INFORME DE GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN Y MONITOREO.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024 - 2027

2024

INFORME DE GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Alcaldesa

Carolina Andrea Sosa Gómez

Secretaria de salud y Bienestar Social

Wendy Estefanía Alzate Alzate

Equipo Coordinador Evaluación y Seguimiento Plan Territorial de Salud

Wendy Estefanía Alzate Alzate
Secretaria de salud y Bienestar Social

Fabián Andrés Hincapié Jaramillo
Administrador en Salud: Gestión de Servicios de Salud.

VIGENCIA 2024

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN. 3

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO. 5

1.1 CONTEXTO TERRITORIAL. 5
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica. 5
1.1.2 ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA. 7
1.2 CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRÁFICO. 11
1.2.1 Estructura demográfica 14
1.2.2 Dinámica demográfica. 16
1.2.3 Movilidad forzada 19
1.2.4 Población LGBTIQ+. 20
1.2.5 Población Migrante. 21
1.2.6 Población Campesina. 22
1.3 CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD. 22

3. OBJETIVOS. 25

3.1 OBJETIVO GENERAL. 25
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS. 25

4. ALCANCE. 25

5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN. 26

5.1 CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE RESULTADO DEFINIDAS EN EL PLAN TERRITORIAL EN SALUD – PTS. 26

6. SEGUIMIENTO FINANCIERO POR FUENTE DE FINANCIACIÓN. 43

7. CONCLUSIONES. 46

Introducción.

El municipio de Maceo en cabeza de la Secretaría de Salud y Bienestar Social construyó el ***Plan Territorial en Salud "Maceo Incluyente 2024 – 2027"*** adoptando el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establecido por la Resolución 1035 de 2022, y el artículo 15, del Capítulo I, del Título III de la Resolución 100 de 2024, *"Por la cual se establecen las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud…"*,

El PTS realizado por el municipio de Maceo permite identificar y describir situaciones críticas en salud; descritas en los diferentes capítulos de este documento y que pretende intervenir las problemáticas, mediante la formulación, gestión y ejecución de programas y proyectos y realizar el adecuado seguimiento y evaluación del impacto y los resultados que lleven de manera permanente, a mejorar las estrategias implementadas.

Este documento se enmarca en la Ley 152 de 1994, conocida como la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo y se integra como un anexo fundamental al Plan de Desarrollo Territorial ***"Maceo Incluyente 2024 – 2027"***. Este plan, en armonía con el Plan de Desarrollo Nacional "Colombia, Potencia Mundial de la Vida" se enmarca en la línea estratégica 2. Seguridad Humana y Justicia Social; en el Plan de Desarrollo Departamental "Por Antioquia Firme" se enmarca en la línea estratégica 2. Cohesión desde lo social y en el Plan de Desarrollo Territorial se enmarca en el Pilar Estratégico 6. SALUD, PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y FAMILIA, DISCAPACIDAD Y ADULTO MAYOR.

Por su parte, la Resolución 2367 de 2023, " Por la cual se modifican los artículos 1,2 y 3 de la resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3,4,5,6,8, 9,10 y 11 del anexo técnico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031", establece que las entidades territoriales realizarán el seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud en su jurisdicción, de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social 2023); a su vez, la Resolución 100 del 2024, "Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y deroga la Resolución 1536 de 2015"; establece el monitoreo y evaluación de la Planeación Integral para la salud, en el marco de los Planes Territoriales de Salud, sirviéndose de la información que se registra en la plataforma de SISPRO.

El Ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a las competencias y obligaciones de seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento establecidas para el sector salud y a luz de los principios y los enfoques planteados en el mismo plan, define el mecanismo de monitoreo y evaluación de las acciones definidas en el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP 2022-2031, con el fin de identificar las dificultades en el cumplimiento y logro de los objetivos y metas, y presentar acciones de mejora que permitan reorientar las intervenciones y garantizar su efectividad en el

marco del PDSP y del PTS 2024-2027" el cual debe estar articulado con los Planes Territoriales bajo el Plan de desarrollo del municipio.

Así las cosas, este informe tiene como propósito evaluar la implementación y los resultados del Plan Territorial en Salud del municipio de Maceo, Antioquia correspondiente al periodo 2024, el mismo fue formulado con el fin de atender de manera equitativa todas las necesidades en salud de la población Maceita, fortaleciendo los determinantes sociales, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el acceso efectivo a servicios de calidad. La evaluación se basa en el análisis de indicadores cuantitativos y cualitativos, así como en la revisión de estrategias, acciones y metas establecidas en el plan.

A través de este proceso evaluativo, se busca identificar los logros alcanzados, las brechas existentes y las oportunidades de mejora, con el fin de fortalecer la planificación en salud y orientar la toma de decisiones futuras hacia una gestión más eficiente, equitativa y centrada en las personas habitantes del municipio de Maceo – Antioquia.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO.

1.1 Contexto territorial.

1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica.

El municipio de Maceo fue fundado en 1897 y su nombre fue puesto en memoria a un líder de la revolución cubana, General Antonio Maceo. Inicialmente mediante Acuerdo No 03 del 28 de septiembre de 1903 se hace corregimiento del municipio de Puerto Berrio, posteriormente, en 1942, mediante la Ordenanza No 060 del 09 Julio, se erige como municipio.

El municipio se encuentra ubicado a una altura de 950 metros sobre el nivel del mar, cuenta con una temperatura promedio de 23°C, ubicado geo espacialmente de la siguiente forma:

Latitud Norte 7°58´46" y longitud al este de Greenwich 75°11´40".

El Municipio consta de un área total de 436 Km^2.
El área de la cabecera urbana es de 0.5 Km^2, y la zona rural el resto.

Tabla 1. Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, Maceo 2024.

Municipio	Extensión Urbana		Extensión Rural		Extensión Total	
	Extensión (Km2)	Porcentaje (%)	Extensión (Km2)	Porcentaje (%)	Extensión (Km2)	Porcentaje (%)
Maceo	0,6	0,15	435,4	99,85	436	100

Fuente: DANE

El municipio de Maceo comenzó su historia en el año 1897, llamándose inicialmente San Juan de Mata. Antes de fundar con tal nombre el primer asentamiento de colonos, la región estaba habitada por aborígenes pertenecientes a la etnia de los Amaníes y Pantágoras, indígenas mineros del oro y agricultores.

En aquel año de 1897, algunos colonos dirigidos por doña Jacoba Cadavid y don Marco Cardona se acomodaron en fincas de un caballero Rafael Vélez. Uno de los fundadores, don Marco Cardona, compró estos terrenos dos años después. Pasado el tiempo y hasta 1903, la comunidad logró convertirse en corregimiento del municipio de Puerto Berrío. Posteriormente en 1942, tras larga presión de sus vecinos, el gobierno concedió a la población la categoría de municipio. Independiente de Puerto Berrío.

En la actualidad, el municipio ha evolucionado al punto de adquirir conciencia sobre el ecoturismo y construir fincas - hotel. Al lado de la principal de estas fincas hay una escuela donde se encuentra

un jardín clonar de cacao, centro experimental para aprovechar ese fruto. También hay estanques de peces donde se crían tilapias y cachamas, al igual que se ejerce con la siembra de plátano.

En estos jardines ecológicos hay ceibas y caracolíes con alturas superiores a los 30 y 40 metros. Sobresalen por igual varias especies de palmas, platanillos y helechos.

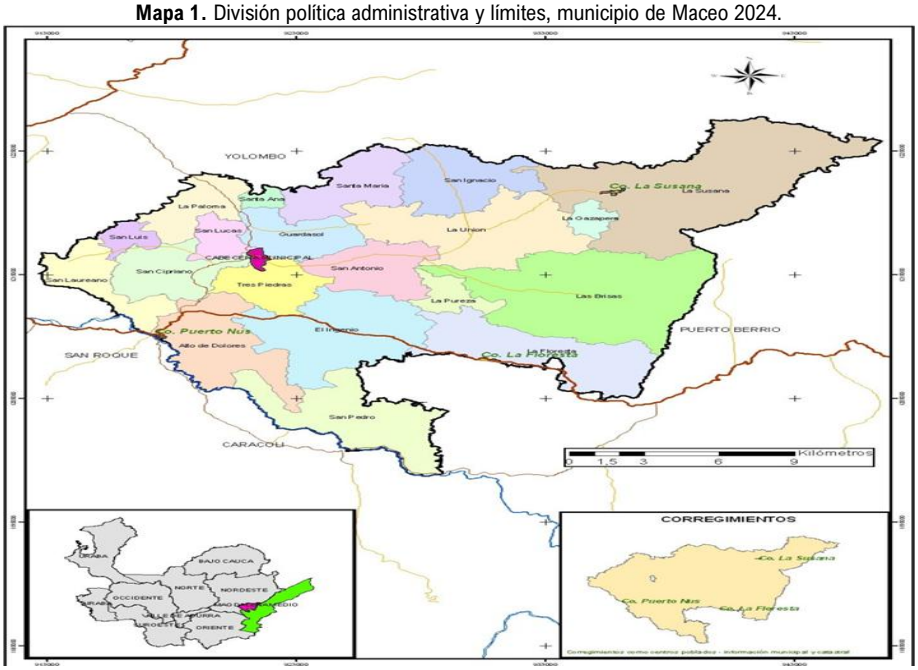
La división político-administrativa del municipio de Maceo es la siguiente:

1) zona urbana, comprendida por veinte (20) barrios;
2) zona rural, comprendida por tres (3) corregimientos: La Susana, Puerto Nús y La Floresta; y veinte (20) veredas: Alto Dolores, Brisas del Nús, Corrales – La Cuchilla, El Ingenio, Guardasol, La Gazapera, La Mariela, La paloma - Santa Cruz, La Pureza, La Unión, Las Brisas, San Antonio, San Cipriano, San Ignacio, San Laureano, San Lucas, San Luis, San Pedro, San María y Tres Piedras.

El municipio de Maceo limita con:

- Al Norte con el municipio de Yolombó.
- Al Sur con el municipio de Caracolí.
- Al Oriente con el municipio de Puerto Berrío.
- Al Occidente con el municipio de San Roque.

Mapa 1. División política administrativa y límites, municipio de Maceo 2024.



Fuente: Planeación Municipal. 2024.

1.1.2 Accesibilidad geográfica.

El municipio de Maceo, se encuentra ubicado en la Subregión del Magdalena Medio, Antioqueño a una distancia aproximada de 126.5 kilómetros de la capital departamental, Medellín, actualmente la distancia que separa al municipio de Maceo con la ciudad de Medellín ha sido acortada gracias a la entrega del nuevo túnel de la Quiebra, lo que permite unas vías mejoradas, en perfecto estado, que acortan la distancia del municipio con la capital del departamento; sin embargo, aún no se conocen los datos oficiales de la actual distancia en kilómetros entre Maceo y Medellín.

La tabla 6 y 7 permite observar, aproximadamente, el tiempo de traslado, por tipo de transporte y distancia en kilómetros desde el municipio de Maceo para el año 2024, con las mejoras viales que se han mencionado anteriormente.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Maceo, 2024.

Municipio	Municipio vecino	Distancia recorrida mts entre Maceo y los municipios vecinos	Tipo de transporte	Tiempo estimado del traslado entre Maceo a los municipios vecinos*	
				Horas	Minutos
Maceo	Caracolí	54.819	Terrestre	0	60
	Puerto Berrío	105.979	Terrestre	1	20
	San Roque	160.426	Terrestre	1	40
	Yolombó	120.624	Terrestre	1	25
	Medellín	130 Km	Terrestre	3	30

Fuente: Estudio de Geografía Sanitaria - MSPS

La red vial: la vía de ingreso al municipio, ruta Alto Dolores – Maceo, es una vía secundaria, con una longitud de 7 km, pavimentada en asfalto, con bajas características de diseño; presenta deterioro en varios puntos, causados principalmente, por fallas geológicas. El mantenimiento de esta vía le corresponde a la Gobernación de Antioquia.

De acuerdo con la Circular 9. Inventario de la Red Vial en el Departamento de Antioquia, de la Secretaría de Infraestructura Física, el municipio de Maceo cuenta con una malla vial rural de 181,90km; lo que permite potenciar el crecimiento económico de la población rural, articular los centros de producción rural, con los centros de acopio y distribución, fortalece la presencia del Estado en el territorio, beneficia la oferta social a la población de servicios públicos, de salud, seguridad y educación.

Vías de comunicación:

La movilidad en la cabecera municipal, cada vez presenta mayores dificultades, debido al incremento de carros, motos y establecimientos de comercio. La red vial urbana, no tiene la capacidad de circulación y parqueo al mismo tiempo; la infraestructura de las aceras, dificulta la circulación de los peatones por éstas, lo que hace que la mayoría de ellos, caminen por la vía (Calle). Es necesario que se formule y adopte el Plan de Movilidad Sostenible y Seguro – PMSS,

como lo establece Ley 1955 de 2019, la Resolución 20203040015885 de 2020, expedida por el Ministerio de Transporte y la Estrategia Nacional de Movilidad Activa, con enfoque de género y diferencial – ENMA.

Aéreas: En el momento el municipio de Maceo no cuenta con vías aéreas de acceso, se dispone de un plan apropiado para aterrizar helicópteros.

Terrestres: En términos del sistema vial el municipio de Maceo se encuentra a 130 kilómetros de Medellín por la vía Puerto Berrio - Medellín, con desviación por la vía Maceo - Vegachí que fue pavimentada desde 2005 en el tramo alto dolores hasta la cabecera municipal. En la actualidad se encuentra en construcción la vía ruta magdalena 2.

Como componente de alta importancia a nivel local están las vías terciarias, que son las que le permiten a la población rural tener acceso al mercado como también a los bienes y servicios públicos y privados, para lo cual en el municipio se cuenta con la red de vías terciarias, las cuales han presentado mejoras, principalmente los ingresos veredales, dichas mejoras corresponden a:

- 200 km de vías terciarias rehabilitadas, incluidos los ingresos veredales.
- 140 km de vías terciarias rehabilitadas, incluidos los ingresos veredales.

Es importante tener en cuenta que dichos mejoramientos han sido posibles gracias a la gestión realizada por la administración municipal y a los aportes con recursos propios para la operación de la maquinaria con que cuenta el municipio, lo que facilita las acciones; igualmente es de resaltar la articulación con las comunidades, puesto que gracias a los convites de la colectividad se ha logrado las mejoras viales.

Vale la pena mencionar los 300 metros del tramo entre las veredas San Pedro y El Ventiadero, los cuales fueron rehabilitados por la propia comunidad, con materiales suministrados por la administración municipal. Igualmente se consiguieron los recursos para 570 metros de placa huella entre las veredas de El Ingenio y Tres Piedras; de igual manera 500 metros de placa huella entre las veredas de Guardasol y La Floresta.

El análisis de las mejoras viales, y otros factores que más adelante en éste documento se plasmarán, responde al comportamiento de los determinantes sociales de la salud, mediante los cuales dejamos de ver “la salud” como una función netamente de una IPS, EPS y/o Secretaría de Salud, y comprendemos que la salud, tal como lo define la OMS a través de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»; en este orden de ideas, las mejoras realizadas a las vías municipales, facilitarán el acceso tanto a la cabecera municipal, como la movilización a otros destinos, incluido Medellín.

El siguiente mapa (mapa 3), permite observar las vías de comunicación con las que cuenta el municipio de Maceo según el EOT del municipio, adoptado a través del Acuerdo número 009 del 19 de diciembre de 2018, el cual puede ser consultado y descargado en el siguiente link: http://www.maceo-antioquia.gov.co/planes/esquema-de-ordenamiento-territorial-del-municipio-de; mientras que el mapa 4 permite observar las vías de comunicación que hay entre el casco urbano y cada una de las veredas, especialmente las vías para el desarrollo y la educación que se puede consultar en el siguiente link: http://secretariainfraestructura.antioquia.gov.co/descargas/InformacionRedVialAntioquia/4.%20Mapas%20por%20municipio/Maceo_Rutas_Productivas.jpg

Tabla 3. Inventario de la Malla Vial Rural.

Vía	Código	Competente	Long (GPS) km	Ancho de calzada (m)	Superficie de rodadura	Producto principal
A Santa Bárbara	05425VT14	Municipio	16,6	4.0	Tierra	Cacao
A La Susana	55276	INVIAS	25,7	4,5	Pavimento/Tierra	Ganadería de Doble Propósito
La Gazapera	05425VT15	Municipio	2,4	4,5	Tierra	Cacao
San Ignacio	05425VT16	Municipio	8	4,0	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
Las Violetas-Montenegro	05425VT17	Municipio	6,5	4,5	Tierra	Madera
El Ranchito - Santa María	05425VT18	Municipio	7,2	4.0	Tierra	Cacao
Palmira	05425VT19	Municipio	4,8	4,5	Tierra	Cacao
Partidas La Pureza - Cer Jgm - La Pureza	05425VT21	Municipio	9,7	4,0	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
San Judas - Olivares	05425VT22	Municipio	2,1	3,5	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
Maceo - Tres Piedras - La Londra	05425VT23	Municipio	7,1	3,8	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
La Argentina	05425VT24	Municipio	6,6	4.0	Tierra	Cacao
Guardasol	05425VT25	Municipio	11,2	4,5	Tierra	Cacao
Inter Vía Yalí - Maceo A Corrales La Cuchilla	05425VT26	Municipio	0,8	4,5	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
Templete (Maceo) - La Cabañita	05425VT27	Municipio	0,9	4,5	Tierra	Cacao
San Laureano	05425VT28	Municipio	6,5	4,5	Tierra/Placa Huella	Ganadería de Doble Propósito
Santa Rosa - Centro Educativo Rural San Luis - A Trianón	05425VT29	Municipio	1,4	4,5	Tierra	Caña panelera
San Lucas	05425VT30	Municipio	1,0	4,5	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
San Cipriano - San Luis	05425VT31	Municipio	6,6	4,5	Tierra	Caña panelera
Betulia	05425VT32	Municipio	5,3	4,5	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
Alto De Dolores	05425VT32	Municipio	4,7	4,5	Tierra/Placa Huella	Ganadería de Doble Propósito
La Paloma	05425VT33	Municipio	2,1	4,0	Tierra	Caña panelera
Santa Cruz	05425VT34	Municipio	0,5	4,3	Tierra	Caña panelera
El Pino - La Paloma	05425VT35	Municipio	4,9	4,5	Tierra	Caña panelera
La Guayabera - Santa Ana	05425VT36	Municipio	3,7	4,0	Tierra	Guayaba
Partidas El Ventiadero - San Pedro	05425VT37	Municipio	12,7	4,0	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
Pascuitas - Las Pavas - La Susana	05425VT38	Municipio	9,9	3,5	Tierra	Ganadería de Doble Propósito
El Ganchal - Las Bigillias	05425VT39	Municipio	10,8	3,5	Tierra/Placa Huella	Ganadería de Doble Propósito
Monitos	05425VT40	Municipio	2,2	4,0	Tierra	Caña panelera
TOTAL			181,90			

Fuente: Departamento de Antioquia - Secretaría de Infraestructura Física.

Mapa 2. Vías de comunicación para el desarrollo y la educación del municipio de Maceo, 2024.

Fuente: Secretaria de Infraestructura de Antioquia, 2024

La mayoría de las vías rurales del municipio de Maceo, se deterioran constantemente en temporadas de invierno, debido a la topografía, falta de diseño, tipo de material y el inadecuado manejo de las aguas. Para atender estas vías, el municipio cuenta con un banco de maquinaria amarilla, el cual, por su estado, no es suficiente para atender la necesidad.

El total de la red vial urbana, es de 4.1km, de los cuales, 3,5km están en pavimento asfalto, 0,40km en pavimento rígido (Concreto) y los 0,2km restantes, están en tierra; además, debido a la topografía empinada del municipio, algunas de las vías solo pueden ser peatonales.

Dentro del proyecto Autopistas de la Prosperidad, ejecutado por la ANI, nuestro territorio está ubicado estratégicamente en medio de dos rutas muy importantes, que unen el occidente, centro y norte del país; aumentando nuestra competitividad para el desarrollo de proyectos turísticos, agropecuarios, empresariales e industriales. El proyecto Concesión Autopista Rio Magdalena, está desarrollando la Unidad Funcional UF-3 Alto Dolores – Puerto Berrio, el cual se desprende del proyecto Vías del Nús y se une a la Ruta del Sol. Unidad Funcional UF-2 Vegachí – Alto Dolores, que se une al proyecto Concesión Autopista Conexión Norte.

Todo el desarrollo en infraestructura vial, que se viene ejecutando en nuestro territorio, nos permitirá promover el desarrollo de las cadenas productivas para nuestros proyectos agropecuarios, articulándonos a los planes de agro logística que existen a nivel departamental y nacional. De esta manera, impulsamos el acceso a servicios logísticos eficientes, que mejoren la conexión directa con los consumidores finales, se previenen y disminuyen las pérdidas de productos y desperdicios de alimentos, en las diferentes etapas de producción, cosecha, almacenamiento, comercialización y consumo.

1.2 Contexto Poblacional y Demográfico.

Población total.

La población total para el año 2024 en el municipio de Maceo es de 8.707 habitantes, mientras que para el año 2019 se tenía una población, según datos suministrados por proyecciones del Departamento Nacional de Estadísticas -DANE, (de 8.218 habitantes; presentando un porcentaje de incremento poblacional de aproximadamente 5,6%), éste porcentaje de incremento poblacional, puede ser explicado, debido al esfuerzo de las administraciones municipales de ampliar una oferta educativa superior dentro del territorio municipal, lo que le permite a la población joven, que es la principal población que migra de los territorios, no tener que migrar a buscar posibilidades de estudio fuera del municipio; otro de las razones que puedan explicar el comportamiento de aumento población es el retorno de población mayores de 50 años al municipio, o el hecho que personas mayores de 50 años busquen en el territorio de Maceo donde asentarse en aras de encontrar mayor tranquilidad, así como las ofertas laborales que se vienen presentando en el último año dado por la construcción de la autopista Rio Magdalena 2 que atraviesa parte del municipio.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado.

El municipio de Maceo - Antioquia presenta una densidad poblacional de 19.97 habitantes por kilómetro cuadrado para el 2024, en la zona rural esta densidad se encuentra en 11,37 habitantes por kilómetro cuadrado, mientras en la zona urbana es de 6,256 habitantes por kilómetro cuadrado.

Tabla 4. Distribución de la población por área. Maceo, 2024

Municipio	Densidad cabecera municipal		Densidad resto y rural		Densidad total	
	Población	Extensión	Población	Extensión	Población	Extensión
Maceo	3,754	0,6 Km^2	4.953	435,4 Km^2	8.707	436 Km^2
	6,256 hab. x Km^2		11,37 hab. x Km^2		19,97 hab. x Km^2	

Fuente: PROYECCIÓN DANE CENSO 2018 ajuste población Post - covid 2024.

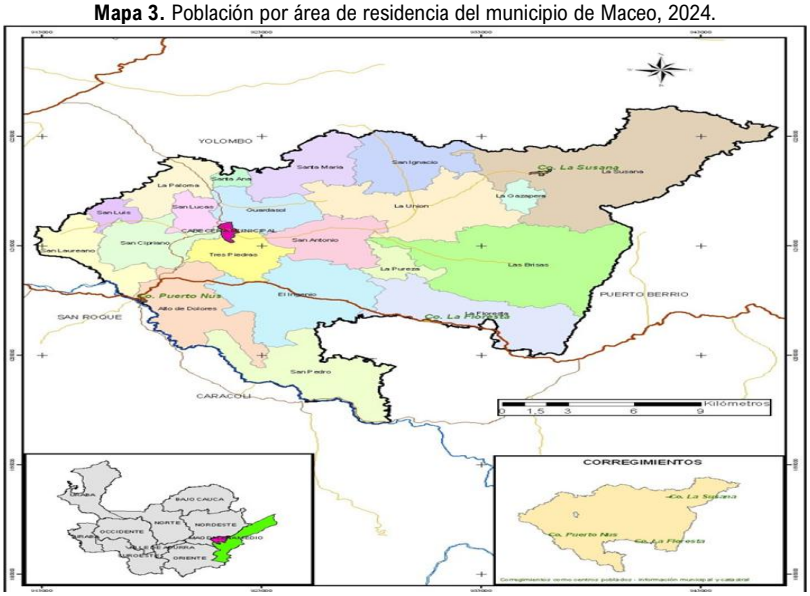
El municipio de Maceo posee una distribución en su mayoría rural; encontrándose que, para el 2024, del total de la población (8.707 personas), el 56.9%, 4,953, habitan en la zona rural municipal; mientras que el 43.1% restante, 3,754 personas son habitantes del área urbana.

Tabla 5. Población por área de residencia y grado de urbanización, Municipio de Maceo, 2024.

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
Nº	%	Nº	%		
3,754	43.1	4,953	56.9	8,707	43.1

Fuente: DANE – SISPRO- MSPS

Mapa 3. Población por área de residencia del municipio de Maceo, 2024.



Fuente: Planeación Municipal. 2024.

Grado de urbanización

El grado de urbanización describe el porcentaje de la población que reside en el área urbana en comparación con el total del municipio, la localización de las personas en ámbitos rurales o urbanos es determinante para el acceso a ciertos servicios, contribuye a describir las condiciones de vida de una población y puede discriminar problemas de salud y otros de naturaleza social y económica.

En el municipio de Maceo, dicho grado de urbanización es del 43,1% (8,707 habitantes) para el 2024, lo cual significa un incremento del 0,7% en comparación a éste mismo indicador en el 2023; es decir, de 61 habitantes del municipio de Maceo en el 2024, aproximadamente 43 de ellas residen en la zona urbana del municipio.

Número de Viviendas.

Las viviendas en el área urbana, en su mayoría son construidas en adobe y concreto; sin embargo, aún existen viviendas muy antiguas, construidas con guadua, tapia y bahareque, estas se caracterizan por ser muy extensas y tener techos muy altos; similar situación se presenta en el área rural. Según el CENSO DANE 2018- PROYECCIÓN 2018 – 2035 para el municipio de Maceo en el año 2024 es de 4.262 viviendas de las cuales 1.766 son urbanas y 2,496 son en la zona rural.

Número de hogares.

El número de personas por hogar en el territorio es aproximadamente de 2,69 personas; el número de hogares en el municipio es de 3,231, distribuidos en 1,409 en la cabecera municipal y 1,822 en el resto.

Cuando hablamos de déficit cualitativo, hace referencia a las viviendas particulares que presentan deficiencias en la estructura del piso, espacio (hacinamiento mitigable y cocina), a la disponibilidad de servicios públicos domiciliarios y, por tanto, se requiere de dotación de servicios públicos, mejoramiento o ampliación de la unidad habitacional. El municipio de Maceo presenta un déficit cualitativo del 51,43%.%. (Fuente: DNP – SisPT - DANE, Censo 2018)

Frente al déficit cuantitativo, que estima la cantidad de viviendas que la sociedad debe construir o adicionar para que exista una relación uno a uno entre las viviendas adecuadas y los hogares que necesitan alojamiento, es decir, se basa en la comparación entre el número de hogares y el número de viviendas apropiadas existentes, así las cosas, el municipio tiene un déficit del 9.76%. (Fuente: DNP – SisPT - DANE, Censo 2018)

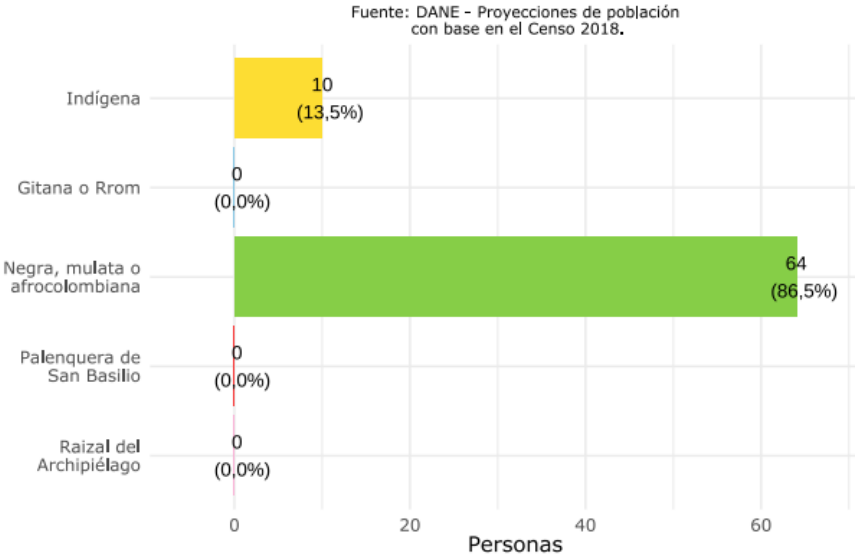
Población por pertenencia étnica.

En la actualidad y según los datos suministrados por el DANE, el municipio de Maceo cuenta con un pequeño grupo que se auto reconocen como población Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a), siendo en total 64 personas, un 0.74% del total de las personas a las cuales se encuestó acerca de su pertenencia étnica; 10 personas, el 0.12% de esas personas, se reconocieron como población indígena; y el 99.14% restante, 8572 personas, no se reconocen bajo ningún grupo étnico

Se ha logrado evidenciar, que la población afrodescendiente que se encuentra caracterizada en el municipio de Maceo presenta alto número de movilidad por el sector especialmente hacia y desde el municipio aledaño de Puerto Berrio

Es de resaltar que en el momento el Municipio está trabajando en la identificación de la población minoritaria con el ánimo de crear políticas públicas en beneficio de las diferentes comunidades.

Figura 1. Población por pertenencia étnica del municipio de Maceo, 2024.



Fuente: DANE - Proyección población Censo DANE 2018.

1.2.1 Estructura demográfica

La forma y evolución de la pirámide poblacional depende directamente de los nacimientos y de las defunciones. Además, tienen gran influencia los movimientos migratorios, que para municipios pequeños como es el caso de Maceo, refiere un punto importante de análisis dado que los jóvenes al terminar su ciclo de educación media se trasladan a municipios más grandes, especialmente al municipio de Medellín, donde proceden a realizar sus estudios superiores, o donde se trasladan en busca de mejores oportunidades laborales.

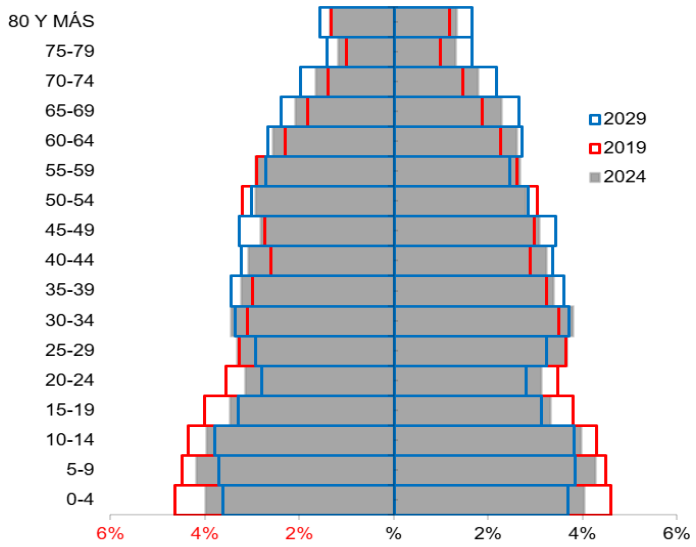
La pirámide poblacional del municipio de Maceo nos permite dimensionar la transformación de la estructura poblacional municipal a través de un comparativo del total de habitantes por sexo según edades quinquenales para los años 2019, 2024 y 2029.

Al analizar el comportamiento de la pirámide poblacional en el año inicial de estudio, 2019, observamos una pirámide expansiva, es decir, un grupo poblacional, en este caso el comprendido por las edades entre 0 y 20 años, correspondiente a la poblacional infantil, adolescente y joven, que le aporta a la gráfica una base ancha; un comportamiento que vale la pena tener en cuenta es la disminución poblacional en los jóvenes entre los 15 y los 24 años, se menciona dicha reducción dado que es en este rango de edad cuando se presenta la mayor migración de jóvenes para municipios aledaños en busca de mejores oportunidades de vida y oportunidades laborales; para finalizar se observa un incremento poblacional a partir de los 45 años.

Se observa el comportamiento de la pirámide poblacional, para el año de análisis 2024; se puede deducir que es una pirámide estacionaria, dado la similitud aproximada entre los grupos de edad, esto como consecuencia de una natalidad y mortalidad que no presenta mayores variaciones desde el primer año de estudio (2019) a la fecha.

Mediante las proyecciones realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se puede comparar los datos de la población del municipio de Maceo tanto del año de estudio, 2024, y la proyección poblacional a 2029, donde llama la atención la constante de disminución que se presentará en las edades entre 0 a 29 años y de ahí en adelante el aumento de esta.

Figura 2. Pirámide poblacional del municipio de Maceo, 2019, 2024, 2029.



Fuente: DANE - SISPRO – MSPS

Otros indicadores de la estructura demográfica

Para complementar el análisis de la estructura demográfica municipal, se tiene en cuenta el análisis de los diferentes indicadores demográficos como son: la razón de niños y mujeres, el índice de infancia, índice de juventud, índice de vejez, índice de envejecimiento, índice demográfico de dependencia, índice de dependencia infantil e, índice de dependencia mayores y el índice de friz.

Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Maceo, 2019, 2024, 2029.

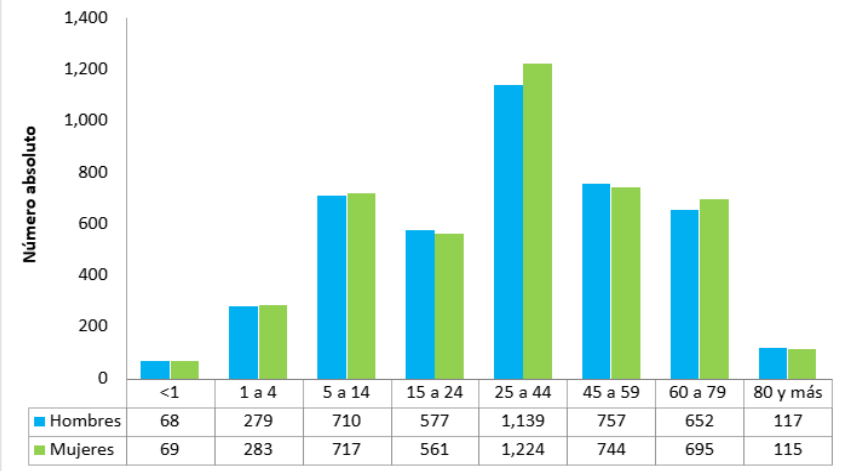
Índice Demográfico	Año		
	2019	2024	2029
Poblacion total	8,218	8,707	8,965
Poblacion Masculina	4,090	4,299	4,417
Poblacion femenina	4,128	4,408	4,548
Relación hombres:mujer	99.1	97.5	97.1
Razón ninos:mujer	39.3	34.0	31.4
Indice de infancia	26.8	24.4	22.5
Indice de juventud	21.8	20.1	18.2
Indice de vejez	11.0	13.0	15.5
Indice de envejecimiento	41.1	53.2	69.1
Indice demografico de dependencia	61.0	59.7	61.3
Indice de dependencia infantil	43.2	39.0	36.3
Indice de dependencia mayores	17.8	20.7	25.0
Indice de Friz	144.2	119.8	105.3

Fuente: DANE - SISPRO - MSPS

En la distribución de la población por sexo y grupo de edad del municipio de Maceo, se ha evidenciado una distribución similar por sexo en cada uno de los grupos de edad.

El grupo que comprende las edades entre los 25 y los 44 años aporta la mayor proporción poblacional, con 2.363 habitantes, de los cuales 1.139 son hombres, mientras 1.224 son mujeres.

Figura 3. Población por sexo y grupo de edad del municipio de Maceo, 2024.



Fuente: DANE - SISPRO - MSPS

1.2.2 Dinámica demográfica.

Luego de observar el comportamiento de la estructura demográfica del municipio basado en los indicadores trabajados, observaremos su dinámica demográfica y el comportamiento a través de un periodo contemplado entre los años 2005 a 2023, donde se analizarán los indicadores de tasa

bruta de crecimiento natural en correspondencia con la tasa bruta de natalidad y la tasa de mortalidad.

Tasa Bruta de Natalidad: la tendencia de la natalidad en el municipio de Maceo presenta un comportamiento decreciente desde el año de inicio de estudio (2005) hasta el 2010, presentando una reducción de aproximadamente 8,1 puntos del 2010 comparado con el 2005; de igual manera se encuentra que del 2010 al 2015, la tasa bruta de natalidad adquiere un comportamiento fluctuante sin grandes cambios en la natalidad.

A pesar del esfuerzo realizado por la administración municipal y la ESE Hospital Marco A Cardona, evidenciando en el convenio del Plan de Intervenciones Colectivo (PIC) de Salud Pública, observamos que, a partir del 2014, la tasa bruta de natalidad presenta un comportamiento ascendente, este comportamiento puede estar relacionado a la llegada de la multinacional Cemex al territorio municipal lo que conllevó a un aumento de oportunidades laborales, tanto para los habitantes del municipio como para personas no pertenecientes a Maceo, pero que se instalaron en el municipio por razones laborales con la empresa, y con ese aumento de personas fluctuantes aumentaron los embarazos especialmente en población adolescente, siendo el 2017 el año en el que dicha tasa de natalidad presenta un incremento considerable.

Para el año 2018 se evidencia una disminución considerable en la tasa bruta de natalidad, dicha disminución puede estar explicada a los esfuerzos mancomunados entre la administración municipal y demás estamentos municipales para garantizar una buena educación sexual, dirigida a la educación en la planificación familiar y el uso de los preservativos, disminución que es constante para el 2023.

Para el año 2023 se presenta la tasa más baja del histórico reportado desde el 2005

Tasa Bruta de Mortalidad: la tasa bruta de mortalidad expresa la frecuencia con que ocurren las defunciones en una población dada.

Para el municipio de Maceo, durante el periodo comprendido entre el 2005 y el 2023, se observa un comportamiento de la mortalidad fluctuante sin mayores variaciones, donde en el año 2005 se registra una tasa bruta de mortalidad aproximada de 6 defunciones por cada cien mil habitantes y en el 2023 dicha tasa registra valores aproximados a 5 defunciones por cada cien mil habitantes, siendo los años 2008, 2012 y 2021 los que aportan valores más altos en el mencionado período, con aproximadamente 8 defunciones por cada cien mil habitantes, cada uno y de 9,8 para el último año.

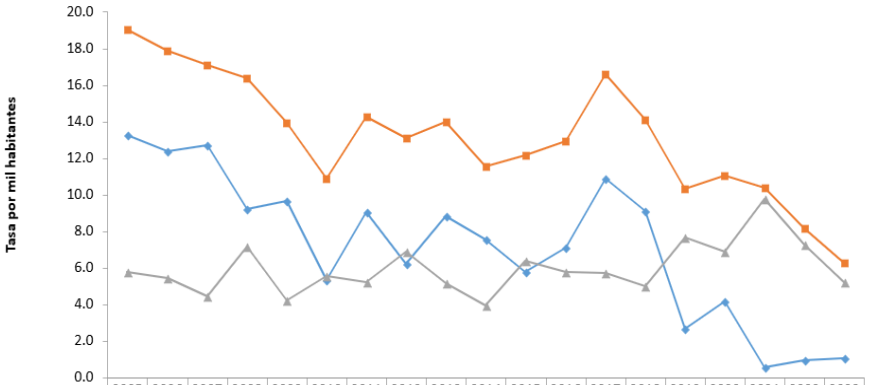
Tasa de Crecimiento Natural: la tasa de crecimiento natural se refiere a la diferencia existente entre la cantidad de nacimientos y la cantidad de defunciones en un determinado territorio y durante un cierto periodo. Si la cantidad de nacimientos es más alta que la cantidad de fallecimientos, el nivel

de la población se incrementa y tiene lugar el denominado crecimiento natural, por el contrario, si las defunciones superan los nacimientos en el periodo en cuestión, el nivel poblacional se reduce y se habla de decrecimiento natural.

En el municipio de Maceo se observa una tasa de crecimiento natural descendente del 2005 al 2015, siendo los años 2010, 2015, 2019, 2020 y 2021 donde se presenta la tasa más baja, o la tasa de decrecimiento natural más alta en todo el periodo, esto explicado porque el valor de la tasa bruta de natalidad también presenta valores bajos durante el periodo analizado.

Para los años 2016 y 2017 se observa un incremento en la tasa de crecimiento natural, esto debido al crecimiento de la natalidad, analizado en la tasa de natalidad, y a un comportamiento de la mortalidad sin mayores cambios, para los siguientes años al igual que la tasa bruta de natalidad, el crecimiento natural representa una caída considerable, especialmente en el año 2021 donde la relación con la tasa bruta de mortalidad fue la más alta en todo el periodo de análisis, factor que influyó considerablemente en la reducción del crecimiento natural.

Figura 4. Comparación entre las tasas brutas de natalidad, mortalidad del municipio de Maceo, 2005 – 2023.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Crecimiento natural	13.2	12.4	12.7	9.2	9.7	5.3	9.0	6.2	8.8	7.6	5.8	7.1	10.9	9.1	2.7	4.2	0.6	0.9	1.0
Tasa bruta natalidad	19.0	17.8	17.1	16.4	13.9	10.9	14.3	13.1	14.0	11.5	12.1	12.9	16.6	14.1	10.3	11.0	10.4	8.2	6.2
Tasa bruta mortalidad	5.8	5.4	4.4	7.1	4.2	5.6	5.2	6.9	5.1	4.0	6.4	5.8	5.7	5.0	7.7	6.9	9.8	7.2	5.2

Fuente: DANE - SISPRO - MSPS

Otros indicadores de la dinámica de la población

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: el período analizado, entre el 2005 y el 2023, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, se evidencia una reducción porcentual muy positiva para el municipio dado que para el año 2005 esta era de 8,3 y para el año 2023 de 2,9 embarazos en mujeres de 10 a 14 años al igual que en el año 2020.

Se evidencia que en el 2014 se presenta una tasa específica de fecundidad en mujeres entre los 10 y 14 años de, aproximadamente, 10 embarazos en adolescentes entre los 10 y los 14 años,

siendo el valor más alto durante el periodo analizado y se destaca que para los años 2011 y 2020 no se presentaron embarazos en población de 10 a 14 años.

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: el análisis de las tasas específicas de fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años, presenta un comportamiento fluctuante, con una tendencia marcada a disminuir, esto con relación a las acciones que se han venido adelantando en especial a las enmarcadas en Dimensión "Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos" del Plan Decenal de Salud Pública llevados a cabo mediante el convenio inter administrativo de los Planes de Intervenciones Colectivas.

Se identifica que dicha disminución representa una variación porcentual de 84.4, siendo el 2006 el año donde se registra la tasa más alta en todo el periodo analizado, con un valor aproximado 148 gestantes entre los 15 y los 19 años. Para el año 2023 se presenta una tasa de 17,2 por cada 100.000 habitantes

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 19 años: el período analizado, entre el 2005 y el 2023, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años, se evidencia una reducción porcentual muy positiva para el municipio dado que para el año 2005 esta era de 51,1 y para el año 2023 de 9,5 embarazos en mujeres de 10 a 19 años.

Tabla 7. Otros indicadores de la dinámica de la población del municipio de Maceo, 2023.

Tasa de fecundidad específica	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
De 10 a 14	8.3	2.8	2.8	5.8	3.0	3.0	0.0	6.5	6.7	10.5	7.2	3.7	7.6	3.9	2.8	2.9	0.0	2.9	2.9
De 15 a 19	101.6	148.0	116.9	127.8	92.1	73.0	117.8	84.1	108.9	88.1	87.1	86.6	119.4	107.3	61.1	52.3	39.2	47.0	17.2
De 10 a 19	51.1	69.3	55.8	63.6	46.0	37.3	58.5	45.5	58.2	49.8	47.8	45.8	64.0	55.9	30.2	26.0	18.2	23.2	9.5

Fuente: DANE - SISPRO – MSPS

1.2.3 Movilidad forzada

El desplazamiento forzado interno constituyó una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario, los derechos constitucionales y la dignidad.

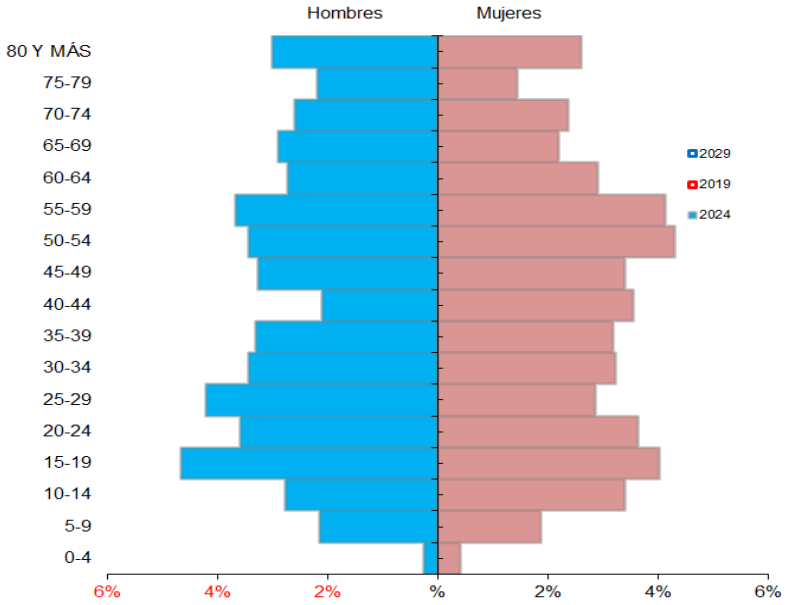
En consecuencia, es de interés reconocer este evento en el municipio de Maceo, pero también es necesario identificar las condiciones sociales (enfrentamiento militar, las disputas por la tierra y la usurpación ilegal de predios, los grupos armados), y los efectos sobre el municipio receptor como elevación de índices de pobreza, agudización de los conflictos armados internos, la modificación en las formas de ocupación y prácticas culturales.

La siguiente pirámide poblacional nos permite observar el número de personas que registran en el Registro Único de Víctimas del municipio de Maceo, es importante tener en cuenta que este análisis se realiza con información suministrada por el Registro Único de Victimas – RUV, SISPRO, Minsalud.

El reporte de población víctima para el municipio de Maceo es de 2.229 personas, que corresponde aproximadamente al 25,6% de la población total en el municipio, lo cual refleja un gran impacto que la violencia tuvo allí. De la población víctima, el 49.58% pertenece al género femenino y el 50.42% al masculino.

Los grupos de edad de 15 a 19 y 50 a 54 años reportan el mayor número de personas por desplazamiento para el municipio de Maceo, cada una con un 8% del total de la población víctima.

Figura 5. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, municipio de Maceo, 2024



Fuente: RUV- SISPRO- MSPS

1.2.4 Población LGBTIQ+.

Aunque la Constitución Política de Colombia en su Artículo 13 expresa que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. También se debe dar cumplimiento a la Ley 1752 de 2015, donde se dictaron disposiciones para *"sancionar penalmente actos de discriminación por razones de raza, etnia, religión, nacionalidad, ideología política o filosófica, sexo u orientación sexual, discapacidad y demás razones de discriminación".*

En el municipio de Maceo se tiene activa, la Mesa de Diversidad Sexual y de Género "Alianza Huellas SEDIMA"; a través de la cual, se viene estructurando un diagnóstico situacional, que permita identificar y caracterizar la población LGTBIQ+, conocer las dificultades y vulneraciones, para con

base a los resultados, establecer programas y proyectos que promuevan la equidad y No discriminación de la población LGTBIQ+.

1.2.5 Población Migrante.

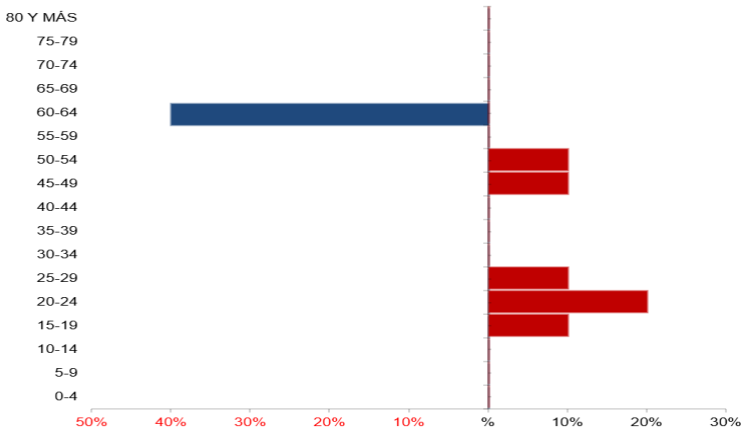
En la actualidad en el municipio se registra una población migrante, procedente de Venezuela, conformado por, aproximadamente, 150 personas incluidos menores de edad, es importante recalcar que ésta es la información oficial que, desde la Secretaría de Salud y Bienestar Social, se ha logrado recolectar, censar y caracterizar, pero ha sido un trabajo no tan fructífero dado que dicha población teme que, por no tener documentación regular para estar en el país, serán enviados a migración Colombia o se les iniciará algún proceso de deportación.

De esa población venezolana se logra afiliar al régimen subsidiado y se logra ingresarla a las bases de datos del municipio todas aquellas personas que cumplan con los requisitos y lineamientos que permiten tanto Migración Colombia, el MSPS, DNP y los demás programas sociales a nivel nacional.

En relación con la distribución de la población migrante se tiene que el 60% corresponde a mujeres y el 40% a hombres. Por grupos de edad, la mayor distribución se encuentra entre los 60 a 64 años con un 40% (4 personas) que corresponde en su mayoría a hombres, seguido de las edades de 20 a 24 años con un 20% (2 persona) en su mayoría mujeres; en el resto de los grupos de edad se tienen cifras por debajo de 10% y otras donde no se encuentra población migrante.

La estructura poblacional de los migrantes, se logró construir de la información de las atenciones en salud, evidenciando una variación importante en cuanto a la distribución de la población por rangos de edad en el 2023, destacándose además el número de mujeres, de los hombres podemos decir que son menos con respecto a las mujeres y que el grupo de edad que más ha frecuentado los servicios de salud son de 60 a 64 años.

Figura 6. Pirámide poblacional de atención en salud a migrantes, Maceo, 2024.



Fuente: DANE - SISPRO – MSPS

1.2.6 Población Campesina.

No es posible información discriminada por grupos etarios. (se consultó la sugerencia de insumos: informe de caracterización sociodemográfica del campesinado colombiano: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notasestadisticas-casen/doc-CASEN-CaracsociodemoCampesinadoCO.pdf, no se dispone de información territorial que cumpla criterios de calidad); no obstante, viene basándose en las referencias departamentales, definidas en los marcos conceptuales de la Agenda Antioquia 2040 que resalta cuatro momentos:

La construcción del concepto y las consideraciones puestas sobre la mesa para la definición de la población campesina (Comisión de investigadores sobre el campesinado y la ruralidad colombiana, liderada por el ICANH); 2. La visibilización y el reconocimiento del campesinado en los instrumentos censales del DANE (Sentencia 2028-18 de la Corte Suprema de Justicia); 3. La adhesión del Estado colombiano a la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las Zonas Rurales, y 4. El Acto Legislativo 254 Cámara y 019 Senado, de 2022, que modifica el Artículo 64 de la Constitución Política al reconocer al campesinado como sujeto político de especial protección constitucional.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.

Servicios habilitados IPS:

Se presentan los datos que determinan la capacidad de las IPS con respecto a los servicios habilitados, la atención de la población en cuanto a las hospitalizaciones y remisiones.

Tabla 8. Servicios habilitados IPS, municipio de Maceo, 2023.

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervicouterinas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología								1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			1						
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	2	1		1	1	1	1	1	1
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1	1	1	1	1	1	1	1	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: DANE - SISPRO – MSPS

1. GENERALIDADES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA Y DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.

En el marco de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública -PDSP 2022 – 2031, los territorios han formulado los Planes Territoriales de Salud -PTS para el periodo de gobierno 2024-2027, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS por medio de la Resolución 100 de 2024 en materia de salud pública a través de las propuestas estratégicas evidenciadas en los objetos, metas e indicadores formulados en dichos instrumentos de planeación.

Para realizar el monitoreo y evaluación de los PTS y en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 100 de 2024, el MSPS definió que compartiría la metodología para realizar la evaluación y monitoreo del PTS de las entidades territoriales y conocer el avance y el logro de los objetivos, metas e indicadores definidos para su contribución al PDSP.

Con la implementación del PDSP de 2022-2031, la nueva normatividad y los lineamientos de Planeación Integral para la salud en el ámbito territorial, el Portal Web para realizar el cargue del PTS, COAI, PAS y hacer seguimiento al PAS, tuvo cambios en el proceso de cargue de la información y cambios metodológicos para la realización de la evaluación de los resultados según las metas de resultado y producto.

En este documento se evalúa el avance del PTS durante la vigencia 2024, en dos componentes, el primero, lo relacionado con el avance en los resultados en salud (tendencia de los indicadores en el periodo de gobierno); y el segundo hace referencia al seguimiento financiero por fuente de financiación, allí podrá identificarse el avance, cumplimiento y variación de cada uno de los indicadores, además se realiza un análisis de los indicadores en estado crítico, los cuales están con el color rojo y cuáles son las estrategias que se están implementando para lograr un cambio positivo durante esta vigencia.

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL. Brindar información que permita dar cuenta del avance de los propósitos de la Planeación Integral para la salud establecidos en el artículo 4 de la Resolución 100 en el municipio de Maceo, Antioquia.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Apoyar la toma de decisiones en salud a nivel nacional, departamental, distrital y municipal para avanzar en la reducción de brechas en salud de las poblaciones.
- Medir los resultados en salud obtenidos con la implementación del PDSP 2022-2031 a nivel territorial, con el fin de realizar las acciones pertinentes para el logro de metas propuestas.
- Medir la gestión de las entidades territoriales en el marco de la Planeación Integral para la salud.
- Brindar insumos que propicien los escenarios y espacios participativos para que las poblaciones fortalezcan el ejercicio de participación social y generen capacidades para incidir en la transformación positiva de las realidades del territorio.

4. ALCANCE.

Analizar los resultados de los indicadores de producto, resultado y las tasas de morbimortalidad establecidas en el PTS del municipio de Maceo, Antioquia con el fin de identificar las oportunidades de mejora que orienten la toma de decisiones y la implementación de las acciones y estrategias que contribuyan a alcanzar las metas trazadas en el PTS.

5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.

5.1 Cumplimiento de las metas de resultado definidas en el Plan Territorial en Salud – PTS.

La semaforización de metas es una metodología de seguimiento y evaluación que utiliza los colores de un semáforo (principalmente verde, amarillo y rojo) para indicar de forma visual e inmediata el estado de cumplimiento o avance de un indicador o meta preestablecida. Es una herramienta clave en la gestión por resultados para identificar rápidamente si el desempeño es aceptable, está en riesgo o requiere atención urgente.

Tabla 9. Metas de resultado actualizadas con el valor actual del indicador 2024.

Meta de resultado			Tendencia del indicador				Coherencia de lo programado con respecto a la línea de base		Fuente utilizada
							Meta establecida por la ET		
No.	Meta	Tipo de meta	Valor línea de base 2023	Valor actual indicador 2024 (Valor logrado)	Avance del indicador	Tendencia del indicador	Valor programado	Semaforización	
1	Al 2027, disminuir de 1,50 al 0,00 el índice de riesgo de la calidad del agua – IRCA URBANO.	R	1,5	1,20	0,30		0		Indice de Riesgo de Calidad del Agua Potable - IRCA- (Promedio Anual): Certifica la Calidad del Agua para Consumo Humano Suministrada.
2	Al 2027, mantener en 0 la tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) por cada 10 nacidos vivos.	M-M	0	0,00	0,00		0		DANE. 2024
3	Al 2027, disminuir de 16,8 a 15,8 la tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años por nacidos vivos por cada 10 mujeres entre 15 y 19 años.	R	16,8	38,10	-21,30		15,8		DANE. 2024
4	Al 2027, aumentar la cobertura de vacunación de triple viral de 85,1% a 95%	A	85,1	86,30	-1,20		95		Base de datos Programa Ampliado de inmunizaciones (Plantilla de Excel MSPS)
5	Al 2027, mejorar la calificación de la evaluación de capacidad de gestión en salud (certificación) de 88,8 a 97 puntos.	A	88,8	90,50	-1,70		97		Decreto 2025070003497 - SSIS

Meta de resultado			Tendencia del indicador				Coherencia de lo programado con respecto a la línea de base Meta establecida por la ET		Fuente utilizada
No.	Meta	Tipo de meta	Valor línea de base 2023	Valor actual indicador 2024 (Valor logrado)	Avance del indicador	Tendencia del indicador	Valor programado	Semaforización	
6	Al 2027, disminuir de 45,8 a 39,5 la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer por cada 1000 mujeres.	R	45,8	22,70	23,10		39,5		Sivigila
7	Al 2027, mantener en 0 la tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) por cada 10 nacidos vivos.	M-M	0	0,00	0,00		0		DANE. 2024
8	Al 2027, disminuir de 2,9 a 2,5 la tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años por nacidos vivos por cada 10 mujeres entre 10 y 14 años.	R	2,9	5,80	-2,90		2,5		DANE. 2024
9	Al 2027, disminuir de 35,1 a 34,3 la Incidencia de la tuberculosis por cada 1000 habitantes.	R	35,1	11,50	23,60		34,3		DANE. 2024
10	Al 2027, mantener en 100% el porcentaje de partos atendidos por personal calificado.	M-M	100	96,87	3,13		100		RUAF ND 2024
11	Al 2027, disminuir de 11,7 a 9,6 la tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) por cada 1000 habitantes.	R	11,7	0,00	11,70		9,6		DANE. 2024
12	Al 2027, aumentar el número de afiliados al SGSSS de 8388 personas a 8448 personas.	A	8388	8357	31		8448		MSPS
13	Al 2027, disminuir a 60,4 la tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre por cada 100.000 habitantes.	R	69,4	34,50	34,90		60,4		DANE. 2024

Meta de resultado			Tendencia del indicador				Coherencia de lo programado con respecto a la línea de base		Fuente utilizada
							Meta establecida por la ET		
No.	Meta	Tipo de meta	Valor línea de base 2023	Valor actual indicador 2024 (Valor logrado)	Avance del indicador	Tendencia del indicador	Valor programado	Semaforización	
14	Al 2027, disminuir de 46,8 a 45,4 la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata por cada 1000 hombres.	R	46,8	0,00	46,80		45,4		DANE. 2024
15	Al 2027, disminuir de 11,7 a 11,4 la Incidencia del dengue por cada 1000 habitantes en riesgo.	R	11,7	103,40	-91,70		11,4		DANE. 2024
16	Al 2027, mantener en 0 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años por cada 10 nacidos vivos.	M-M	0	0,00	0,00		0		DANE. 2024
17	Al 2027, disminuir de 11,7 a 11,2 la Incidencia del VIH por cada 1000 habitantes.	R	11,7	11,50	0,20		11,2		DANE. 2024
18	Al 2027, disminuir la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año de 18,5 a 17,2 por cada 1000 nacidos vivos.	R	18,5	0,00	18,50		17,2		DANE. 2024
19	Al 2027, mantener en 0 la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero por cada 1000 mujeres.	M-M	0	0,00	0,00		0		DANE. 2024
20	Al 2027, disminuir de 18,5 a 17 la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos.	R	18,5	0,00	18,50		17		DANE. 2024
21	Al 2027, mantener en 0 la tasa de mortalidad neonatal por cada 10 nacidos vivos.	M-M	0	0	0,00		0		DANE. 2024
22	Al 2027, aumentar de 87% al 95% el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal.	A	87	84,36	2,64		95		DANE. 2024
23	Al 2027, mantener en 0 la Razón de mortalidad materna a 42 días por cada 100 nacidos vivos.	M-M	0	0	0,00		0		DANE. 2024

Meta de resultado			Tendencia del indicador				Coherencia de lo programado con respecto a la línea de base		Fuente utilizada
							Meta establecida por la ET		
No.	Meta	Tipo de meta	Valor línea de base 2023	Valor actual indicador 2024 (Valor logrado)	Avance del indicador	Tendencia del indicador	Valor programado	Semaforización	
24	Al 2027, disminuir el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer de 5,6% al 4,3%	R	5,6	12,5	-6,90		4,3		DANE. 2024

Fuente: Secretaría de Salud y Bienestar Social. Maceo. 2024.

En el marco de la implementación del Plan Territorial de Salud (PTS), y en línea con los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, la Secretaria de Salud y Bienestar Social del municipio de Maceo, Antioquia ha definido una serie de metas orientadas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población, estas metas responden a los principales desafíos identificados en el diagnóstico situacional en salud y buscan reducir la carga de enfermedad, mejorar los determinantes sociales de la salud y garantizar la atención integral en el curso de vida.

Para el año 2027, se han establecido veintiún (24) indicadores clave de resultado que permitirán medir el impacto de las intervenciones desarrolladas a nivel local. Estas metas estratégicas abarcan aspectos críticos como la reducción de la tasa de fecundidad específica de mujeres de 15 a 19 años, tasa de mortalidad ajustada por EDA en menores de 5 años, tasa de infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años, Tasa de mortalidad ajustada por accidentes de transporte terrestre, incidencia de mortalidad por lesiones de tránsito, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad neonatal , tasa de mortalidad materna, % de nacidos vivos con peso <2500.

A continuación, se relacionan cada uno de los indicadores de resultados propuestos en el plan territorial de salud del municipio de Maceo y se hace un cuadro de relacionamiento entre las metas estratégicas del PDSP 2022-2031 y las metas estratégicas del Plan Territorial de Salud, frente al indicador que se piensa impactar y su línea base disponible frente al valor esperado en el cuatrienio y el valor esperado para el año 2024:

Tabla 10. Metas de resultado actualizadas con el valor actual del indicador 2024 armonizado a las metas estratégicas del PDSP 2022-2031.

Orden	Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud	Indicador de meta Estratégica PTS	Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	Línea Base	Valor Esperado Cuatrienio	Valor Esperado 2024	Valor logrado 2024
1	Al 2027, disminuir de 1,50 al 0,00 el índice de riesgo de la calidad del agua – IRCA URBANO.	Índice de Riesgo de la Calidad del Agua.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	1,50	0	1,30	1,20
2	Al 2027, mantener en 0 la tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda	Salud - Mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA).	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	0	0	0	0,00

Orden	Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud	Indicador de meta Estratégica PTS	Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	Línea Base	Valor Esperado Cuatrienio	Valor Esperado 2024	Valor logrado 2024
	(EDA) por cada 10 nacidos vivos.						
3	Al 2027, disminuir de 16,8 a 15,8 la tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años por nacidos vivos por cada 10 mujeres entre 15 y 19 años.	Tasa Especifica de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	16,8	15,8	16,7	38,10
4	Al 2027, aumentar la cobertura de vacunación de triple viral de 85,1% a 95%	Coberturas de vacunación de Triple Viral.	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	85,1	95	88	86,30
5	Al 2027, mejorar la calificación de la evaluación de capacidad de gestión en salud (certificación) de 88,8 a 97 puntos.	Índice de capacidad de gestión en salud.	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	88,8	97	90	90,50
6	Al 2027, disminuir de 45,8 a 39,5 la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer por cada 1000 mujeres.	Salud - Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer.	A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.	45,8	39,5	44,2	22,70
7	Al 2027, mantener en 0 la tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) por cada 10 nacidos vivos.	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda IRA.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	0	0	0	0,00
8	Al 2027, disminuir de 2,9 a 2,5 la tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años por nacidos vivos por cada 10 mujeres entre 10 y 14 años.	Tasa Especifica de Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años.	A 2031, el 100% de las entidades territoriales implementan la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en los territorios	2,9	2,5	2,8	5,80
9	Al 2027, disminuir de 35,1 a 34,3 la Incidencia de la tuberculosis por cada 1000 habitantes.	Incidencia de la Tuberculosis.	A 2031 se incorporará en el 100% de los Departamentos y Distritos, el Plan de gestión integral de riesgos de emergencias y desastres en salud (PGIRED)	35,1	34,3	35	11,50
10	Al 2027, mantener en 100% el porcentaje de partos atendidos por personal calificado.	Porcentaje de partos atendidos por personal calificado.	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	100	100	100	96,87
11	Al 2027, disminuir de 11,7 a 9,6 la tasa ajustada de mortalidad por lesiones	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas	A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en	11,7	9,6	11	0,00

Orden	Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud	Indicador de meta Estratégica PTS	Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	Línea Base	Valor Esperado Cuatrienio	Valor Esperado 2024	Valor logrado 2024
	autoinfligidas intencionalmente (suicidios) por cada 1000 habitantes.	intencionalmente (suicidios).	salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.				
12	Al 2027, aumentar el número de afiliados al SGSSS de 8388 personas a 8448 personas.	Cobertura de aseguramiento al SGSSS	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	8388	8448	8395	8357
13	Al 2027, disminuir a 60,4 la tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre por cada 100.000 habitantes.	Salud - Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre.	A 2031 se incorporará en el 100% de los Departamentos y Distritos, el Plan de gestión integral de riesgos de emergencias y desastres en salud (PGIRED)	69,4	60,4	67,17	34,50
14	Al 2027, disminuir de 46,8 a 45,4 la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata por cada 1000 hombres.	Salud - Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata.	A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.	46,8	45,4	46,5	0,00
15	Al 2027, disminuir de 11,7 a 11,4 la Incidencia del dengue por cada 1000 habitantes en riesgo.	Salud - Incidencia del dengue.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	11,7	2022	11,65	103,40
16	Al 2027, mantener en 0 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años por cada 10 nacidos vivos.	Salud - Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	0	2023	0	0,00
17	Al 2027, disminuir de 11,7 a 11,2 la Incidencia del VIH por cada 1000 habitantes.	Salud - Incidencia del VIH.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	11,7	2022	11,6	11,50
18	Al 2027, disminuir la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año de 18,5 a 17,2 por cada 10 nacidos vivos.	Salud - Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año (x cada 10 nacidos vivos).	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	18,5	2022	18,17	0,00
19	Al 2027, mantener en 0 la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero por cada 1000 mujeres.	Salud - Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	0	2023	0	0,00
20	Al 2027, disminuir de 18,5 a 17 la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años por cada 10 nacidos vivos.	Salud - Tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	18,5	2023	18,1	0,00
21	Al 2027, mantener en 0 la tasa de mortalidad neonatal por cada 10 nacidos vivos.	Salud - Tasa de mortalidad neonatal.	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con	0	2023	0	0,00

Orden	Metas Estratégicas del Plan Territorial de Salud	Indicador de meta Estratégica PTS	Metas Estratégicas por Eje del PDSP 2022-2031	Línea Base	Valor Esperado Cuatrienio	Valor Esperado 2024	Valor logrado 2024
			las competencias establecidas en la política de participación social en salud.				
22	Al 2027, aumentar de 87% al 95% el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal.	Salud - Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal.	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.	87	2022	89	84,36
23	Al 2027, mantener en 0 la Razón de mortalidad materna a 42 días por cada 100 nacidos vivos.	Salud - Razón de mortalidad materna a 42 días.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	0	2023	0	0,00
24	Al 2027, disminuir el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer de 5,6% al 4,3%	Salud - Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud	5,6	2023	5,3	12,50

Fuente: Secretaría de Salud y Bienestar Social. Maceo. 2024.

El municipio de Maceo, Antioquia de acuerdo con lo programado dentro del Plan de Desarrollo y el PTS para la vigencia 2024 – 2027, cuenta con veinticuatro (24) metas de resultado que están alineadas al PDSP, de las cuales dieciocho (18) cuentan con un resultado positivo de cumplimiento y seis (06) que no dieron cumplimiento, a continuación, se discute detalladamente cada uno estas:

❖ ***Indicador 3: Al 2027, disminuir de 16,8 a 15,8 la tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años por nacidos vivos por cada 10 mujeres entre 15 y 19 años:***

El municipio de Maceo tenía como meta reducir la tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) a 16,7 para el año 2024. Sin embargo, el resultado final fue de 38,10, más del doble del objetivo propuesto, lo que evidencia un retroceso importante en esta área prioritaria de salud pública. Este incremento se asocia a múltiples factores estructurales y sociales identificados, entre ellos:

- Condiciones de pobreza que limitan el acceso a oportunidades y servicios básicos.
- Déficit en la educación sexual y reproductiva, especialmente en adolescentes.
- Entornos rurales y semirrurales, donde persisten barreras geográficas, económicas y culturales para acceder a servicios de salud.
- Falta de oportunidades educativas y laborales para los jóvenes, lo que refuerza ciclos de dependencia y reproducción temprana.
- Cultura de maternidad temprana, aún presente en algunos núcleos familiares y comunidades, que normaliza o incluso promueve el embarazo adolescente.

Se proponen estrategias diferenciadas para abordar las causas del incumplimiento y acercarse a las metas propuestas para 2027:

1. Educación Integral en Sexualidad. Promover conocimientos, actitudes y habilidades para el ejercicio libre, informado y responsable de la sexualidad. Articulación con instituciones educativas para implementar programas de EIS desde primaria hasta secundaria. Formación a docentes y padres en temas de salud sexual y reproductiva. Talleres y actividades lúdicas en espacios comunitarios y escolares.

2. Fortalecimiento del acceso a servicios de salud amigables para adolescentes. Garantizar atención integral, oportuna y confidencial para adolescentes. Implementación o fortalecimiento de servicios amigables en centros de salud. Capacitación del personal en atención diferencial para adolescentes. Ampliación de horarios y eliminación de barreras de acceso (como el requisito de acompañamiento de adultos).

3. Promoción del uso de métodos anticonceptivos modernos. Reducir embarazos no planeados entre adolescentes. Campañas educativas sobre métodos anticonceptivos, con enfoque cultural y territorial. Distribución gratuita de anticonceptivos (incluyendo implantes y DIU) en centros y brigadas de salud. Jornadas comunitarias de orientación en salud sexual.

4. Identificación y acompañamiento de adolescentes en riesgo. Intervenir tempranamente en situaciones de vulnerabilidad. Trabajo conjunto con Comisarías de Familia, ICBF, colegios y líderes comunitarios para identificar casos de riesgo. Acompañamiento psicosocial y vinculación a programas de protección. Rutas claras para denuncias de violencia sexual, abuso o explotación.

5. Estrategias de comunicación y movilización social. Transformar imaginarios culturales y sociales que naturalizan el embarazo adolescente. Campañas en medios locales, redes sociales y espacios comunitarios con mensajes adaptados al contexto juvenil. Participación activa de jóvenes como promotores de cambio. Testimonios, teatro, arte y tecnologías para generar conciencia.

6. Intervención intersectorial e interinstitucional. Abordar los determinantes sociales del embarazo adolescente (pobreza, deserción escolar, violencia, inequidad de género). Trabajo conjunto con las Secretarías de Gobierno con funciones de Educación, Cultura, Juventud, y entidades como ICBF, Policía de Infancia, etc. Inclusión de adolescentes en programas de formación, empleo y liderazgo juvenil. Promoción del retorno o permanencia en el sistema educativo. Intervenir desde la niñez y no solo en la adolescencia. Considerar género, etnia, discapacidad, ruralidad y contexto sociocultural. Participación comunitaria y juvenil.

❖ ***Indicador 8: Al 2027, disminuir de 2,9 a 2,5 la tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años por nacidos vivos por cada 10 mujeres entre 10 y 14 años.***

El municipio de Maceo estableció como meta para el año 2024 reducir la tasa de embarazo infantil a 2,8. Sin embargo, el resultado alcanzado fue de 5,80, más del doble de lo propuesto, lo cual evidencia la persistencia y gravedad del fenómeno, especialmente en el grupo etario de 10 a 14 años. Esta situación representa una vulneración grave de los derechos de las niñas, y refleja múltiples barreras estructurales que dificultan una intervención efectiva. Entre los factores que inciden se encuentran: la vulnerabilidad social, la violencia sexual, el limitado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, las restricciones en el acceso y permanencia en el sistema educativo, la escasa supervisión familiar o comunitaria, las condiciones de informalidad en el entorno, así como las barreras geográficas y de transporte que impiden el acceso a servicios esenciales. A pesar de los esfuerzos institucionales, estas condiciones estructurales continúan dificultando la reducción de la tasa de embarazo infantil en el municipio.

Se proponen estrategias diferenciadas para abordar las causas del incumplimiento y acercarse a las metas propuestas para 2027:

1. Fortalecimiento de la educación integral en sexualidad. Garantizar el acceso efectivo y pertinente a información sobre derechos sexuales y reproductivos para niñas, niños y adolescentes. Articulación con instituciones educativas para implementar talleres regulares de EIS, adaptados a los distintos grupos etarios. Formación de docentes y personal de salud en enfoques diferenciales y de género. Inclusión de temas como consentimiento, prevención del abuso sexual, autoestima y relaciones sanas.

2. Acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes. Eliminar barreras de acceso para niñas y adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva. Creación o fortalecimiento de servicios amigables para adolescentes en centros de salud del municipio. Jornadas móviles de salud sexual y reproductiva en zonas rurales o de difícil acceso. Capacitación del talento humano en salud sobre atención con enfoque de derechos, género y curso de vida. Garantía de acceso gratuito y confidencial a métodos anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia.

3. Prevención y atención de violencias sexuales. Detectar tempranamente, prevenir y atender integralmente los casos de violencia sexual hacia niñas y adolescentes. Implementación de rutas integrales de atención para víctimas de violencia sexual. Campañas de sensibilización comunitaria sobre prevención del abuso sexual y promoción del respeto a los derechos de las niñas. Coordinación intersectorial con Comisarías de Familia, ICBF, Policía de Infancia y Adolescencia y Fiscalía. Garantía de acceso a atención psicológica, médica y legal.

4. Vigilancia epidemiológica activa y análisis de casos. Monitorear de manera proactiva los embarazos infantiles para detectar patrones y activar respuestas integrales. Fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública para identificar casos de embarazo en menores de 14 años. Análisis cualitativo de casos reportados, incluyendo entorno familiar, escolar y comunitario. Generación de alertas tempranas y activación de equipos de intervención inmediata.

5. Trabajo comunitario y enfoque territorial. Abordar determinantes sociales del embarazo infantil desde un enfoque participativo e intercultural. Formación de redes comunitarias de protección (con participación de líderes, familias, instituciones). Espacios de diálogo con padres, madres y cuidadores sobre crianza, sexualidad y protección de derechos. Mapeo de territorios con mayores riesgos y diseño de intervenciones específicas. Inclusión activa de niñas y adolescentes en los procesos de diagnóstico participativo.

6. Articulación intersectorial e institucional. Coordinar esfuerzos entre sectores clave para generar respuestas integrales. Consolidación de comités intersectoriales de infancia, adolescencia y salud sexual. Articulación con planes de desarrollo municipal, políticas de infancia, género y educación. Seguimiento y evaluación periódica de los compromisos intersectoriales.

- ***Indicador 12. Al 2027, aumentar el número de afiliados al SGSSS de 8388 personas a 8448 personas.***

El municipio de Maceo se propuso como meta para el año 2024 aumentar la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a 8.395 personas. Sin embargo, el resultado obtenido fue de 8.357 personas afiliadas, cifra que se encuentra por debajo de la línea base establecida.

Este resultado indica que, en lugar de avanzar, la cobertura de afiliación al sistema de salud se ha estancado o incluso ha retrocedido. Una posible causa de esta situación es la constante actualización de las bases de datos a nivel nacional. Dicha actualización permite identificar personas que, aunque estaban registradas como afiliadas en Maceo, en realidad residen en otro municipio según el cruce de información con el Sisbén.

Como resultado, muchas personas habrían corregido su información durante la vigencia 2024, lo que llevó a su retiro del régimen subsidiado del municipio de Maceo y su traslado al municipio donde efectivamente residen.

Se proponen estrategias diferenciadas para abordar las causas del incumplimiento y acercarse a las metas propuestas para 2027:

1. Actualización y depuración continua de bases de datos. Realizar jornadas periódicas de revisión y cruce de información entre la base de datos del SGSSS, el Sisbén y otras plataformas como ADRES. Identificar inconsistencias territoriales (personas afiliadas que ya no residen en el municipio) y tomar acciones para evitar sobredemanda de servicios.

2. Jornadas comunitarias de afiliación y orientación. Organizar campañas barriales y veredales con puntos móviles de afiliación al régimen subsidiado. Brindar acompañamiento a personas en condición de vulnerabilidad que tienen barreras para afiliarse (población rural, adultos mayores, migrantes regulares, etc.).

3. Fortalecimiento del trabajo intersectorial. Articular acciones con comisarías de familia, instituciones educativas, líderes comunitarios y entes del nivel departamental para identificar personas no afiliadas. Trabajar con las EPS-S para mejorar el seguimiento de la población y su movilidad.

4. Educación y comunicación para la salud. Difundir mensajes sobre la importancia de estar afiliado y cómo mantener actualizada la información en el Sisbén y el SGSSS. Utilizar medios comunitarios, redes sociales y jornadas puerta a puerta. A través de visitas domiciliarias, llamadas y trabajo comunitario, se orienta a la población sobre cómo actualizar su información, reubicarse correctamente en el SGSSS, y continuar accediendo a servicios sin interrupciones.

5. Estrategias específicas para población en movilidad o migrante. Implementar rutas de atención y orientación para personas que cambian de municipio o llegan desplazadas. Usar herramientas del sistema de información territorial para monitorear en tiempo real la cobertura y tomar decisiones basadas en evidencia. Capacitar al talento humano en salud para detectar y actuar ante casos de desafiliación o riesgo de pérdida de cobertura.

- ***Indicador 15. Al 2027, disminuir de 11,7 a 11,4 la Incidencia del dengue por cada 1000 habitantes en riesgo.***

El municipio de Maceo se propuso como meta para el año 2024 reducir la tasa de incidencia de dengue a 11,65 casos por cada 1.000 habitantes en riesgo. No obstante, el resultado alcanzado fue de 103,40 casos por cada 1.000 habitantes, una cifra considerablemente superior a la meta establecida, lo cual refleja una situación alarmante que podría indicar la presencia de un brote epidémico de gran magnitud o un control deficiente en la transmisión del dengue.

Entre las principales causas identificadas para este comportamiento se destacan:

Condiciones geográficas y climáticas del municipio (zona húmeda, altas temperaturas, presencia constante del vector Aedes aegypti). Deficiencias en el control de vectores, incluyendo limitaciones

operativas y técnicas. Problemas de saneamiento básico, viviendas precarias y deficiente cobertura o continuidad en los servicios de agua potable y alcantarillado, que favorecen la proliferación de criaderos., especialmente en los corregimientos del municipio. Disminución de recursos para la vigilancia epidemiológica y el control vectorial. Fallos en las campañas de prevención y control, así como bajo nivel de participación comunitaria en las estrategias de mitigación.

Cabe resaltar que Maceo no fue ajeno a la contingencia nacional por aumento de casos de dengue, lo que también pudo influir en el incremento de la tasa registrada. Sin embargo, es importante reconocer los esfuerzos institucionales adelantados durante la vigencia, particularmente la articulación entre la administración municipal, la ESE Hospital Marco A Cardona y la Técnica del Área de la Salud – TAS del departamento, que permitió la capacitación del personal médico, contribuyendo al fortalecimiento del diagnóstico clínico y el reporte oportuno de los casos, lo cual también pudo incidir en el aumento del número registrado al mejorar la detección del evento.

Se proponen estrategias diferenciadas para abordar las causas del incumplimiento y acercarse a las metas propuestas para 2027:

1. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y entomológica. Capacitación continua y actualización del personal del hospital y TAS para mejorar la notificación, diagnóstico temprano y manejo clínico de casos de dengue. Implementación de sistemas de alerta temprana mediante monitoreo activo de casos y de poblaciones de mosquitos vectores. Integrar vigilancia entomológica periódica para identificar criaderos y áreas de mayor riesgo, usando tecnología GPS para mapeo y priorización de intervenciones.

2. Mejora del control vectorial con enfoque comunitario. Desarrollar campañas intensivas de eliminación de criaderos con participación comunitaria activa, promoviendo jornadas de limpieza en barrios, escuelas y espacios públicos. Promover el uso de métodos biológicos y ambientales para el control del Aedes aegypti, minimizando el uso de insecticidas para evitar resistencia. Articular con las autoridades municipales para garantizar el manejo adecuado de residuos sólidos y el mejoramiento del saneamiento básico, especialmente en zonas vulnerables.

3. Educación, comunicación y participación comunitaria. Diseñar y ejecutar campañas educativas basadas en mensajes claros, culturalmente adaptados y enfocados en la prevención, dirigidas a toda la comunidad. Fomentar la participación activa de líderes comunitarios, organizaciones sociales y educativas en actividades de prevención y vigilancia. Promover la corresponsabilidad ciudadana en el control del dengue, incentivando la auto vigilancia y el reporte de posibles criaderos.

4. Mejoramiento de las condiciones de saneamiento y servicios públicos. Gestionar ante otras entidades el mejoramiento del acceso a agua potable continua y sistemas de alcantarillado, minimizando puntos de acumulación de agua estancada, especialmente en los corregimientos del

municipio. Promover proyectos de infraestructura básica que disminuyan los factores ambientales propicios para la reproducción del vector.

5. Fortalecimiento de la capacidad institucional y articulación intersectorial. Crear un comité interinstitucional permanente para el seguimiento de la situación del dengue y la implementación de acciones conjuntas entre Secretaría de Salud, ESE, TAS, Secretaría de Ambiente, educación, y otras entidades. Garantizar la disponibilidad de insumos y recursos para el control vectorial y la atención de casos en la ESE. Implementar monitoreo y evaluación periódicos de las estrategias con ajustes basados en resultados y aprendizajes.

- ***Indicador 22. Al 2027, aumentar de 87% al 95% el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal.***

El municipio de Maceo se propuso como meta para el año 2024 aumentar a 89% el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal; sin embargo, el resultado de este indicador fue de 84,36%. Esto sugiere que el acceso, o la continuidad, del control prenatal no es óptima o que factores como la accesibilidad geográfica: La distancia entre las veredas y el Hospital Marco A. Cardona o sus puestos de salud puede dificultar la asistencia continua a los controles. Falta de transporte público o privado, o condiciones difíciles en vías rurales.

Factores socioculturales: Barreras culturales que pueden incluir desconfianza hacia los servicios médicos, priorización de prácticas tradicionales, o escaso valor asignado al control prenatal. Bajo nivel educativo de algunas madres gestantes, lo cual puede limitar el entendimiento de la importancia de estos controles.

Edad de la gestante: Embarazos en adolescentes, quienes a menudo ingresan tarde al control prenatal, tienen menos autonomía para asistir, o abandonan los controles.

Factores del sistema de salud: Capacidad instalada limitada en ciertos centros de salud rurales para brindar atención oportuna. Poca oferta de citas disponibles o barreras administrativas para agendarlas. Falta de seguimiento activo a gestantes que inician control, pero no completan las 4 consultas mínimas.

Se proponen estrategias diferenciadas para abordar las causas del incumplimiento y acercarse a las metas propuestas para 2027:

1. Estrategias de acceso y continuidad del control prenatal. Mejorar que las gestantes ingresen oportunamente al control prenatal, completen al menos 4 consultas y reduzcan las deserciones. Jornadas móviles de salud en veredas alejadas, visitas periódicas con los profesionales de los EBS a las veredas lejanas al Hospital Marco A. Cardona. Identificación de gestantes (incluso por personal

comunitario o promotores de salud locales). Al momento de la captación de la gestante, hacer la inscripción y primera consulta prenatal, inmediatamente fijar la cita para la 2.ª, 3.ª y 4.ª consulta o al menos agendar seguimiento.

2. Promotores comunitarios de salud y acompañamiento de gestantes. Formar o designar agentes comunitarios/promotoras de salud (mesas de salud de las JAC) en cada vereda que actúen como "enlace": identifiquen gestantes, las incentiven a iniciar el control, acompañen sus citas, hagan recordatorios (por teléfono, WhatsApp, visitas), y reporten razones de abandono.

3. Transporte o apoyo logístico para consulta. Identificar veredas con mayor distancia o dificultad de acceso al centro de salud u hospital, y gestionar con la municipalidad o sector transporte un "vale transporte" para gestantes, o transporte comunitario en días de consulta prenatal.

4. Calendario de control prenatal flexible. Adaptar los horarios de consulta prenatal a la realidad de la mujer rural: quizás ofrecer primeras citas fuera de horas pico, o días especiales para gestantes, para que puedan acudir sin afectar trabajo, familia o desplazamientos.

5. Monitoreo de cumplimiento de las 4 consultas. Crear una "carpeta gestante" en el sistema de salud municipal que permita identificar cuánto avanza cada gestante: 1. ingreso al control, 2. consulta 2, 3. consulta 3, 4. consulta 4, etc. Establecer alertas o llamadas de seguimiento cuando alguna no cumple la consulta 2 o 3. Este proceso desde el área de vigilancia basada en comunidad y las RevCom. Hacer registro en Excel o sistema de salud para medir % de gestantes con 4 consultas como indicador municipal.

6. Estrategias de educación, sensibilización y cultura para la salud. Aumentar la demanda informada de control prenatal, disminuir barreras culturales, incidir en adolescentes embarazadas para que ingresen temprano. Campaña de sensibilización local, Realizar campaña "4 consultas salvan vidas" o "Tu bebé te necesita desde la 1.ª visita" en el municipio, con elementos visuales (volantes, afiches, radio local, redes sociales municipales) dirigidos a mujeres en edad fértil, adolescentes, familias.

7. Educación dirigida a adolescentes embarazadas. Identificar en el municipio las gestantes adolescentes (por ejemplo, menores de 20 años) y darles acompañamiento especial: pequeños grupos educativos, charlas en centros educativos, alianzas con colegios y con el sector educación para sensibilizar sobre la importancia del control prenatal desde el inicio.

8. Formación de proveedores de salud en atención amigable. Realizar talleres con el equipo de salud (médicos, enfermeras, matronas, promotoras) de los centros de salud rurales para que tengan un enfoque amigable, respetuoso, culturalmente sensible hacia gestantes rurales, conocer factores de abandono, barreras culturales y dar soluciones.

9. Apoyo social y familiar para gestantes en condiciones vulnerables. Identificar gestantes en condiciones de vulnerabilidad (índice socioeconómico bajo, desplazamiento, poblaciones étnicas, casas muy alejadas) y ofrecer apoyo integral: transporte, alimentación complementaria, acompañamiento en el hogar por promotoras, asesoría de planificación familiar para el futuro. Puede incluir un componente de "pañales" o "kit de gestante" que incentive el ingreso al sistema y continuidad.

10. Estrategias de seguimiento, monitoreo y evaluación. Generar reportes trimestrales a la Secretaría de Salud con indicadores: porcentaje gestantes que iniciaron control, porcentaje que completaron 4 consultas, porcentaje que abandonaron, veredas con menor cobertura.

11. Estrategias de innovación y uso de tecnología. Aprovechar plataformas digitales, comunicación móvil y otras tecnologías para facilitar el control prenatal. Crear un sistema de recordatorios automáticos de cita prenatal (al teléfono o WhatsApp) a cada gestante inscrita. Complementarlo con un "chat" de dudas donde las gestantes puedan enviar preguntas al centro de salud o promotor de salud.

12. Integración con planificación familiar y salud materno-infantil. Vincular el control prenatal con intervenciones de salud materno infantil más amplias, para que no sea solo una "consulta" sino parte de un cuidado integral. Fortalecer la continuidad hacia parto, posnatal y cuidados del recién nacido. Garantizar que las mujeres que completan el control prenatal también estén vinculadas al plan de parto institucional, al hospital, y al seguimiento posnatal, lo cual refuerza la importancia del control prenatal desde el inicio.

13. Educación sobre planificación familiar y reducción de embarazos adolescentes. Complementar la estrategia de control prenatal con acciones de planificación familiar: charlas, consejería para adolescentes, provisión de métodos anticonceptivos modernos, para reducir el riesgo de embarazos no planificados o muy jóvenes que dificultan el control prenatal adecuado.

- ***Indicador 24. Al 2027, disminuir el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer de 5,6% al 4,3%.***

El municipio de Maceo se propuso como meta para el año 2024 disminuir a 5,3 el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer; sin embargo, el resultado de este indicador fue de 12,5%, casi el triple de la meta. Esto es un indicador de riesgo muy alto: el bajo peso al nacer es un determinante de salud a futuro y refleja problemas tanto del cuidado prenatal como del estado nutricional materno, enfermedades maternas y condiciones de pobreza, dentro de los factores identificados están la malnutrición materna, pobreza, trabajo infantil/maternal, embarazos en adolescentes, falta de suplementación, enfermedades infecciosas maternas, deficiencias en atención prenatal, falta de educación nutricional.

Se proponen estrategias diferenciadas para abordar las causas del incumplimiento y acercarse a las metas propuestas para 2027:

1. Fortalecer la atención materna-perinatal desde la APS (Atención Primaria en Salud). Garantizar que todas las gestantes ingresen al control prenatal muy temprano (ideal antes de la semana 10) y con revisiones periódicas. Establecer un protocolo local para seguimiento intensivo de gestantes con factores de riesgo: malnutrición materna, adolescentes, bajo nivel socioeconómico, enfermedades infecto-maternas. Implementar jornadas de educación prenatal sobre nutrición materna, tablas de peso y crecimiento materno, suplementación (hierro, ácido fólico, otros micronutrientes) y riesgos del bajo peso al nacer. Incorporar visitas domiciliarias de seguimiento para gestantes vulnerables (ej: trabajo infantil/maternal, embarazo adolescente, migrantes) para asegurar adherencia al control y suplementación. Coordinación con nutricionistas, trabajadores sociales y profesionales de la salud para un "paquete integral" gestante-madre-bebé.

2. Atención nutricional materna y de la población en riesgo. Diagnóstico nutricional de gestantes al ingreso al control prenatal (índice de masa corporal, anemia, deficiencia de micronutrientes) y elaboración de plan de acción nutricional. Convenios con programas sociales para asegurar que mujeres gestantes en pobreza reciban apoyo alimentario (por ejemplo, canastas nutricionales, alimentos fortificados) y seguimiento nutricional. Talleres comunitarios de educación nutricional dirigidos a madres, parejas, familias sobre alimentación saludable antes y durante el embarazo, lactancia e importancia del adecuado peso al nacer. Monitoreo del peso materno durante el embarazo, con alertas tempranas para ganancia insuficiente de peso gestacional. Articulación con programas de seguridad alimentaria e identificación de hogares con vulnerabilidad nutricional (por ejemplo, malnutrición materna previa, hogares con inseguridad alimentaria).

3. Prevención de embarazos en adolescentes y fortalecimiento de la planificación familiar. Programas escolares y comunitarios de educación sexual integral, dirigidos a adolescentes, con énfasis en evitar embarazos precoces que están asociados a mayor riesgo de bajo peso al nacer. Facilitar el acceso a servicios de anticoncepción moderna, junto con consejería familiar. Detección temprana de embarazo adolescente en los servicios de salud para derivar al control prenatal de manera inmediata y con seguimiento especial. Capacitación de profesionales de la salud y comunidad sobre embarazo en menores, riesgos, apoyo psicosocial, y rutas de atención diferenciadas.

4. Participación comunitaria, entornos saludables y enfoque territorial. Crear comités comunitarios de madres gestantes y familias en acompañamiento con el personal de vigilancia basada en comunidad, para participación en definición de programas y monitoreo de la situación del bajo peso al nacer. Desarrollar campañas de sensibilización territorial ("embarazo saludable", "bebé de buen peso"), usando medios comunitarios, redes sociales locales, radio, etc. Promover entornos saludables: asegurar acceso a agua segura, saneamiento, vivienda adecuada, porque estos factores condicionan la salud materna y fetal. Realizar mapeo de riesgo municipal: identificar barrios/zonas

con mayor prevalencia de bajo peso al nacer, concentrar recursos, adaptar intervenciones al contexto (rural, urbano, étnico). Integrar la salud en todas las políticas municipales: por ejemplo, transporte y acceso a servicios de salud para gestantes, nutrición en programas de bienestar social, vivienda con condiciones aptas.

5. Articulación intersectorial y políticas sociales complementarias. Coordinar con los sectores de educación, vivienda, trabajo, bienestar social: por ejemplo, identificar madres que trabajan en actividades riesgosas, madre-trabajo infantil, o embarazadas que requieren protección especial. Integrar programas de seguridad alimentaria, subsidios sociales, servicios de guardería para madres adolescentes para que puedan continuar estudios/trabajo y al mismo tiempo recibir atención prenatal adecuada. Asegurar que las gestantes en condición de pobreza tengan acceso a programas de ingreso mínimo, subsidios, o ayudas agrícolas/comunitarias que mejoren su seguridad alimentaria.

6. SEGUIMIENTO FINANCIERO POR FUENTE DE FINANCIACIÓN.

El Plan Territorial de Salud "Maceo Incluyente" para el año 2024 muestra una ejecución financiera excepcionalmente alta, con un porcentaje de cumplimiento total del 99,92% sobre un valor programado de ***$ 9.778.810.690,44.*** Esto indica una gestión presupuestaria muy eficiente y una alta capacidad para comprometer y ejecutar los recursos asignados.

Puntos Clave por Fuente de Financiación:

SGP: Presenta un cumplimiento del 99,91%, lo que sugiere una gestión casi perfecta de los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones. La diferencia mínima podría deberse a ajustes finales o rendimientos financieros.

Coljuegos (75% y 25%): Ambas fuentes muestran un excelente nivel de ejecución. Coljuegos (75%) alcanzó el 100% de cumplimiento, mientras que Funcionamiento Coljuegos (25%) obtuvo un 89,79%. Esta última es la única fuente con un cumplimiento significativamente menor al 100%, ($ 4.473.681 no ejecutados). Lo cual se debió a ajustes al presupuesto al final de la vigencia por presentarse mayor valor recaudado del que se tenía proyectado.

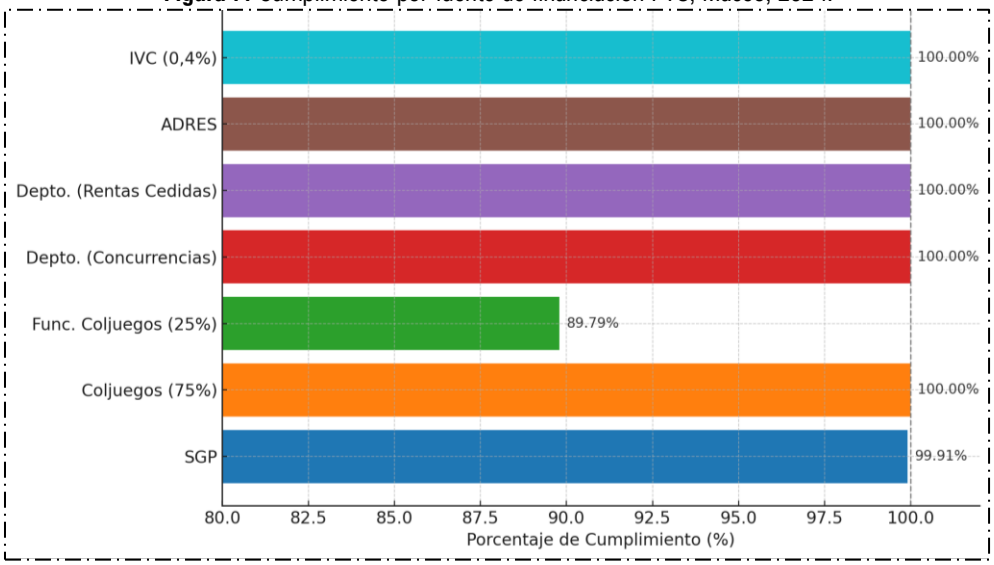
Departamento (Concurrencias y Rentas Cedidas): Ambas fuentes lograron el 100% de cumplimiento, demostrando una coordinación sólida y ejecución de los recursos departamentales.

Dirección: Con un 100% de cumplimiento, la ejecución de los recursos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud es impecable, indicando una correcta canalización de estos fondos.

IVC (0,4%): Esta fuente también alcanzó el 100% de cumplimiento, lo que es positivo para la inversión en la salud pública.

Los recursos programados como Sin Situación de Fondos – SSF se ejecutaron exactamente como se programó, indicando una perfecta alineación entre planeación y gasto, pues son partidas presupuestales que no requieren un desembolso directo por parte de la Entidad Territorial, ni transitan por sus cuentas bancarias. La entidad territorial hace el compromiso presupuestal (COAI) y registra la ejecución, pero los fondos son girados directamente desde la Nación (ADRES) o el departamento a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o su red de prestadores, con base en la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA). Dado que el giro y la ejecución son automáticos y se basan en la certificación de la población afiliada (LMA), estas fuentes suelen tener porcentajes de ejecución cercanos o iguales al 100%, ya que el cumplimiento está ligado a la gestión del aseguramiento más que al flujo de caja de la Entidad Territorial.

Figura 7. Cumplimiento por fuente de financiación PTS, Maceo, 2024.



Fuente: Secretaría de Salud y Bienestar Social. Maceo. 2024.

Tabla 11. Seguimiento financiero por fuente de financiación Plan Territorial de Salud PTS.

Fuente de Financiación	Valor Programado - COAI	Valor Ejecutado	Porcentaje de Cumplimiento
SGP	$ 3.694.670.277,07	$ 3.691.323.859,09	99,91%
Coljuegos (75%)	$ 873.755.421,00	$ 873.755.421,00	100,00%
Funcionamiento - Coljuegos (25%)	$ 43.806.023,37	$ 39.332.342,00	89,79%
Departamento (Concurrencias)	$ 100.400.000,00	$ 100.397.000,00	100,00%
Departamento (Rentas Cedidas)	$ 100.678.344,00	$ 100.678.344,00	100,00%
Adres	$ 4.927.433.961,27	$ 4.927.433.961,27	100,00%
IVC (0,4%)	$ 38.066.663,73	$ 38.066.663,73	100,00%
TOTALES	**$ 9.778.810.690,44**	**$ 9.770.987.591,09**	**99,92%**

Fuente: Secretaría de Salud y Bienestar Social. Maceo. 2024.

Tabla 12. Seguimiento financiero por eje estratégico y fuente de financiación Plan Territorial de Salud PTS. 2024.

Dimensión o Eje	Fuente de Financiación	Subcuenta	Valor Programado - COAI	Valor Ejecutado	Porcentaje de Cumplimiento	Observación
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	Funcionamiento - Coljuegos (25%)	Funcionamiento	$ 43.806.023,37	$ 39.332.342,00	89,79%	Recursos CSF
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	Coljuegos (75%)	Aseguramiento	$ 873.755.421,00	$ 873.755.421,00	100,00%	Recursos SSF
Atención Primaria en Salud	Departamento (Concurrencias)	No aplica	$ 100.400.000,00	$ 100.397.000,00	100,00%	Recursos CSF
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	Departamento (Rentas Cedidas)	Aseguramiento	$ 100.678.344,00	$ 100.678.344,00	100,00%	Recursos SSF
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	SGP	Régimen subsidiado	$ 8.558.585,00	$ 8.158.023,00	95,32%	Recursos CSF
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	SGP	Aseguramiento	$ 3.175.011.766,00	$ 3.175.011.766,00	100,00%	Recursos SSF

Dimensión o Eje	Fuente de Financiación	Subcuenta	Valor Programado - COAI	Valor Ejecutado	Porcentaje de Cumplimiento	Observación
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	SGP	Prestación de Servicios	$ 235.301.174,98	$ 233.649.181,00	99,30%	Recursos CSF
Atención Primaria en Salud	SGP	Salud Pública	$ 43.736.366,00	$ 42.536.366,00	97,26%	Recursos CSF
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	SGP	Salud Pública	$ 5.165.554,00	$ 5.165.554,00	100,00%	Recursos CSF
Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria	SGP	Salud Pública	$ 24.205.915,00	$ 24.205.915,00	100,00%	Recursos CSF
Determinantes Sociales de la Salud	SGP	Salud Pública	$ 53.124.854,00	$ 53.124.854,00	100,00%	Recursos CSF
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	SGP	Salud Pública	$ 149.566.062,09	$ 149.472.200,09	99,94%	Recursos CSF
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	Adres	Aseguramiento	$ 4.927.433.961,27	$ 4.927.433.961,27	100,00%	Recursos SSF
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	IVC (0,4%)	Aseguramiento	$ 38.066.663,73	$ 38.066.663,73	100,00%	Recursos SSF
TOTALES			**$ 9.778.810.690,44**	**$ 9.770.987.591,09**	**99,92%**	

Fuente: Secretaría de Salud y Bienestar Social. Maceo. 2024.

7. CONCLUSIONES.

El Informe de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Plan Territorial de Salud (PTS) "Maceo Incluyente 2024–2027" para la vigencia 2024 presenta un panorama de profunda divergencia entre el rendimiento administrativo y la efectividad en resultados de salud pública. La gestión presupuestal del municipio de Maceo ha sido notablemente eficiente, alcanzando una ejecución financiera total del 99.92% sobre un valor programado superior a los $ 9.700 millones de pesos. Este cumplimiento ejemplar demuestra una capacidad de gestión institucional sólida para comprometer y ejecutar recursos.

No obstante, esta alta eficiencia administrativa contrasta de manera crítica con el severo incumplimiento en seis (6) indicadores de resultado fundamentales, que representan brechas estructurales en la protección de la población. Los resultados más preocupantes se concentran en la salud materno-infantil y la vigilancia epidemiológica.

Los desafíos críticos identificados que exigen una reorientación inmediata incluyen:

Crisis de Salud Reproductiva: La tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años (38,10) y en niñas de 10 a 14 años (5,80) duplicaron o excedieron significativamente las metas establecidas, reflejando fallas en la protección social, la educación sexual y la prevención de la violencia.

Emergencia Sanitaria por Dengue: La Incidencia del Dengue (103,40 casos por cada 1.000 habitantes en riesgo) superó la meta programada (11,65) en casi nueve veces, lo cual indica una grave deficiencia en la infraestructura de saneamiento básico y el control vectorial, especialmente en las zonas rurales y corregimientos.

Deterioro Materno-Nutricional: El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (12,5%) casi triplicó la meta esperada (5,3%), siendo un marcador directo de desnutrición materna e inseguridad alimentaria, correlacionado con el retroceso en la cobertura del control prenatal (84,36%).

El retroceso en el número de afiliados al SGSSS (8,357) por debajo de la línea base (8,388) se debe, principalmente, a la depuración y actualización de las bases de datos nacionales (cruce con Sisbén), que identifican a personas previamente afiliadas en Maceo que residían en realidad en otros municipios. Aunque esta depuración es una práctica administrativa correcta, el efecto colateral es un déficit neto de afiliados. Esto resalta la necesidad de una estrategia de afiliación proactiva que se enfoque en la población flotante y la población migrante (aproximadamente 150 personas procedentes de Venezuela). La falta de documentación y el temor a procesos migratorios son barreras clave que impiden la caracterización y el aseguramiento efectivo de la población migrante.

De las veinticuatro (24) metas de resultado establecidas, alineadas con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, Maceo logró el cumplimiento o el mantenimiento de un resultado

positivo en dieciocho (18) de ellas. Estos logros incluyen la capacidad de mantener en cero la mortalidad en menores de 5 años por IRA y EDA, la mortalidad por desnutrición, la mortalidad materna y la mortalidad neonatal. Además, se evidenciaron avances en la disminución de la mortalidad por cáncer de mama y la reducción de la incidencia de tuberculosis.

La administración municipal debe reenfocar la alta capacidad de ejecución presupuestal hacia la calidad del gasto, priorizando intervenciones intersectoriales y logísticas que desmantelen las barreras de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que actualmente impiden el acceso efectivo a la población rural (56.9% de los habitantes) y a la población históricamente vulnerable.

La hoja de ruta para las vigencias futuras debe articular la eficiencia financiera demostrada con una mayor equidad territorial y un enfoque en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para abordar las brechas críticas de los indicadores con tendencia a la Disminución.

Intervención Estructural en Salud Sexual y Reproductiva (Indicadores 3 y 8).

Fortalecimiento de la Educación Integral en Sexualidad y las Oportunidades: Se debe garantizar la implementación rigurosa de programas de EIS en los ciclos educativos y en espacios comunitarios. Es fundamental complementar esto con programas intersectoriales que generan oportunidades educativas y laborales para los jóvenes, rompiendo el ciclo de dependencia económica asociada a la maternidad temprana.

Expansión de Servicios Amigables y Acceso a Métodos: Se requiere fortalecer la capacidad de los servicios de salud amigables con horarios adaptados y personal capacitado en enfoque diferencial. Las brigadas de salud deben priorizar la distribución gratuita de métodos anticonceptivos de larga duración (implantes y DIU) en zonas rurales para reducir los embarazos no planeados.

Activación de la Ruta de Protección y Justicia contra la Violencia Sexual: Ante la duplicación de la tasa de fecundidad en niñas (10-14 años), se exige una coordinación intersectorial (Salud, ICBF, Comisarías) para fortalecer las redes comunitarias de detección temprana y garantizar rutas de atención integral para las víctimas, abordando las secuelas psicosociales y asegurando la respuesta legal.

Mitigación del Riesgo de Dengue y Saneamiento Básico (Indicador 15).

Inversión Prioritaria en Saneamiento Básico: La máxima prioridad en infraestructura sanitaria debe ser la gestión de recursos para el mejoramiento del acceso a agua potable continua y sistemas de alcantarillado, particularmente en los corregimientos y áreas rurales con alto déficit cualitativo de vivienda. Esto minimizará los puntos de acumulación de agua estancada y controlará la proliferación del vector.

Vigilancia y Control Vectorial Basado en Riesgo: Fortalecer la vigilancia entomológica periódica para mapear y priorizar criaderos mediante tecnología GPS. Se deben desarrollar campañas intensivas y permanentes de eliminación de criaderos con participación comunitaria activa, integrando a los líderes locales en la estrategia de mitigación. Fortalecer la estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad que se ejecuta desde la Secretaría de Salud y Bienestar Social.

Fortalecimiento de la Atención Materno-Perinatal desde la APS (Indicadores 22 y 24).

Superación de Barreras de Acceso y Logística (APS Móvil): Implementar jornadas móviles de salud periódicas con Equipos Básicos de Salud (EBS) que realizan la captación temprana y el seguimiento activo de las gestantes rurales. Se debe establecer un sistema de apoyo logístico y/o subsidio de transporte para garantizar que las gestantes completen las 4 o más consultas prenatales requeridas en la cabecera municipal.

Intervención Nutricional Integral y Focalizada: Crear un protocolo local para el seguimiento intensivo de gestantes de alto riesgo (adolescentes, desnutridas). Articular con programas de seguridad alimentaria para asegurar el apoyo alimentario complementario y la suplementación con micronutrientes, con el fin de mitigar las causas del Bajo Peso al Nacer.

Monitoreo de Continuidad del Cuidado: Implementar un sistema de vigilancia comunitaria (RevCom) que utilice promotores de salud para hacer seguimiento a la continuidad del control prenatal, emitiendo alertas tempranas cuando las gestantes no asistan a sus citas programadas, abordando así el problema de la deserción.

Gobernanza y Articulación Intersectorial (Transversal).

Focalización y Calidad del Gasto: Se debe reorientar el gasto de las fuentes de recursos con alta ejecución hacia las intervenciones territoriales diferenciadas. La inversión del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) debe ser auditada no solo por su compromiso presupuestal, sino por su impacto efectivo en las veredas y corregimientos donde se concentran las brechas. Establecer tablero de indicadores asociado a cada una de las actividades del PIC y los resultados del Sivigila.

Garantía de Aseguramiento Efectivo: Se deben intensificar las jornadas de afiliación y orientación, con un enfoque específico en la población migrante regular y las personas en riesgo de desafiliación por la depuración del Sisbén. La colaboración con Migración Colombia y el MSPS es crucial para superar las barreras de documentación que afectan la caracterización de la población migrante.