho humano a la alimentación, es una de las grandes prioridades de los planes de desarrollo nacional y departamental, acabar con el hambre, la miseria, la desnutrición en todos los focos poblaciones vulnerables del departamento. Se requiere aumentar la productividad del campo para mejorar la producción alimentaria en las diferentes subregiones y garantizar la disponibilidad, acceso y calidad de los alimentos que consumen los magdalenenses.

La transformación productiva acorde con el ordenamiento del territorio del departamento, es una prioridad, hoy las tierras aptas para agricultura están siendo utilizadas en proyectos de ganadería extensiva y viceversa. El catastro multipropósito es una prioridad departamental.

La convergencia regional, es una variable estratégica en el modelo departamental de desarrollo, la inversión en infraestructura vial terciaria, secundaria y primaria es una prioridad para establecer una comunicación y una conectividad entre los diferentes epicentros de desarrollo de las subregiones del departamento del Magdalena, para consolidar una estrategia de desarrollo endógeno departamental de acuerdo con las ventajas comparativas y competitivas de cada nicho subregional.

1.2. Contexto territorial

El Departamento de Magdalena forma parte de la región Caribe y es uno de los departamentos más antiguos del país, con antecedentes históricos que se remontan a la fundación de Santa Marta en 1525.

Cuenta con una extensión territorial de 23.188 km², lo que representa aproximadamente el 2,03% del territorio nacional y el 11,5% de la región Caribe. Su organización político-administrativa comprende veintinueve (29) municipios de categoría sexta, el departamento del Magdalena se mantiene en la segunda categoría, y un (1) distrito, Santa Marta, además de 178 corregimientos, 7 inspecciones de policía y múltiples caseríos y sitios poblados. Territorialmente, el departamento se estructura en cuatro subregiones: Norte, Centro, Río y Sur; la subregión Norte concentra el 25,3% de la extensión departamental, mientras que el Distrito de Santa Marta ocupa el 10,2% de ésta.

El Magdalena limita al norte con el mar Caribe, con una línea costera aproximada de 220 km; al oriente con los departamentos de La Guajira y Cesar; y al sur y occidente con el río Magdalena, que lo separa de los departamentos de Bolívar y Atlántico.

El territorio presenta una amplia diversidad de relieves, que van desde el nivel del mar hasta los 5.775 metros sobre el nivel del mar. Se destacan la planicie fluvial costera del río Magdalena, caracterizada por áreas planas e inundables con extensos complejos de ciénagas; la Sierra Nevada de Santa Marta, donde se localizan los picos Simón Bolívar y Cristóbal Colón, las mayores elevaciones del país; la sabana caribeña, de relieve plano a ondulado; y el sistema deltaico del río Magdalena, que incluye la Ciénaga Grande de Santa Marta y otros cuerpos de agua de origen marino, lacustre y fluvial.

Los municipios de mayor extensión corresponden a Zona Bananera, Santa Ana, Ariguaní y Fundación, en contraste con municipios como Salamina, Zapayán y San Sebastián de Buenavista que presentan extensiones significativamente menores.

Esta diversidad en el tamaño y distribución del territorio constituye un elemento estructural relevante para la planeación sectorial y la organización de la oferta institucional en salud

1.3. Contexto poblacional y demográfico

Para el año 2025, la población del departamento del Magdalena se estima en 1.529.038 habitantes, de acuerdo con las proyecciones del DANE actualizadas en el escenario postpandemia (2023). De este total, el Distrito de Santa Marta concentra 566.650 habitantes, lo que equivale al 37,1% de la población departamental, evidenciando una alta concentración demográfica en la capital distrital, y nos arroja una población del departamento sin Santa Marta de 962.388 habitantes que corresponden al 62,9% de la población total.

La estructura poblacional por sexo presenta una distribución equilibrada a nivel departamental, sin diferencias significativas que condicionen de manera sustantiva la planeación en salud. En cuanto a la localización geográfica, el 67,6% de la población reside en las cabeceras municipales, mientras que el 32,4% habita en centros poblados y áreas rurales dispersas, lo que refleja un proceso de urbanización predominante, al margen de la dispersión territorial.

La subregión Norte concentra el 26,8% de la población departamental, seguida por la subregión Sur (12,8%), Centro (12,2%) y Río (11,1%). Estas

diferencias en la distribución poblacional, junto con los contrastes en densidad y urbanización, constituyen determinantes claves para la organización de la red de servicios de salud, la asignación de recursos y la implementación de intervenciones diferenciadas en el territorio.

De acuerdo con la categoría de ruralidad realizada por el DNP, en el departamento de Magdalena solo Ciénaga tiene la categoría de Ciudad y/o Aglomeración, 24% tienen categoría de municipios intermedios, 62% tienen categoría Rural y 10% son categoría Rural Disperso como Guamal, Sabanas de San Ángel y San Zenón donde existen barreras en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas y/o culturales.

En relación con las comunidades étnicas, en el departamento existen poblaciones indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueros, y gitanas o Rom, que del total de habitantes representan el 10.4%, distribuidos como se muestra a continuación: Población étnica proyectada en el Magdalena (2024) 8.003, palanquera de San Basilio 95 o Romm 46 y raizal 111. Fuente: Oficina Asesora de Planeación con base en DANE (2018).

1.4 CONTEXTO ECONÓMICO:

Históricamente, la economía del departamento del Magdalena ha representado alrededor del 1.35% de la economía colombiana. Su estructura actual está determinada por los sectores de administración pública, agricultura, ganadería, y pesca, comercio, construcción y actividades inmobiliarias, que en conjunto impulsan cerca del 80% de la economía departamental.

1.4.1. Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

La estructura económica del departamento de Magdalena se caracteriza por una alta concentración en actividades del sector terciario y primario. Cerca del 67,3% del Producto Interno Bruto (PIB) departamental se concentra en los sectores de administración pública, educación y salud; comercio, alojamiento y servicios de comida; la actividad agropecuaria continúa siendo el principal dinamizador económico de la región, generando empleo y sosteniendo cadenas productivas que abastecen tanto a la población urbana como rural.

La capital del departamento concentra aproximadamente el mayor porcentaje del crecimiento económico, mientras que municipios como Ciénaga, Zona Bananera y Fundación presentan aportes relevantes asociados a actividades agroindustriales, manufactureras, comerciales y de servicios. El resto de los municipios muestra participaciones económicas menores y una mayor dependencia de actividades primarias e informales.

El comercio exterior se fundamenta principalmente en la exportación de banano, aceite de palma y aceite de coco, mientras que las importaciones se concentran en automóviles, aceites vegetales y fertilizantes, reflejando la dependencia de insumos externos para los sectores productivos locales.

El turismo constituye una de las principales fuentes de empleo en el departamento, especialmente en el Distrito de Santa Marta y el corredor costero. No obstante, este sector presenta altos niveles de informalidad laboral, con mayor impacto en las actividades de alimentos y bebidas. A nivel departamental, la informalidad laboral continúa siendo una característica estructural del mercado de trabajo, lo que limita el acceso efectivo a la protección social, al Sistema General de Riesgos Laborales y a condiciones de trabajo decente.

En materia de mercado laboral, persisten dinámicas precarias, evidenciadas en el mototaxismo, el trabajo informal, el trabajo infantil y la deserción escolar, situaciones que fueron reiteradamente señaladas en los espacios de participación social. No se desconocen economías ilegales en el Magdalena como el Narcotráfico, Minería ilegal y Contrabando¹

Las condiciones de trabajo en el departamento muestran una alta prevalencia del empleo informal, que afecta a más del 80% de los hogares, junto con fenómenos persistentes como el desempleo de larga duración y el trabajo infantil, particularmente en contextos rurales y urbanos periféricos. Estas condiciones incrementan la vulnerabilidad social y limitan la continuidad en los sistemas de seguridad social, con impactos directos sobre la salud de la población.

2. INTRODUCCIÓN MOVILIZACIÓN SALUD PLAN DE DESARROLLO:

El Plan Territorial de Salud está orientado a definir la prospectiva de la situación de salud en el territorio en armonía con el nuevo modelo de salud “*PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO*”; basado en la Atención Primaria en Salud y con los Equipos Territoriales de Salud” con una planeación estratégica y acciones que aporten a las soluciones integrales en los próximos dos años, siendo

¹ BANCO MUNDIAL. BIRF * AIF. MAGDALENA 2024. *Una mirada actual al contexto migratorio y sus determinantes sociales.*



el ciudadano el principal agente de sus propias soluciones ante las problemáticas priorizadas y transformadas.

El Plan Territorial de Salud - PTS, es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud del territorio, resultante de la Planeación Integral para la Salud.

El Plan Territorial de Salud – PTS, hace parte integral de los Planes de Desarrollo Territorial y permite a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud en el país.

La Planeación integral para la salud – PIS, Resolución 100 de 2024 MSPS; es el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud -PTS-, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

El Plan Territorial de Salud –PTS; más allá de un proceso técnico, programático y político, debe armonizar en lo técnico (epidemiológico y de la salud pública, de las ciencias sociales y humanas), con argumentos que respalden y representen las necesidades en salud de las poblaciones, posibilitando un ejercicio programático y financiero justo, que abordado de manera conjunta permita en su alcance el logro de los resultados esperados a mediano plazo en cada cuatrefeño y a 10 años en su integración con el Plan Decenal de Salud Pública Resolución 1035 de 2022 y 2367 de 2023 en el largo a plazo.

El diagnóstico preciso del estado de salud de la población del Magdalena se vuelve fundamental para identificar áreas de mejora y diseñar estrategias efectivas que aborden las necesidades y desafíos presentes en el departamento. La evaluación de los indicadores de salud, tales como la mortalidad infantil, la prevalencia de enfermedades crónicas, la cobertura de servicios de salud y la equidad en el acceso a la atención médica, proporciona información crucial para la toma de decisiones informadas y la asignación de recursos de manera eficiente y equitativa.

En el contexto del Magdalena, la realidad socioeconómica y el legado histórico de conflictos armados, pobreza y marginalidad han creado condiciones desafiantes que impactan directamente en la salud y el bienestar de la población. La falta de acceso a servicios básicos, la limitada oportunidad de empleo, la inseguridad alimentaria y la carencia de infraestructuras adecuadas son solo

algunas de las barreras que enfrentan los magdalenenses en su búsqueda de una vida saludable y digna.

2.1. Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

La estructura económica del departamento de Magdalena se caracteriza por una alta concentración en actividades del sector terciario y primario. Cerca del 67,3% del Producto Interno Bruto (PIB) departamental se concentra en los sectores de administración pública, educación y salud; comercio, alojamiento y servicios de comida; la actividad agropecuaria continúa siendo el principal dinamizador económico de la región, generando empleo y sosteniendo cadenas productivas que abastecen tanto a la población urbana como rural.

En materia de mercado laboral, persisten dinámicas precarias, evidenciadas en el mototaxismo, el trabajo informal, el trabajo infantil y la deserción escolar, situaciones que fueron reiteradamente señaladas en los espacios de participación social. No se desconocen economías ilegales en el Magdalena como el Narcotráfico, Minería ilegal y Contrabando.

2.1.1. Pobreza e ingresos

El Índice de Necesidades Básicas -NBI- en el departamento de Magdalena pasó del 48% en el 2005 a 26,50% en el 2018 persistiendo aun los servicios de baja calidad e inaccesibles a gran parte de la población, deficiente infraestructura sanitaria, especialmente en zona rural con 38,43% de NBI mientras que en la zona urbana la proporción de NBI es de 21,64%, cuya diferencia relativa es un 77% más alto en la población rural que en población urbana y frente al país la desventaja es de un 87% más alto el NBI en el departamento.

La Miseria, presenta diferencia entre zonas de residencia como determinante intermedio de la salud y que está muy relacionado con el acceso, derechos, cobertura y prestación de servicios de salud. Así se observa que la miseria es 1,20 veces más alta en el área rural confrontada con la proporción de la zona urbana; comparado con los valores del año 2005, mejoró.

En lo que respecta al hacinamiento, hubo cambios significativos disminuyendo dos veces el valor en el 2018 comparado con el Censo 2005. Por

cada 100 personas 7 viven en hacinamiento, siendo mayor la proporción en zona rural, mientras que en Colombia la proporción es de 4 de cada 100 personas.

2.1.2. Pobreza y desigualdad

En las mesas participativas desarrolladas con actores del sector salud y la comunidad no se identificaron aportes específicos sobre los efectos directos de la actividad laboral informal en la salud, situación que se asocia a la baja cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales en este tipo de ocupaciones. Los participantes señalaron que la inestabilidad de los ingresos dificulta la continuidad en los sistemas de protección social, lo que se traduce en una afiliación predominantemente al régimen subsidiado, en contraste con el régimen contributivo, profundizando condiciones de vulnerabilidad laboral y social.

Las principales brechas de inequidad identificadas se relacionan con la escasa diversificación productiva, la ausencia de políticas sostenidas de desarrollo rural y agroindustrial, y la debilidad de la infraestructura vial, factores que restringen la comercialización de productos agrícolas —especialmente el banano—, generan pérdidas económicas y desincentivan la producción local.

La inequidad étnica emerge como un determinante transversal, en tanto comunidades indígenas y afrodescendientes manifestaron percepciones de discriminación en los procesos de contratación y en la oferta laboral, así como una limitada presencia y apoyo estatal, lo que refuerza dinámicas de exclusión socioeconómica. (Informe final del análisis cualitativo obtenido de las mesas participativas. Dpto de Magdalena.2025)

2.1.3. Pobreza Multidimensional –IPM-

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (Datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del CNPV 2018 - Actualizado el 22 de abril de 2025), se estimó en 19,2% en el 2024 variando un -2,2% menos comparado con el año 2023 que fue de 21,4% y un -3,8% con respecto al 2022. Se ubica entre los primeros ocho departamentos



más pobres en el país, después de La Guajira, Guainía y Vichada. Esta variación sugiere mejoría en la calidad de vida de las personas sin llegar a verse reflejado en los índices de morbilidad y mortalidad. Comparado con el país (11,5%), la diferencia es de 1,67 más en el departamento.

De acuerdo con las cifras publicadas por DANE, la pobreza multidimensional en el Magdalena pasó de una tasa de incidencia total de 36,4% en 2018 a 23,0% en 2022, con una variación de -10,84%.

El cambio iniciado en el Magdalena ha permitido reducir los índices de pobreza y desigualdad. Hoy, más de 30.000 familias vulnerables se han beneficiado de programas sociales y de infraestructura básica que han mejorado sus condiciones de vida. No obstante, persiste una tasa de pobreza monetaria cercana al 40% y una pobreza extrema en torno al 15%, lo que exige mantener y fortalecer las estrategias de inclusión y generación de ingresos Colombia 19,10% 13,20% 38,60% 17,50% 12,30% 34,50% 18,10% 12,50% 37,10% 16,00% 11,50% 31,10% 12,90% 8,70% 27,30%. (Fuente: Elaboración Oficina Asesora de Planeación con base en: DANE. Pobreza multidimensional 2022 por departamentos, publicado en 2023).

- Esto significa que, en 2022, 83.305 hogares y 337.003 personas se encontraban en pobreza multidimensional.
- La variación es mayor entre los años 2021-2022; a nivel nacional, el IPM bajó en 19,38% y en el departamento fue mayor, con una disminución de 29%.
- El promedio de variación interanual entre 2018 y 2022 fue de -9,35% a nivel nacional y de -10,84% en el Magdalena.
- Por área geográfica en el departamento del Magdalena, la mayor disminución del IPM ha sido en las cabeceras, con un decrecimiento de la pobreza multidimensional promedio anual entre 2018 – 2022 de -13,4%, mientras que en los centros poblados y el área rural dispersa la variación promedio ha sido de -7,90%. Igualmente, la mayor variación en disminución el IPM se observa entre los años 2021 y 2022, tanto en cabeceras como en centros poblados y el área rural dispersa.

Tabla 1. IPM desagregado por variables y por zona geográfica en el departamento de Magdalena.

Variable	2024		
	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso



Analfabetismo	14,0	10,1	23,0
Bajo logro educativo	45,3	36,5	65,8
Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	9,1	9,0	9,4
Barreras de acceso a servicios de salud	2,3	3,1	0,4
Desempleo de larga duración	12,8	13,9	10,2
Hacinamiento crítico	15,5	17,4	11,1
Inadecuada eliminación de excretas	21,0	21,4	19,9
Inasistencia escolar	2,3	1,9	3,2
Material inadecuado de paredes exteriores	2,1	2,5	1,1
Material inadecuado de pisos	10,8	4,1	26,3
Rezago escolar	28,8	27,2	32,4
Sin acceso a fuente de agua mejorada	9,6	6,1	17,6
Sin aseguramiento en salud	4,2	3,7	5,5
Trabajo infantil	1,3	1,3	1,3
Trabajo informal	86,7	85,0	90,8

- Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del CNPV 2018. Actualizado el 22 de abril de 2025

Para el año 2024, la variable de Trabajo Informal es la que más incidencia de pobreza multidimensional presenta en el Magdalena; en efecto, el 86,7% de los hogares tienen esta privación, seguida de Bajo Logro Educativo (45,3%) y Rezago Escolar (28,8%). Las variables con menor incidencia son Barreras de Acceso a Servicios de Salud (2,3%), Trabajo Infantil (1,3%), Material Inadecuado de Paredes Exteriores (2,1%), Inasistencia Escolar (2,3%) y Sin Aseguramiento en Salud (4,2%).

Analizando de acuerdo a su variación interanual, las mayores disminuciones corresponden a Barreras de Acceso a Servicios de Salud, que redujo en cerca de un 56% promedio anual entre 2018 y 2022 el porcentaje de hogares que sufren de esta privación; también, en la variable de Trabajo Infantil se redujo de manera sustancial en cada año en promedio la proporción de hogares que sufren este flagelo, al caer interanualmente en 35,65%. Otras variables que observaron reducciones promedio importantes anualmente entre 2018 y 2022 son Sin Aseguramiento en Salud (-15,91%), Inasistencia Escolar (-12,26%) y Material Inadecuado de Paredes Exteriores (-11,43%).

Por su parte, tres variables tuvieron crecimientos entre 2018 y 2022, siendo la variación más importante la de hogares afectados por el Desempleo de Larga Duración, la cual creció en promedio anual en 9,39%.

2.1.4. Seguridad Alimentaria

A nivel nacional, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave en Colombia fue del 30,8%, con persistencia de desigualdades sociales y estructurales según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022, mientras que los resultados de la segunda evaluación de seguridad alimentaria para población colombiana realizada por el Programa Mundial de Alimentos entre noviembre y diciembre de 2023 revelan que el 25% de los hogares en Colombia se encuentran en una situación de inseguridad alimentaria moderada o severa, observando una mejoría de cinco puntos porcentuales en el porcentaje de hogares en inseguridad alimentaria. Para el departamento de Magdalena fue de 48% la inseguridad moderada o severa en el 2022 y pasó a 33% en el 2023 con una variación de -15%².

Persisten dificultades estructurales para el acceso oportuno y suficiente a alimentos adecuados relacionadas con el autor reconocimiento étnico siendo más alta la prevalencia en hogares cuyo jefe se considera indígena (46,3%) seguidos de hogares que se identifican como negros, afrocolombianos, raizales o palenqueros (40,7%), mientras que los hogares que no se reconocen dentro de ningún grupo étnico registran prevalencias inferiores (26,1%). La prevalencia en cabeceras municipales fue del 27% y 33% en zona rural.

En relación con la nutrición maternoinfantil, la lactancia materna constituye un factor protector clave; sin embargo, su duración y exclusividad presentan limitaciones. Aunque el inicio temprano de la lactancia materna ha mostrado avances a nivel nacional, la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses mantiene niveles insuficientes, situación que se ve influenciada por factores sociales, culturales y por la alta proporción de partos por cesárea registrada en el departamento, la cual se ha mantenido por encima del 60% en los últimos años.

El bajo peso al nacer (BPN) refleja las condiciones nutricionales y sociales de la mujer gestante y constituye un indicador sensible de inseguridad alimentaria y de acceso limitado a servicios de salud oportunos y de calidad. En el departamento de Magdalena, este evento presenta una tendencia creciente en los últimos años, con incrementos significativos en 2024 frente a periodos previos, lo que sugiere

² WFP. Programa mundial de Alimentos. *Evaluación de seguridad alimentaria para población colombiana*. Mayo 2024

debilidades en la captación temprana de gestantes, la articulación intersectorial y las estrategias de preparación para la maternidad.

2.2. Seguridad social en salud y protección social:

2.2.1. Poco desarrollo de acciones de promoción y prevención en el entorno laboral de los trabajadores formales e informales

Las condiciones de trabajo en el departamento muestran una alta prevalencia del empleo informal, que afecta a más del 80% de los hogares, junto con fenómenos persistentes como el desempleo de larga duración y el trabajo infantil, particularmente en contextos rurales y urbanos periféricos. Estas condiciones incrementan la vulnerabilidad social y limitan la continuidad en los sistemas de seguridad social, con impactos directos sobre la salud de la población.

La Encuesta Nacional de Hogares reporta al año 2019 un 84,5% de hogares que viven del empleo informal, mayor a lo reportado en el CNPV del año 2018 que fue 86,3%.

2.2.2. Desarticulación de la red pública hospitalaria en el departamento del Magdalena

Existe una desarticulación de la red pública hospitalaria que se compone de un total de 34 hospitales en la jurisdicción, donde 27 están bajo la administración directa de la gobernación del Magdalena. Dicha desarticulación se manifiesta como un desafío multifacético que compromete la eficacia y eficiencia en la atención sanitaria., la cual refleja una falta de coordinación integral en la prestación de servicios de salud.

La falta de protocolos estandarizados y la escasa comunicación entre las instituciones de salud contribuyen a la fragmentación de los servicios, afectando la capacidad de respuesta ante emergencias y la optimización de recursos. Es por tanto, que se evidencia la necesidad de implementar estrategias de integración y coordinación, tanto a nivel administrativo como desde la prestación de servicios, para fortalecer la cohesión y sinergia en la red hospitalaria del departamento del Magdalena.

2.2.3. Población sin aseguramiento se le garantice el acceso a los servicios de salud mediante la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado, contributivo o especial.

En el departamento del Magdalena, la población se encuentra asegurada en los diferentes regímenes (subsidiado, contributivo y especial), observándose una mayor proporción en el régimen subsidiado con 677.528 afiliados lo que equivale al 80.66% de afiliados; en el régimen contributivo tiene registrados 145.036 afiliados, es decir el 17.2% de la población; mientras que en el Régimen de Excepción tiene 17.405 afiliados para un 2%, por otra parte se encuentra la población asegurada en establecimiento carcelario, con 382 personas privadas de la libertad con aseguramiento en salud correspondiente al 0.045 %; dando como resultado una cobertura total del 88.76 % en los 29 municipios del departamento del Magdalena.

2.2.4. Mal estado de la infraestructura de la red pública hospitalaria departamental

La precaria situación de la infraestructura hospitalaria en el departamento del Magdalena se acentúa al observar el mal estado en el que se encuentran los hospitales de primer y segundo nivel. Estas instituciones, fundamentales para brindar atención médica primaria y especializada, enfrentan desafíos considerables. La falta de mantenimiento y la ausencia de inversiones han llevado a condiciones estructurales alarmantes, afectando la funcionalidad y seguridad de los espacios dedicados a la salud.

Salas de espera desbordadas, equipamiento obsoleto y problemas estructurales evidentes son características comunes en estos hospitales. Este deterioro no solo compromete la eficacia de la atención médica, sino que también impacta negativamente en la moral del personal sanitario, dificultando su labor diaria. La situación demanda una intervención urgente para mejorar las instalaciones, garantizando entornos adecuados para la prestación de servicios de salud esenciales y asegurando condiciones dignas tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

Las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) poseen 114 puestos y centros de salud, de los cuales 101, es decir el 89% presentan condiciones de infraestructura muy deficientes, afectando consecuentemente la prestación de servicios asistenciales.

2.2.5. Aseguramiento

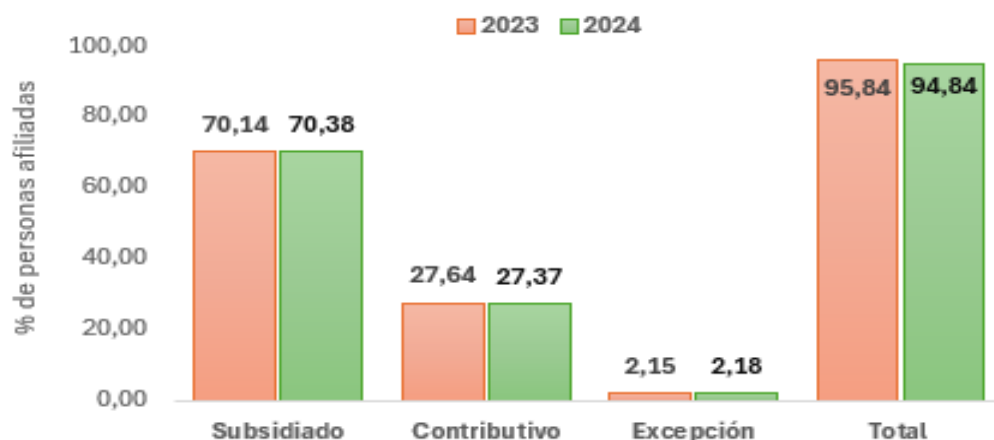
El porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia en el departamento de Magdalena muestra una mejora progresiva al pasar de 11,2% en 2019 a 9,1% en 2024, según información del DANE. No obstante, esta reducción no ha sido suficiente para cerrar las brechas territoriales, ya que el valor departamental continúa siendo 59% más alto que el promedio nacional, lo que evidencia persistentes desigualdades en el acceso a servicios esenciales para la población infantil.

En contraste, el acceso a los servicios de salud presenta una mejora más marcada, con una disminución de las barreras de acceso desde 13,2% en 2018 hasta 2,3% en 2024, lo que representa una reducción cercana a once puntos porcentuales en el periodo analizado. En este caso, el departamento registra un valor inferior al promedio nacional, lo que sugiere un cierre de brechas en el acceso a los servicios de salud, aunque persisten retos asociados a la calidad y oportunidad de la atención.

En salud, las coberturas de afiliación del SGSSS presentaron una leve disminución, al pasar de 95,8% en el periodo 2023-2024 (1.433.918 afiliados) a 94,84% en el periodo 2024-2025 (1.435.621 afiliados) de acuerdo con información preliminar del BDUA del 12/08/2025.

La afiliación se concentra principalmente en el Régimen Subsidiado que cubre el 70,38% de la población (1.010.382 afiliados), seguido del Régimen Contributivo con el 27,37% (392.978 afiliados) y el Régimen de Excepción con el 2,18% (31.254 afiliados). Un 0,07% corresponde a la población privada de la libertad -PPL- a través del INPEC (1.007 personas).

Figura1. Afiliación por régimen de salud. Magdalena 2023–2024



Fuente: Cubo BDUA – Sispro-Minsalud. Fecha de consulta octubre 2024.

Con respecto a la población migrante, el número de personas afiliadas al SGSSS con documento PEP y PPT, por entidad territorial, fueron reportados para el departamento de Magdalena un total de 44.666 migrantes afiliados, según lo publicado por el Banco Mundial en el documento *Magdalena 2024. Una mirada actual al contexto migratorio y sus determinantes sociales*.

En cuanto a la población indígena, ésta presenta avances relevantes hacia modelos organizativos más próximos a lo deseado en el marco de enfoque intercultural, con experiencias operando en el departamento, lo cual representa una oportunidad estratégica para fortalecer la articulación de acciones de salud pública y atención integral con enfoque étnico y territorial. El número de afiliados

experimentó una disminución en el 2024 de un 19% menos comparado con el año 2023 y de un 24% menos comparado con el año 2022.

Persisten retos asociados al desempleo, la informalidad y la precariedad laboral, lo que incrementa la vulnerabilidad socioeconómica de los hogares y limita el acceso efectivo a servicios esenciales, especialmente en población joven y municipios con alta ruralidad.

2.2.6. Condiciones de vivienda, entorno y servicios públicos domiciliarios

Según cifras de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE, en la vigencia 2021 el 59.7% de los hogares del Magdalena se encontraba en déficit habitacional, superior en 28.7 puntos porcentuales a la media nacional, este déficit es el resultado de la sumatoria de dos indicadores el déficit cuantitativo y el déficit cualitativo.

El déficit cuantitativo identifica a los hogares que habitan en viviendas con deficiencias estructurales y de espacio, por ello se hace necesario adicionar nuevas viviendas al inventario del departamento, garantizando así que los hogares que se encuentran en este déficit cuenten con viviendas adecuadas.

El déficit cualitativo identifica a los hogares que habitan en viviendas con deficiencias no estructurales, que requieren ser mejoradas para tener condiciones adecuadas de habitabilidad, por tanto, no se requieren viviendas nuevas, sino realizar intervenciones que corrijan las deficiencias.

Para el año 2021, 46 mil hogares en el departamento del Magdalena se encontraban en déficit cuantitativo de vivienda, lo que equivale al 11.3% de los hogares; adicionalmente, 199 mil hogares se encontraban en déficit cualitativo, que corresponde al 48.4%, ocupando el sexto lugar de los departamentos con mayor déficit cualitativo del país, para un total de 245 mil hogares en déficit habitacional en el Magdalena. (Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2021, actualizado 4 de mayo de 2022).

2.2.7. Deficiencia en el manejo de los residuos sólidos en los municipios del departamento del Magdalena.

La mayoría de los municipios en el departamento presenta serias deficiencias para la disposición y el aprovechamiento de los residuos sólidos generados. En lo que corresponde al componente de disposición final encontramos que municipios como concordia, Pedraza y Zapayán disponen sus residuos en botaderos a cielo abierto generando grandes afectaciones al medio ambiente, la salud pública y la calidad de vida de los habitantes.



Actualmente el departamento del Magdalena cuenta con 4 rellenos sanitarios; Parque Ambiental Palangana (Santa Marta), Ecosistema Sierra Nevada de Santa Marta (Aracataca, Fundación, Zona Bananera, El Retén), La María (Ciénaga y Pueblo Viejo), Ecosistema Ciénaga Grande de Santa Marta (Salamina, El Piñón, Cerro de San Antonio), con los cuales se logra beneficiar a cerca de 794.106 habitantes del departamento del Magdalena.

Tabla 2. Indicadores de las Condiciones de Vida de la población departamento de Magdalena

Determinantes de la salud	Colombia 2024	Dpto Magdalena 2024
Cobertura de servicios de electricidad 2023	92,70	69,33
Cobertura de acueducto 2022	74,48	48,09
Cobertura de alcantarillado 2022	65,3	29,13
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) 2024	12,87	16,05
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE) 2024	8,6	9,60
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE) 2024	9,1	21,00

Fuente: (1) SIU-UPME- 2022; (2) SIVICAP 2024; (3) DNP-DANE 2024

3. Situación de la garantía de derechos de las poblaciones vulnerables

En 2024 se registraron y procesaron 4.512.479 atenciones en salud, lo que representó un incremento del 15% frente a 2023 (3.934.794 atenciones), de los cuales 61% correspondieron a mujeres y 39% a hombres, evidenciando una mayor demanda de servicios por parte de la población femenina.

El análisis por curso de vida mostró variaciones moderadas frente a 2023, con aumento relativo en las etapas de adultez y vejez, mientras que las atenciones en población menor de 18 años disminuyeron. En términos de concentración de la demanda, los grupos que más utilizaron los servicios fueron las personas adultas de 29 a 59 años (37,2%) y las personas mayores de 60 años (27,6%), reflejando una carga creciente de atención asociada a condiciones crónicas y procesos degenerativos propios del envejecimiento poblacional.



Tabla 3. Comportamiento Epidemiológico Eventos de Interés en Salud Pública Colombia, Magdalena, 2023 – 2024

Eventos (Tasas de Letalidad x 100)	Colombia 2023	Magdalena 2023	Comportamiento									
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Intoxicaciones por fármacos y otras sustancias químicas 2023	0,66	0,35	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	
Sífilis congénita 2023	0,95	2,13	↗	↘	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	
Infección Respiratoria Aguda 2023	0,29	0,18	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	
IRAG inusitado 2023	1,42	1,49	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tuberculosis Pulmonar 2023	7,41	6,84	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	
Leptospirosis 2023	14,91	100,00	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	-	↘	
Dengue 2023	0,14	0,32	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	
Dengue Grave 2023	0,35	0,00	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	-	
Varicela 2023	0,03	0,18	↘	↗	↗	↘	↘	-	-	↗	↘	
Tasas de incidencia PDSP 2024 x 100.000 hab.	Colombia 2024	Magdalena 2024	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Tasa de incidencia de Dengue	937,56	244,87	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de D. Grave	9,00	1,52	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de incidencia de Leptospirosis	16,74	1,26	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de Chagas	7,21	0,47	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	
Tasa de incidencia de Sífilis Congénita* (1000 nv+mf)	2,50	3,11	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de Sífilis Gestacional *(1000 nv+mf)	22,00	26,35	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de VIH	36,71	21,10	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de Hepatitis B	4,93	3,25	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de incidencia de Malaria	0,00	2,57	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de Leishmaniosis	60,29	2,57	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de Accidente Ofídico	10,86	21,63	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de APTR	341,60	284,30	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de ETA	0,00	37,26	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	
Tasa de incidencia de Hepatitis A	8,33	0,52	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de Intoxicaciones	88,20	27,61	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de Tuberculosis	37,38	21,94	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de Lepra	0,48	1,05	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	
Tasa de incidencia de Parotiditis	10,03	2,41	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de Varicela	47,29	29,61	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de incidencia de EDA x 1000	53,10	40,77	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	
Tasa de incidencia de IRA x 1000	0,00	124,57	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	
Tasa de incidencia de VIF-VG	310,80	170,18	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	

Fuente: Cubo sispro.SIVIGILA.(consulta 12 de agosto 2025) y población DANE actualizada postpandemia (Los valores de incidencia no incluyen Santa Marta)

NOTA: Los valores de letalidad corresponden a los publicados en el repositorio del MSPS/SISPRO/reporteasis2 al año 2023 e incluyen a Santa Marta
La incidencia del año 2024 para el departamento se calculó con la información SIVIGILA de cierre oficial y proyecciones de población actualizadas por el DANE.
Los valores nacionales (Colombia) se obtuvieron de los informes finales 2024 de eventos publicados por el INS en su pagina www.ins.gov.co

3.1. Morbilidad atendida por Grandes Causas

La morbilidad atendida del departamento en el 2024 fue dominada por las enfermedades no transmisibles (ENT), que representaron 65,4% del total de atenciones. Las condiciones transmisibles y nutricionales aportaron 11,6% de las atenciones, siendo las infecciones respiratorias el grupo de mayor demanda dentro de esta categoría.

Por su parte, las lesiones de causa externa representaron 5,21% de las atenciones, manteniéndose relativamente estable en los últimos años. Finalmente, las condiciones maternas y perinatales representaron 1,91%, con una participación baja en el total, aunque epidemiológicamente relevantes por su impacto en eventos prevenibles y desenlaces materno-perinatales. Tres de cada veinte atenciones (15%) fueron mal clasificadas con variación de dos puntos porcentuales menos con respecto al año anterior y siete puntos menos con respecto al 2015.

El análisis integral de la morbilidad en el departamento de Magdalena evidencia un perfil sanitario complejo y heterogéneo, en el que confluyen patrones persistentes de enfermedad, acumulación de riesgos sociales y territoriales, y brechas en el acceso efectivo a servicios de salud, que trascienden la lectura puramente epidemiológica y se configuran como expresiones de inequidad estructural.

La morbilidad atendida por grandes causas y subgrupos muestra una alta demanda de servicios asociada tanto a enfermedades transmisibles como no transmisibles, con un peso relevante de condiciones prevenibles y controlables desde la atención primaria. Este comportamiento sugiere una utilización del sistema de salud centrada en la atención del daño más que en la prevención, lo que refleja limitaciones en la promoción de la salud, el control oportuno de riesgos y la continuidad del cuidado, especialmente en poblaciones socialmente vulnerables.

En cuanto a la morbilidad relacionada con la salud mental, se evidencia una carga creciente que afecta de manera transversal a distintos cursos de vida, con especial impacto en población joven y adulta en edad productiva. Este patrón se asocia a determinantes sociales como condiciones de pobreza, desempleo, violencia, consumo de sustancias psicoactivas y fragilidad de redes de apoyo, lo que posiciona la salud mental como un eje crítico de la morbilidad atendida y un reto prioritario para la respuesta institucional, tanto desde el sector salud como desde la acción intersectorial.

El análisis de la morbilidad en población étnica pone de manifiesto brechas persistentes en el acceso, la oportunidad y la pertinencia cultural de los servicios de

salud. La limitada disponibilidad de información actualizada y desagregada por pertenencia étnica constituye en sí misma una barrera para la planeación diferencial; sin embargo, los patrones observados permiten inferir una mayor vulnerabilidad asociada a condiciones históricas de exclusión social, dispersión territorial y limitaciones en la oferta de servicios con enfoque intercultural.

Respecto a la morbilidad por eventos de alto costo y condiciones precursoras, el departamento enfrenta una carga significativa de enfermedades crónicas que demandan seguimiento continuo, adherencia terapéutica y coordinación efectiva entre niveles de atención. La concentración de estos eventos evidencia no solo la transición epidemiológica en curso, sino también brechas en la detección temprana, el control de factores de riesgo y la gestión integral de la enfermedad, lo que incrementa la presión financiera y operativa sobre el sistema de salud.

La morbilidad en población migrante refleja un perfil diferenciado, caracterizado por una alta demanda de servicios en condiciones de vulnerabilidad social, laboral y administrativa. La condición migratoria se asocia a barreras de acceso, discontinuidad en la atención y subregistro de eventos, lo que incrementa el riesgo de agravamiento de enfermedades y dificulta la implementación de estrategias sostenidas de prevención y control, particularmente en territorios con alta movilidad poblacional.

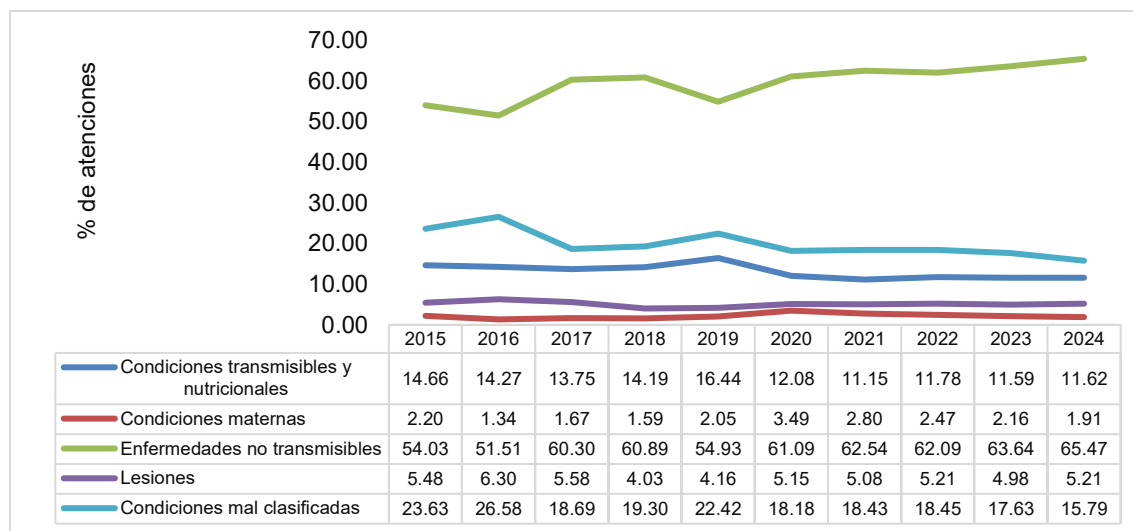
En relación con los eventos de notificación obligatoria, el análisis evidencia la persistencia de municipios ubicados de manera recurrente en los cuartiles superiores de incidencia, lo que confirma la existencia de territorios con mayor exposición al riesgo y vulnerabilidad estructural. Este comportamiento no responde únicamente a factores biológicos o ambientales, sino que refleja brechas en la gestión del riesgo, la capacidad resolutive del sistema y la efectividad de las intervenciones de salud pública, incluyendo la vigilancia, la prevención y la respuesta institucional.

Finalmente, la morbilidad en población en condición de discapacidad muestra una alta carga funcional, con predominio de discapacidades psicosociales, físicas e intelectuales, y una proporción relevante de discapacidad múltiple. Este perfil evidencia procesos acumulativos de exclusión social, barreras de acceso y limitaciones en los servicios de rehabilitación e inclusión, configurando la discapacidad no solo como una condición de salud, sino como un resultado de inequidades sociales a lo largo del curso de vida.

En conjunto, se puede concluir que la morbilidad en el departamento de Magdalena está fuertemente determinada por condiciones sociales, económicas, territoriales y poblacionales, que interactúan y se refuerzan entre sí. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la atención primaria en salud, la gestión integral

del riesgo, la articulación intersectorial y el enfoque diferencial, como pilares fundamentales para reducir las brechas en salud y avanzar hacia una respuesta más equitativa, oportuna y sostenible.

Figura 2. Morbilidad Atendida por Grandes Causas. Departamento de Magdalena 2015-2024



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS, cubo Morbilidad ASIS-Sispro-Minsalud-09/09/2025

Tanto en hombres como en mujeres predominaron las Enfermedades No Transmisibles como causa principal de atención, con proporciones cercanas a 63% en hombres y 67% en mujeres. Sin embargo, las condiciones transmisibles muestran mayor participación en hombres, al igual que las lesiones por causas externas, lo cual evidencia diferencias de riesgo asociadas a exposición ocupacional, estilos de vida y dinámicas sociales diferenciales entre ambos sexos.

3.2. Eventos con mayor alerta por letalidad.

La letalidad se analiza con corte a 2023, último año oficialmente consolidado y comparable dispuesto en indicadores nacionales del MSPS/SISPRO/reportesasis2. Para complementar el análisis del riesgo, se incluyen figuras con tendencia de notificación y distribución territorial de la incidencia hasta 2024 (SIVIGILA), interpretadas en el marco de la ruralidad, dispersión poblacional, variabilidad climática e inundaciones, así como de las barreras de acceso que condicionan la atención oportuna en el territorio.

Dentro de los eventos cuya letalidad se encuentra por encima de los valores nacionales, se resalta la **leptospirosis**, cuyo indicador en 2023 fue del 100,0% en el departamento de Magdalena, superior al referente nacional (14,91%) en el mismo



año, de alto impacto sanitario, lo cual sugiere no solo la gravedad del evento, sino también los posibles factores asociados al evento como diagnóstico tardío, subestimación clínica inicial, barreras de acceso oportuno a servicios, limitaciones en confirmación y la progresión a formas graves en contextos de alta vulnerabilidad.

Otro evento de alta letalidad es la Sífilis Congénita, cuya tasa en el 2023 fue de $2,13 \times 1000$ nacidos vivos + muertes fetales, frente al valor nacional ($0,95 \times 1000$ n.v. + m.f.)³, lo cual evidencia persistencia de la transmisión materno-infantil y deficiencias en el desempeño de acciones clave como tamizaje oportuno, tratamiento adecuado de la gestante y su pareja y seguimiento en control prenatal. En ese sentido, el comportamiento del evento no se interpreta únicamente como una condición biológica o un evento clínico, sino un trazador de fallas del sistema, de inequidad territorial y de gestión del riesgo individual.

En cuanto a la tasa de incidencia en 2024, en el departamento se estimó en $3,11 \times 1000$ n.v.+m.f. equivalente a 30 casos notificados en Sivigila, valor superior tanto al indicador nacional ($2,50 \times 1000$) como a la meta establecida por la OPS para la eliminación de la SC ($<0,5 \times 1000$ n.v.+m.f.). La tendencia observada es creciente, por lo cual evidencia un comportamiento desfavorable del evento.

En resumen, la sífilis congénita en 2024 se configura como un evento trazador de brechas en aseguramiento, captación prenatal y continuidad del cuidado, con expresión marcada en zonas rurales y población socialmente vulnerable. Adicionalmente, el comportamiento observado en los últimos años muestra una tendencia creciente, en lugar de la reducción esperada, lo cual sugiere que las acciones implementadas no han sido suficientes para modificar de manera sostenida el riesgo de transmisión materno infantil. Estos resultados respaldan la priorización del evento en el marco de la gestión del riesgo por parte de las EAPB, con énfasis en indicadores trazadores del control prenatal, particularmente la serología trimestral en gestantes y la oportunidad del tratamiento durante la gestación.

En el caso de la Tuberculosis Pulmonar, el departamento muestra una letalidad cercana al valor nacional, sin embargo, por su carga epidemiológica y su vínculo con inequidades sociales, permanece como evento de alta relevancia sanitaria y programática.

Aunque los indicadores oficiales de letalidad se analizan año disponible (2023), el comportamiento reciente de la notificación permite complementar el análisis del riesgo y reconocer la distribución territorial del evento. En 2024 se mantiene un nivel

³ Fuente: MSPS-SISPRO-Reporte ASIS II. Tabla 10. Letalidad

elevado de casos, con una tasa departamental cercana a 21,94 por 100.000 habitantes.

3.3. Aumento Mortalidad Materna, y en menores de cinco por EDA, IRA y DNT

La mortalidad en el departamento de Magdalena presenta un comportamiento relativamente estable en los últimos años, al excluir los años atípicos asociados a la pandemia Covid-19.

En 2024 se observó un incremento del 4% respecto a 2023 y una reducción cercana al 10% frente a 2020; sin embargo, al comparar con el año pre pandémico 2019, el departamento experimenta un incremento del 19%, lo que sugiere que la mortalidad general aún no retorna a los niveles observados antes de la pandemia, evidenciando un patrón estructural de mayor riesgo de muerte en el territorio.

Durante el año 2024 se registraron 6.939 defunciones en el departamento de Magdalena, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 458,4 por 100.000 habitantes. Al excluir las defunciones ocurridas en el Distrito de Santa Marta, el total departamental asciende a 3.875 muertes, con una tasa menor de 406,8 por 100.000 habitantes

La Mortalidad por IRA en menores de 5 años experimentó diferencia significativamente alta por tercer año consecutivo como se observa en la tabla 29, semaforizada en rojo y la Mortalidad por Desnutrición en el menor de 5 años que continúa con el mismo riesgo alto de hace quince años sin que mejore la situación crítica con la que tiene que compararse año tras año con el país.

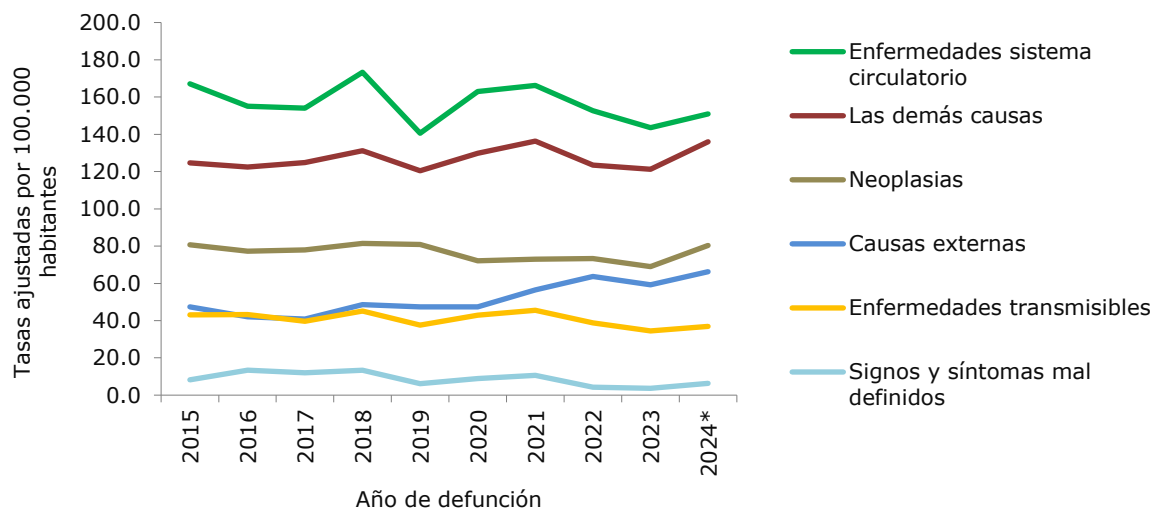
3.4. Mortalidad por grandes causas

El análisis de la mortalidad general por subgrupo de grandes causas se realiza con base en el total de defunciones del departamento de Magdalena, incluyendo el Distrito de Santa Marta, en coherencia con la disponibilidad de las tasas ajustadas por edad, las cuales se calculan para el departamento de Magdalena en general sin extraer los datos del distrito de Santa Marta.

Así, del total de defunciones 2024 en el departamento (6939 defunciones), el 31% corresponden a **enfermedades del sistema circulatorio**, las cuales se mantienen como la principal causa de muerte durante todo el período analizado, con un comportamiento relativamente estable en los últimos años, con fluctuaciones leves

y una tendencia más bien al descenso desde el periodo prepandémico, sin incrementos abruptos sostenidos.

Figura 5. Tasas de mortalidad ajustada por edad por grandes causas en el departamento de Magdalena 2015 - 2024



Fuente: DANE: Cubo-Sispro-Minsalud-Reporte1 – Tasas ajustadas x 100.000 hab

Las **enfermedades transmisibles** muestran un comportamiento claramente atípico durante 2021, asociado al impacto de la pandemia por COVID-19, seguido de una reducción sostenida en tasas y número de muertes en los años posteriores, sin retornar aún a los niveles prepandémicos.

Las **causas externas** experimentan una tendencia fluctuante pero claramente creciente a lo largo del período analizado, con incremento sostenido de las tasas desde 2020. Este comportamiento refuerza su carácter altamente prevenible y su estrecha relación con determinantes sociales, contextuales y de seguridad.

Las **neoplasias** muestran una disminución de las tasas ajustadas de mortalidad durante los años pandémicos, pese al aumento de defunciones, el cual sugiere el efecto combinado del ajuste por edad y del impacto diferencial de la mortalidad por COVID-19 en población con cáncer. En 2024 se observa un repunte tanto en el número absoluto de defunciones como en la tasa ajustada, acercándose nuevamente a los valores observados en el período prepandémico.

Por último las **demás causas** muestran un comportamiento variable, con incrementos durante el período pandémico y oscilaciones posteriores en las tasas



ajustadas. Este patrón sugiere heterogeneidad de eventos y sensibilidad a cambios en el acceso a servicios, diagnóstico y registro.

Este comportamiento confirma que la mortalidad en el departamento responde a la interacción de determinantes sociales, territoriales y de gobernanza, donde persisten brechas en la prevención, la detección temprana y la continuidad del cuidado. En este sentido, la semaforización permite identificar eventos trazadores que requieren una priorización sostenida desde la gestión del riesgo y la planeación territorial en salud.

En 2024, el análisis comparativo muestra excesos relativos de riesgo en eventos específicos: la mortalidad por enfermedades transmisibles fue 23% mayor que el promedio nacional; la diabetes mellitus, 41% mayor; las agresiones (homicidios) 46% mayor; y los tumores malignos de la próstata, 23% mayor (Tabla 33).

En este marco, los resultados de la semaforización de la mortalidad general orientan el análisis hacia eventos prioritarios y evitables, destacándose la mortalidad materna, infantil y en la niñez como un eje clave para la comprensión del riesgo y la respuesta del sistema de salud.

Tabla 4. Semaforización de la Mortalidad Materna e Infantil en el departamento de Magdalena 2019 – 2024

Indicadores	Colombia 2024	Dpto Magdalena 2024	Comportamiento					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna	45,60	44,14	↗	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	6,63	7,06	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	10,48	11,10	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,22	13,37	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,55	5,88	↘	↘	↘	↗	↘	↘

Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,47	3,67	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,51	10,29	↗	↘	↗	↗	↘	↘

Fuente: Elaboración a partir de Cubo-Indicadores-Sispro-Minsalud consultado 19-11-2025

En conclusiones el análisis de la mortalidad en el departamento de Magdalena evidencia un patrón complejo y dinámico, en el que convergen enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, causas externas y eventos del curso de vida materno-infantil, configurando un escenario coherente con una transición epidemiológica en curso, atravesada por persistentes desigualdades sociales, territoriales y de género.

La semaforización de la mortalidad general permitió identificar avances relativos en algunos eventos, pero también rezagos significativos en causas altamente evitables, como las agresiones (homicidios), la diabetes mellitus, determinados tipos de cáncer y la mortalidad por enfermedades transmisibles, lo que refleja brechas estructurales en la prevención, la detección temprana y la continuidad del cuidado, así como limitaciones en la efectividad de la respuesta institucional.

3.5. Altos índices de embarazo en adolescentes

Los embarazos no deseados en adolescentes son una problemática multifactorial que afecta a la niñez, infancia y juventud. El embarazo no deseado en adolescentes está relacionado a contextos de pobreza, desigualdad en oportunidades educativas y laborales, lo que incide en mayor afectación al proyecto de vida de estas, y sus familias.

El embarazo en adolescente en el departamento superó hasta un 61% el valor de la media nacional en niñas de 10 a 14 años en el 2020 y fue la más alta de la Región Caribe, con especial afectación la subregión Centro cuyas tasas de fecundidad en estas niñas superan hasta dos veces el patrón nacional. En mujeres de 10 a 19 años la tasa de fecundidad se aleja cada vez más del indicador país.

En el 2021, se registraron 184 nacimientos en menores de 10 a 14 años; y 3.768 en adolescentes de 15 a 19 años; lo que representan el 28,6% del total de los nacimientos, representando un aumento leve en relación con el 2020 que fue de un 28,4% (Secretaría De Salud Departamental, 2021). Según las Naciones Unidas (2018), existe una preocupante tendencia ascendente en los embarazos de niñas de 14 años o menos. Estos embarazos son especialmente alarmantes ya que constituyen una evidente y grave vulneración a sus derechos fundamentales y se

encuentra tipificado como delito dentro del Código Penal colombiano al considerarlo un hecho constitutivo de violencia sexual.

Además, los embarazos en niñas menores de 14 años invisibilizan una serie de abusos y violencias, que generan consecuencias físicas y emocionales, afectando la vida y la salud de las menores, la mayoría de los casos de estos abusos se dan en el contexto familiar, por lo que es indispensable fortalecer los programas y estrategias que les proporcionen herramientas a los niños, niñas y adolescentes, y a sus familias para protegerse de abusos y tomar mejores decisiones en pro de su bienestar físico y psicológico.

3.6. Bajas coberturas de Vacunación en población menor de 5 años

Las coberturas administrativas de vacunación estuvieron por debajo del 90% en el 2020 no siendo óptimas para ninguno de los biológicos en el departamento de Magdalena.

En el 2021 todas las coberturas aumentaron sin superar 95%; así para la vacuna contra el Sarampión-Rubéola-Paperas (Triple Viral) en población de 1 Año Única Dosis, la cobertura fue de 93,6% similar a la de años anteriores. La Antituberculosa (BCG) en el recién nacido aumentó seis puntos porcentuales más llegando a 92,5% siendo la cobertura más alta de los últimos años.

3.7. Aumento de la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes

La violencia sexual es una de las formas más denigrantes y crueles con las que se vulneran los derechos de niños, niñas y adolescentes. Es considerada una de las manifestaciones más severas de desigualdad entre hombres y mujeres y entre adultos y niños, niñas y adolescentes, que atenta contra la dignidad humana y la integridad.

La violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes comporta una grave violación a los derechos humanos, atentando contra los derechos a la vida, la libertad, la dignidad, la integridad, la igualdad, la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos. Se ejerce a través de acciones y comportamientos que tienen como objetivo lesionar, degradar, humillar, ejercer presión o dominio sobre una persona y su sexualidad (fiscalía general de la Nación, 2016) mediante el uso de la fuerza, el miedo, la manipulación, la intimidación y el engaño, entre otras formas de coacción, de las que se vale quien violenta sexualmente. (Diagnóstico, PDD Magdalena Renace 2020-2023).

En el Magdalena, los casos reportados por violencia de género e intrafamiliar han ido aumentando significativamente, es una realidad que hoy afecta a cientos de niños, niñas, jóvenes, familias y población vulnerable. El análisis por ente territorial

evidencia que el 67% de los casos se presentan en el casco urbano, el 27,4 en el centro poblado y el 5,3 zona rural dispersa. Fuente: Secretaría de Equidad y Poder Popular del Departamento del Magdalena.

Teniendo en cuenta los datos anteriores se puede observar que los casos de violencia van en aumento comparado con la totalidad que se presentó en el año anterior. Para el año 2020 se reportaron 573 casos y para el 2021 un total de 758, un aumento significativo si se mira de forma comparativa. Por lo tanto, es una alerta para la institucionalidad departamental, la necesidad de desarrollar acciones de promoción de los derechos de niños, niñas y adolescentes, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de las peores formas de trabajo infantil, violencia y explotación sexual, reclutamientos forzados, entre otras.

- Protección integral a las niñas, niños y adolescentes e impulso a sus proyectos de vida con propósito y en igualdad de oportunidades
- Prevención del reclutamiento, utilización, uso y violencia sexual contra la niñez • Universalización de la atención integral a la primera infancia
- Modernización del Sistema Nacional de Bienestar Familiar
- Salud integral y estado de bienestar para la juventud

3.8. Persistencia de la violencia de género e intrafamiliar

Por violencia intrafamiliar se entiende cualquier acción u omisión en el seno de la familia, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial a alguno de sus miembros. Las consecuencias en las mujeres y familias, es realmente trágico, incluso hay muchos casos donde el daño es irreparable con la pérdida de la vida. En la siguiente gráfica, podemos ver los tipos de violencia a las que se ven expuestos los NNA y jóvenes, así como el porcentaje de afectación por ciclo vital.

También se puede observar que el mayor número de casos de violencia ocurren en el rango de edad de 12 a 17 años y posteriormente la primera infancia de 0 a 5 años. (Fuente: Secretaría de Equidad y Poder Popular del Departamento del Magdalena) Así mismo, se puede observar el mapa de riesgo del Departamento del Magdalena, con Municipios como Plato, Santa Ana, Ciénaga, Zona Bananera, Algarrobo, el Retén y Guamal se encuentran en estado Crítico. Mientras que Remolino, Salamina, Chibolo, Santa Bárbara de Pinto, San Zenón y Pedraza presentan riesgo bajo.

Como se puede ver, este es un flagelo que afecta todas las subregiones del departamento. De acuerdo con las estadísticas presentada por la secretaria de Salud Departamental, es clara la inminente necesidad de fortalecer las acciones de prevención y la oferta institucional para la atención de la violencia.

3.9. Aumento del consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de drogas se convierte en la actualidad en un problema relevante que se vincula con otros factores de carácter económico, cultural, social y de salud. En este fenómeno, los adolescentes se identifican como una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad, dado que en esta fase suelen reclamar mayor grado de independencia, autonomía e individualidad, aunque principalmente dependan de sus padres y sean ellos un factor determinante en la “crisis del adolescente”. En este punto el consumo de sustancias adictivas por la población adolescente asume un origen multifactorial, los que serán más severo cuando provengan de hogares disfuncionales o multiproblemáticos.

Los argumentos antes expuestos tienen un impacto en la sociedad, y principalmente en el adolescente que atraviesa por periodos cambiantes, de salud, de humor y pocos hábitos, es ahí donde en muchos casos no pueden reforzar la estabilidad emocional y física siendo blanco fácil de las drogas. El enfrentarnos a la situación de confinamiento por la enfermedad de Covid 19 durante 2 años, ha generado el aumento significativo de alteraciones emocionales en la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, conflictos intrafamiliares y violencia buscando otras alternativas de solución o formas de canalizar sus conflictos y emociones.

El análisis por ente territorial evidencia que la mayor proporción de las atenciones en salud mental las recibe la población residenciada en el Distrito de Santa Marta, en donde se concentran los servicios de mediana y alta complejidad que requieren algunas de estas personas y el acceso de su población es mejor, mientras que en los municipios más dispersos y distantes de la capital tienen barreras de acceso por las distancias que deben recorrer para recibir la atención necesaria. Excluyendo al DTCH del análisis, la subregión Norte aporta el 32% de las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento, 25% de las atenciones por epilepsia y 12% por trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas, mientras que la subregión Río aporta la menor proporción en cada una de ellas.

3.10. Intentos de suicidio y suicidio

Por otra parte, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es un problema de salud pública que provoca la muerte de 800.000 personas cada año en todo el mundo. El Ministerio de Salud y Protección Social (2018) define el suicidio como “toda muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, entre otros), con evidencia, explícita o implícita, de querer provocar el propio fallecimiento” también factores hereditarios, esquemas emocionales frágiles, presión social y consumo de sustancia psicoactiva –SPA-.

Desde el punto de vista médico, intento de suicidio es una conducta potencialmente lesiva auto infligida y resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta

puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. Mientras que el suicidio, es la muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o corto punzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue auto infligida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias (Boletín de salud mental Conducta suicida, Ministerio de Salud de Colombia, 2018)

Para el año 2020 se notificaron 1220 casos y para el año 2021 129 casos.

3.11. Reclutamiento, utilización y violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes por grupos ilegales

El reclutamiento ilícito, uso, utilización y violencia sexual de niñas, niños y adolescentes sigue siendo una de las violaciones de derechos humanos más graves, extendidas e invisibles, en el marco de la violencia armada y la presencia de economías ilegales en el país. Esta problemática, se da tanto en el ámbito rural como en el urbano, en donde la población rural perteneciente a pueblos y comunidades campesinas e indígenas es la más vulnerable.

Las nuevas dinámicas asociadas a las economías ilegales y la reorganización de grupos y bandas criminales generan nuevos escenarios de riesgos para las niñas, niños y adolescentes (PDD Magdalena Renace 2020-2023).

3.12. Trabajo Infantil

Es evidente que, para responder coherente y eficazmente al problema del trabajo infantil, si bien es cierto requerimos sistemas de protección social garantes de los derechos de la infancia también es imprescindible un mayor acceso de los más vulnerables a servicios básicos de calidad, así como del acceso al empleo decente, por esta razón el Estado colombiano está comprometido con la reducción drástica de la pobreza, el acceso a una educación de calidad y pertinente, dar empleo de calidad a los adultos responsables de los niños, niñas y adolescentes, acabar con las normas sociales que naturalizan y legitiman el trabajo infantil, realizar estrategias de comunicación para erradicar el trabajo infantil, promover y prevenir el trabajo infantil y conmemorar el día mundial contra el trabajo infantil

Los niños, últimas víctimas de la manipulación familiar, son el grupo sobre el que se sustenta la mendicidad organizada. Más del 60% de los que la ejercen son menores de edad. El componente infantil en la mendicidad familiar es preponderante, es el elemento básico que activa la atracción de la limosna, por ello, se explota especialmente a los niños de edades comprendidas entre los dos y los

cinco años, e incluso, a los niños en edad lactante pues facilitan mucho más la actitud lastimera.

3.13. Niños, niñas y adolescentes en situación de calle y trabajo infantil

La población de primera infancia, infancia y adolescencia en 2018 según el Censo de Población y vivienda corresponde al 37% (466.732) de la población total del Departamento del Magdalena, constituyéndose en un segmento poblacional significativo y prioritario por la demanda de oferta de servicios como por su potencial y relevancia en el desarrollo económico, social y político.

De acuerdo con la información reportada por el ICBF, en su estrategia de equipos móviles de protección en el año 2019 fueron identificados 86 casos de niños, niñas y adolescentes afectados por este flagelo y 179 casos en situación de mendicidad, Vida en calle y alta permanencia en calle. Siendo el Distrito de Santa Marta donde se detectó mayor presencia de niños, niñas y adolescentes –NNA-trabajadores con una alta incidencia de población migrante venezolana.

En el periodo 2010 a 2019 de atendieron 72 casos por motivo de trabajo Infantil de los cuales 43 casos se presentaron en el rango de edad de 12 a 17 años.

3.14. Otras Poblaciones con un Enfoque Diferencial

En el contexto del diseño y la implementación de políticas de desarrollo departamental, es importante reconocer y abordar las disparidades en el acceso a la salud que enfrentan las poblaciones vulnerables. El departamento del Magdalena, al igual que muchas regiones del país, se enfrenta a desafíos significativos en términos de equidad en el acceso a la atención médica y la salud pública, agudizados por factores socioeconómicos, geográficos y culturales.

La inclusión de las poblaciones vulnerables en el diagnóstico de salud del plan de desarrollo departamental reviste una importancia fundamental desde una perspectiva ética, legal y de eficacia en la gestión pública. Estas poblaciones, que incluyen (pero no se limitan) a personas en situación de pobreza, comunidades indígenas, afrodescendientes, personas en situación de discapacidad, gestantes, niños y niñas en situación de vulnerabilidad, así como adultos mayores, entre otras que se expondrán a continuación, enfrentan obstáculos únicos que limitan su acceso a servicios de salud de calidad y que a menudo resultan en desenlaces de salud desfavorables.

Al destacar la importancia de la inclusión de estas poblaciones en el diagnóstico de salud, se reconoce la necesidad de adoptar un enfoque holístico que considere las múltiples dimensiones que influyen en la salud de estas comunidades.



Como se indicó al inicio del presente diagnóstico, teniendo en cuenta el concepto de salud que invita a hacer un abordaje integral más allá de la ausencia de enfermedad. Esto implica no solo analizar indicadores epidemiológicos y de acceso a servicios de salud, sino también comprender los determinantes sociales, culturales y económicos que contribuyen a las disparidades en salud.

La atención adecuada a las poblaciones vulnerables en el diagnóstico de salud del plan de desarrollo departamental del Magdalena es esencial para garantizar la movilización frente a la equidad en el acceso a la atención médica y promover el desarrollo humano sostenible en la región. Del mismo modo, al identificar las necesidades específicas de estos grupos y diseñar intervenciones y políticas que respondan a dichas necesidades, se contribuye no solo a mejorar los indicadores de salud, sino también a fortalecer la cohesión social, reducir las brechas de desigualdad y fomentar el desarrollo inclusivo y sostenible en el departamento del Magdalena, tal como se estableció en el plan de gobierno actual.

A continuación, se presenta una breve caracterización de la población y la identificación de problemáticas alrededor.

3.15. Atención en salud de la población étnica NARP

La población NARP, (Negros, Afro, Raizales y Palenqueros) comprende al conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, tradiciones y costumbres por medio de las cuales dejan ver la identidad que las distinguen de otros grupos étnicos. De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, en el departamento del Magdalena el 3,6 % (106.318) de la población se autor reconoce como perteneciente a las comunidades NARP, arraigadas culturalmente a través de la conformación de organizaciones, asociaciones o consejos comunitarios NARP en los municipios de Pueblo Viejo, Zona Bananera, El Reten, Ciénaga, Sabanas De San Ángel, Algarrobo, Pedraza, El Piñón, Sitio Nuevo, El Banco, Ariguaní, Fundación, Aracataca, y Santa Barbara De Pinto.

Para el 2021 en Colombia cerca de 3 millones de personas se auto reconocen como pertenecientes a una comunidad étnica NARP, distribuidas de la siguiente manera, el 98,9% corresponde a población que se reconoce como Negra, Mulata, Afrodescendiente y Afrocolombiana; el 0,8% se reconoce como población Raizal y el 0,2% como población Palenquera, información de los Boletines Poblacionales Población NARP Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección.

En este sentido se implementarán estrategias que permitan la identificación de la problemáticas y necesidades de salud desde la asistencia, atención, protección, equidad, oportunidad y disponibilidad que garanticen el acceso a servicios de salud de manera integral y vida digna, con el fin de realizar el fortalecimiento y promoción a la atención en salud de calidad incorporando los saberes y medicina ancestral,

parteras, sobadores y etnobotánica, garantizando sus derechos étnicos y territoriales para superar las situaciones de discriminación, limitantes económicos, marginalidad y exclusión, potenciando las capacidades de los diferentes actores del sistema de salud que promuevan la atención de calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales, que garanticen el goce efectivo del derecho a la salud, la cual se aplicará de manera concertada, respetando sus costumbres y protección de la identidad cultural como grupo étnico.

3.16. Población con discapacidad:

Baja cobertura en la valoración de certificación de discapacidad.

En 2024, el departamento de Magdalena registró 5.938 personas en condición de discapacidad, con predominio del sexo masculino (61,0%), según el RLCPD–SISPRO. La mayor proporción corresponde a discapacidad psicosocial (mental) y discapacidad física, ambas con alta carga funcional y diferencias moderadas por sexo, seguidas por la discapacidad intelectual. Casi la mitad de las personas presentan discapacidad múltiple, lo que evidencia una acumulación de limitaciones y mayor complejidad en las necesidades de atención.

**Tabla 6. Distribución de personas en condición de discapacidad.
Departamento de Magdalena, 2024**

Tipo de discapacidad	Hombres		Mujeres		Total		NR/ ND
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Física	1730	47,7	1236	53,4	2966	49,9	12
Visual	502	13,9	305	13,1	807	13,6	4
Auditiva	332	9,1	269	11,6	601	10,1	2
Intelectual	1656	45,7	1090	47,1	2746	46,2	16
Psicosocial (Mental)	1934	53,3	1082	46,7	3016	50,8	19
Sordoceguera	18	0,5	5	0,2	23	0,4	0
Múltiple	1769	48,8	1109	47,9	2878	48,5	15
Total de personas	3624		2314		5938		68

Fuente: Nuevo Registro de Personas con Discapacidad-RLCPD-SISPRO-MSPS. [Corte 08/08/2025](#)

NOTA: Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%

La distribución por tipo de discapacidad muestra que el mayor porcentaje se encuentra en la categoría física, representando un 49,9%. Este grupo incluye a personas que presentan deficiencias corporales y/o funcionales de manera permanente, abarcando áreas tales como el músculo esquelético, neurológico y tegumentario, ya sea de origen congénito o adquirido. Esta categoría también engloba a aquellos individuos que experimentan pérdida o ausencia de alguna parte

de su cuerpo, así como aquellos que padecen desórdenes del movimiento corporal.

A continuación, la categoría múltiple representa un 48 % del total de personas con discapacidad. Esta categoría se caracteriza por la presencia de dos o más deficiencias asociadas, ya sean de orden físico, sensorial, mental o intelectual. Dichas deficiencias tienen un impacto significativo en el desarrollo, las capacidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje de estas personas. Por consiguiente, requieren de apoyos generalizados y permanentes para su atención y desarrollo integral

La certificación de las personas en situación de discapacidad en el departamento del Magdalena adquiere una relevancia crucial en el marco de políticas inclusivas y de atención integral. En este sentido no solo permite una identificación precisa de sus necesidades y condiciones de salud, sino que también facilita el acceso a programas, servicios y recursos destinados a su atención y bienestar. Garantizar una certificación adecuada y oportuna no solo es un acto de justicia social, sino también un paso fundamental hacia una sociedad más inclusiva y equitativa para todos los miembros en el departamento.

3.17. Baja cobertura en la atención integral del adulto mayor en situación de vulnerabilidad

En el departamento del Magdalena se encuentran en funcionamiento cuatro centros vida-días los cuales se encuentran en los municipios de Banco, Guamal, Santa Bárbara de Pinto y sabanas de San Ángel

Actualmente dentro de los centros visitados en el año 2024 solo se están beneficiando alrededor de 95 adultos mayores de las 135.757 personas mayores de 60 años que se proyectaron para el 2023 según fuente proyección DANE 2022; es quiere decir, que solo se están beneficiando de una atención integral el 0.18% de esta población.

3.18. Situación de la población víctima del conflicto armado

Caracterización de la población víctima en el Magdalena

En el departamento del Magdalena, de acuerdo con el Registro Único de Víctimas (RUV, 2024), el conflicto armado ha vulnerado derechos de 527.635 víctimas (víctimas de ocurrencia), de las cuales 466.480 relataron estos hechos en el departamento (víctimas por declaración) y 362.993 habitan actualmente el territorio magdalenense (víctimas por ubicación). A continuación, se presenta información consolidada de los hechos victimizantes ocurridos en el departamento del Magdalena desde el año 1985 hasta la fecha, reconocidos en el Registro Único de Víctimas (RUV) de la Unidad para las Víctimas.

4. CAPITULO III: TRANSFORMACIONES DE PROBLEMATICAS EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DENTRO DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL:

4.1. Mal estado de la infraestructura de la red pública hospitalaria departamental

La adecuada y suficiente infraestructura hospitalaria y el fortalecimiento de la institucionalidad para la prestación del servicio de salud que se evidencian en el cumplimiento de la aplicación de las guías clínicas de atención, la oportunidad del servicio y alta implementación de la Rutas Integrales de Atención, que inciden en la disminución de la mortalidad materna evitable (RMM), la mortalidad evitable en menores de 5 años, la mortalidad por dengue, la mortalidad por Tuberculosis Pulmonar y por VIH/Sida.

Lo cual dará origen a modificar lo detectado en las mesas participativas donde el 13% de los asistentes expresó la conformidad en la respuesta a la solicitud de los servicios independiente del evento como tal y en términos generales dicen que la atención es buena, y un 16% dice que hay superación de la tramitología que se consideraba una barrera para la atención con citas oportunas de menos de 3 días de espera. Y que el 5% de los participantes que en las mesas manifestó un déficit de recurso calificado para la atención en salud presenta confianza para atenderse en la red del departamento en todos los niveles de complejidad con citas de mediana y alta complejidad con oportunidad y suficiencia al igual que el acceso a las tecnologías diagnósticas y medicamentos en su propio entorno incluidos los de alto costo.

4.2. Desarticulación de la red pública hospitalaria en el departamento del Magdalena

En consonancia con lo anterior existe una articulación de la red pública hospitalaria que se compone de un total de 34 hospitales en la jurisdicción, donde 27 están bajo la administración directa de la gobernación del Magdalena. Dicha articulación se manifiesta como un desafío multifacético que compromete la eficacia y eficiencia en la atención sanitaria, la cual refleja una alta de coordinación integral e integrada de la prestación de servicios de salud.



La superación de la carencia de articulación se traduce en una distribución eficiente de recursos, personal de salud y equipamiento, generando calidad de la atención brindada.

La apropiación de protocolos y manuales de procesos estandarizados y la fluidez en la comunicación entre las instituciones de salud contribuyen a la integralidad de los servicios, aumentar la capacidad de respuesta ante emergencias y la optimización de recursos.

Es evidente que implementar estrategias de integración y coordinación tanto a nivel administrativo como en la prestación de servicios para fortalecer la cohesión y sinergia en la red hospitalaria del departamento del Magdalena. Esta integralidad se ve respaldada por las políticas del Gobierno Nacional desde el año 2023, las cuales están acompañando el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con recursos de cofinanciación destinados al mejoramiento de infraestructura, dotación y operación de equipos extramurales. Estas medidas lograron optimizar la cobertura en espacio territorial, población y servicios médicos resolutivos, logrando mejores resultados en el cuidado de la salud y una percepción favorable por parte de la ciudadanía.

En este contexto, se destaca especialmente la importancia de la Gestión Social Integral, la cual implica un enfoque holístico que va más allá de la atención médica tradicional. Los programas de salud financiados incluyen todas las poblaciones y problemáticas sociales del territorio, desde gestantes y primera infancia hasta adultos, abordando temas como el embarazo adolescente, la desnutrición infantil, la violencia de género y el desplazamiento forzado. Además, se contempla la construcción de un Sistema de Información Social que identifique poblaciones y necesidades, así como la creación de espacios de coordinación y concurrencia de esfuerzos a nivel municipal, regional y departamental.

De acuerdo con lo anterior se espera que los equipos de Médico en tu Casa lideren activamente la Gestión Social Integral, interviniendo en programas para la primera infancia, juventud, enfoque diferencial de género, derechos de la población con discapacidad, emprendimiento y mejoramiento de condiciones de vivienda. Se espera que el sector salud, con sus recursos y talento humano, promuevan programas que fortalezcan la relación entre el gobierno y las comunidades, adoptando un enfoque político de cuidado de la vida y promoción de la organización y movilización social a través de agentes comunitarios de salud en el territorio.

Gestionar y ejecutar Proyectos de adecuaciones menores: 3 Hospitales (Guamal, Concordia y Sitio Nuevo), 32 Puestos y Centros de Salud (Cerro de San Antonio, Ciénaga, Salamina, Plato, Sabanas de San Ángel, Santa Bárbara de Pinto, Tenerife,



San Sebastián de Buenavista, Pedraza, Zona Bananera, Remolino, Pijiño del Carmen, Pueblo Viejo, Ariguani, San Zenón, Nueva Granada).

Proyectos de Construcción de Hospitales: 2, Hospital Local de San Zenón y Hospital Local de Pijiño del Carmen.

Seguimiento de la ejecución de proyectos de adecuaciones menores, recursos asignados a las ESE: 3 Puestos de Salud (Fundación y Santa Ana).

4.3. Que, a la Población sin aseguramiento, se les garantice el acceso a los servicios de salud mediante la afiliación al SGSSS en el régimen subsidiado, contributivo o especial.

Una de las problemáticas más urgentes en el ámbito de la salud es garantizar el acceso a los servicios médicos para la población sin aseguramiento. Esta población se encuentra en una situación de vulnerabilidad extrema, enfrentando barreras significativas para acceder a la atención médica necesaria. Al carecer de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), estas personas no cuentan con la protección financiera necesaria para cubrir los costos de consultas médicas, medicamentos, tratamientos especializados y procedimientos hospitalarios, lo que puede llevar a posponer o incluso evitar la atención médica por completo.

Es fundamental que se implementen medidas efectivas para asegurar que estas personas puedan afiliarse al SGSSS, ya sea en el régimen subsidiado, contributivo o especial, según corresponda a su situación socioeconómica. La afiliación al sistema de salud garantizaría el acceso oportuno y equitativo a una amplia gama de servicios de salud, incluyendo atención preventiva, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, cuidados especializados y hospitalización cuando sea necesario.

Además, el acceso a la atención médica a través del SGSSS no solo beneficiaría a la población sin aseguramiento, sino que también contribuiría al fortalecimiento del sistema de salud en su conjunto, al aumentar la base de asegurados y redistribuir los costos de manera más equitativa. Esto, a su vez, ayudaría a reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica en el país y a mejorar los indicadores de salud de la población en general. En resumen, garantizar la afiliación al SGSSS para la población sin aseguramiento es un paso crucial hacia la construcción de un sistema de salud más inclusivo, equitativo y eficiente.



El porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia en el departamento de Magdalena muestra una mejora progresiva al pasar de 11,2% en 2019 a 9,1% en 2024, según información del DANE. No obstante, esta reducción no ha sido suficiente para cerrar las brechas territoriales, ya que el valor departamental continúa siendo 59% más alto que el promedio nacional, lo que evidencia persistentes desigualdades en el acceso a servicios esenciales para la población infantil.

En contraste, el acceso a los servicios de salud presenta una mejora más marcada, con una disminución de las barreras de acceso desde 12.63%, lo que representa una brecha importante para el logro de la cobertura universal.

En este caso, el departamento registra un valor inferior al promedio nacional, lo que sugiere un cierre de brechas en el acceso a los servicios de salud, aunque persisten retos asociados a la calidad y oportunidad de la atención.

En salud, las coberturas de afiliación del SGSSS presentaron una disminución, al pasar de 94.84 % en la vigencia 2024 (1.435.621 afiliados) a 85.66% en el periodo de enero de 2026 (828.140 afiliados) de acuerdo con información preliminar del BDUA del 20/2/2026.

La afiliación se concentra principalmente en el Régimen Subsidiado que cubre el 80.8% de la población (669.294 afiliados), seguido del Régimen Contributivo con el 17 % (141.091afiliados) y el Régimen de Excepción con el 2,1% (17.755 afiliados).

Resueltos los Conflictos en el sistema de aseguramiento que muestran un 12.7% de población aun sin afiliación en el departamento permiten mejorar las coberturas de afiliación al SGSS que presentan los municipios incluyendo los de la subregión Río (70.2%).

Harán cambiar la percepción presentada en las mesas participativas al 16,5% de los asistentes que expresaron que las bajas coberturas en seguridad social, logradas con estrategias efectivas con la población, al ofrecer una atención integral, considerando que cuentan con una atención básica y mejorando el acceso y oportunidad dentro del sistema en red a la prestación complementaria sin tener que desplazarse a otros lugares por falta de resolución en complejidad.

Un determinante que puede cambiar la afectación ante la mejora de las vías terciarias en los territorios con alta ruralidad en la población, como también cambiar la percepción que tiene la comunidad sobre la prestación de servicio en salud, considerados como incompletos.

4.4. Deficiencia en la humanización de los servicios en salud relacionada con el talento humano como barrera de acceso.

La humanización de los servicios de salud, puede generar una disminución en la insatisfacción del paciente y en la confianza en el sistema de salud. Los pacientes al sentirse atendidos, comprendidos y empáticos y con inclusión, puede conllevar a una atención médica que satisface sus expectativas minimizando la elusión y a la mejora de sus condiciones de salud.

Además, percepción de empatía y sensibilidad por parte del personal de salud puede tener un impacto positivo en la adherencia al tratamiento y en los resultados de salud. Los pacientes se sienten escuchados y apoyados con mas propensos a seguir las recomendaciones médicas, lo que puede resultar en un empoderamiento de su autocuidado y la calidad de su salud y en las necesidad de intervenciones médicas menos frecuentes y más efectivas.

A nivel sistémico, la falta de humanización en los servicios de salud puede contribuir a la sobrecarga de los servicios de urgencias y a una mayor utilización de recursos de salud debido a complicaciones evitables. Además, puede aumentar los costos asociados con el tratamiento de enfermedades crónicas y la gestión de condiciones de salud mental, que requieren un enfoque más integral y comprensivo.

Para superar esta barrera, es fundamental implementar programas de capacitación continua y desarrollo profesional que fortalezcan las habilidades de comunicación, empatía y sensibilidad cultural del personal de salud. Asimismo, se requiere una mayor inversión en la creación de entornos de trabajo que fomenten una cultura organizacional centrada en el paciente, donde el respeto, la compasión y la colaboración sean valores fundamentales.

Además, es crucial involucrar a los pacientes y comunidades en el diseño y evaluación de los servicios de salud, garantizando que se satisfagan sus necesidades y preferencias. La promoción de la participación de los pacientes en su propio cuidado de salud y la adopción de enfoques centrados en la familia pueden contribuir significativamente a mejorar la experiencia del paciente y reducir las barreras de acceso.

4.5. Medico en tu casa (Alto déficit de autocuidado en las personas para la prevención de enfermedades y desconocimiento de sus derechos en salud que llevan a muertes evitables)

Cambiar en la población del departamento los malos hábitos alimenticios, mejorar los estilos de vida y en el entorno laboral y generar espacios públicos que permiten el fomento de realizar ejercicios y la ocupación del tiempo libre en actividades que contribuyen a disminuir la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como HTA, Diabetes Mellitus, ERC entre otras.

Tal situación que se hizo evidente durante las mesas participativas en las cuales aparece la Hipertensión Arterial como una de las principales problemáticas de salud se deben mejorar al menos en tres de cada diez participantes que decían ser ya farmacodependientes (hipertensos) a pesar de la edad media del grupo.

Cambiar el sedentarismo que fue mencionado por el 4,8% de los asistentes como un problema de salud, logrará que se reconozca con mayor percepción los riesgos a la salud y reconocer las señales de alarma, entre otros.

Adicionalmente educar en no utilizar la automedicación con analgésicos común para mitigar los malestares.

Por otro lado, el conocimiento de los derechos en salud por parte de la población brinda a la población herramientas de mejoramiento a la situación. La información sobre sus derechos básicos en materia de salud blindo a los individuos vulnerables contra abusos y negligencias por parte del sistema de salud, lo que puede tener resultados favorables en la atención y menos fallecimientos por afectaciones que son evitables.

Estas muertes evitables no solo representan una tragedia para las familias afectadas, sino que también son un síntoma de las deficiencias estructurales en el sistema de salud del departamento del Magdalena. Abordar esta problemática con un enfoque integral que promueva la humanización en la atención médica, fortalece el autocuidado de la población y garantiza el pleno conocimiento y ejercicio de los derechos en salud.

En este contexto, la implementación y fortalecimiento de la estrategia de Médico en Casa emerge como una apuesta clave en el nuevo plan de desarrollo del departamento del Magdalena. Esta iniciativa busca llevar la atención médica directamente a los hogares de los pacientes, promoviendo así una atención más accesible, personalizada y humanizada. A través de Médico en Casa, los profesionales de la salud pueden establecer un vínculo más estrecho con los pacientes, brindando atención médica integral, educación en salud y apoyo emocional en el entorno familiar.

Esta estrategia no solo facilita el acceso a la atención médica para aquellos que enfrentan barreras de movilidad o recursos, sino que también promueve el

autocuidado al proporcionar orientación y seguimiento personalizado a los pacientes en la comodidad de sus hogares. Además, Médico en Casa puede desempeñar un papel fundamental en la promoción de los derechos en salud, al empoderar a los pacientes y familias con información sobre sus derechos y opciones de atención médica. Esta iniciativa representa una inversión en la humanización de los servicios de salud, fortaleciendo el vínculo entre los profesionales de la salud y la comunidad y contribuyendo así a una atención médica más equitativa, efectiva y centrada en el paciente.

Así mismo, al estar enmarcada bajo la sombrilla de la gestión social integral, se puede fortalecer la capacidad del departamento del Magdalena para enfrentar los desafíos de salud pública de manera más efectiva y sostenible. Esta estrategia no solo aborda las causas subyacentes de las disparidades en salud, sino que también promueve la participación de la comunidad en la toma de decisiones y la implementación de soluciones, lo que contribuye a una mayor equidad y empoderamiento en materia de salud y bienestar.

4.6. Mortalidad Materna y en la niñez por EDA-IRA-DNT

Acceso limitado a servicios de salud adecuados: En muchas comunidades del Magdalena, especialmente en áreas rurales o remotas, donde el acceso a servicios de salud materna es limitado debido a la falta de centros de salud cercanos, la escasez de personal médico capacitado y la falta de infraestructura adecuada puede dificultar que las mujeres embarazadas reciban atención prenatal oportuna, continua y menos complicaciones en la atención obstétrica durante el parto y atención postparto oportuna.

Superar las barreras socioeconómicas: La pobreza y la desigualdad económica sumadas que las mujeres accedan a la atención médica adecuada durante el embarazo y el parto minimizan la mortalidad por causas de DSS. Los costos asociados con la atención prenatal, el transporte hacia los centros de salud y la pérdida de ingresos debido a la ausencia laboral durante el parto pueden ser prohibitivos para muchas familias en el Magdalena, lo que puede llevar a un retraso en la búsqueda de atención médica o incluso a la evitación de esta.

Educación sexual y reproductiva: La educación sexual y reproductiva puede contribuir a una mayor conciencia sobre los riesgos asociados con el embarazo y el parto, así como sobre la importancia de la atención prenatal y obstétrica adecuada.

La información sobre la planificación familiar, controles prenatales y los derechos reproductivos puede definir a que las mujeres tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva y busquen atención médica cuando sea necesario.

Al superar las Desigualdad en el acceso a la atención prenatal y obstétrica: Las disparidades en el acceso a la atención prenatal y obstétrica de calidad pueden estar relacionadas con factores como la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico, el estatus migratorio y la pertenencia a grupos étnicos o minoritarios. Las mujeres que enfrentan múltiples formas de marginalización pueden tener menos probabilidades de recibir atención médica adecuada durante el embarazo y el parto, lo que aumenta su riesgo de complicaciones y muerte materna.

El análisis por territorio evidencia que la subregión norte es la más crítica en donde se concentra más de la mitad de esta mortalidad en los últimos tres años (29 muertes maternas) especialmente en los municipios de Fundación, Zona Bananera y Ciénaga a pesar de contar con mejores oportunidades para la atención.

Abordar estos factores causales de DSS requiere un enfoque integral que promueva el acceso equitativo a servicios de salud materna de calidad, aborde las desigualdades socioeconómicas y de género y fortalezca la educación sexual y reproductiva en el departamento del Magdalena. Es fundamental implementar políticas y programas que garanticen que todas las mujeres tengan acceso a atención médica prenatal y obstétrica oportuna y adecuada, independientemente de su situación socioeconómica, ubicación geográfica o pertenencia a grupos marginados.

4.7. Mortalidad por EDA – IRA – DNT en menores de 5 años

Mejorar con un aumento de la infraestructura sanitaria, de la coberturas de alcantarillado y de la prestación del servicio de aseo así como la mala calidad del agua permiten disminuir en el departamento la incidencia de ETAs y EDA y en menor proporción Hepatitis A y Fiebre Tifoidea.

Mejorar la mala calidad del agua que fue uno de los problemas mencionados por el 11,3% de los asistentes a las mesas participativas guarda relación directa con el mejoramiento de los índices de riesgo de calidad del agua que permitan aumentar el 17% de los municipios brindan a la población agua sin ningún riesgo.

Inseguridad Alimentaria y Desnutrición en menores de cinco años: superada la Inseguridad Alimentaria en los hogares y la baja percepción del riesgo materno–infantil asociado a la nutrición durante la gestación y la primera infancia frenan la inseguridad alimentaria como determinante social para la Desnutrición en menores de 5 años.

Este determinante incide también en todo lo relacionado con la morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles, ampliamente analizado en el núcleo 6. El

Bajo Peso al Nacer (BPN) revela las carencias que enfrentan las maternas durante el embarazo para acceder a una buena nutrición y condiciones de vida saludables, que afecta negativamente en el desarrollo fetal y por tanto aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, con la repercusiones que trae en la salud y bienestar del recién nacido.

En el departamento de Magdalena disminuir este indicador que se encuentra en 8,8%, situación que sugiere poca articulación intersectorial; solo se logra en el desarrollo de una serie de intervenciones en la ruta materno perinatal iniciando desde la captación temprana de la materna en el sistema, como también la preparación de la mujer hacia la maternidad y disminuir los riesgos que traen los malos hábitos alimenticios previos al embarazo actual, evitar el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas y del uso del tabaco o cigarrillo.

Modificar estas condiciones disminuye los precursores de alto riesgo para la Desnutrición Fetal. Mejorar las Malas prácticas que tienen las mujeres para amamantar, bien sea por dificultades obstétricas, o maternas o clínicas o bien por desconocimiento de la importancia que esto reviste.

Por último, minimizar las barreras de acceso a servicios de salud, como la distancia geográfica a los centros de salud, los costos asociados con la atención médica y la disponibilidad limitada de personal médico capacitado, pueden facilitar que las familias accedan a atención médica oportuna y adecuada para tratar enfermedades como IRA, EDA y DNT en sus hijos.

Para abordar eficazmente los determinantes sociales de las altas tasas de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y Desnutrición (DNT) en menores de 5 años en el departamento del Magdalena, es fundamental adoptar un enfoque integral que combine intervenciones en el sector salud con estrategias de desarrollo comunitario.

El sector salud debe promover programas que fortalezcan el vínculo entre el gobierno y las comunidades, garantizando un contacto permanente a través de equipos médicos y servicios de prevención de riesgos ocupacionales en la población campesina. Además, se deben implementar servicios de hospitalización domiciliaria para mejorar el acceso a la atención médica en áreas remotas, así como fortalecer las capacidades rurales mediante la creación de Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria (UROC) y la implementación de programas de rehabilitación basada en la comunidad.

Estas intervenciones, junto con otras medidas que se deben cumplir por norma, son esenciales para abordar los determinantes sociales subyacentes de las

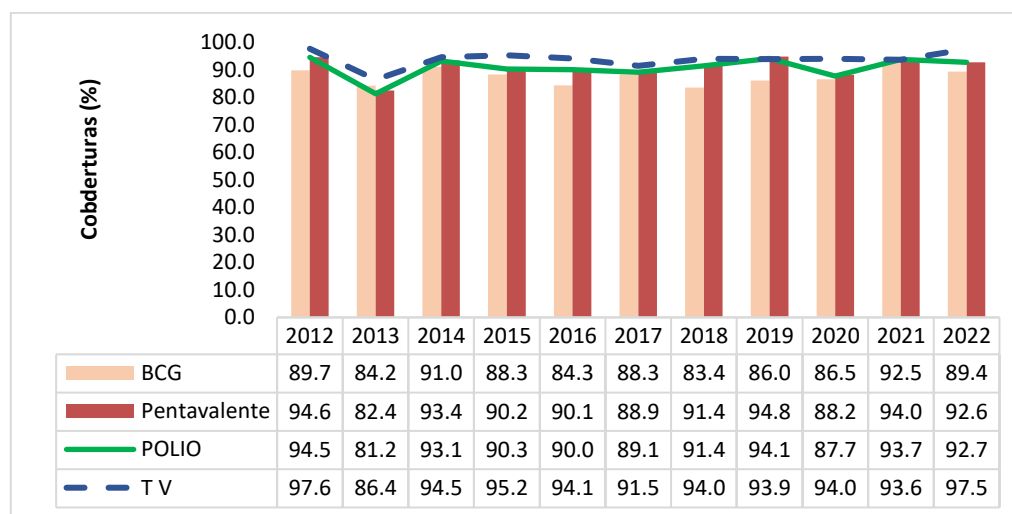
altas tasas de mortalidad infantil y mejorar la salud y el bienestar de los niños menores de 5 años en el departamento.

4.8. Bajas coberturas de vacunación en población menor de 5 años

Las coberturas administrativas de vacunación en población menor de un año presentan déficit en los biológicos con BCG, que solo llega al 89%, mientras que las coberturas con Pentavalente y Polio llegaron al 93% en el 2022 dejando siempre un saldo que cubrir en el siguiente año. En el 2022 todas las coberturas disminuyeron con respecto al año inmediatamente anterior; excepto la triple viral (Sarampión-Rubéola-Paperas) cuya cobertura fue de 97,5%. La Antituberculosa (BCG) en el recién nacido disminuyó tres puntos porcentuales. La vacuna contra la Poliomiелitis en el menor de un año observa una cobertura de 92,7% en el 2022 conservando el aumento del año anterior.

La Pentavalente que protege contra la difteria, tosferina, tétanos, haemofilus influenza tipo b y la hepatitis B presenta coberturas del 92,6% en el 2022.

Figura 6. Coberturas administrativas de vacunación con biológicos trazadores en población de un año. Departamento de Magdalena, 2012 - 2022



Fuente: Cubo vacunaciones corte a diciembre de cada año. Consultado en la bodega de datos SISPRO

Considerando estas cifras, es evidente la necesidad de abordar los determinantes que contribuyen a los déficits en la administración de ciertas vacunas, así como implementar estrategias efectivas para aumentar las coberturas. Uno de los principales desafíos es la presencia de una población migrante y flotante, cuyo

acceso a servicios de salud y participación en programas de vacunación puede ser limitado. La movilidad constante de esta población dificulta la realización de monitoreos y barridos documentados adecuadamente en los territorios, lo que puede resultar en una falta de seguimiento y registro de las vacunas administradas.

Además, otros determinantes sociales, como la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud de calidad, contribuyen a los déficits en las coberturas de vacunación. Las comunidades marginadas, especialmente en áreas rurales y remotas, pueden enfrentar barreras socioeconómicas que dificultan el acceso a vacunas y servicios de salud preventiva. La falta de infraestructura de salud adecuada, la escasez de personal médico capacitado y las barreras de transporte también pueden limitar la capacidad de las comunidades para acceder a vacunas de manera oportuna y adecuada.

Para superar estos desafíos, es crucial implementar estrategias que garanticen el acceso equitativo a vacunas para todas las comunidades, incluidas las poblaciones migrantes y flotantes, así como aquellas en situación de pobreza y marginación. Esto incluye el desarrollo de programas de vacunación móviles y campañas de concientización en comunidades marginadas, así como la mejora de la infraestructura de salud en áreas rurales y remotas. Además, es importante fortalecer la coordinación entre los servicios de salud y otras agencias gubernamentales para garantizar la realización de monitoreos y barridos documentados adecuadamente en los territorios.

4.9. Aumento de enfermedades no transmisibles: Cáncer de mama en la mujer y el suicidio como causa violenta

Cáncer de mama de la mujer

El Cáncer de mama en la mujer sigue siendo la neoplasia de mayor frecuencia entre las mujeres y a nivel general, con 46 defunciones en el 2022 equivalente al 47% de las defunciones por esta causa en el departamento de Magdalena: de ellas, 53% corresponden al Distrito de Santa Marta. De las 46 defunciones del departamento (sin incluir distrito) el 20% se concentran en el municipio de Ciénaga y 11% en el municipio de Fundación, sin embargo la afectación se presenta en el 62% de todo el territorio de Magdalena, con una tasa que fue de 10,02 x 100.000 mujeres. Su tendencia es decreciente en los últimos tres años, aunque con valores altos.

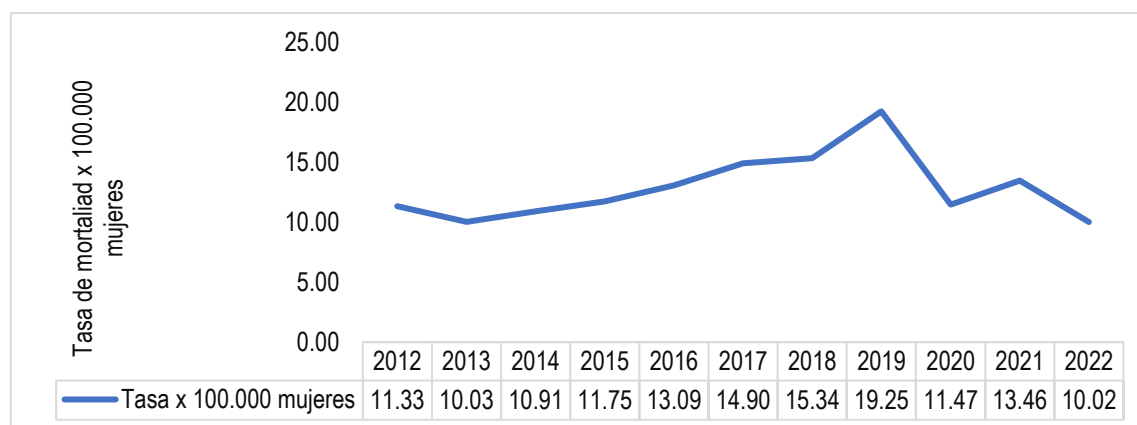
En este sentido se deben abordar diversas barreras que dificultan el diagnóstico temprano y el acceso a servicios de alta complejidad para el tratamiento adecuado.

Entre estas barreras, se destaca la captación tardía del diagnóstico, donde factores como la falta de conciencia sobre los síntomas del cáncer de mama y la renuencia a buscar atención médica pueden llevar a retrasos en la detección de la enfermedad.

Además, el difícil acceso a servicios de alta complejidad representa un desafío significativo, ya que las pacientes pueden enfrentar obstáculos para cumplir con citas, controles y tratamientos debido a la falta de infraestructura de salud adecuada, la escasez de especialistas en oncología y la necesidad de recorrer largas distancias para acceder a centros médicos especializados. Estas dificultades se ven agravadas por factores adicionales, como la falta de recursos económicos para costear los gastos asociados con el tratamiento y la atención médica. En conjunto, estas barreras pueden contribuir a diagnósticos tardíos, tratamientos inadecuados y peores resultados para las pacientes con cáncer de mama.

Es crucial implementar estrategias que mejoren el acceso a servicios de salud de calidad, aumenten la conciencia sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama y reduzcan las barreras que enfrentan las pacientes en su búsqueda de atención médica y tratamiento. Esto incluye la expansión de la infraestructura de salud, la capacitación de profesionales de la salud en la detección y manejo del cáncer de mama, y el desarrollo de programas de apoyo para ayudar a las pacientes a superar las barreras económicas y logísticas que enfrentan durante su tratamiento.

Figura 7. Tasas de mortalidad por Cáncer de Mama en el departamento de Magdalena, 2012 - 2022



Fuente: Dane EEVV- Defunciones y población por CNPV 2018 con proyección postcovid

4.10. Intento de suicidio y suicidio

Logar la recuperación de valores, el involucramiento parental, la desmitificación y cambiar las creencias que naturalizan el maltrato que eran relacionadas con el deterioro de la salud mental, la violencia de género e intrafamiliar e incremento del intento suicida, generan minimizar la deserción escolar de estudiantes de bachillerato hasta en dos veces menor comparado con los que abandonaron sus estudios en el 2022 según el análisis de la información estadística disponible.

El aumento de la falta de oferta laboral, la disminución del desempleo, el estrés, que fueron varias de las inquietudes expresadas por el 9,6% de los asistentes a las mesas participativas, además del aumento de la capacidad de Talento Humano tanto en salud como en educación, además del aumento de instituciones especializadas para la atención de cuadros agudos de salud mental, permiten mejorar la salud mental y la prestación de los servicios en todo el departamento del Magdalena a 2027.

En el contexto del departamento del Magdalena, diversos factores sociales como la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud mental, el desempleo, la discriminación, la violencia interpersonal y la falta de apoyo social pueden aumentar el riesgo de que las personas consideren el suicidio como una opción. Estos determinantes sociales no solo afectan el estado emocional de las personas, sino que también impactan en su capacidad para afrontar situaciones difíciles y acceder a recursos de ayuda y apoyo. Por lo tanto, abordar eficazmente esta problemática requiere un enfoque integral que reconozca y atienda estas complejas interacciones entre factores sociales, económicos y culturales.

Para abordar el suicidio consumado desde una perspectiva de gestión social integral es importante involucrar tanto a la escuela como al sector de la salud, en donde se implementen programas de educación y sensibilización en las escuelas, así como promover entornos escolares saludables, garantizar el acceso a servicios de salud mental en el entorno escolar, capacitar al personal escolar y de salud en la prevención del suicidio y establecer redes de apoyo intersectoriales.

Además, se deben implementar estrategias para el resto de la población, como campañas de concientización a nivel comunitario, promoción del acceso equitativo a servicios de salud mental en centros de atención primaria y hospitales, capacitación de profesionales de la salud en la detección y manejo del riesgo de suicidio y desarrollo de programas de intervención temprana y seguimiento para personas en riesgo.

En este sentido la estrategia de Médico en Casa ofrecería una oportunidad efectiva para la identificación temprana y la mitigación del riesgo de suicidio. Los profesionales de la salud que visitan los hogares pueden establecer relaciones de confianza con los pacientes y sus familias, lo que facilita la detección de signos de angustia emocional o comportamiento suicida. Además, estos equipos médicos pueden proporcionar evaluaciones de salud mental, orientación y apoyo emocional, así como derivar a los pacientes a servicios especializados en caso de necesidad. Esta intervención directa en el hogar puede ser crucial para ofrecer ayuda oportuna y reducir el riesgo de suicidio en la comunidad.

4.11. Aumento del embarazo en adolescente

La fecundidad en niñas de 10 a 14 años debería ser nula, ya que su presencia indica una clara violación a los derechos de la infancia. En el departamento de Magdalena, esta tasa ha mostrado una escasa variación en los últimos cuatro años, siendo su valor más bajo en el año 2022, con 3,27 por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años, lo que equivaldría a 182 niñas embarazadas en ese año. Esta cifra amplifica la brecha de desigualdad con respecto a la tasa nacional, que fue de 2,2 por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años, marcando una diferencia del 40% más alto en el riesgo de embarazo en el departamento.

En comparación con otros departamentos de la Región Caribe, la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes en el departamento de Magdalena se sitúa en el quinto lugar, por debajo de La Guajira, Cesar, Bolívar y Córdoba. Además, la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es la segunda más alta en la región Caribe, después de La Guajira.

En términos generales, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años permanece prácticamente inalterada a lo largo del tiempo, mostrando una estabilidad que se refleja en la figura a continuación.

Con respecto a los determinantes sociales del embarazo adolescente, se debe tener en cuenta la falta de acceso a una educación sexual integral y servicios de salud reproductiva de calidad, especialmente en zonas rurales y comunidades marginadas, limita la capacidad de las adolescentes para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. La persistente desigualdad económica y la pobreza en muchas áreas del departamento también contribuyen al embarazo temprano, al limitar las oportunidades educativas y laborales para las jóvenes. Asimismo, las normas sociales y culturales que enaltecen la maternidad temprana y perpetúan roles de género tradicionales pueden presionar a las adolescentes a iniciar la maternidad a una edad temprana. La violencia de género

y el abuso sexual también son factores significativos que aumentan la vulnerabilidad de las jóvenes al embarazo no deseado. Por lo tanto, abordar el embarazo adolescente en el Magdalena requiere acciones integrales que aborden estos determinantes sociales, promoviendo el acceso equitativo a la educación, los servicios de salud y oportunidades de desarrollo para todas las adolescentes en la región.

4.12. Aumento de enfermedades transmisibles: Dengue, rabia, ETV y zoonosis:

Disminuir las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, disminuirá la notificación como uno de los eventos que más se notifican en el departamento por la baja circulación activa del virus de la rabia como lo demuestra el control efectivo de los brotes de rabia animal que venían ocurriendo en el departamento durante los años 2021 – 2022 y 2023. A pesar de ello, este problema no se evidenció en las mesas participativas lo que demuestra una baja percepción del riesgo frente a la letalidad de la rabia, además de las malas prácticas en la tenencia de animales de compañía y reducción de la densidad de animales callejeros.

Lograr igualmente disminuir la incidencia del Accidente Ofídico que superó en el 2022 un 47% de los casos notificados en el 2021 con valores que duplicaron el indicador nacional y permitirá cambiar la semaforización a amarillo y a verde en algunos territorios, cuya tasa de incidencia fue de 27,69 x 100.000 habitantes. Que permita superar en el 100% de 8 de los 29 municipios priorizados.

Esta problemática aunque tampoco se hizo visible en las mesas participativas, alcanzaremos pasar del riesgo alto a medio y bajo dejando de constituir una amenaza para la seguridad de los trabajadores del campo debido a la mejora en la modificación del hábitat natural de las serpientes posiblemente por mejoramiento del cambio climático y por la responsable y baja actividad antropogénica y mejora en las prácticas agrícolas de producción sostenible en el departamento del Magdalena.

4.13. Dengue

En el departamento del Magdalena, los determinantes sociales de la proliferación de casos de dengue están estrechamente ligados a factores como las condiciones socioeconómicas, la falta de educación sobre el evento y la falta de acceso a servicios básicos de salud. Las comunidades vulnerables, especialmente

aquellas ubicadas en áreas rurales o periurbanas con viviendas precarias y deficiente gestión de residuos sólidos, enfrentan un mayor riesgo de infestación por el mosquito *Aedes aegypti*.

La falta de educación sobre medidas preventivas, así como la escasez de recursos para implementar acciones de control vectorial efectivas, también contribuyen a la propagación del dengue en el departamento. Además, factores climáticos como las variaciones en las precipitaciones y las temperaturas pueden influir en la proliferación del mosquito y la incidencia de la enfermedad.

La letalidad por Dengue en los últimos años ha sido baja, sin llegar al umbral del 2% (meta establecida por la OMS). En cuanto a la letalidad calculada por Dengue la cual llegó a 0,51% en el departamento ($5/978 \times 100$), mientras que al ser calculada con solo los casos de Dengue Grave ($5/15 \times 100$) la letalidad es de 33,3% teniendo en cuenta que fueron 5 las defunciones atribuidas al Dengue en el año 2022.

4.14. Tuberculosis

En el departamento de Magdalena murieron 14 personas por tuberculosis en el 2022, una menos que las reportadas en el 2021 (15) y dos más que las ocurridas en el 2020 (12). La tasa de mortalidad por esta causa fue de $1,51 \times 100.000$ habitantes en el 2022, siendo más alta en hombres que en mujeres. La tasa de letalidad estaría calculada en 6,8% ($14 \text{ muertes} / 207 \text{ casos notificados}$) en el 2022, siendo alta para las metas establecidas por los ODS que busca poner fin a la epidemia de tuberculosis al año 2030.

La tasa de incidencia fue de $22,30 \times 100.000$ habitantes en el 2022 calculada sobre los 207 casos notificados siendo uno de los valores mas altos observados en la serie de análisis.

Se identifican múltiples barreras sociales que contribuyen a la persistencia de la tuberculosis en la comunidad, entre las cuales las condiciones de vida desfavorables juegan un papel central. La calidad de la vivienda emerge como un factor crítico y determinante, especialmente debido al hacinamiento y la falta de salubridad asociada con prácticas sanitarias inadecuadas y el déficit en la prestación de servicios públicos domiciliarios, entre otros aspectos. Además, se evidencian barreras significativas en el acceso a los servicios de salud, incluida la limitada detección de sintomáticos respiratorios en la atención primaria, así como los desafíos en el acceso al tratamiento supervisado debido a las distancias geográficas y las deficiencias en las vías de comunicación en el territorio. Estos obstáculos subrayan la necesidad de abordar tanto las condiciones

socioeconómicas subyacentes como los déficits en la prestación de servicios de salud para combatir eficazmente la tuberculosis en la comunidad.

4.15. Alto riesgo de Rabia humana por coberturas acumuladas de vacunación de perros y gatos no útil

Disminuir las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, disminuirá la notificación como uno de los eventos que más se notifican en el departamento por la baja circulación activa del virus de la rabia como lo demuestra el control efectivo de los brotes de rabia animal que venían ocurriendo en el departamento durante los años 2021 – 2022 y 2023. A pesar de ello, este problema no se evidenció en las mesas participativas lo que demuestra una baja percepción del riesgo frente a la letalidad de la rabia, además de las malas prácticas en la tenencia de animales de compañía y reducción de la densidad de animales callejeros.

Mejorar las coberturas deficientes de vacunación contra la rabia en perros y gatos en las subregiones Norte y Río, que se sitúan por debajo del 70%, dejarían de representar una seria amenaza para la población en general debido a la baja circulación activa del virus de la rabia canina y silvestre en estas áreas.

La vacunación efectiva contralaría los frecuentes brotes de rabia animal en las subregiones Norte, Centro y Sur incrementan el riesgo para la vida humana, ya que la vacunación canina y felina es la única protección efectiva. En el departamento de Magdalena, estas coberturas han mostrado un comportamiento fluctuante, alcanzando el 70% en 2021 y disminuyendo al 68% en 2022.

La meta de desaparecer el corredor rural donde el virus de la rabia, variante LG Perro, y la rabia silvestre en murciélagos circulan, minimizaría la presencia de brotes frecuentes en perros y zorros. Este corredor que abarca desde El Retén hasta Fundación, Nueva Granada, Santa Ana y Pijiño del Carmen. Es crucial fortalecer la vigilancia epidemiológica en estas áreas para prevenir la rabia en los seres humanos y reducir su impacto en otras especies animales.

4.16. En el departamento del Magdalena se han identificado factores de riesgo que condicionan enfermedades asociadas a sustancias químicas, vectores, contaminación de aire, agua y mal manejo de residuos

Mejorar con un aumento de la infraestructura sanitaria, de la coberturas de alcantarillado y de la prestación del servicio de aseo así como la mala calidad del agua permiten disminuir en el departamento la incidencia de ETAs y EDA y en

menor proporción Hepatitis A y Fiebre Tifoidea. Disminuirían la incidencia de enfermedades asociadas a sustancias químicas contaminantes.

Permitiendo cambiar la percepción de la mala calidad del agua que fue uno de los problemas mencionados por el 11,3% de los asistentes a las mesas participativas lo que guarda relación con el mejoramiento de los índices de riesgo de calidad del agua que permitan aumentar el 17% de los municipios brindan a la población agua sin ningún riesgo.

Inadecuadas prácticas en la eliminación de excretas y residuos sólidos generan factores de riesgo para las enfermedades transmitidas por alimentos – ETA, las cuales presentan tasas de incidencia de 13,28 x 100.000 habitantes en el 2022, por brotes focalizados en municipios en donde existen deficientes prácticas para la elaboración y conservación de alimentos, como ocurre en los municipios de Santa Bárbara de Pinto (77,69 x 100.000), Nueva Granada (46,07 x 100.000), Santa Ana (44,88 x 100.000) y Zona Bananera (32,97 x 100.000), donde las tasas de incidencia fueron las más altas en el 2022.

Las intoxicaciones por sustancias químicas son muy frecuentes en el departamento de Magdalena con un promedio anual de 280 personas intoxicadas según el histórico de los últimos diez años. Para el 2022 los casos notificados fueron 272, (treinta más que el año anterior), ubicándose una tasa de incidencia de 29,86 x 100.000 habitantes. Se reportaron casos en 27 de los 29 municipios del departamento siendo los más afectados los municipios de Plato, Salamina, Santa Bárbara de Pinto y San Zenón, con tasas que van desde 54,87 x 100.000 habitantes (San Zenón) y 79,22 x 100.000 habitantes en Plato, triplicando el valor departamental. Las sustancias involucradas con mayor frecuencia en las intoxicaciones fueron los grupos de sustancias químicas como Plaguicidas y Gases.

La tasa de letalidad por intoxicaciones por sustancias químicas en el departamento es de 1,62%, superando la del país que está en 1,21%. Incidencia que está relacionada con la actividad económica del territorio y debido a la mala conservación y utilización de los productos químicos en general.

4.17. Baja cobertura en la valoración de certificación de discapacidad

El modelo de atención en salud intercultural se implementa y operativiza desde la visión intercultural de los pueblos indígenas disminuyendo barreras de atención para mejorar la calidad de atención intercultural en salud, reducción de la

mortalidad en las comunidades indígenas y mejora de la cobertura de aseguramiento de la población étnica, mujeres, campesinos, LBGTIQ+, y otras poblaciones por condición o situación

El proceso efectivo de actualización continua del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad aseguran beneficios en salud y calidad de vida a las personas con alteraciones que producen discapacidad.

Para el departamento de Magdalena estas personas representan el 3% con 45.984 acumulados en el mismo periodo y con corte a octubre de 2022, sin embargo, para el año 2023 sólo se tiene certificado el 4,6% de la población con discapacidad.

La certificación de las personas en situación de discapacidad en el departamento del Magdalena adquiere una relevancia crucial en el marco de políticas inclusivas y de atención integral. En este sentido no solo permite una identificación precisa de sus necesidades y condiciones de salud, sino que también facilita el acceso a programas, servicios y recursos destinados a su atención y bienestar. Garantizar una certificación adecuada y oportuna no solo es un acto de justicia social, sino también un paso fundamental hacia una sociedad más inclusiva y equitativa para todos los miembros en el departamento.

4.18. Incumplimiento en los indicadores nacionales del sistema de vigilancia en salud pública y por laboratorio

Un Sistema de Vigilancia en salud pública proactivo y efectivo requiere de la gobernanza en todos sus niveles para que funcione y opere de manera continua (24/7), de tal forma que garantice la oportunidad en la captación de eventos de interés en salud pública que ponen en riesgo a la población en general, así como también la identificación de agentes causales que afecten la colectividad.

Esta gobernanza ha sido muy inestable en el departamento de Magdalena de tal forma que en los últimos cuatro años no ha alcanzado el cumplimiento de los indicadores nacionales para el sistema de vigilancia en salud pública, encontrándose en bajo desempeño. Situación que requiere de especial atención teniendo en cuenta que este desempeño está muy relacionado con la capacidad de respuesta en los municipios en cuanto a un talento humano continuo, permanente y competente.

4.18. Poco desarrollo de acciones de promoción y prevención en el entorno laboral de los trabajadores formales e informales



La Encuesta Nacional de Hogares reporta al año 2019 un 84,5% de hogares que viven del empleo informal, mayor a lo reportado en el CNPV del año 2018 que fue del 86,3%.

En el contexto del departamento del Magdalena, el poco desarrollo de acciones de promoción y prevención en el entorno laboral de los trabajadores formales e informales constituye una preocupación significativa que afecta la salud y el bienestar de la población laboral. Tanto los trabajadores formales como los informales se encuentran expuestos a una variedad de riesgos laborales que pueden impactar negativamente en su salud física y mental. Además, la persistencia del trabajo infantil, el empleo informal y el desempleo de larga duración agravan aún más esta situación.

El trabajo infantil, desafortunadamente, continúa siendo una realidad en muchas comunidades del departamento, privando a los niños de su derecho fundamental a la educación y exponiéndolos a condiciones laborales peligrosas y explotadoras. Esta situación no solo afecta el desarrollo integral de los menores, sino que también perpetúa el ciclo de pobreza y vulnerabilidad en las familias.

Por otro lado, el empleo informal y el desempleo prolongado son fenómenos que contribuyen a la inestabilidad económica y social de numerosas familias en el Magdalena. La falta de acceso a empleos formales conlleva la ausencia de protección social y laboral, dejando a los trabajadores expuestos a condiciones laborales precarias, bajos ingresos y escasa cobertura en materia de salud y seguridad en el trabajo.

En este contexto, el poco desarrollo de acciones de promoción y prevención en el entorno laboral se traduce en una falta de atención adecuada a los riesgos laborales y en una insuficiente protección de la salud de los trabajadores. Es perentorio implementar políticas y programas que aborden de manera integral estas problemáticas, promoviendo condiciones laborales seguras y saludables, erradicando el trabajo infantil, formalizando el empleo informal y facilitando el acceso al trabajo decente para todos los ciudadanos del Magdalena. Solo así se podrá garantizar un entorno laboral que promueva el desarrollo humano y el bienestar de toda la comunidad.

4.19. No se cuenta con un sistema de información integrado en salud en el departamento del Magdalena

Superar la carencia de un sistema integrado de información en salud pública, gestión hospitalaria y servicios sistematizados en el departamento del Magdalena



conlleva una mejora que impacta positivamente en la salud de la población y en la eficacia de los servicios de salud.

La permanente prospectiva de interoperabilidad en vigilancia y la identificación temprana de patrones epidemiológicos, presenta una respuesta rápida y efectiva ante brotes de enfermedades y emergencias sanitarias. Asimismo, optimiza la toma de decisiones informadas por parte de las autoridades de salud, fortaleciendo la capacidad para implementar medidas preventivas y de control.

A nivel hospitalario, la fluidez de datos e información sistematizada y confiable con un análisis profundo de los hospitales públicos genera una coordinación entre la Secretaría Seccional de Salud y las 27 ESE Departamentales, lo que permite el monitoreo y la supervisión y el seguimiento de la gestión fiscal y financiera de estos establecimientos de salud. Esta coordinación puede traducirse en eficiencias en la prestación de servicios, en la atención médica y una buena calidad de atención para los pacientes.

En este sentido, la implementación de un sistema de información integrado en el sector salud del Magdalena se vuelve imperativa. Este sistema permitiría reducir las demoras en la atención, optimizar el uso de los recursos disponibles y mejorar la calidad de la atención médica brindada a la población. Además, facilitaría la planificación estratégica, el monitoreo y la evaluación de las políticas de salud, contribuyendo así a mejorar la salud y el bienestar de la comunidad magdalenense.

5. Población étnica

El modelo de atención en salud intercultural se implementa y operativiza desde la visión intercultural de los pueblos indígenas disminuyendo barreras de atención y mejora la calidad de la prestación de servicios respetando la interculturalidad en salud, reducción de la mortalidad en las comunidades indígenas y mejora de la cobertura de aseguramiento de la población étnica, mujeres, campesinos, LBGTIQ+, y otras poblaciones por condición o situación

Las causas que ocasionaron la mayor cantidad de atenciones entre los indígenas en el acumulado de 2009 a 2022 fueron las enfermedades del sistema digestivo específicamente las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y maxilares con el 7% del total de atenciones generadas, seguida de las enfermedades hipertensivas con el 4% y de las infecciones respiratorias agudas con 3% del total. Las atenciones relacionadas con el embarazo y parto demandaron el 2% dentro de las cuales figura el aborto como uno de los causantes. Otras de las



causas con alta demanda dentro de las atenciones son las enfermedades del sistema urinario, las dorsopatias y las enfermedades infecciosas intestinales.

Podemos resumir las problemáticas y necesidades en que la estructura productiva del departamento, presenta predominio de actividades terciarias y limitada diversificación industrial, condiciona el mercado laboral, la estabilidad del ingreso y los niveles de protección social, configurándose como determinante estructural de inequidades en salud en el territorio.

Persisten retos asociados al desempleo, la informalidad y la precariedad laboral, lo que incrementa la vulnerabilidad socioeconómica de los hogares y limita el acceso efectivo a servicios esenciales, especialmente en población joven y municipios con alta ruralidad.

Las condiciones de vida evidencian brechas territoriales relacionadas con vivienda y hábitat, incluyendo déficits cualitativos, hacinamiento y limitaciones en servicios públicos, factores que aumentan el riesgo sanitario y afectan con mayor intensidad a población infantil, gestantes, personas mayores y grupos vulnerables.

Las brechas en acceso a agua segura y saneamiento básico continúan representando un determinante crítico del riesgo en salud pública, con potencial impacto en la carga de enfermedad prevenible, particularmente en comunidades rurales y periferias urbanas.

Los indicadores de pobreza e inequidad, junto con rezagos educativos y persistencia de inseguridad alimentaria, reflejan condiciones estructurales que limitan oportunidades de desarrollo, perpetúan ciclos de vulnerabilidad y se asocian con riesgos nutricionales y materno-infantiles.

Se desconoce la realidad a cerca de la práctica de la Lactancia Materna que es la solución a la alimentación en los menores de un año y por ello se deben proyectar investigaciones que se aproximen a esta información en el nivel local.

El Bajo Peso al Nacer (BPN) revela las carencias que enfrentan las maternas durante el embarazo para acceder a una buena nutrición y condiciones de vida saludables, que afecta negativamente en el desarrollo fetal y por tanto aumenta el riesgo de desnutrición aun antes de nacer.

En cuanto a la seguridad y entorno social, la violencia intrafamiliar y de género sigue en aumento y son un obstáculo para la convivencia pacífica y para entornos y vecindarios sanos. Otros hechos violentos como el intento de suicidio y el homicidio evidencian la necesidad de fortalecer la gobernanza intersectorial y la



respuesta integral en salud mental y protección social en busca de una paz colectiva que redunde en el bienestar de la población en general.

El contexto institucional de protección social y salud presenta avances en aseguramiento y capacidad instalada; sin embargo, persisten desafíos en accesibilidad, oportunidad y distribución territorial de los servicios.

6. CAPITULO 4. COMPONENTE ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD “CONTINUIDAD DEL CAMBIO POR LA SALUD DEL MAGDALENA 2026 – 2027”

4.1. PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO

1. Gobernanza y Gobernabilidad territorial

Mayor gobernanza y gobernabilidad, logrando mejores sistemas de información en Salud, con participación y vinculante de la ciudadanía.

2. Atención Primaria en Salud

El Magdalena se consolida como un territorio donde se aplica a través de sus equipos territoriales y los Centros de Atención Primaria en Salud implementados la APS dentro de un modelo preventivo y predictivo y resolutivo con los Equipos de Médico en tu Casa, programa estratégico iniciado y bandera del departamento dentro del Plan de Desarrollo del señor Gobernador Carlos Eduardo Caicedo Omar El Cambio por la Salud Del Magdalena en la Revolución de la Equidad.

3. Determinantes Sociales de la Salud

Identificando y logrando cada vez más el cierre de brechas de inequidades y desigualdades en salud con las políticas del Cambio, a través de las estrategias innovadoras de Ferias de la Equidad, Medico En tu Casa, Hospitales y Ambulancias del Cambio que con el fortalecimiento de los EBS y ECS se han integrado a los propios entornos en los hogares, familias y comunitarios para que las misma ciudadanía se comporte como agentes del cambio en las condiciones de Salud y calidad de vida de la población magdalenense, lo cual se proyecta a profundidad en el nuevo Plan de Desarrollo el Magdalena Continúa con el Proyecto del Cambio por la Salud del Magdalena 2024 – 2027.

Entendiendo que el proceso de salud enfermedad es afectado más que por el mismo estado de salud por la inferencia que sobre la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano generan las condiciones adversas determinantes de la salud de la población.

4.2. PILARES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Resolución 100 de 2024 Integridad del sistema de salud con el Plan Territorial de Salud:

Considerando la alta participación sectorial, transectorial y comunitaria desde el proceso de construcción y formulación de las transformaciones de los retos y prioridades identificadas en el territorio con la misma ciudadanía, en más de 10 mesas conjuntas sectoriales y comunitarias para identificar, priorizar y valorar las respuestas más eficientes frente a las problemáticas observadas.

Generando alianzas, logrando acuerdos intersectoriales y transectoriales que den prioridad y planifiquen en sus propios planes las necesidades y las problemáticas más sentidas en nuestros territorios, aplicando recursos tecnológicos, humanos, financieros de políticas dentro de las políticas del sector salud que minimicen los factores de riesgos y las necesidades en salud de la población.

Gestionando los proyectos que apunten a mejorar la infraestructura hospitalaria, aumentar la capacidad resolutive del sistema de salud, acercando la atención en salud con calidad en el propio micro territorio e inclusive en las zonas más apartadas y dispersas del departamento desapareciendo las barreras para el aseguramiento y el acceso a los servicios de salud.

Gobernanza, gobernabilidad y territorialidad

Estableciendo a la autoridad sanitaria el control, la orientación, la planificación y el desarrollo de la vigilancia sistemática y con oportunidades de mejora sobre todos los actores y sectores del sistema dentro del cumplimiento de los deberes y derechos de la población.

Robusteciendo sobre las autoridades de salud del territorio la asistencia técnica, el acompañamiento, la subsidiariedad y la complementación del sistema de salud, logrando que todos los participantes léanse usuarios, entes de atención, prestación, control y vigilancia asuman sus roles con competencias y responsabilidades bajo la tutoría y el seguimiento del departamento para mejorar la infraestructura, la humanización de la atención y los acceso con oportunidad a los servicios de salud y desarrollo de la calidad de vida de la población magdalenense.



Trabajo Digno, decente y Condiciones de Equidad para los Trabajadores de la Salud

Definiendo el logro de las necesidades de talento humano suficiente y capacitado, mejorando sus condiciones laborales y salariales que nos permitan brindar una atención humanizada y con calidad.

Establecer equidad en la contratación del personal de palta con el personal de contratación, que genere mayor estabilidad, continuidad y mejores condiciones de convivencia en el entorno laboral.

Garantizando el equipamiento y las mejores condiciones laborales a todos los trabajadores en especial a los que desempeñan sus labores en los sitios más apartados y en condiciones más vulnerables.

Redes integrales e Integradas de Servicios de Salud

Establecer las cinco Redes integrales de atención proyectadas en el departamento bajo la dirección y orientación de la autoridad sanitaria departamental basado en las entidades públicas con integración y complementariedad de la red privada, que nos permita brindar una atención inmediata, calidad, humanizada, oportuna y continua.

Donde desaparezcan las grandes esperas, filas incansables, citas denegadas y acceso sin barreras desde la entrada a las Redes Integrales de atención en salud con todas las tecnologías en salud y las especialidades con base en nuestra propia identidad social, cultural y perfil epidemiológico con un sistema integrado de información.

4.3. PRINCIPALES OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE QUE ESTAN UNIDOS A LOS EJES PROGRAMATICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA EL LOGRO DE OBJETIVOS Y METAS DE CIERRE DE BRECHAS DE DESIGUALDADES E INEQUIDADES EN SALUD.



4.4. NUCLEOS DE INEQUIDADES SOCIO SANITARIAS A NIVEL TERRITORIAL CON ENFASIS EN DESIGUALDADES SOCIALES:

Previo al ejercicio de priorización, se realizó una valoración inicial de los núcleos de inequidad socio sanitaria mediante la aplicación de la matriz de valoración compartida por el Ministerio de Salud, orientada a verificar la correspondencia entre los elementos constitutivos de cada núcleo y su desarrollo efectivo donde se debe identificar y contrastar, para cada núcleo, los componentes asociados a determinantes sociales, territoriales e institucionales, verificando su abordaje en los distintos capítulos del documento, tanto desde el análisis cuantitativo como cualitativo.⁴

De otra parte, los núcleos fueron agrupados analíticamente en cuatro campos de inequidad, sin modificar su contenido. Esta agrupación responde a criterios de afinidad temática y a su relación con determinantes estructurales, sociales, ambientales e institucionales del territorio, que permite comprender de manera más estructural los campos de inequidad presentes en el territorio. Bajo este enfoque, se identificaron los siguientes campos analíticos de inequidad socio sanitaria:

- Campo de inequidad social-estructural:

⁴ Nota: Orientaciones metodológicas para la valoración, priorización y coherencia de núcleos de inequidad socio sanitaria (matrices 0, IV, V y VI), a partir de grabación de audio de sesión técnica del **Grupo de Planeación en Salud Pública**, Dirección de Epidemiología y Demografía, **Ministerio de Salud y Protección Social**, 15 de agosto de 2025.

Integrado por el Núcleo 1 (Salud Mental) y el Núcleo 4 (Injusticias sociales en grupos vulnerables) los cuales comparten determinantes asociados a la violencia, exclusión social, discriminación, debilitamiento del tejido social e impacto intergeneracional, configurando un campo de inequidad de alta complejidad social y estructural.

- Campo de inequidad socioambiental: ambiente, territorio y riesgos biológicos; Conformado por el Núcleo 2 (Enfermedades transmisibles y cambio climático), el Núcleo 5 (Infraestructura de saneamiento básico) y el Núcleo 8 (Rabia y cambio de hábitat de fauna silvestre), los cuales presentan determinantes comunes relacionados con condiciones climáticas, disponibilidad y calidad del agua, el manejo de residuos, interacción hombre-animal, las prácticas sociales y las condiciones de ruralidad y dispersión poblacional.

- Campo de inequidad en la capacidad del sistema de salud: acceso y respuesta institucional:

Integrado por el Núcleo 3 (Prestación y calidad de los servicios de salud) y el Núcleo 7 (Aseguramiento), que concentran las problemáticas asociadas a barreras de acceso, discontinuidad de la atención, fragmentación del sistema, limitaciones en la capacidad resolutoria y brechas territoriales en la respuesta institucional del sistema de salud.

- Campo de inequidad en condiciones de vida, nutrición y enfermedades crónicas: Conformado por el Núcleo 6 (Enfermedades no transmisibles) y el Núcleo 9 (Inseguridad alimentaria y desnutrición) los cuales comparten determinantes vinculados a la pobreza, las condiciones de vida, los estilos de vida, las prácticas de cuidado familiar e institucional y la carga acumulada de enfermedad a lo largo del curso de vida, generando impactos diferenciales en la salud de la población según edad, contexto social y territorial.

Núcleo 1. Salud Mental, convivencia y entorno social

El Núcleo de Salud Mental, convivencia y entorno social evidencia una inequidad sociosanitaria de carácter social y estructural, asociada a la pérdida de valores, el limitado involucramiento parental y la persistencia de mitos y creencias que naturalizan el maltrato. Estas condiciones se expresan en el deterioro de la salud mental, el aumento de la violencia de género e intrafamiliar y la ocurrencia de

conductas suicidas, con afectación diferenciada en mujeres, adolescentes y población joven en el territorio departamental.

En el contexto del departamento de Magdalena, la salud mental se ve profundamente influenciada por determinantes sociales como la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral, la discriminación, la violencia interpersonal y la insuficiente oferta de servicios especializados en salud mental. Estos factores no solo impactan el bienestar emocional de las personas, sino que limitan su capacidad para afrontar situaciones de crisis, acceder a redes de apoyo y recibir atención oportuna, configurando escenarios de alta vulnerabilidad psicosocial.

Este núcleo también incorpora problemáticas emergentes que inciden de manera directa en la convivencia y la salud mental, como el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar y el uso excesivo de pantallas por parte de niños, niñas y adolescentes. Estas dinámicas reflejan déficits en la oferta de espacios culturales, recreativos y deportivos, así como debilidades en los procesos de acompañamiento familiar y comunitario, con efectos acumulativos sobre el desarrollo emocional y social.

La manifestación más crítica de esta inequidad se expresa en el suicidio consumado y en los intentos de suicidio, los cuales constituyen un problema de salud pública que trasciende el ámbito individual y refleja fallas estructurales en la protección social, la convivencia y la respuesta institucional. La ocurrencia de estos eventos en edades tempranas y productivas resalta la necesidad de intervenciones integrales que fortalezcan los entornos familiares, escolares y comunitarios, y que reconozcan la salud mental como un eje central del bienestar colectivo.

Desde el ámbito institucional, el núcleo pone en evidencia brechas significativas en la disponibilidad de talento humano en salud mental, tanto en el sector salud como en el sector educativo, así como la ausencia o insuficiencia de servicios y centros de atención para casos agudos. Estas limitaciones fueron reiteradamente señaladas en las mesas participativas, donde se identificaron el desempleo, el estrés, la falta de oportunidades y la escasa oferta institucional como factores que profundizan el malestar emocional y social en el territorio.

En este sentido, la salud mental se configura como un campo de inequidad transversal, estrechamente vinculado a la convivencia territorial, las relaciones sociales y las condiciones estructurales del departamento. Su abordaje requiere acciones intersectoriales sostenidas que fortalezcan el tejido social, amplíen la capacidad institucional y promuevan entornos protectores desde la familia, la



escuela, la comunidad y el sistema de salud, reconociendo la salud mental como un componente esencial del desarrollo humano y social.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas

Panorama de la Salud Mental y Convivencia en el Magdalena 2025

Determinantes y Barreras Sociales



Inequidad Social y Estructural

La pobreza, el desempleo y la falta de oportunidades laborales deterioran el bienestar emocional.

Descomposición del Entorno Familiar

La pérdida de valores y la baja participación parental naturalizan el maltrato y la inseguridad.



Brechas en la Oferta Institucional



Existe una escasez crítica de psicólogos escolares y centros para atención de casos agudos.



Alerta por Violencia Excesiva

Las tasas de violencia intrafamiliar y contra la mujer superan ampliamente el promedio nacional.



Prevalencia en Salud Mental

La ansiedad y la depresión afectan desproporcionadamente a las mujeres y la población joven.

Impacto en la Salud Pública

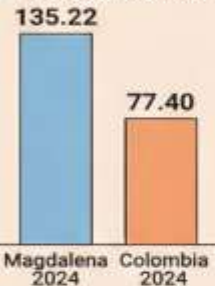
52

52 Suicidios Consumados en 2024

El suicidio y sus intentos reflejan fallas críticas en la protección social e institucional.

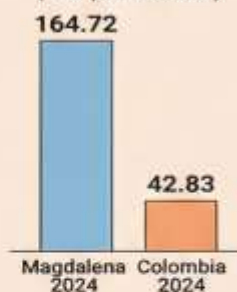
Violencia contra la mujer

(Tasa por 100k hab.)



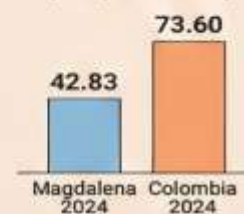
Violencia intrafamiliar

(Tasa por 100k hab.)



Intento de suicidio

(Tasa por 100k hab.)



Núcleo 2. Enfermedades Transmisibles por vectores y cambio climático

En coherencia con el análisis ambiental y territorial desarrollado en el Capítulo I, las condiciones ambientales, sociales y territoriales del departamento de Magdalena configuran un escenario estructuralmente favorable para la persistencia y expansión de enfermedades transmisibles, particularmente aquellas transmitidas por vectores. La expansión urbana no planificada, la deforestación, la transformación del uso del suelo y los efectos del cambio climático han alterado los ecosistemas, incrementando el contacto entre vectores, reservorios animales y población humana, con impactos diferenciados según las condiciones de vida de las comunidades.

Este núcleo expresa una inequidad sociosanitaria en la que confluyen factores climáticos, ambientales y sociales. Las altas temperaturas, los periodos de lluvias intensas alternados con sequías, la presencia de cuerpos de agua natural y artificial, y las limitaciones en el acceso continuo a agua potable favorecen prácticas de almacenamiento doméstico que incrementan los criaderos de vectores. Estas condiciones afectan de manera desproporcionada a poblaciones con menores recursos económicos, déficits en saneamiento básico, viviendas inadecuadas y mayor exposición ambiental, profundizando su vulnerabilidad frente a eventos transmisibles.

En el territorio departamental se evidencia la circulación amplia de vectores asociados a enfermedades como dengue, malaria y leishmaniasis, con afectación en la mayoría de los municipios, especialmente en zonas urbanas, rurales dispersas y áreas de transición urbano-rural. La cercanía a la Sierra Nevada de Santa Marta y su piedemonte configura nichos ecológicos propicios para la presencia y adaptación de vectores, con riesgo de expansión hacia áreas urbanizadas, particularmente en el caso de la leishmaniasis. De manera similar, la malaria mantiene una transmisión silenciosa, con riesgo de introducción en territorios donde el vector no es autóctono, asociado a dinámicas de movilidad poblacional y presencia de población flotante en municipios de las subregiones Sur y Centro.

A estos factores se suman prácticas comunitarias inadecuadas en la disposición de residuos sólidos, como el vertimiento en fuentes superficiales de agua o la incineración doméstica, que generan contaminación ambiental, deterioro de la calidad del aire y de las fuentes hídricas, y contribuyen indirectamente a la proliferación de vectores y al deterioro de las condiciones de salud ambiental. Estas prácticas reflejan brechas persistentes en educación ambiental, gestión del riesgo y acceso a servicios públicos adecuados.

El cambio climático actúa como un factor amplificador de este núcleo de inequidad, no solo al incidir en el comportamiento de enfermedades transmisibles, sino también al generar efectos indirectos sobre otros eventos en salud, particularmente en población joven expuesta a condiciones laborales y económicas que incrementan el riesgo durante episodios de calor extremo. La limitada percepción del riesgo y la baja apropiación comunitaria de estrategias de adaptación y mitigación restringen la capacidad de respuesta frente a estos fenómenos, afectando principalmente a los grupos sociales y territoriales más vulnerables.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas

En conjunto, este núcleo pone de manifiesto cómo la interacción entre ambiente, clima, territorio y condiciones sociales reproduce desigualdades en la exposición, el riesgo y la capacidad de respuesta frente a las enfermedades transmisibles, constituyéndose en un campo prioritario para la gestión integral del riesgo, la planificación territorial y la adaptación al cambio climático con enfoque de equidad.

Desafíos de Salud en Magdalena 2025: Enfermedades Transmitidas por Vectores e Inequidad

El departamento de Magdalena enfrenta un "núcleo de inequidad sociosanitaria" donde el cambio climático, la urbanización no planificada y el déficit de saneamiento básico potencian enfermedades como el Dengue, Malaria y Leishmaniasis.

Determinantes del Riesgo y Cambio Climático



El Cambio Climático como Amplificador

Las temperaturas extremas y lluvias intensas alteran ecosistemas, incrementando el contacto entre vectores y humanos.



Deficiencias en Saneamiento Básico

La falta de agua potable obliga al almacenamiento doméstico, creando criaderos para el mosquito *Aedes aegypti*.



Baja Percepción del Riesgo

Existe una limitada apropiación comunitaria de medidas de autocuidado y estrategias de adaptación ambiental.

Panorama Epidemiológico y Alertas Territoriales



Alerta Crítica por Dengue

Incidencia:

445,6

por cada 100.000
habitantes en riesgo.

Letalidad:

0,32%



Incremento de Leishmaniasis

La tasa de incidencia aumentó cinco veces en comparación con el año anterior.

Municipios en Situación Crítica



Santa Bárbara de Pinto

Tasa de Dengue:

2036,88

(x 100.000 hab)



San Zenón

Tasa de Dengue:

1975,95

(x 100.000 hab)



San Sebastián

Tasa de Dengue:

1971,47

(x 100.000 hab)

Núcleo 3. Prestación y calidad de servicios de salud

El Núcleo de Prestación y calidad de los servicios de salud evidencia una inequidad sociosanitaria asociada a la insuficiente e inadecuada infraestructura hospitalaria, la débil institucionalidad del sistema y las limitaciones persistentes en la capacidad de respuesta de los servicios de salud en el departamento de Magdalena. Estas condiciones se expresan en barreras de acceso, inoportunidad en la atención, fragmentación de los procesos asistenciales y baja adherencia a las Rutas Integrales de Atención, con impactos directos sobre la morbilidad y mortalidad evitable de la población.

En el territorio se identificaron dificultades recurrentes relacionadas con la demora en la asignación de citas, la falta de insumos en los establecimientos prestadores de servicios de salud, la escasa información sobre la oferta disponible y la limitada implementación de guías clínicas y protocolos de atención. Estas fallas afectan de manera diferencial a la población rural y rural dispersa, donde el acceso a servicios adecuados se ve condicionado por la distancia geográfica, el estado de las vías de comunicación y los costos asociados al traslado hacia centros de mayor complejidad.

Las mesas participativas reforzaron esta lectura territorial, evidenciando una percepción negativa generalizada sobre la calidad de la atención en salud. Una proporción significativa de participantes manifestó inconformidad frente a la respuesta institucional, señalando la tramitología excesiva, las citas tardías y la escasez de recurso humano calificado como barreras que limitan el acceso oportuno y continuo a los servicios. Estas percepciones reflejan no solo problemas operativos, sino una ruptura en la confianza entre la comunidad y el sistema de salud.

Un componente crítico de este núcleo es la debilidad del sistema de referencia y contrarreferencia, que afecta la continuidad del cuidado y el seguimiento adecuado de los casos. La falta de articulación entre los distintos niveles de atención genera retrasos en el diagnóstico y tratamiento, pérdida de oportunidades terapéuticas y discontinuidad en la atención, comprometiendo especialmente la respuesta frente a eventos prevenibles y de alto impacto en salud pública.

Esta inequidad se expresa de manera particularmente grave en la mortalidad materna evitable, cuya persistencia refleja barreras estructurales en el acceso a la atención prenatal, obstétrica y postparto de calidad. Factores como la baja percepción del riesgo materno, la limitada educación sexual y reproductiva, la inasistencia a controles prenatales y las dificultades económicas y geográficas para acceder a los servicios contribuyen a retrasos en la búsqueda y recepción de la atención. Estas condiciones afectan de manera desproporcionada a mujeres en

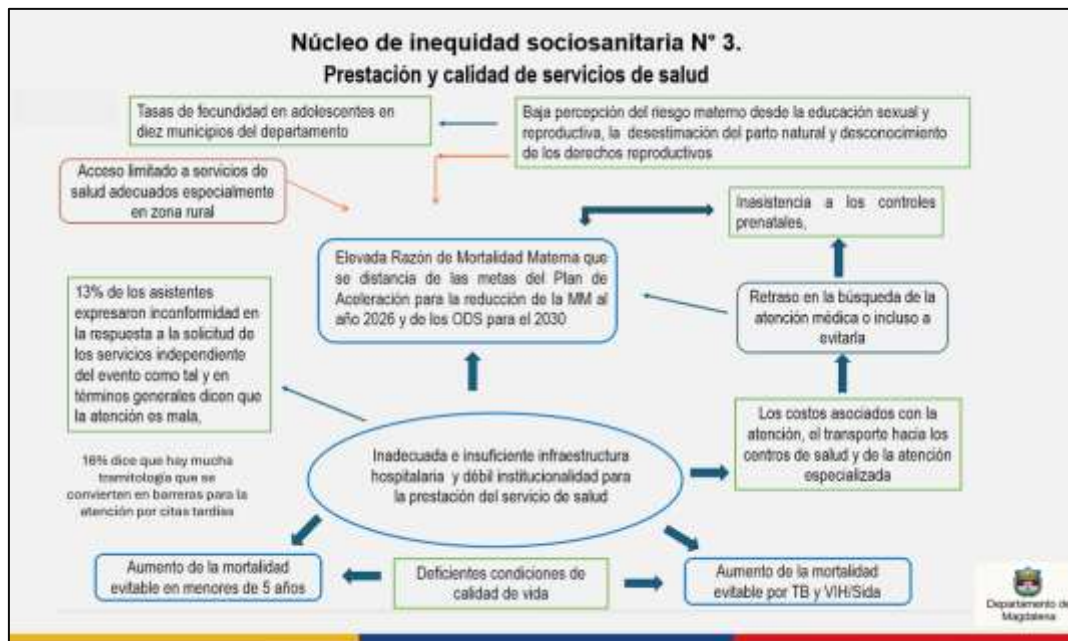
situación de pobreza, zonas rurales, población migrante y grupos históricamente marginados.

De forma complementaria, la elevada fecundidad en adolescentes, particularmente en edades tempranas, pone en evidencia fallas en la educación sexual y reproductiva, el desconocimiento de las rutas de atención y las barreras institucionales para el acceso a servicios de salud amigables para jóvenes. Este fenómeno profundiza las desigualdades sociales y de género, y se asocia a mayores riesgos maternos, perinatales y sociales.

En la población menor de cinco años, la inequidad en la prestación de servicios se manifiesta en la persistencia de mortalidad evitable por infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y desnutrición. Estas muertes reflejan la interacción entre pobreza, condiciones de vida inadecuadas, déficits en saneamiento básico, barreras de acceso a servicios de salud y limitaciones en la educación en salud y el acompañamiento familiar, especialmente en territorios con menor capacidad institucional.

Asimismo, el comportamiento de eventos como la tuberculosis y el VIH/Sida, cuya incidencia y mortalidad mantienen tendencias preocupantes, pone de manifiesto fallas en la detección temprana, el seguimiento, la adherencia a los tratamientos y la continuidad del cuidado. A pesar de ser eventos prevenibles y controlables, su persistencia evidencia brechas estructurales en el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, particularmente en poblaciones socialmente vulnerables.

En conjunto, este núcleo revela que las limitaciones en la prestación y calidad de los servicios de salud no solo responden a déficits técnicos u operativos, sino a inequidades territoriales, sociales e institucionales que condicionan el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención, reproduciendo muertes y eventos evitables a lo largo del curso de vida de la población del departamento de Magdalena.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas

Ministerio de Salud
y Protección Social

Desafíos de la Salud en Magdalena: Inequidad y Calidad (ASIS 2025)

El ASIS 2025 identifica una profunda inequidad sociosanitaria en Magdalena. La infraestructura deficiente y la debilidad institucional generan barreras que resultan en mortalidad evitable y ruptura de la confianza con el sistema.

BARRERAS CRÍTICAS DE ACCESO Y GESTIÓN



Infraestructura Hospitalaria Insuficiente

La debilidad institucional y física limita severamente la capacidad de respuesta de los servicios.



reporta barreras por tramitología

El exceso de procesos administrativos y citas tardías impiden la atención oportuna.



Brecha en la población rural

El acceso está condicionado por distancias geográficas, mal estado de vías y altos costos.

IMPACTOS EN LA SALUD PÚBLICA



Elevada Mortalidad Materna y Perinatal

Persisten barreras estructurales en el acceso a atención prenatal y educación sexual.



Mortalidad Evitable en Menores de 5 Años

Casos vinculados a infecciones respiratorias, enfermedad diarreica y desnutrición.



Fallas en Eventos Prevenibles

Deficiencias en detección temprana y seguimiento para casos de VIH y Tuberculosis.

PERCEPCIÓN CIUDADANA: FACTORES DE RIESGO (Mesas Participativas)

Inconformidad con la respuesta institucional



Barreras por trámites y citas tardías



Reconocimiento del sedentarismo como problema



Núcleo 4. Injusticias sociales en grupos vulnerables

El Núcleo de Injusticias sociales en grupos vulnerables expresa inequidades estructurales persistentes que afectan de manera diferenciada a poblaciones indígenas y comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras (NARP) en el departamento de Magdalena. Estas inequidades se relacionan con procesos históricos de exclusión social, discriminación étnica y cultural, despojo territorial, precariedad en las condiciones de vida y barreras sistemáticas en el acceso efectivo a derechos fundamentales, incluida la salud.

En el caso de los pueblos indígenas, las dinámicas de expansión agrícola, explotación forestal, minería y otros proyectos de desarrollo han generado pérdida de territorios y recursos naturales, afectando no solo su seguridad alimentaria y medios de subsistencia, sino también su identidad cultural y su relación ancestral con la tierra. Estas transformaciones territoriales se asocian a procesos de discriminación, violencia y vulneración de derechos, que profundizan la exclusión social y limitan la capacidad de estas comunidades para ejercer plenamente sus derechos en el marco del sistema de protección social.

Las mesas participativas evidenciaron limitaciones significativas en la implementación del modelo de atención intercultural en salud, particularmente para comunidades indígenas ubicadas en las zonas altas de la Sierra Nevada de Santa Marta. Entre las principales barreras se identificaron las dificultades en el traslado de pacientes hacia servicios de mediana y alta complejidad, debido a las condiciones del terreno, la ausencia de vías de comunicación adecuadas y la falta de transporte oportuno. A ello se suma la ausencia de traductores en lengua nativa, lo cual dificulta la comunicación entre usuarios y prestadores, limita la comprensión de diagnósticos y tratamientos, y genera desconfianza frente a la atención occidental, situación expresada de manera reiterada por los participantes indígenas en las mesas.

Asimismo, en dos de las tres mesas realizadas con población indígena en 2024, se manifestó inconformidad frente a la exigencia del Estado en materia de aseguramiento y cobertura universal, especialmente cuando se condiciona el acceso a la atención al cumplimiento de requisitos administrativos y de identificación que no representan barreras en la medicina tradicional, pero sí en el sistema de salud occidental. Estas inquietudes fueron particularmente señaladas por comunidades Arhuacos, Kogui y Wiwa, evidenciando una brecha entre los enfoques normativos del sistema y las realidades culturales y territoriales de los pueblos indígenas.



Por su parte, el pueblo indígena Chimila expresó de manera unánime su inconformidad frente a la falta de reconocimiento económico y simbólico de la medicina ancestral, la partería tradicional y el rol de agentes comunitarios, los cuales no son incorporados de manera efectiva en los esquemas institucionales de atención. Adicionalmente, se identificaron condiciones estructurales adversas relacionadas con la falta de acceso a agua potable, la precariedad de las vías y la conectividad, la baja cobertura de energía eléctrica continua y la mayor exposición a los efectos del cambio climático, particularmente altas temperaturas, inundaciones estacionales y afectaciones a la salud derivadas de la exposición prolongada al sol.

Estas condiciones se asocian también a prácticas inadecuadas de saneamiento básico, como la eliminación inapropiada de excretas y la quema de residuos, así como a bajos niveles de autocuidado, limitaciones en las acciones de promoción y prevención, y altos índices de desnutrición infantil y en población mayor. En el ámbito de la atención en salud, los participantes señalaron deficiencias en la capacidad del recurso humano, falta de capacitación, deterioro de la infraestructura, ausencia de equipamiento en los puestos de salud y barreras para el acceso oportuno a medicamentos y servicios especializados, lo cual profundiza la inequidad en estos territorios.

En relación con las comunidades NARP, las mesas participativas en 2025 evidenciaron barreras persistentes de acceso a los servicios de salud asociada a la distancia geográfica, los costos indirectos de desplazamiento, los tiempos prolongados de espera y la percepción de trato discriminatorio, así como la ausencia de enfoques diferenciales culturalmente pertinentes. Estos factores contribuyen a debilitar la confianza en la institucionalidad sanitaria y a limitar la búsqueda oportuna de atención, con posibles efectos negativos sobre la continuidad del cuidado y la atención preventiva.

Adicionalmente, emergieron situaciones relacionadas con la organización comunitaria interna, caracterizadas por fragmentación entre liderazgos, baja articulación entre asentamientos y dificultades en la interlocución colectiva. Esto tiende a reforzar posturas defensivas frente a las instituciones y a generar demandas orientadas al fortalecimiento de la autonomía comunitaria, la gestión directa de recursos y una mayor participación en la definición e implementación de acciones en salud, particularmente en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Núcleo de inequidad sociosanitaria N° 4.**Injusticias sociales en grupos vulnerables**

En dos de las tres mesas realizadas con población indígena se puso de manifiesto la inconformidad por la exigencia del Estado hacia la cobertura universal en el sistema de aseguramiento, específicamente en las comunidades Arhuacos, Kogui y Wiwa, por limitaciones culturales y condiciones nómadas.

Uso inadecuado de eliminación de excretas y quema de basuras.

Bajo autocuidado de la salud, promoción y prevención de la salud, altos índices de desnutrición infantil y vejez, prácticas no saludables de higiene y salud.

Afectaciones por la intensa exposición al sol y altas temperaturas, y problemas de piel por exposición al sol en época seca, y alto riesgo de inundación en época de lluvias.



Deficiencia en el traslado de pacientes, baja capacidad del recurso humano y falta de capacitación, ausencia de la infraestructura hospitalaria, deterioro y falta de equipamiento en el puesto de salud, barreras de acceso a la población a la entrega oportuna de medicamentos y atención complementaria y especializada de salud. Expresaron que solo prescriben un solo medicamento.

Barreras de acceso en el nuevo modelo intercultural por falta de traductores en lengua nativa, expreso por el 100% de los asistentes a las mesas participativas.

Falta de agua potable, vías y conectividad, factores que incrementan altas temperaturas con el cambio climático, baja cobertura de energía eléctrica continua, especialmente en zona más dispersa del pueblo Chimila.

Falta del reconocimiento económico en la práctica de la medicina ancestral expresado por el pueblo Chimila. Problemáticas identificadas y ampliamente expresadas durante las mesas realizadas por el 100% de los indígenas Chimilas asistentes.

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas

De manera transversal, las comunidades indígenas y NARP señalaron la discriminación en el acceso a oportunidades laborales, la falta de apoyo estatal al sector agrícola y pecuario, la ausencia de asistencia técnica, los altos costos de insumos, la carencia de herramientas productivas y la limitada presencia de control sanitario, lo cual impacta negativamente sus condiciones de vida y su seguridad económica. Estas inequidades socioeconómicas refuerzan la exclusión social y condicionan de manera estructural el acceso a servicios de salud, educación y protección social.

En síntesis, este núcleo evidencia que las injusticias sociales que afectan a los grupos vulnerables del departamento no se explican únicamente por barreras en el sector salud, sino por un entramado de determinantes históricos, territoriales, culturales e institucionales que reproducen la exclusión y la desigualdad. Su abordaje requiere el fortalecimiento del enfoque diferencial, el reconocimiento efectivo de la diversidad cultural, la articulación intersectorial y la garantía de condiciones de vida dignas como base para la equidad en salud.



Injusticias Sociales y Salud: Realidades de los Grupos Vulnerables en Magdalena (2025)

Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2025: Desafíos persistentes por exclusión y despojo territorial, impactando el acceso a derechos fundamentales y servicios de salud.

BARRERAS ESTRUCTURALES Y DETERMINANTES SOCIALES

Deficiencia en Servicios Básicos y Conectividad



Falta de agua potable, energía eléctrica continua y vías adecuadas, especialmente en el pueblo Chimila.

Vulnerabilidad ante el Cambio Climático



Alta exposición a inundaciones, temperaturas extremas y afecciones de piel por radiación solar.

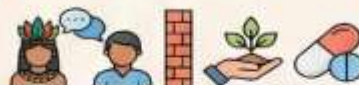
Inequidad por Despojo Territorial



La expansión agrícola y minera afecta la seguridad alimentaria y la identidad cultural ancestral.

OBSTÁCULOS EN EL ACCESO Y ATENCIÓN EN SALUD

Ruptura del Modelo Intercultural



Ausencia de traductores nativos y falta de reconocimiento económico a la medicina ancestral.

Perfil de Morbilidad Crónica y Prevenible



Predominan enfermedades cardiovasculares (11,24%) e infecciosas, junto a un 17% de diagnósticos mal definidos.

Exclusión Administrativa y Geográfica



Tiempos de espera prolongados y requisitos de aseguramiento que chocan con la realidad cultural.

COMPARATIVO DE BAJO PESO AL NACER POR GRUPO ÉTNICO (2024)



Núcleo 5. Infraestructura de saneamiento básico

El Núcleo de Infraestructura de saneamiento básico expresa una inequidad sociosanitaria estructural asociada a déficits persistentes en el acceso a agua potable segura, alcantarillado, manejo adecuado de residuos sólidos y condiciones dignas de vivienda, los cuales inciden de manera directa en la ocurrencia y persistencia de enfermedades transmisibles en el departamento de Magdalena. Estas condiciones afectan de forma diferenciada a poblaciones rurales, rurales dispersas y asentamientos urbanos con mayores niveles de precariedad social.

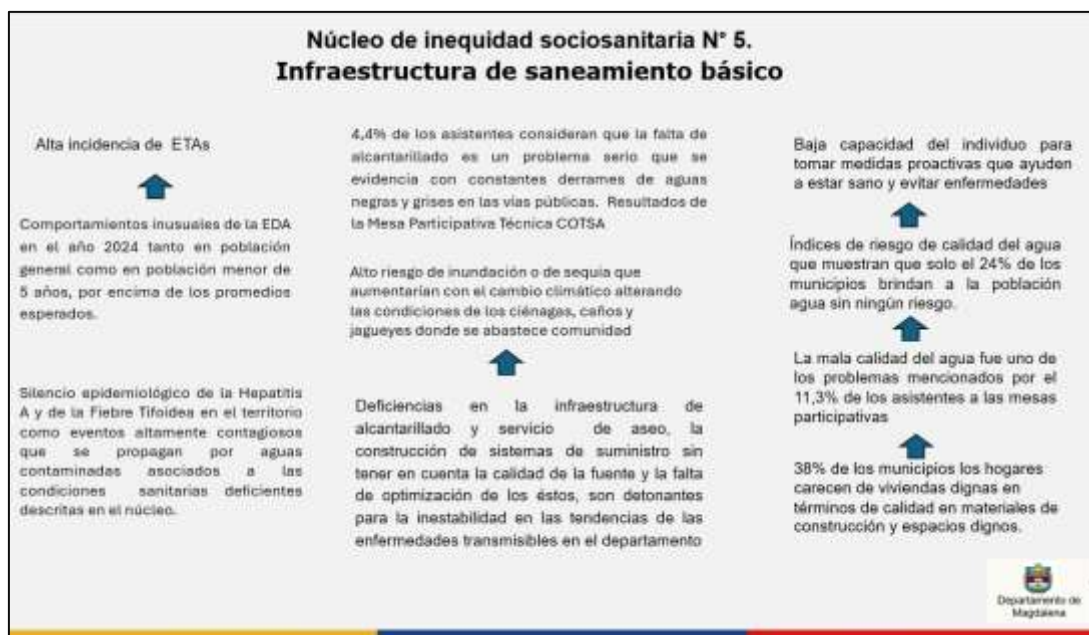
Las limitaciones en la calidad y disponibilidad del agua constituyen uno de los principales determinantes de este núcleo. Una proporción importante de municipios no garantiza agua apta para el consumo humano, situación reconocida de manera reiterada en las mesas participativas. A ello se suma que un porcentaje significativo de hogares carece de viviendas dignas en términos de materiales de construcción y espacios adecuados, lo que incrementa la exposición a riesgos sanitarios y limita la capacidad de autocuidado y prevención de la enfermedad en el ámbito familiar.

En el territorio se identifican brechas generalizadas relacionadas con la ausencia o insuficiencia de acueducto y alcantarillado, el inadecuado manejo de residuos sólidos, la mala disposición de aguas residuales y la contaminación de fuentes hídricas utilizadas para el abastecimiento comunitario. Estas problemáticas fueron señaladas de manera consistente en las mesas participativas, evidenciando prácticas comunitarias como el vertimiento de aguas residuales en las vías públicas, la eliminación inadecuada de excretas y el uso de espacios públicos para la disposición de basuras, tanto en áreas urbanas como rurales.

Los hallazgos de la Mesa Participativa Técnica COTSA reforzaron esta comprensión territorial, destacando la presencia de botaderos a cielo abierto y la quema de residuos como prácticas frecuentes, así como la gravedad de la falta de alcantarillado en algunos municipios, evidenciada por derrames recurrentes de aguas negras y grises en el espacio público. Estas condiciones se ven agravadas por fenómenos climáticos como inundaciones y sequías, cuya frecuencia e intensidad se incrementan con el cambio climático, alterando las condiciones de ciénagas, caños y jagüeyes que sirven como fuentes de abastecimiento comunitario.

Esta inequidad se refleja en el comportamiento de eventos como la enfermedad diarreica aguda EDA, cuya incidencia se incrementó por encima de los valores esperados tanto en población general como en menores de cinco años, lo que obliga a mantener una vigilancia estrecha y sostenida. De igual forma, el riesgo asociado a enfermedades transmitidas por agua contaminada, como la hepatitis A

y la fiebre tifoidea, adquiere especial relevancia ante la existencia de silencios epidemiológicos que podrían ocultar brotes en contextos de saneamiento deficiente y cambio climático, particularmente en municipios históricamente afectados.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas

En relación con la ruralidad y la vocación agroproductivas del departamento, las mesas participativas identificaron además riesgos asociados a la exposición a plaguicidas y sustancias químicas. Estas exposiciones se relacionan tanto con prácticas de subsistencia en cultivos de pan coger, realizadas sin aplicación sistemática de buenas prácticas de uso y almacenamiento, como con labores en cultivos agroindustriales bajo condiciones percibidas como inseguras. Adicionalmente, se reportaron intoxicaciones asociadas al consumo de alimentos de producción artesanal, vinculadas a deficiencias higiénico-sanitarias en los procesos de elaboración.

En conjunto, este núcleo pone de manifiesto cómo las deficiencias en la infraestructura de saneamiento básico, la precariedad de las condiciones de vida y las brechas en capacidades comunitarias e institucionales se articulan para reproducir riesgos ambientales, químicos y biológicos que impactan de manera directa la salud de la población. Estas inequidades no solo condicionan la ocurrencia de enfermedades transmisibles, sino que limitan las posibilidades de prevención efectiva y profundizan las desigualdades territoriales en salud en el departamento de Magdalena.

Ministerio de Salud
y Protección SocialGobernación del Magdalena
- Palacio Tayrona -

Desafíos del Saneamiento Básico e Inequidad en Magdalena 2025

El departamento de Magdalena presenta una inequidad sociosanitaria estructural marcada por déficits en el acceso a agua potable, alcantarillado y manejo de residuos. Estas condiciones, agravadas por el cambio climático, facilitan la propagación de enfermedades transmisibles y limitan la capacidad de prevención en las comunidades más vulnerables.

Principales Brechas en Infraestructura



Déficit en Agua Potable y Alcantarillado

Gran parte de los municipios no garantiza agua apta para consumo ni sistemas de drenaje.



Gestión Inadecuada de Residuos

Predominan los botaderos a cielo abierto, quema de basura y vertimiento de aguas negras.



Vulnerabilidad ante el Cambio Climático

Inundaciones y sequías contaminan fuentes críticas como ciénagas, caños y jagüeyes.

Impactos Críticos en la Salud



Alerta por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La incidencia ha superado los valores esperados, afectando especialmente a menores de 5 años.



Riesgos Químicos y Alimentarios

Alta exposición a plaguicidas en zonas rurales y falta de higiene en alimentos artesanales.



Inequidad Sociosanitaria Estructural

La precariedad habitacional y de servicios impide una prevención efectiva de enfermedades transmisibles.

Fuente: Capítulo 2 del ASIS Magdalena 2025.

NotebookLM

Núcleo 6. Condiciones de vida, estilos de vida y enfermedades crónicas

El Núcleo de Enfermedades No Transmisibles (ENT) expresa una inequidad sociosanitaria asociada a la interacción entre estilos de vida no saludables, condiciones socioeconómicas adversas y entornos laborales y ambientales que limitan las posibilidades de prevención y autocuidado en la población del departamento de Magdalena. Este núcleo se manifiesta de manera creciente desde edades tempranas, con impactos acumulativos sobre la calidad de vida y la carga de enfermedad a lo largo del curso de vida.

Las mesas participativas evidenciaron una vez más, que los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y la falta de actividad física son percibidos como problemáticas relevantes en el territorio. Una proporción de los asistentes reconoció el sedentarismo como un problema de salud, y durante los encuentros comunitarios se identificó la presencia de personas diagnosticadas con hipertensión arterial desde edades relativamente jóvenes, muchas de ellas ya en tratamiento farmacológico. Estos hallazgos reflejan una baja percepción del riesgo frente a señales tempranas de enfermedad, como la fatiga, el aumento de peso y otros síntomas asociados, así como una limitada atención a las alertas del propio cuerpo.

Los participantes señalaron que estas prácticas se ven reforzadas por la escasa disponibilidad y variedad de alimentos saludables, el tiempo limitado para la preparación de comidas adecuadas y la creciente oferta y consumo de alimentos ultraprocesados. A ello se suma la normalización de la automedicación, particularmente con analgésicos, como estrategia cotidiana para mitigar malestares físicos, lo cual retrasa la búsqueda de atención oportuna y contribuye a la progresión silenciosa de las enfermedades crónicas.

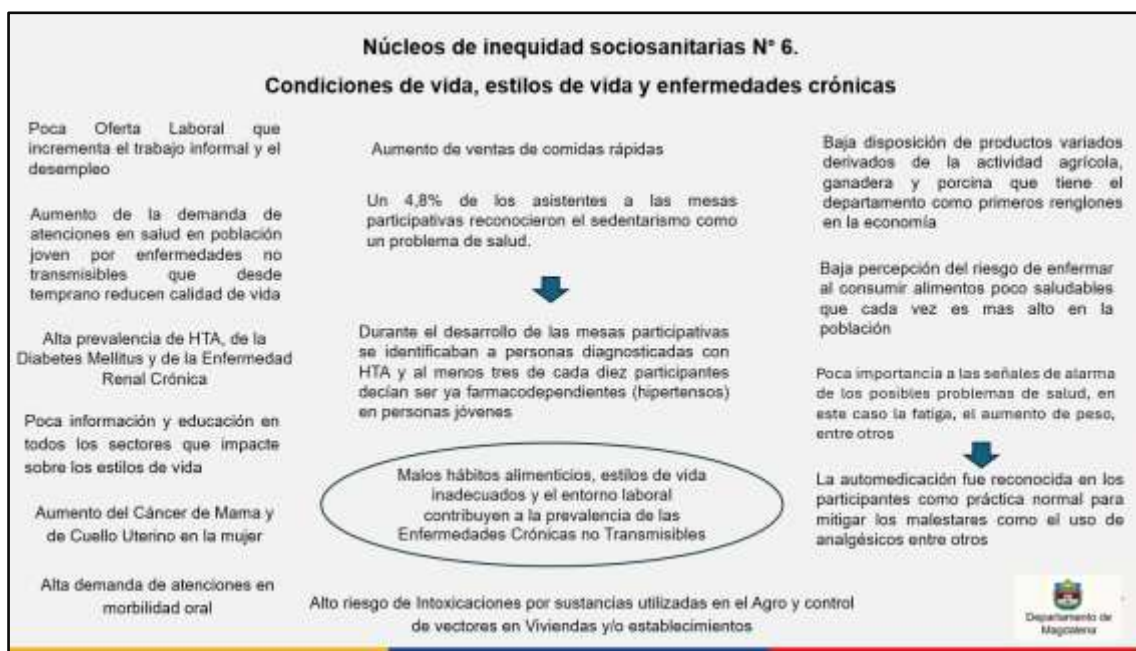
Aunque el departamento de Magdalena no se caracteriza por un alto nivel de industrialización, se identificaron riesgos ambientales asociados a actividades productivas como el transporte de carbón, la explotación de minerales y la extracción de materiales de construcción en algunos municipios. Estos procesos generan material particulado que afecta la calidad del aire y expone a la población a contaminantes potencialmente nocivos. La presencia de metales pesados en el ambiente, documentada en estudios previos, constituye un factor de riesgo adicional para la salud, particularmente en relación con enfermedades crónicas y respiratorias.

En el ámbito de la salud de las mujeres, el cáncer de mama y de cuello uterino emergen como problemáticas de alto impacto que no siempre fueron visibilizadas en las mesas participativas, lo cual evidencia una baja percepción del riesgo y debilidades en las acciones preventivas. Barreras como la captación tardía, la limitada educación en salud, el difícil acceso a servicios de alta complejidad, la

escasez de especialistas y los costos asociados al tratamiento contribuyen a diagnósticos en etapas avanzadas y a una elevada pérdida de años de vida evitables.

Asimismo, se identificaron riesgos latentes asociados a intoxicaciones por sustancias químicas utilizadas en actividades agrícolas y ganaderas, cuyos envases son reutilizados sin medidas de seguridad adecuadas en el entorno doméstico y comunitario. Aunque estas situaciones no fueron ampliamente discutidas en todas las mesas, representan un riesgo persistente vinculado a la baja percepción del peligro y a prácticas inseguras en el manejo de sustancias peligrosas.

La salud oral, aunque poco mencionada en los espacios participativos, constituye otra expresión de este núcleo. La baja importancia otorgada a la higiene oral y a los controles preventivos se traduce en una alta demanda de atención por morbilidad oral, con implicaciones no solo estéticas o funcionales, sino también nutricionales y de salud general, incluyendo el riesgo de cáncer bucal.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas

De acuerdo con el análisis de la morbilidad y la mortalidad desarrollado en el ASIS, las enfermedades no transmisibles mantienen una tendencia creciente y sostenida en el departamento, lo que confirma que las problemáticas identificadas en este núcleo no corresponden a situaciones aisladas, sino a procesos estructurales que requieren abordajes integrales y sostenidos. En conjunto, este



núcleo evidencia cómo los estilos de vida, las condiciones sociales, los entornos productivos y la baja percepción del riesgo se articulan para reproducir inequidades en salud, con impactos significativos en la carga de enfermedad y la calidad de vida de la población.

Desafíos de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en Magdalena 2025

El departamento de Magdalena enfrenta una inequidad socio sanitaria donde los estilos de vida no saludables y factores ambientales aumentan las enfermedades crónicas. Existe una baja percepción del riesgo y barreras de acceso que retrasan el diagnóstico oportuno.

Estilos de Vida y Conductas de Riesgo



Hábitos Críticos y Sedentarismo

Predominan los malos hábitos alimenticios y el consumo de productos ultraprocesados, generando fatiga y aumento de peso.

Hipertensión en Jóvenes

Se detecta un aumento de diagnósticos de hipertensión arterial a edades cada vez más tempranas.



Normalización de la Automedicación

El uso frecuente de analgésicos retrasa la búsqueda de atención médica y oculta síntomas graves.

Riesgos del Entorno y Salud Preventiva



Contaminación y Riesgos Ambientales

El transporte de carbón y explotación mineral generan material particulado y metales pesados nocivos.



Barreras en Cáncer Femenino

La captación tardía y falta de especialistas elevan la mortalidad y la pérdida de años de vida por cáncer de mama y cuello uterino.



Riesgos Químicos y Salud Oral

Existe un manejo inseguro de sustancias agrícolas y una baja importancia a la higiene oral.

Priorizar la prevención y el autocuidado es fundamental para transformar la salud en el departamento.

Fuente: ASIS Magdalena 2025.

Núcleo 7. ASEGURAMIENTO:

El Núcleo de Aseguramiento evidencia una inequidad sociosanitaria asociada a brechas persistentes en la afiliación efectiva y, especialmente, en la capacidad del sistema para garantizar una atención integral, continua y resolutive a la población del departamento de Magdalena. Si bien se han registrado avances recientes en las coberturas formales de aseguramiento, persisten conflictos estructurales que limitan el acceso real a servicios de salud oportunos y de calidad, particularmente en territorios rurales y subregiones históricamente rezagadas.

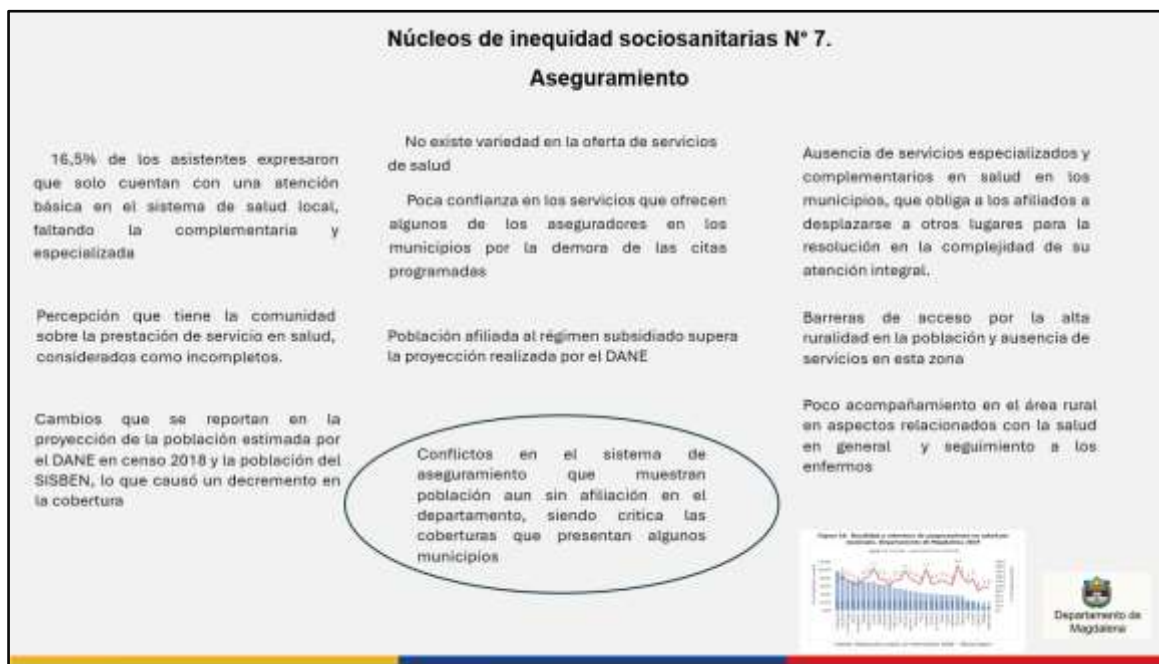
En el territorio se identifican municipios con coberturas de aseguramiento inferiores al promedio departamental, siendo críticas las situaciones observadas en las subregiones Río y Sur, donde una proporción significativa de la población permanece sin afiliación o con afiliación inestable. Estas brechas no solo responden a condiciones socioeconómicas y territoriales, sino también a inconsistencias entre las proyecciones poblacionales del DANE y los registros administrativos del SISBÉN, lo cual ha generado ajustes en las coberturas reportadas y tensiones en la planeación del aseguramiento.

Las mesas participativas reforzaron este abordaje territorial, evidenciando que para la comunidad el aseguramiento no se percibe únicamente como la afiliación a un régimen, sino como la posibilidad real de acceder a una atención integral. Una proporción relevante de los participantes manifestó que, aun estando afiliados, solo cuentan con una atención básica, sin acceso efectivo a servicios complementarios y especializados, lo que obliga a desplazamientos a otros municipios o departamentos para la resolución de problemas de mayor complejidad.

La alta ruralidad del departamento emerge como un determinante central de este núcleo, al dificultar el acceso físico a los servicios de salud y limitar el acompañamiento continuo, especialmente en el seguimiento de personas con enfermedades crónicas o condiciones que requieren atención prolongada. A ello se suma la baja confianza de la población en algunos aseguradores, asociada a demoras en la asignación de citas, limitada oferta de servicios y percepción de atención incompleta o fragmentada.

En algunas subregiones, particularmente en el Norte, se observa una paradoja del aseguramiento: municipios con coberturas cercanas a la universalidad coexisten con concentraciones importantes de población no asegurada en su entorno, lo que evidencia dinámicas de movilidad poblacional, informalidad laboral y dependencia del régimen subsidiado. En este contexto, la población afiliada a dicho régimen supera en algunos casos las proyecciones poblacionales oficiales,

generando presiones adicionales sobre la red de servicios y el financiamiento del sistema.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas

En conjunto, este núcleo pone de manifiesto que el aseguramiento en el departamento presenta una brecha entre la cobertura nominal y el acceso efectivo a servicios integrales de salud. Esta brecha se expresa de manera diferenciada según la subregión, la ruralidad y la capacidad resolutive de la red de servicios, configurándose como un factor estructural que reproduce inequidades en el acceso, la continuidad del cuidado y los resultados en salud de la población.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIALCOMUNIDAD DEL
DEPARTAMENTO

Aseguramiento en Salud en Magdalena 2025: Entre la Cobertura y el Acceso Real

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2025 identifica que, aunque la cobertura de salud en Magdalena ha avanzado, persiste una inequidad estructural. La población enfrenta barreras geográficas y administrativas que impiden que estar "afiliado" se traduzca en recibir atención médica oportuna y especializada.

Brechas Territoriales y de Cobertura



Subregiones Río y Sur en Situación Crítica



Paradoja del Aseguramiento en el Norte



Determinantes y Barreras de Acceso

Alta Ruralidad como Barrera Central



Dispersión Geográfica:
Dificulta Seguimiento Crónico
y Acceso Físico a Servicios

Baja Confianza en los Aseguradores



Atención Fragmentada, Demoras en Citas,
Oferta Limitada de Servicios Especializados

Inconsistencias de Información (DANE vs. SISBÉN)



Diferencias en Proyecciones Poblacionales:
Tensiones en Planeación y Financiamiento
del Sistema

Autor:

NotebookLM

Núcleo 8.- Circulación del virus de la rabia y cambio de hábitat de otros animales silvestres

El Núcleo de circulación del virus de la rabia y cambio de hábitat de animales silvestres expresa una inequidad sociosanitaria asociada a las transformaciones ambientales, las dinámicas de ocupación del territorio y las prácticas socioculturales que incrementan la interacción entre fauna silvestre, animales domésticos y población humana en el departamento de Magdalena. Este núcleo se configura como un riesgo zoonótico persistente, con impactos diferenciados según la ruralidad, las actividades productivas y la capacidad institucional para la prevención y el control.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia constituyen uno de los eventos de mayor notificación en el departamento, en un contexto marcado por antecedentes recientes de brotes de rabia animal ocurridos entre los años 2021 y 2024. Estos brotes han involucrado tanto animales domésticos como reservorios silvestres, evidenciando la coexistencia de distintos ciclos de transmisión del virus en el territorio. La circulación focalizada de variantes asociadas a perros y murciélagos hematófagos, así como la participación de fauna silvestre como el zorro, reflejan un escenario de alta complejidad epidemiológica vinculado a las relaciones sociedad–ambiente.

Las coberturas de vacunación antirrábica en perros y gatos, aunque han mostrado incrementos progresivos, continúan siendo insuficientes en varios municipios, especialmente en contextos rurales y rurales dispersos. Estas brechas, sumadas a la alta densidad de animales callejeros, la tenencia de animales domésticos sin control sanitario y la ausencia de espacios adecuados para su manejo, incrementan el riesgo de exposición humana al virus. En las mesas participativas se evidenció una baja percepción del riesgo frente a la rabia humana, pese a que el departamento presenta condiciones endémicas para la rabia canina.

Este núcleo se encuentra estrechamente relacionado con los procesos de cambio de hábitat de la fauna silvestre, asociados a la deforestación, la expansión agropecuaria, las quemas no controladas, la alteración de cauces naturales y los efectos del cambio climático. Estas transformaciones ambientales modifican los patrones de comportamiento y desplazamiento de especies silvestres, aumentando la probabilidad de encuentros con animales domésticos y personas, particularmente en zonas rurales y periurbanas. Factores climáticos como las variaciones en las precipitaciones y el aumento de las temperaturas influyen adicionalmente en la redistribución de especies como serpientes, incrementando riesgos asociados a eventos zoonóticos.

En este contexto, el accidente ofídico se configura como otro evento relevante del riesgo zoonótico en el departamento. Aunque no emergió como problemática percibida o priorizada en las mesas participativas, los registros de notificación evidencian su ocurrencia sostenida y concentración en municipios con alta ruralidad y actividades agroproductivas. Este comportamiento resulta coherente con un territorio caracterizado por la proximidad entre población humana y fauna silvestre, prácticas agrícolas inadecuadas y limitaciones en la adopción de medidas de prevención y protección.

La circulación de la rabia animal y la ocurrencia de otros eventos zoonóticos como el accidente ofídico reflejan inequidades territoriales en la gestión del riesgo, donde las poblaciones rurales y periurbanas asumen mayores cargas sanitarias debido a la interacción entre condiciones ambientales, prácticas productivas y barreras de acceso a servicios de salud y acciones de vigilancia. En este sentido, la rabia animal se configura como un evento centinela de las relaciones sociedad–ambiente en el departamento, cuya presencia demanda el fortalecimiento de la vigilancia epizootica, la vacunación animal, el control poblacional de animales y la atención oportuna de personas expuestas.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas



Este núcleo evidencia cómo el cambio climático, la ocupación del territorio y las dinámicas socioambientales amplifican los riesgos zoonóticos y profundizan las inequidades en salud, especialmente en comunidades con menor infraestructura, alta dependencia de actividades rurales y limitada capacidad de adaptación. Estos factores posicionan la circulación del virus de la rabia y los eventos asociados al riesgo zoonótico como problemáticas prioritarias para la salud pública del departamento.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Inequidad Sociosanitaria y Riesgo Zoonótico en Magdalena 2025

El departamento de Magdalena enfrenta un riesgo zoonótico persistente debido a la interacción entre humanos, animales domésticos y fauna silvestre. Esta situación se agrava por transformaciones ambientales como la deforestación y el cambio climático, sumado a brechas en la cobertura de vacunación y baja percepción del riesgo en la comunidad.

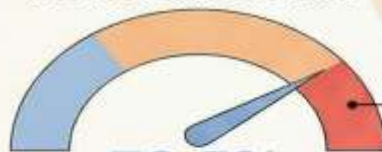
Circulación del Virus de la Rabia y Vulnerabilidad



Brotos activos de rabia (2021-2024)

Se han registrado focos en perros, gatos y fauna silvestre como zorros y murciélagos.

Cobertura de vacunación insuficiente



73.5%
Cobertura acumulada

Municipios críticos como El Piñón (20.4%).



Alta densidad de animales callejeros

La falta de control sanitario y albergues incrementa el riesgo de exposición humana.

Comparativa de eventos zoonóticos de alta prioridad (Tasas de incidencia 2024)



Rabia (APTR)

Municipios con Mayor Riesgo:
Concordia,
Pueblo Viejo,
San Sebastián

Tendencia inestable al aumento



Accidente Ofídico

Municipios con Mayor Riesgo:
Pijiño del Carmen,
Zapayán,
Guamal

Mayor letalidad que el promedio nacional



Leptospirosis

Municipios con Mayor Riesgo:
Sitio Nuevo,
Algarrobo,
El Retén

Incidencia muy alto en zonas específicas

Factores Socioambientales y Accidentes Ofídicos



Cambio de hábitat por crisis climática

La deforestación y quemas desplazan especies, aumentando encuentros accidentales con humanos.



Riesgo crítico de accidente ofídico

Presenta una tendencia creciente en 8 municipios con alta actividad agroproductiva.



Baja percepción del riesgo

Solo el 35% de los asistentes a mesas participativas reconoce la rabia como problema.

Núcleo 9.- Inseguridad Alimentaria y Desnutrición en menores de cinco años

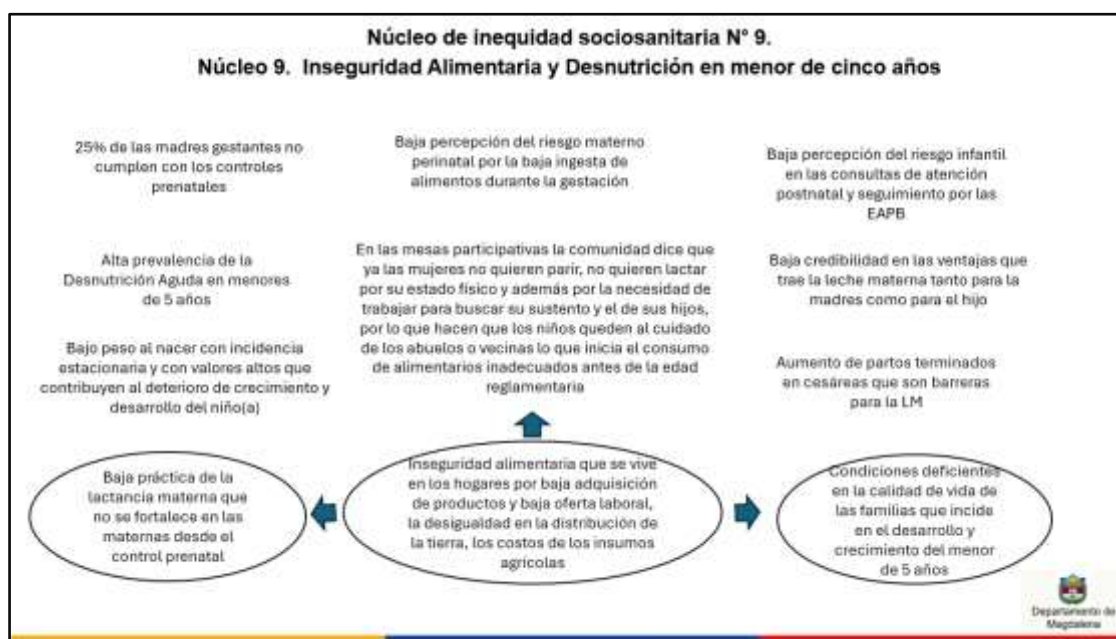
El Núcleo de Inseguridad Alimentaria y Desnutrición en menores de cinco años expresa una inequidad sociosanitaria estructural asociada a la pobreza, la desigualdad territorial, las brechas en el acceso a alimentos suficientes y nutritivos, y las limitaciones en la atención integral a la mujer gestante y a la primera infancia en el departamento de Magdalena. Este núcleo se configura como un determinante crítico del desarrollo infantil y de la salud a lo largo del curso de vida, con impactos diferenciados según el contexto social, étnico y territorial.

La inseguridad alimentaria en el departamento mantiene niveles superiores al promedio nacional, afectando de manera desproporcionada a hogares rurales, rurales dispersos y a aquellos con autorreconocimiento étnico indígena y NARP. Estas condiciones limitan el acceso regular a alimentos adecuados y suficientes, y se articulan con factores estructurales como la informalidad laboral, los bajos ingresos, la desigualdad en la distribución de la tierra y el alto costo de los insumos agrícolas. En este contexto, la inseguridad alimentaria no solo incide en la desnutrición infantil, sino que también actúa como determinante transversal de otras problemáticas de salud, incluidas las enfermedades crónicas no transmisibles abordadas en el Núcleo 6.

Las mesas participativas evidenciaron una baja percepción del riesgo materno–infantil asociado a la nutrición durante la gestación y la primera infancia. Se identificaron prácticas sociales y económicas que afectan la alimentación y el cuidado de los niños y niñas, como la necesidad de las madres de incorporarse tempranamente al trabajo, la delegación del cuidado infantil a terceros y la introducción precoz de alimentos inadecuados antes de la edad recomendada. Estas dinámicas se ven reforzadas por la limitada credibilidad en los beneficios de la lactancia materna y por barreras institucionales que dificultan su promoción y acompañamiento efectivo desde el control prenatal y la atención postnatal.

La lactancia materna constituye un factor protector clave frente a la desnutrición; sin embargo, en el departamento persisten debilidades significativas en su duración y exclusividad. La corta duración de la lactancia materna y la baja proporción de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses reflejan la influencia de factores sociales, culturales e institucionales, así como la alta proporción de partos por cesárea, que se configuran como barreras para el establecimiento oportuno y sostenido de esta práctica.

El bajo peso al nacer emerge como un indicador sensible de las condiciones nutricionales y sociales de la mujer gestante y como un precursor de la desnutrición infantil. En el departamento de Magdalena, este evento presenta una tendencia creciente, con variaciones territoriales y étnicas relevantes. Estas diferencias sugieren debilidades en la captación temprana de gestantes, la preparación para la maternidad, la articulación intersectorial y el abordaje de factores de riesgo previos al embarazo, como los malos hábitos alimentarios, el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas y las condiciones de vida precarias.

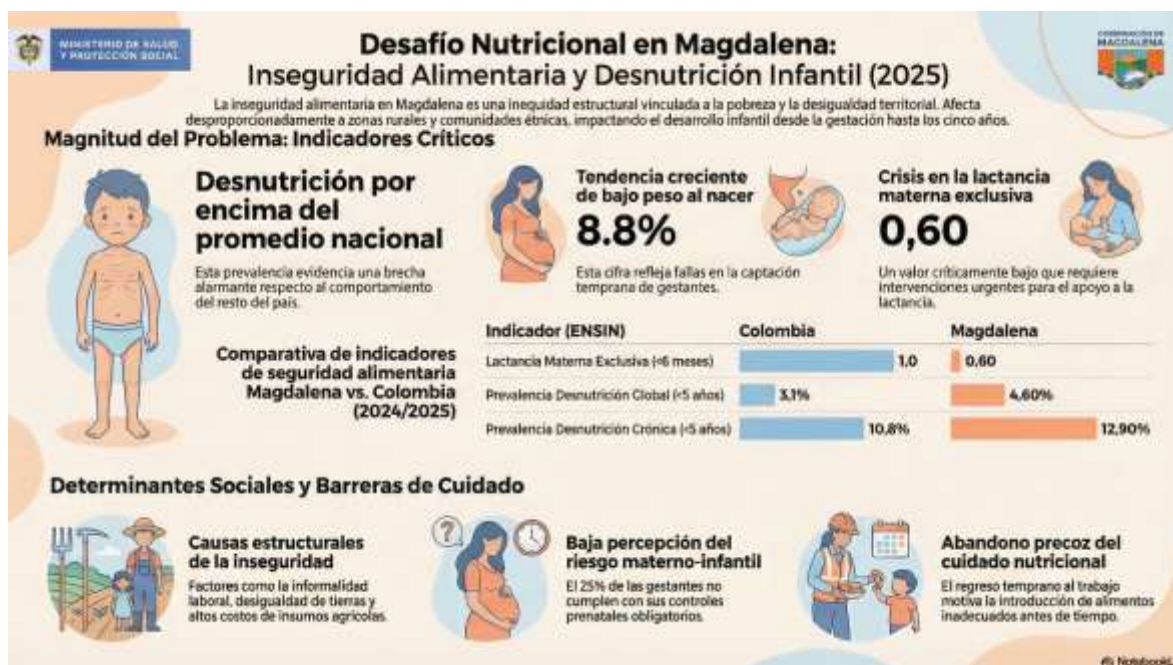


Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del análisis cuantitativo y mesas participativas

La desnutrición infantil se articula además con otras expresiones de inequidad, como la anemia nutricional y la desnutrición crónica en menores de cinco años, condiciones que afectan el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y las oportunidades futuras.

En conjunto, este núcleo evidencia cómo la inseguridad alimentaria, la desnutrición infantil y los factores maternos asociados no responden a eventos aislados, sino a procesos estructurales persistentes que reproducen inequidades a lo largo del curso de vida. La coexistencia de déficits nutricionales en la infancia y exceso de peso en la población adulta refleja una transición nutricional incompleta,

que profundiza las desigualdades en salud y demanda abordajes integrales, intersectoriales y territorialmente diferenciados.





❖ **Injusticias económicas:**

Inequidad en educación, servicios públicos, servicios de cuidado infantil, NBI

❖ **Conflicto armado interno, narcotráfico, desplazamiento forzado**

Como un detonante frente a la revictimización y nuevos desplazamientos de población en diferentes horizontes de departamento, el renacer de grupos insurgentes al margen de la ley dedicados al narcotráfico, la extorsión el secuestro y desplazamiento del uso de la tierra por cultivos ilícitos y uso de sustancias tóxicas y quema de tierras, lo cual trae como consecuencia el desplazamiento forzoso de la población a las zonas urbanas aumentando la marginalidad y extrema pobreza.

❖ **Conflictos socio ambientales y cambio climático:**

Conflictos por el agua, la tierra, la minería, residuos sólidos, ganadería extensiva, agricultura, uso de combustibles.

❖ **Injusticias sociales en territorio de pueblos indígenas y comunidades étnicas**

Territorio es espacio de vida (etnias, ROM, Palenqueros), vivienda, educación, seguridad económica, seguridad alimentaria.

4.5. EJES ESTRATEGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD:

Definidos en el PDSP 2022 – 2031 Resolución 1035 de 2022 y 2367 de 2023 MSPS:

1. Gobernanza y Gobernabilidad en Salud
2. Pueblos y Comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condiciones y/o situación
3. Determinantes Sociales de la Salud
4. Atención Primaria en Salud -APS
5. Cambio climático, emergencias y desastres y pandemias
6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria
7. Personal de Salud.

4.6. PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD PRIORIZADAS DEL TERRITORIO

Prácticas de autocuidado y de estilos de vida saludable con acciones formuladas en el Plan de Intervenciones Colectiva, a través de los Equipos Básicos de Salud, en los diferentes entornos de los micro territorios; falta de acciones que promuevan las políticas públicas saludables, con la participación sectorial, intersectorial y comunitaria.

No se ejerce el diseño y la implementación de estrategias que permita aumentar la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado en salud en el departamento del Magdalena, para lograr cobertura universal de aseguramiento en todos los municipios y el departamento del Magdalena.

Falta de atención psicosocial en la Implementación de la política pública de atención a víctimas, programa PAPSIVI en los municipios y el departamento, que garanticen la reparación integral de las víctimas del conflicto armado, incluyendo el acceso a la justicia, la verdad, la reparación y la no repetición, con Programas de desarrollo social: Implementar programas que fomenten la generación de empleo, el emprendimiento y la inclusión social.

Realizar Educación ambiental, a través de campañas de sensibilización, actividades de Información a la población sobre la importancia de la protección del medio ambiente y el manejo adecuado de los residuos sólidos, Promover la cultura del reciclaje: Enseñar a la población a separar los residuos en la fuente y a



reciclarlos. Educar a las nuevas generaciones: Incluir la educación ambiental en el currículo escolar, que redunden en minimizar cambios del cambio climático que degradan el ecosistema y la calidad de vida de la población.

Gestión integral de residuos sólidos: falta Implementar un sistema eficiente de recolección y tratamiento de residuos sólido y el tratamiento adecuado de los residuos peligrosos.

Aumentar estrategias de la Promoción y la reutilización y el reciclaje: Fomentar la creación de empresas que se dediquen a la reutilización y el reciclaje de residuos.

Fortalecer las instituciones ambientales: Dotarlas de los recursos humanos, financieros y técnicos necesarios para que puedan cumplir con sus funciones. Establecer un marco legal adecuado: Crear leyes y normas que regulen la gestión ambiental y sancionen a los responsables de la contaminación.

Participación comunitaria: Involucrar a la comunidad en la gestión ambiental: Fomentar la participación de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas ambientales en su propio entorno y ser garantes de su cumplimiento por la autoridad sanitaria y ambiental.

Mejorar de la prestación de servicios de salud en la zona rural requiere un esfuerzo conjunto por parte del Estado, las comunidades y el sector privado. Es necesario invertir en infraestructura, talento humano, tecnología y gestión para garantizar que la población rural y dispersa tenga acceso a una atención médica de calidad.

Promoción de la salud mental, realizar campañas de sensibilización para Informar a la comunidad sobre la importancia de la salud mental y cómo manejarla de manera asertiva, desarrollar programas de prevención, implementar programas en las escuelas y en la comunidad para prevenir problemas de salud mental

Fortalecimiento de los servicios de salud mental, Aumentando la cobertura de los servicios, disponibilidad de servicios de salud mental en la comunidad, formar al personal de salud en la atención de problemas de salud mental, Implementar programas de prevención, especialmente en las zonas rurales e instituciones de atención de la salud mental y uso de sustancias psicoactivas y violencia en todos sus modalidades.

Mejorar la atención en salud mental en las zonas rurales con la implementación de estrategias que amplíen la cobertura de servicios, Fortalecer la atención primaria: Capacitar a los profesionales de la salud primaria en la detección y manejo de problemas de salud mental. Promover la tele psicología: Implementar

programas en la modalidad virtual y la telefónica, para brindar atención a las personas en zonas rurales que no pueden acceder a un profesional de manera presencial de atención psicosocial.

Sensibilizar a la población: Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de la salud mental y la necesidad de buscar ayuda profesional.

4.7. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DEL TERRITORIO:

Es llevar a un estado en positivo de todas las problemáticas y las barreras de acceso a los servicios de salud de toda la población de sus mismas prioridades descritas en las reuniones altamente participativas en el territorio departamental.

Fomentar los estilos de vida saludable con acciones formuladas en el Plan de Intervenciones Colectiva a través de los Equipos Básicos de Salud, en los diferentes micro territorios con acciones que promuevan las políticas públicas saludables, con la participación sectorial, intersectorial, transectorial y comunitaria.

Diseñar e implementación de estrategias que permitan al ente territorial aumentar la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado en salud en el territorio.

Implementar la política pública de atención a víctimas, con la puesta en marcha activa del programa PAPSIVI cada municipio y en el departamento, garantizando la reparación integral de las víctimas del conflicto armado, incluyendo el acceso a la justicia, la verdad, la reparación y la no repetición, con Programas de desarrollo social: Implementar programas que fomenten la generación de empleo, el emprendimiento y la inclusión social.

Realizar Educación ambiental, a través de campañas de sensibilización, actividades de Información a la población sobre la importancia de la protección del medio ambiente y el manejo adecuado de los residuos sólidos, Promover la cultura del reciclaje: Enseñar a la población a separar los residuos en la fuente y a reciclarlos. Educar a las nuevas generaciones: Incluir la educación ambiental en el currículo escolar.

Mejorar la Gestión integral de residuos sólidos, que permita Implementar un sistema eficiente de recolección y tratamiento de residuos sólidos: Este sistema debe incluir la recolección puerta a puerta, la clasificación de residuos y el tratamiento adecuado de los residuos peligrosos. Promover la reutilización y el reciclaje con la creación de empresas que se dediquen a la reutilización y el reciclaje de residuos.



Fortalecer las instituciones ambientales: Dotarlas de los recursos humanos, financieros y técnicos necesarios para que puedan cumplir con sus funciones. Establecer un marco legal adecuado: Crear leyes y normas que regulen la gestión ambiental y sancionen a los responsables de la contaminación.

Involucrar a la comunidad en la gestión ambiental: Fomentar la participación de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas ambientales.

Mejorar de la prestación de servicios de salud en la zona rural requiere un esfuerzo conjunto por parte del Estado, las comunidades y el sector privado. Es necesario invertir en infraestructura, talento humano, tecnología y gestión para garantizar que la población rural tenga acceso a una atención médica de calidad.

Realizar campañas de sensibilización: Informar a la comunidad sobre la importancia de la salud mental y cómo manejarla de manera asertiva, desarrollar programas de prevención, Implementar programas en las escuelas y en la comunidad para prevenir problemas de salud mental, con el Fortalecimiento de los servicios de salud mental, Aumentando la cobertura de los servicios, disponibilidad de servicios de salud mental en la comunidad, formar al personal de salud en la atención de problemas de salud mental, Implementar programas de prevención, especialmente en las zonas rurales.

Mejorar la atención en salud mental en las zonas rurales con la implementación de estrategias que amplíen la cobertura de servicios, Fortalecer la atención primaria: Capacitar a los profesionales de la salud primaria en la detección y manejo de problemas de salud mental.

Promover la atención telefónica en psicología: Implementar programas de tele psicología para brindar atención a las personas en zonas rurales que no pueden acceder a un profesional de manera presencial.

Sensibilizar a la población: Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de la salud mental y la necesidad de buscar ayuda profesional.



4.8. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO 2024-2025

Tabla 8: valoración de prioridades

Núcleo	Problema	Magnitud	Pertinencia social	Transcendencia	Factibilidad	Viabilidad	Total
1	Enfermedades Transmisibles por vectores y cambio climático	3	4	4	3	2	16
2	Salud Mental, convivencia y entorno social	3	6	4	3	2	18
3	Prestación y calidad de servicios de salud	4	5	4	3	2	18
4	Injusticias sociales en grupos vulnerables	4	4	4	4	2	18
5	Infraestructura de saneamiento básico	3	4	3	2	1	13
6	Condiciones de vida, estilos de vida y enfermedades crónicas	5	4	3	2	3	17
7	Aseguramiento	3	4	4	3	3	17
8	Circulación del virus de la rabia y cambio de hábitat de otros animales silvestres	2	3	3	4	4	16
9	Inseguridad Alimentaria y Desnutrición en menores de cinco años	4	5	2	4	3	19

Fuente: formulación propia ASIS 2025.

Tabla 13: Priorización y semaforización de problemáticas:

ITEM	Problema	Promedio total de la problemática	priorización
1	Enfermedades transmisibles	4,01	MUY ALTA
2	Inadecuada e insuficiente infraestructura hospitalaria y débil institucionalidad para la prestación del servicio de salud	3,98	ALTA
3	El modelo de atención en salud intercultural presenta limitaciones relacionadas con el traslado de pacientes desde las zonas altas de la Sierra Nevada debido a las condiciones del terreno y falta de vías de comunicación y transporte y la falta de traductores en lengua nativa,	3,83	ALTA



ITEM	Problema	Promedio total de la problema tica	priorización
4	La pérdida de valores, falta de involucramiento parental, mitos y creencias que naturalizan el maltrato se relaciona con el deterioro de la salud mental, la violencia de genero e intrafamiliar e incremento del intento suicida.	3,74	ALTA
5	Deficiencias en la infraestructura sanitaria que se ve reflejada en bajas coberturas de alcantarillado y prestación del servicio de aseo así como la mala calidad del agua	3,87	ALTA
6	Los malos hábitos alimenticios, los estilos de vida inadecuados y el entorno laboral así como la falta de espacios públicos que fomenten el ejercicio contribuyen a la alta prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles	4,01	MUY ALTA
7	Conflictos en el sistema de aseguramiento que muestran un 12% de población aun sin afiliación en el departamento siendo critica las coberturas que presentan los municipios de la subregión Río	3,95	MUY ALTA
8	Las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, es uno de los eventos que más se notifican en el departamento debido a la alerta que existe por la circulación activa del virus de la rabia como lo demuestran los brotes de rabia animal ocurridos en el departamento durante los años 2021 – 2022 y 2023.	3,95	MUY ALTA
9	Inseguridad Alimentaria: Bajo Peso al Nacer y Desnutrición en menores de 5 años en aumento en los últimos dos años.	3,90	MUY ALTA
CONVENCIONES:		ALTO Y MUY ALTO	CUARTIL 3,5 Y 4
		MEDIO	CUARTIL 2 Y 3,49
		BAJO	CUARTIL 1 A 1,99

4.9. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

El análisis de coherencia desarrollado considerando la alineación de los núcleos de inequidades socio sanitarias priorizados con los instrumentos de planeación territorial vigentes, incluyendo el Plan Territorial de Salud (PTS), el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y el Plan de Acción en Salud (PAS) del departamento.

El ejercicio permitió identificar correspondencias, complementariedades y vacíos entre las problemáticas priorizadas en el ASIS y las respuestas institucionales previstas en los instrumentos de planeación, aportando elementos para fortalecer la articulación entre el análisis de situación de salud y la planeación estratégica del territorio.

El resultado del ejercicio de respuesta y transformación se constituye en una herramienta analítica de coherencia y trazabilidad, que evidencia cómo los hallazgos del ASIS dialogan con la planeación sectorial, sin que ello implique la formulación de planes operativos o metas programáticas, contribuyendo a una toma de decisiones más informada y alineada con las necesidades reales de la población.

4.10. Resultado Esperado por Eje PDSP 2022-2031

1. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.
2. 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.
3. Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.
4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios 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.
5. El Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias y factores que afectan el territorio y repercuten en el cambio climático.
6. Capacidades fortalecidas en la gestión y el conocimiento de las políticas públicas sociales y del sector salud.
7. Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública".
8. 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.
9. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.
10. Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.
11. Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública
12. 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.

13. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.
14. 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.
15. 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.
16. Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.
17. 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.
18. Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.
19. 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
20. Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.
21. Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública
22. 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.
23. Soberanía sanitaria fortalecida con la aplicación de Tecnologías Estratégicas en Salud (TES)
24. Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública
25. 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.

26. 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.

4.11. VISION DEL PLAN TERRITORIAL. “Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”

“ El Plan Territorial de Salud PTS del departamento del Magdalena “Continuidad del Cambio por la Salud del Magdalena 2024 – 2027”, como la política de Salud en todas las políticas, es el instrumento estratégico y operativo en el territorio y hace parte integral de los Planes de Desarrollo Territorial; a 2035 propende por el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud, garantizando el derecho fundamental a la salud a toda la población del departamento del Magdalena, con enfoque diferencial, étnico y con la población más vulnerada del departamento, de manera universal, participativo con transparencia, eficiencia y efectividad ”.

4.12. OBJETIVOS DEL PLAN TERRITORIAL “Con MÁS Resultados 12+1 Ruta del CAMBIO para Superar la Pobreza 2026 – 2027”

Objetivos Estratégicos del PTS

- Mejorar las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida reduciendo las desigualdades sociales
- Garantizar el acceso universal a la salud para todos los habitantes de los municipios, sin importar su condición socioeconómica, etnia, género o ubicación geográfica, a través de Atención Primaria en Salud, como puerta de entrada al sistema, con énfasis en la promoción y la prevención, bajo el modelo preventivo y Predictivo

- Realizar acciones intersectorial para implementar y adoptar la política pública de salud, mental y el programa PAPSIVI.
- Implementar la estrategia de entornos saludables, mediante APS, a través de los EBS, en el territorio, bajo el modelo preventivo y predictivo.
- Dar cumplimiento a las acciones del Programa Prevención y atención de riesgos y desastres, en las acciones de educación y de prevención que busquen identificar, mitigar los riesgos de desastres naturales, antrópicos, en el municipio.
- Diseño e implementación la política de salud mental e el municipio
- Disponer de talento Humano con perfil y capacitado para la prestación de los servicios de salud en el primer nivel de complejidad, en el municipio.

4.13. ESTRATEGIAS DEL PAN TERRITORIAL DE SALUD PTS

- Fortalecimiento de capacidades a las comunidades para el desarrollo de la APS con acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario.
- Alineación y armonización al ordenamiento jurídico en materia de salud pública de cada entidad territorial de acuerdo con cada categoría administrativa y fiscal en el marco de las competencias fijadas por la ley.
- Entornos laborales saludables que promueven la salud, mejoran las condiciones de trabajo y disminuyen los riesgos laborales
- Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en todo lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad del cambio climático.
- Fortalecimiento las 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, la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.
- Ejercer una estrategia de Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes.
- Desarrollo de una estrategia 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.

- Formulación de políticas que permitan la planeación de la gestión integral del riesgo de desastres en salud y el fortalecimiento de la capacidad sectorial y comunitaria para responder a los eventos de crisis, emergencias y desastres de importancia nacional e internacional.
- Desarrollar una estrategia de fortalecimiento 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.
- Desarrollar 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.
- Identificar los actores involucrados con la gestión del cambio climático en el territorio y evaluar el nivel de incidencia y el alcance de la respuesta de salud, contemplada en los instrumentos de planeación territorial.
- Establecer un sistema integral de coordinación y articulación en la red pública hospitalaria del departamento del Magdalena, con el propósito de optimizar la distribución de recursos, mejorar la calidad de la atención sanitaria y facilitar el flujo eficiente de pacientes entre los hospitales de primer, segundo y tercer nivel.
- El departamento logra el desarrollo e implementación de otras estrategias para la generación de conocimiento acerca de las condiciones en salud de la población y sus DSS a nivel territorial tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, evaluaciones de riesgo ambiental de la salud entre otros
- 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 salud en particular lo relacionado con procesos de salud mental, enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Mejorar la infraestructura de 10 hospitales de primer nivel en el departamento del Magdalena con el fin de garantizar entornos seguros, funcionales y dignos para la prestación eficiente de servicios de salud.
- Mejorar la infraestructura de 12 Centros y Puestos de salud en el departamento del Magdalena con el fin de garantizar entornos seguros, funcionales y dignos para la prestación eficiente de servicios de salud.

4.14. METAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MAGDALENA 2024 – 2027

Meta estratégicas de salud del PDSP 2022-2031 adaptadas al territorio

1. "A 2027 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"
2. A 2027 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, 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 APS.
3. "A 2027 el 100% de entidades territoriales Departamentales, Distritales y Municipales han implementado la Estrategia de Transversalización del Enfoque de Género en la Planeación Integral en Salud".
4. A 2027 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
5. "A 2027 se fortalecerá por lo menos el 50 %, de la infraestructura pública en salud que se Identifique y priorice para incrementar la oferta equitativa de servicios de baja, mediana y alta complejidad fortaleciendo la atención primaria en salud"
6. "A 2027 se establecerán en el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios, sistemas de alerta temprana para la identificación del riesgo por el cambio climático y la posible vulnerabilidad De la población desde un enfoque territorial.
7. "A 2027 se contará con al menos cuatro promotores de salud por cada Equipo Básico de Salud reconocidos por las comunidades, formados y vinculados en el marco del fortalecimiento del Modelo de Salud basado en la Atención Primaria en Salud."
8. "A 2027 Establecer un sistema integral de coordinación y articulación en 100% de la red pública hospitalaria del departamento del Magdalena, con el propósito de optimizar la distribución de recursos, mejorar la calidad de la atención sanitaria y facilitar el flujo eficiente de pacientes entre los hospitales de primer, segundo y tercer nivel.

9. “A 2027 Garantizar el acceso a los servicios de salud a 95% de la población pobre y vulnerable con la financiación de los recursos propios para la afiliación del régimen subsidiado en el departamento del Magdalena.
10. “A 2027 Fortalecer la Gobernanza y la autoridad sanitaria a través del desarrollo de capacidades, contratación del TH, Coordinación intersectorial, fomento de la participación social.
11. “A 2027 Fortalecer 100% de los departamentos y Distritos los sistemas de alerta temprana y la infraestructura sanitaria en zonas rurales para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante emergencias climática
12. “A 2027 se incorporará en el 100% de los Departamentos y Distritos, el Plan de gestión integral de riesgos de emergencias y desastres en salud (PGIRED)
13. A 2027 el 100% 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 sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades indígenas.
14. “A 2027 Establecer un sistema integral de coordinación y articulación en la red pública hospitalaria del departamento del Magdalena, con el propósito de optimizar la distribución de recursos, mejorar la calidad de la atención sanitaria y facilitar el flujo eficiente de pacientes entre los hospitales de primer, segundo y tercer nivel.
15. “A 2027 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.
16. “A 2027 en el 100% de los Departamentos y Distritos se fortalecerá la generación, recuperación y divulgación de conocimientos científicos conocimientos tradicionales y saberes ancestrales
17. “A 2027 Desarrollar estrategias de promoción y prevención en salud en el 100 % de los entornos laborales.
18. A 2027 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



19. A 2027 se incorporará en el 100% de los municipios, el plan de gestión en sistemas de alerta temprana para la identificación del riesgos por el cambio climático y la posible vulnerabilidad de la población desde un enfoque territorial
20. "A 2027 se logrará el abastecimiento del 80% de las tecnologías estratégicas en salud de difícil consecución.
21. "A 2027 Garantizar el acceso a los servicios de salud a la población pobre y vulnerable con la financiación de los recursos propios para la afiliación del régimen subsidiado en el departamento del Magdalena
22. "A 2021 se contará con al menos un promotor de salud por cada Equipo Básico de Salud reconocidos por las comunidades, formados y vinculados en el marco del fortalecimiento del Modelo de Salud basado en la Atención Primaria en Salud
23. "A 2027 30 % de puestos y centro de salud en el departamento del Magdalena que cumplen con los estándares de infraestructura para entornos seguros, funcionales y dignos.
24. A 2027 el 80% de las necesidades en salud de la población Colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.
25. A 2027 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.
26. A 2027 el 100% las entidades territoriales Departamentales, Distritales han implementado las medidas de atención para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.
27. A 2027 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.
28. A 2027 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.
29. 2027 el 100% las entidades territoriales han implementado las medidas de atención para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.



- 30.A 2027 el 100% de los Municipios integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.
- 31.A 2027 se incorporará en el 100% de los Departamentos y Distritos, el Plan de gestión integral de riesgos de emergencias y desastres en salud (PGIRED)
- 32.A 2027 Fortalecer 100% de los departamentos y Distritos los sistemas de alerta temprana y la infraestructura sanitaria en zonas rurales para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante emergencias climáticas
- 33.A 2027 Garantizar el acceso a los servicios de salud a la población pobre y vulnerable con la financiación de los recursos propios para la afiliación del régimen subsidiado en el departamento del Magdalena.
- 34.A 2027 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.



4.15. METAS DE RESULTADOS EN SALUD DEL PDSP 2022-2031 ADAPTADAS AL TERRITORIO

1. A 2027 Reducir a 10% las muertes por dengue grave en el departamento
2. A 2027 Contener la tasa de Mortalidad en menores de 5 años
3. A 2027 Reducir a 15,3 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil
4. A 2027 Disminuir la Tasa de mortalidad por EDA a 4,3 por 100.000 menores de 5 años
5. A 2027 Reducir en 50% la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
6. A 2027 Mantener cero casos de rabia humano-
7. A 2027 El departamento del Magdalena logrará coberturas útiles de vacunación (95% -biológicos
8. A 2027, se logra disminuir en un 50%, la tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen
9. A 2027 Mantener por debajo de 5 por 100.000 habitantes la tasa de suicidio
- 10.A 2027 Disminuir a 32 x 100.000 NV la razón de mortalidad materna.
- 11.A 2027, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis
- 12.A 2027, disminuir la tasa de violencia interpersonal a 230 por 100.000 habitantes
- 13.A 2027 se alcanzarán coberturas de desparasitación masiva para el complejo teniasis/cisticercosis en la población en riesgo de cada foco priorizado, de al menos el 80% en cada ronda anual de tratamiento
- 14.A 2027, se formularán acciones de adaptación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aporten a reducir los casos de enfermedades sensibles al clima en el 100% de las Entidades Territoriales en el sector salud, del nivel departamental, distrital y estarán implementadas en un 40% de éstas.
- 15.2027, incrementar el 10% de los niños y niñas entre 6 y 12 años cumplan las recomendaciones de actividad física
- 16.A 2027 Contener la incidencia de Sífilis congénita a 2,32 NV
- 17.A 2027 Contener la incidencia de VIH a 22,28 x 100 Hts
- 18.a 2027 Mantener en 0 Mortalidad por malaria
- 19.a 2027 contener a 6,45 la Prevalencia de HTA



20. A 2027 contener la tasa de prevalencia de diabetes mellitus a 2,08 x 100 hts
21. A 2027 aumentar la duración de lactancia materna 0,6 meses
22. A 2027, reducir a 5 por cada 100.000 menores de 5 años la tasa de mortalidad asociada a desnutrición aguda.
23. A 2027, 50% de las personas que son confirmadas por banco de sangre para HTLV, VIH, Hepatitis B y C, enfermedad de Chagas y sífilis acceden a la atención integral en salud. A 2031, 50% de las personas que son confirmadas por banco de sangre para HTLV, VIH, Hepatitis B y C, enfermedad de Chagas y sífilis acceden a la atención integral en salud.
24. A 2027, el 80% de los municipios contará con la Certificación Sanitaria expedida mediante el Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano-SIVICAP
25. A 2027, el 100% las DTS departamentales, distritales y municipios habrán implementado las estrategias de Entornos Saludables
26. A 2027, se formularán acciones de adaptación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aporten a reducir los casos de enfermedades sensibles al clima en el 100% de las Entidades Territoriales en el sector salud, del nivel departamental, distrital y estarán implementadas en un 40% de éstas.
27. A 2027, reducir en 50% la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.
28. A 2027, 50% de departamentos y distritos logran condiciones de eliminación de la rabia transmitida por perros.
29. A 2027, el 100% de las DTS departamentales, distritales y municipios categorías especial, 1, 2 y 3 a riesgo, implementan los planes estratégicos para la vigilancia y control de zoonosis (brucelosis bovina, toxoplasmosis congénita y gestacional, accidente ofídico).
30. A 2027, la prevalencia de caries se reduce al menos en 10 puntos porcentuales en primera infancia, en infancia y en adolescencia.
31. A 2027, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de cuello uterino transcurran en promedio 30 días o menos
32. A 2027, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% en la población de 30 a 70 años.
33. A 2027, las personas sin pérdida dental (dentición permanente) por enfermedad bucodental prevenible, se incrementa en 5 puntos porcentuales (mínimo) en las edades de 20-34 años; 35-44 años; 45-64 años y 65-79 y más años.



- 34.A 2027, se reducirá la tasa ajustada de mortalidad por cáncer infantil a menos de 4,00 x 100000 niños, niñas y adolescentes.
- 35.A 2027, reducir en un 20% la prevalencia de anemia en los niños, niñas menores de 5 años
- 36.A 2027, disminuir 20% la prevalencia por retraso en talla en menores de 5 años.
- 37.A 2027, el 40% de los niños menores de 6 meses tienen lactancia materna exclusiva.
- 38.A 2027, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a menos de 40 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
- 39.A 2027, se reducirá la letalidad acumulada (2022-2031) por dengue a menos del 0,1%.
- 40.A 2027, se reduce en 40% las muertes por malaria en el periodo 2022- 2031.
- 41.Al 2027, Colombia mantendrá la implementación de los planes orientados a la erradicación de poliomielitis, eliminación de Sarampión y Rubeola, control y eliminación de eventos inmunoprevenibles, Síndrome de Rubeola Congénita, Tétanos Neonatal, Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meníngea, Hepatitis A, B y C, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Meningococo, diarreas por Rotavirus, Tos ferina, Parotiditis e Influenza, eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.
- 42.A 2027, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia.
- 43.A 2027 departamentos y distritos con población en riesgo, logran alcanzar mantener las coberturas anuales de desparasitación antihelmíntica iguales o superiores al 75%, en niños elegibles en edad preescolar y escolar.
- 44.A 2027, reducir a 13,5 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad perinatal.
- 45.A 2027, se logra disminuir en un 50% la tasa de discapacidad grado severo en las personas con diagnóstico nuevo de lepra.
- 46.A 2027 Evitar que la tasa de incidencia de la enfermedad de hansen este por encima del 1,39%.
- 47.A 2027, el 100% de las entidades territoriales habrán implementado la Política Integral de Salud Ambiental (PISA).



- 48.A 2027, 15% de municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 4 a 3.
- 49.A 2027 Garantizar la vigilancia epidemiológica a los eventos de Interés en Salud Pública, en los 29 municipios del departamento
- 50.A 2027 Lograr la formulación y socialización de Planes municipales de Gestión integral de riesgos de desastres en los 29 municipios
- 51.A 2027 Lograr promover el conocimiento de riesgos de desastres en los 29 municipios con el fin de que respondan con eficacia ante las emergencias y desastres que enfrenten.
- 52.A 2027 el 80% de las necesidades en salud de la población Colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.
- 53.A 2027, Colombia logrará coberturas útiles de vacunación (95% -biológicos trazadores).
- 54.A 2027, Colombia aumentará a un 90%, la cobertura de vacunación de VPH en niños y niñas de 9 años de edad



PLAN INDICATIVO PLURIANUAL DE INVERSIONES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD MAGDALENA 2024 – 2027

Estructura Estratégica

- Se anexa: PLAN INDICATIVO PLURIANUAL DE INVERSIONES:
- Se anexa PLAN TERRITORIAL DE SALUD COMPONENTE ESTRATEGICO

Referencias Bibliográficas

- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 100 de 2024, por la cual se establecen los lineamientos para la planeación integral en salud en el territorio.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022, por la cual se establecen disposiciones relacionadas con la planeación en salud pública.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud – PAIS. Bogotá, D.C., 2016.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del ASIS en el territorio. Dirección de Demografía y Epidemiología. Bogotá, D.C., 2023.
- Instituto Nacional de Salud (INS). Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA. Base de datos nacional y departamental. Consultas 2009–2024.
- Instituto Nacional de Salud (INS). Boletines epidemiológicos y análisis de eventos de interés en salud pública. Bogotá, D.C., 2024.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 y proyecciones de población post censales. Bogotá, D.C.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis: Datos para la vida. Bogotá, D.C., 2022–2024.
- Gobernación del Magdalena. Plan Territorial de Salud. Departamento del Magdalena, 2024.
- Gobernación del Magdalena. Plan de Acción en Salud. Departamento del Magdalena, 2024.
- Gobernación del Magdalena. Plan de Desarrollo Departamental 2024–2027. Versión preliminar.
- Programa Mundial de Alimentos (PMA). Evaluación de seguridad alimentaria en población colombiana. Colombia, 2023.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2015. Bogotá, D.C.