

Informe de Gestión de la Evaluación y Monitoreo del PTS 2024





REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

1. Introducción.

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 re - orientar 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.

Según lo establecido en 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”, el proceso de Planeación Territorial en Salud fue realizado durante el primer semestre del año 2024, por las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios), quienes formularon sus 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 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.

2. Descripción General del Municipio.

Contexto territorial

Geográficamente el municipio de San Rafael está localizado sobre la parte oriental de la Cordillera Central de Colombia en la vertiente izquierda del Río Magdalena, en el área de influencia de las cuencas de los Ríos Guatapé y Nare a los 6°16'04” de latitud norte y a los 75°01'12” de latitud oeste del mediano de Greenwich.

San Rafael limita al Norte con los Municipios de Alejandría y San Roque, al Oriente con los Municipios de San Roque y San Carlos, al Sur con el Municipio de San Carlos, y al Occidente con el Municipio de Guatapé y Granada.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

San Rafael dista 102 km de la ciudad de Medellín, tiene su cabecera municipal a 1000 m.s.n.m., posee una temperatura promedio de 17 a 23°C y su extensión es de 362 km².

El área territorial está comprendida por un Centro Zonal Urbano y 11 veredales. El Centro Zonal Urbano está compuesto por 17 sectores barriales; los Centros Zonales Veredales están conformados por 54 veredas.

Al Municipio se puede acceder por vía terrestre por la Autopista Medellín – Bogotá, con desviación hacia la vía de El Peñol – Guatapé – San Rafael – San Carlos.

De la cabecera municipal la altitud (metros sobre el nivel del mar) es: 1000 m.s.n.m. El municipio presenta un relieve quebrado correspondiente a la Cordillera Central de los Andes y 3 pisos térmicos distribuidos así: cálido 117 km², medio 214 km² y frío 31 km². Extensión total: 362 Km².

Para el año 2015 se obtuvo una pirámide tipo estable, pues se tienen bajas tasas de natalidad y mortalidad, la población joven y adulta es similar, teniendo una considerable alza en la tasa de crecimiento poblacional de adultos en especial en mayores de 80 años, Este tipo de pirámides hacen referencia a los países en vías de desarrollo, en los que se ha controlado la mortalidad y se ven los primeros indicios de control de la natalidad reciente.

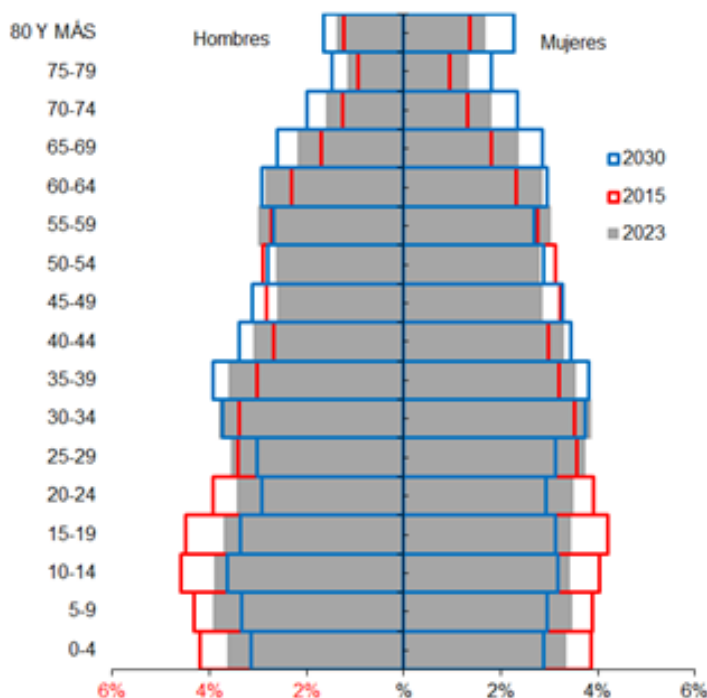
Para el año 2023 se puede observar el mismo tipo de pirámides, evidenciándose una disminución de la población entre 0 y 24 años de edad, y aumento en la población mayor de 55 años en adelante, esto comparado con el año 2015.

Para el año 2030 el tipo de pirámide es aún más representativa de la pirámide tipo estable, son aún más bajas las tasas de natalidad y mortalidad, la población joven y adulta es similar, teniendo una considerable alza en la tasa de crecimiento poblacional de adultos en especial en mayores de 60 años. La población de 60 años en adelante corresponde a los adultos mayores, los cuales hacen parte de la población dependiente y se consideran en vulnerabilidad similar a la de los infantes, por lo que es fundamental dinamizar programas de intervención para el manejo de las enfermedades crónicas y degenerativas propias de la edad con el fin de evitar y/o disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida en la vejez.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Gráfico. Pirámide poblacional de San Rafael, 2015, 2023, 2030.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE

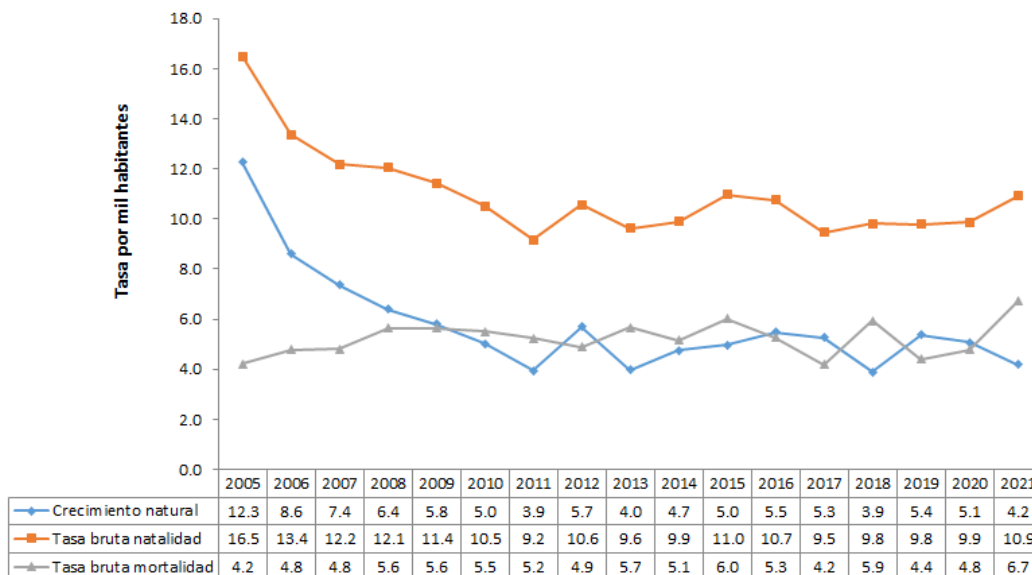
Dinámica demográfica

Luego de observar el comportamiento de la estructura demográfica del municipio con base a los indicadores, observaremos la dinámica demográfica del municipio y su comportamiento a través de un periodo contemplado entre los años 2005 a 2021, donde se analizarán los indicadores de tasa bruta de crecimiento natural en correspondencia con la tasa bruta de natalidad y tasa de mortalidad.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Figura. Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad municipio de San Rafael, 2005 al 2021.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Tasa de Crecimiento Natural: Este indicador mide el crecimiento de la población del municipio de San Rafael, comportamiento que está determinado por la tasa bruta de natalidad, mortalidad y crecimiento natural. La tasa de natalidad tiene mayor influencia sobre el cálculo del crecimiento natural de la población del municipio que la tasa de mortalidad. Para el año 2005 la tasa de crecimiento natural se encontraba en 12.3 habitantes nuevos por cada 1.000 personas en el municipio. La tasa de natalidad (16.5 nacidos por cada 1.000 habitantes) se refleja mucho más alta que la tasa de mortalidad (4,21 muertes por cada 1.000 habitantes). Para el año 2021 la tasa de crecimiento natural disminuyó a 4.2 habitantes nuevos por cada 1.000 personas en el municipio, aunque para este mismo año la tasa natalidad presento un leve aumento con respecto al año anterior y se ubicó en 10.9 nacidos por cada 1.000 habitantes, igual que la tasa de mortalidad (6,7 muertes por cada 1.000 habitantes). Para el año 2021, la tasa de crecimiento natural viene con tendencia a la disminuyó en los últimos tres años, aunque con un comportamiento homogéneo desde el año 2009.

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años

El municipio de San Rafael presenta una tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de 55,0 embarazos por cada 1.000 mujeres para el año 2021, esta tasa aumento con respecto al año anterior, se apuesta por seguir realizando acciones de demanda inducida a programas de planificación familiar ya que esto contribuye a la disminución de embarazos no deseados en la población joven.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Movilidad forzada

De acuerdo con el Plan Integral Único PIU (2006), elaborado por el DAPARD, CISP y MASER, el municipio de San Rafael desde finales de los noventa y principios de esta década, ha vivido un conflicto armado por la presencia de las guerrillas de las FARC y el ELN, así como por las autodefensas AUC. Dicho conflicto ha estado enmarcado en sucesos desde muertes selectivas, desaparición forzosa, quema de vehículos, siembra de minas antipersonales y hasta el intento de reclutamiento de menores de edad. De allí que la pérdida de población sea a causa del fenómeno del desplazamiento forzoso, que ha dejado inhóspitas algunas veredas del municipio como Las Flores, Agua bonita y El Diamante entre otras. Este tipo de desplazamiento es calificado tanto masivo como de gota a gota, debido a que los flujos son permanentes y de carácter masivo, tal como sucedió en el 2003 cuando 112 familias compuestas por 384 personas se desplazaron de sus veredas hacia la cabecera municipal. En total entre el año 2005 y 2015 se desplazaron 8770, más de la mitad de la población total para cada año. El sexo que más desplazamientos aportó fue el sexo masculino con el 50,2% del total de casos de desplazamientos. En el área urbana la mayor población desplazada corresponde a los barrios Totumito, seguidamente se encuentra el barrio Peñaflor y La Tubería; por el contrario, del parque principal no se desplazó ninguna persona. En el área rural, las veredas que más población desplazaron son Santa Cruz, San Julián, El Guadual, La Mesa y la Granja, lo que corresponde. De otra parte veredas como El charco y Guadualito presentan las cifras más bajas de personas desplazadas.

En la mayoría de los casos, el establecimiento definitivo en el Municipio de estas personas y familias, además de generar una crisis humanitaria y socioeconómica, tiene implicaciones territoriales bastante problemáticas, en tanto se han ido consolidando asentamientos de desarrollo incompletos ubicados en el casco urbano y también difusos en el área rural, con condiciones de habitabilidad y servicios básicos de educación, salud, etc., muy precarias, que producen evidentemente, fragmentación y segregación espacial en el Municipio.

Población LGBTIQ+

No hay datos específicos sobre la población LGBTI en San Rafael, Antioquia. Sin embargo, en el año de transición de febrero de 2022 a enero de 2023 en Colombia se estima en 471 mil personas lesbianas, gays, bisexuales, trans y no binarias (LGBT), lo que corresponde al 1,3% habitantes adultos en el país.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Al mismo tiempo, se encontró que, para 23 ciudades y áreas metropolitanas, la población LGBT eran 317 mil personas, lo que corresponde al 1,7% de los jóvenes de 18 años y más en esta región.¹

En encuesta realizada en el municipio durante el mes de febrero de 2024 y como avance en la caracterización de la población LGBTIQ+, se pregunta a personas mayores de 18 años ¿Usted se considera que hace parte de la población LGBTIQ*? El 4% responde que sí, siendo un porcentaje mayor a las mediciones realizadas por el DANE nivel país y a nivel 23 ciudades y áreas metropolitanas.

Población Migrante

Partir de la dinámica demográfica de la población migrante, al menos por edad y sexo, nos ofrece información para establecer procesos de planeación e indagar acerca de las necesidades vitales de este grupo en el municipio de San Rafael. Se consideran requerimientos principalmente en salud, vivienda, educación y empleo; los cuales varían según la edad y el sexo de las personas, con un agravante de que en Colombia se debe legalizar su identidad para acceder a beneficios del Gobierno.

A continuación, se analiza la composición de la población migrante según la edad y el sexo en el municipio de San Rafael. La población migrante que habita el Municipio nos muestra que para el año 2021, la proporción de hombres y mujeres es similar, aunque se observa que en ciertos grupos de edad (desde los 25 años hasta los 34 años) la proporción se inclina más hacia la cantidad de hombres, en cambio la población femenina es un poco mayor desde los 45 años hasta los 59 años más o menos.

De la población migrante que se ha asentado en el Municipio, se encuentra que las edades de estos individuos están entre los 25 y 39 años, en menor proporción se encuentran de 40 a 49 años. Lo que esta pirámide refleja también es que en algunos grupos de edad la proporción de migrantes en el municipio está por encima del departamento de Antioquia.

Población Campesina

En concordancia con el Corpus Iuris Campesino (Sentencias C-077/2017 y C-028/2018), la Sentencia STP2028 de la Corte Suprema de Justicia, y el Artículo 253 del PND 2018-2020, el campesinado constituye un grupo poblacional con una identidad cultural diferenciada, por lo cual es sujeto de derechos integrales teniendo especial protección constitucional y es

¹ DANE. Boletín Población LGBT Año Móvil febrero 2022- enero 2023. En: Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) [en línea]. 2023. p. 5. Disponible en Internet: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_poblacion_lgbt/boletin_GEIH_poblacion-lgbt_feb22_ene23.pdf>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

objeto de política pública. En este sentido, requiere ser identificado y caracterizado en su situación social, económica y demográfica.

El campesino, puede definirse como un "sujeto" intercultural, que se identifica como tal; involucrado vitalmente en el trabajo directo con la tierra y la naturaleza, inmerso en formas de organización basadas en el trabajo familiar y comunitario no remunerado o en la venta de su fuerza de trabajo (Conceptualización del Campesinado en Colombia, Comisión de Expertos, ICANH, 2018).

Para este apartado se usaron los datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020, la cual se aplicó en 88.310 hogares, conformados por 267.085 personas en los diferentes departamentos del país. De acuerdo con las proyecciones censales basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018, se estima que la población nacional estaba en aproximadamente en 50,5 millones personas, de las cuales, el 76,4% (38.6 millones) son mayores de 15 años: 52.1% mujeres y 47.9% hombres.

Se usó población mayor a 15 años de acuerdo con la definición de la comisión de expertos externos al DANE que tomó la decisión de presentar estas preguntas a población de adultos jóvenes, justamente por el grado de madurez que requiere (tal como sucede con el "bienestar subjetivo"). Así, la población que se identifica subjetivamente como campesina equivale al 26,4% de la población mayor de 15 años (10.2 millones), mientras que la población no campesina equivale al 73,6% de la población mayor de 15 años.

Antioquia es el departamento con mayor número de población campesina, (con 1.467.473 personas).

Teniendo en cuenta los porcentajes resultado de la encuesta nacional y extrapolando la información al municipio de San Rafael para el año 2023, se tenía una población de 16.489 personas, de las cuales 12.925 eran mayores de 15 años, 3,412 personas equivalente al 26.4% que serían la población campesina, cálculo aproximado por no tener información censal sobre la identificación y caracterización de la población campesina en el municipio.²

En encuesta realizada en el municipio durante el mes de febrero de 2024 y como avance en la caracterización de la población campesina, se pregunta a personas mayores de 15 años ¿Usted se considera que hace parte de la población campesina? El 32% responde que sí, siendo un aproximado a las mediciones departamentales y nacionales.

² CONSEJO ASESOR TÉCNICO DEL SISTEMA ESTADÍSTICO NACIONAL CASEN y DANE. Caracterización sociodemográfica del campesinado colombiano

2. En: nota CASEN [en línea]. Disponible en Internet: <<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas-casen/doc-CASEN-CaracsociodemoCampesinadoCO.pdf>>.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Mortalidad general por grandes causas

En el periodo 2005- 2021, la causa que aportó el mayor índice de mortalidad fueron las causas externas con una tasa de mortalidad de 115.4 muertes por cada 100.000 habitantes, aportando el 30.2% del total de las muertes en su grupo, aumentando con respecto al año anterior con 95.7 muertes por cada 100.000 habitantes. Principalmente por las agresiones (homicidios), con una tasa de 66.7 muertes por cada 100.000 habitantes y aportando el 58% del total de las muertes en su grupo.

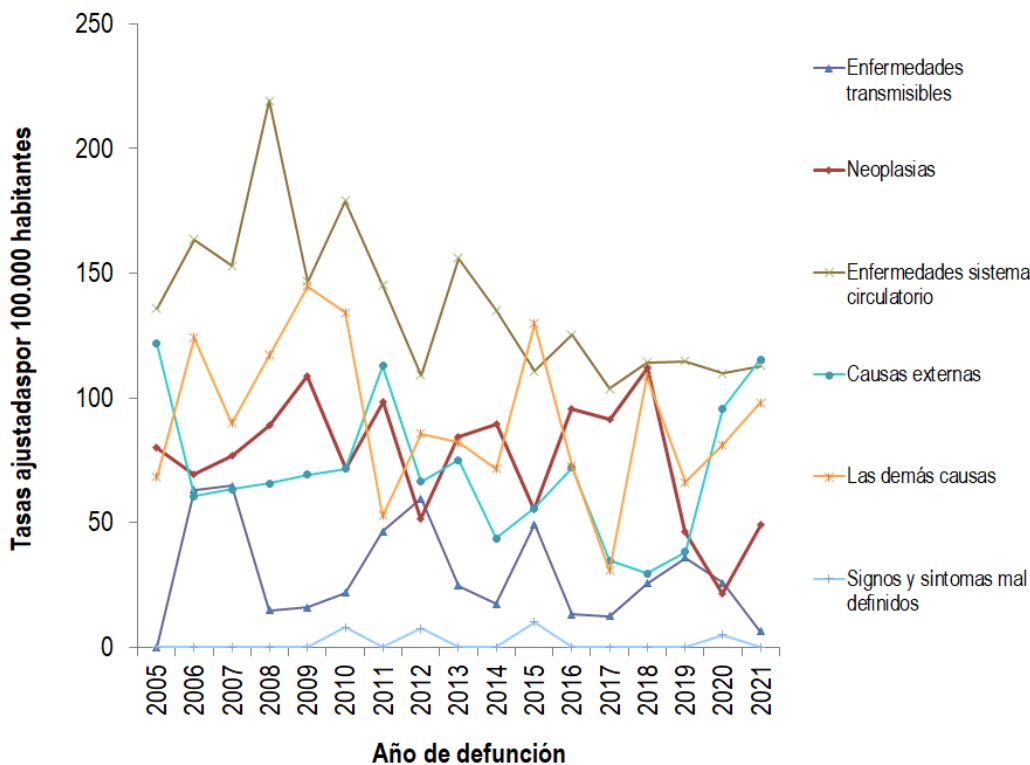
En segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio afectando la población con una tasa de 112.8 por cada 100.000 habitantes principalmente por las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa de 60.9 muertes por cada 100.000 habitantes y aportando el 54% del total de las muertes en su grupo, convirtiéndose también en la principal causa de muerte para hombres y mujeres, en especial, en mayores de 65 años, estas enfermedades afectan al 25% de la población mundial y son consecuencia de los malos hábitos de vida y antecedentes familiares. Esta realidad debe impulsar a las instituciones locales a generar y mejorar las políticas de promoción y prevención de las enfermedades del sistema circulatorio. Se deben implementar estrategias que aumenten en la población mayor los programas especiales de actividad física que ofrece la administración municipal de San Rafael a través de los promotores de deporte, gimnasio municipal, Club de la Salud, Cubes de Vida y la E.S.E. También se debe cambiar o mejorar la metodología de educación en salud que logre captar mayor población, tanto joven como adulta, e impacten con mayor fuerza, concientizando sobre la importancia de adquirir hábitos de vida saludable, que reduzcan los riesgos de adquirir la enfermedad o una complicación grave.

Como tercera y cuarta causa de muerte se tiene las demás causas y las neoplasias las cuales aportaron una tasa de mortalidad de 98.1 muertes por cada 100.000 habitantes y 49.4 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente, registros presentados en el periodo 2021 en el municipio de San Rafael. Es importante mencionar el aumento en el número de muertes por las neoplasias, y aumento en las causas externas.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Gráfico. Tasa de mortalidad ajustada por grandes causas municipio de San Rafael, 2005 – 2021.



Fuente: DANE y SISPRO

Principales causas y subcausas de morbilidad

Morbilidad atendida

En la primera infancia las principales causas de morbilidad son los problemas relacionados con las enfermedades no transmisibles, las cuales representan el 48.15% de la morbilidad general en la población de 0 a 5 años. El número de consultas más alta de esta causa se presentó en el año 2009, y para el último año de estudio presento un aumento en el número de consultas. Las condiciones transmisibles y nutricionales se convierten en la segunda causa de morbilidad en la primera infancia en el 2021 con el 33.88%. Las lesiones son las causas que menor morbilidad aportan a este grupo de edad.

En la infancia, la principal causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles con el 60,13% de la morbilidad general para este ciclo vital; La proporción más alta de esta causa se presentó en el año 2009. Las condiciones transmisibles y nutricionales son la segunda causa de morbilidad, la cual aporta el 17,24% de la morbilidad en menores entre 6 y 11 años. Las condiciones maternas no aportaron a la morbilidad en este ciclo vital.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

En los ciclos vitales de la adolescencia, juventud, adultez y personas mayores, las enfermedades no transmisibles se convierten en la principal causa de morbilidad, proporcionando el 58.72%, 60.39%, 72.11% y 84.25% de los casos respectivamente para cada grupo de edad. La morbilidad por condiciones maternas presenta las proporciones más bajas en todos los ciclos vitales.

Las condiciones mal clasificadas presentan en el promedio el 8.6% de la morbilidad para cada ciclo vital, aproximadamente.

Tabla. Principales causas de morbilidad por ciclo vital Total, San Rafael 2009 – 2022.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2021-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	52.71	60.71	56.07	52.14	40.15	41.22	41.30	36.40	37.96	37.45	40.84	15.63	17.38	33.88	16.50	
	Condiciones perinatales	1.51	1.07	3.87	2.42	1.88	2.03	5.06	8.67	3.66	1.02	1.58	8.85	14.02	6.67	-7.35	
	Enfermedades no transmisibles	35.82	30.71	32.48	35.82	44.86	43.11	39.34	37.44	42.83	41.60	37.95	49.24	49.39	48.15	-1.24	
	Lesiones	3.93	2.04	2.20	2.93	4.28	3.12	4.05	6.59	4.71	6.97	7.46	17.15	5.49	4.41	-1.07	
	Condiciones mal clasificadas	6.02	5.47	5.37	6.69	8.82	10.52	10.25	10.92	10.83	12.96	12.16	9.13	13.72	6.88	-6.84	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35.78	43.47	40.63	37.31	34.78	31.21	29.96	21.88	19.55	13.67	17.49	9.51	7.01	8.21	1.20	
	Condiciones maternas	0.07	0.34	0.00	0.00	0.00	0.00	0.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.44	0.00	0.00	0.00	
	Enfermedades no transmisibles	49.33	44.30	41.89	42.31	47.83	47.07	52.62	59.03	50.86	54.85	52.54	59.29	63.55	28.64	-34.91	
	Lesiones	6.14	4.02	5.47	8.58	7.11	10.01	6.33	10.76	17.92	18.63	18.42	18.36	14.02	5.44	-8.58	
	Condiciones mal clasificadas	8.67	7.87	12.00	11.80	10.28	11.70	10.84	8.33	11.67	12.84	11.55	12.39	15.42	5.34	-10.08	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24.44	31.76	28.37	22.68	18.91	22.14	18.73	11.77	14.91	9.69	10.53	6.68	4.49	5.85	1.36	
	Condiciones maternas	2.10	1.83	1.16	6.75	5.79	2.32	3.23	5.12	3.44	3.10	5.09	5.60	2.00	3.70	1.70	
	Enfermedades no transmisibles	53.22	52.43	52.63	58.11	54.60	52.32	59.01	60.58	54.47	58.00	51.23	60.89	67.08	26.28	-40.80	
	Lesiones	8.35	5.20	6.42	4.40	6.98	11.37	5.27	13.48	16.71	15.49	15.93	12.47	14.46	4.00	-10.46	
	Condiciones mal clasificadas	11.89	8.77	11.42	8.06	13.71	11.85	13.76	9.04	10.48	13.72	17.22	14.36	11.97	4.93	-7.04	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19.21	20.60	17.44	15.88	18.41	13.03	14.17	12.21	9.60	8.90	10.36	8.76	3.75	10.16	6.41	
	Condiciones maternas	5.32	10.20	9.49	11.59	10.04	8.39	7.35	10.44	5.36	7.98	11.54	11.03	17.78	5.13	-12.64	
	Enfermedades no transmisibles	57.50	58.17	57.48	58.30	57.47	60.22	60.71	49.16	51.73	55.30	52.68	53.34	55.69	50.72	-4.98	
	Lesiones	7.45	3.65	5.48	5.38	4.44	8.60	6.51	19.31	10.14	11.83	11.54	14.10	12.92	11.91	-1.01	
	Condiciones mal clasificadas	10.51	7.38	10.11	8.85	9.64	9.76	11.26	8.87	23.17	15.99	13.88	12.77	9.86	6.06	-3.80	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13.49	14.97	15.75	13.20	10.85	11.85	10.02	8.29	9.06	7.99	8.77	6.84	5.54	39.01	33.47	
	Condiciones maternas	1.03	0.91	1.50	1.32	1.29	1.35	2.00	1.99	1.12	1.49	1.72	2.14	3.08	6.88	3.80	
	Enfermedades no transmisibles	71.60	74.25	71.65	75.79	75.54	72.54	75.89	75.06	73.23	73.72	72.15	74.04	74.44	312.42	23.08	
	Lesiones	5.16	3.64	2.79	3.38	5.25	5.19	4.44	7.80	6.80	5.83	6.71	8.01	8.95	34.60	25.65	
	Condiciones mal clasificadas	8.71	6.23	8.31	6.32	7.08	9.08	7.66	6.86	9.79	10.97	10.61	8.98	8.00	40.35	32.35	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7.05	8.99	7.17	6.71	5.55	5.54	7.55	4.00	6.06	5.09	5.91	26.15	2.83	12.63	9.80	
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.21	0.21	
	Enfermedades no transmisibles	83.64	84.45	85.47	80.77	86.89	85.45	84.99	87.49	82.63	81.98	83.19	65.62	77.64	310.78	23.08	
	Lesiones	3.29	2.19	2.36	7.30	2.97	3.29	2.84	4.15	4.38	4.08	3.67	2.79	10.52	23.00	12.48	
	Condiciones mal clasificadas	6.02	4.37	5.01	5.22	4.58	5.69	4.62	4.36	6.93	8.85	7.23	5.44	9.00	22.28	13.28	

Fuente: DANE - SISPRO – MSPS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

3. Generalidades del PDSP y del PTS.

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 Plan Territorial de Salud de las entidades territoriales y conocer el avance y el logro de los objetivos, metas e indicadores definidos en el PTS y su contribución al PDSP.

Con la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, la nueva normatividad y los lineamientos de Planeación Integral para la salud en el ámbito territorial, el Portal Web Implementación PDSP tuvo ajustes para el proceso de cargue de información del Plan Territorial de Salud, Componente Operativo Anual de Inversión y Plan de Acción en Salud y como parte del proceso de evaluación de las metas de resultado programadas por las ET, en el presente documento se precisan las orientaciones para su evaluación, con el fin identificar su estado de avance en cuatro grandes bloques. 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**, en el presente documento se relaciona la estructura que permite ver el avance y el cumplimiento de este bloque.

4. 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.

5. Objetivos Específicos

- 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 2022-2031a 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.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

6. Alcance

Identificar las oportunidades de mejora que le permitan al ente territorial alcanzar las metas trazadas en el PTS.

7. Resultados de la Evaluación.

7.1 Cumplimiento de las metas de resultado definidas en el Plan Territorial en Salud - PTS

Dentro del marco del Plan de Desarrollo Municipal se desarrolló la formulación del componente del Plan Territorial de Salud, articulando armoniosamente con el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes de Desarrollo nacional y departamental.

Para el cumplimiento de las metas municipales, se ha promovió la articulación intersectorial y estrategias participativas, logrando la identificación de aquellas prioridades en salud, sus factores de riesgo, factores protectores y su proceso de transformación; lo que permitirá generar acciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población, la disminución de la morbilidad evitable y el fortalecimiento de la institucionalidad, con una adecuada utilización de recursos y con un enfoque sistémico y transversal, que permita la inclusión de todos los actores del sector y sus correlacionados.

Meta de resultado			Tendencia del indicador				Coherencia de lo programado con respecto a la línea de base	
							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	Disminuir a 0 la tasa de mortalidad por suicidio.	R	12,5	0,00	12,50		0	
2	Mantener en cero (0) la tasa de mortalidad materna	M-M	0	0,00	0,00		0	
3	Mantener en cero (0) la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	M-M	0	0,00	0,00		0	
4	Reducir a 14 la tasa de fecundidad de 15 a 19 años por cada 1.000 mujeres.	R	17,5	37,60	-20,10		14	
5	Aumentar a 85% la afiliación de la población al Sistema General de Seguridad Social de Salud.	M-M	83,4	83,20	0,20		85	
6	Mantener en cero (0) la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.	M-M	0	0,00	0,00		0	
7	Mantener en cero (0) la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.	M-M	0	0,00	0,00		0	
8	Aumentar por encima de 95% la cobertura administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año	A	87	87,50	-0,50		95	
9	Mantener por encima 95% la cobertura administrativas de triple viral en menores de 1 año	A	97	97,10	-0,10		95	
10	Reducir a 0 la tasa de fecundidad de 10 a 14 años por cada 1.000 mujeres.	R	2,1	1,80	0,30		0	



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

7.1.1. Análisis:

A continuación, se identifique a que meta estratégica y a que eje del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 se apunta con cada indicador de resultado; además, se describe el avance de la meta estratégica del Plan Territorial de Salud (PTS) y del indicador de resultado teniendo en cuenta las estrategias y actividades planteadas en el Plan de Acción en Salud (PAS).

Meta 1, Mortalidad por suicidio: En este caso, el valor de la línea base 2023 fue de 12,50, mientras que el valor alcanzado en 2024 es de 0. La meta programada para 2027 también es de 0, por lo que se disminuye este indicador, representa un valor significativo en el control de las enfermedades mentales y del comportamiento y refleja que hay mantener fortalecidas las acciones de vigilancia, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

Meta 2, Tasa de mortalidad materna: La tasa registrada en 2023 fue de 0, y manteniendo el indicador para en 2024 en 0. La meta programada para 2027 es mantener esta cifra a través de continuar y reforzar estrategias preventivas frente a las enfermedades materno – perinatales, como promoción de estilos de vida saludables y atención médica oportuna.

Meta 3, Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años: La tasa registrada en 2023 fue de 0, y manteniéndose para en 2024 en 0. La meta programada para 2027 es mantener en 0 este indicador. Dado que se mantiene el valor del indicador, la situación indica la mantener las estrategias preventivas frente a la captación temprana de casos de desnutrición aguda, fortalecimiento del programa de control y desarrollo, gestantes en programas de control prenatal, seguimiento a la desnutrición.

Meta 4, Tasa de fecundidad específica en adolescentes (15 a 19 años): En esta meta, no se cumplió con el objetivo. La línea base 2023 era de 17,50 y aumento el valor actual 2024 a 44,20. Esto es negativo con una tendencia hacia al aumento alejándose de la meta programada. La situación refleja que hay que reforzar las acciones de control de la fecundidad adolescente, lo cual indica la necesidad continuar fortaleciendo las acciones de intervención para la prevención y educación sexual y reproductiva.

Meta 5, – Cobertura de aseguramiento en salud: La cobertura se mantuvo en 83% en 2024. Dado que la meta programada era mantener en 83%, el municipio mantiene las acciones de gestión de aseguramiento en salud en cuanto a garantizar la continuidad de los afiliados dentro del sistema, lograr la afiliación de la población que cumple con las condiciones para ingresar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), promoción de la afiliación y de los derechos y deberes.

Meta 6, –Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años: La tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años se mantuvo en cero, cumpliendo con la meta. Durante el periodo evaluado no se registraron muertes por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

años, lo que evidencia un comportamiento epidemiológico favorable y el impacto positivo de las acciones preventivas y asistenciales en salud infantil.

Se evidencia gran efectividad de los programas de salud pública, saneamiento básico, higiene, y acceso a tratamiento (como la terapia de rehidratación oral) implementados en la población. También indica un alto nivel de protección y cuidado de la salud de los niños menores de 5 años, un grupo altamente vulnerable a la deshidratación severa por EDA.

Meta 7, Mortalidad por IRA en menores de 5 años: Durante el periodo evaluado no se registraron muertes por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años, alcanzando el cumplimiento total de la meta establecida. La IRA, especialmente la neumonía, es históricamente una de las principales causas de muerte en la infancia a nivel mundial. Significa que los casos de IRA, incluso los graves (como neumonía), se están detectando y tratando eficazmente en la ESE Hospital, indica que las vacunas cruciales, como la de neumococo, Haemophilus influenzae tipo b (Hib) e influenza, están siendo aplicadas a tiempo y con altas coberturas, protegiendo a los niños de las formas más letales de la enfermedad.

Meta 8, – Cobertura administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: El indicador NO alcanzó la meta establecida. Existe un déficit de 7,5 puntos porcentuales. Este resultado es insatisfactorio desde la perspectiva de la salud pública, ya que la meta del 95% se considera el umbral crítico para lograr la Inmunidad de Rebaño o Inmunidad Colectiva y prevenir brotes de Difteria, Tétanos y Tos Ferina.

Meta 9, – Cobertura administrativas de vacunación con triple viral en menores de 1 año: Se logró una cobertura del 97,1%, superando la meta crítica del 95% por 2.1 puntos porcentuales. Este resultado es un logro sobresaliente en salud pública, especialmente porque la vacuna Triple Viral (Sarampión, Rubéola y Parotiditis o Paperas) es el indicador trazador para la eliminación del Sarampión.

Meta 10, Tasa de fecundidad específica en adolescentes (10 a 14 años): En esta meta, no se cumplió con el objetivo. Durante el periodo evaluado, la tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años fue de 1.80 nacimientos por cada 1.000 mujeres en este grupo etario, lo que supera la meta establecida de 0 y evidencia la persistencia de casos de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años, un evento considerado de alto riesgo biológico y social.

El resultado refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención del embarazo adolescente temprano, dado que este grupo etario requiere protección especial por su vulnerabilidad física, emocional y social. La ocurrencia de embarazos en estas edades está asociada a factores socioculturales, falta de educación sexual integral, violencia sexual y limitaciones en el acceso a servicios de salud amigables para adolescentes.

7.2. Seguimiento financiero por fuente de financiación



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Fuente de Financiación	Valor Programado - COAI	Valor Ejecutado	Porcentaje de Cumplimiento
SGP	6.047.676.852	6.030.231.869	99,71%
ICLD	0	0	#¡DIV/0!
Coljuegos (75%)	325.952.959	325.952.959	100%
Funcionamiento - Coljuegos (25%)	118.480.319	114.368.133	97%
Departamento (Concurrencias)	0	0	#¡DIV/0!
Departamento (Rentas Cedidas)	1.476.375.821	1.476.375.821	100%
Adres	8.855.547.129	8.855.547.129	100%
IVC (0,4%)	65.891.890	65.891.890	100%
Otras Fuentes de Financiación	0	0	#¡DIV/0!
Inversión	0	0	#¡DIV/0!

7.2.1. Análisis

De acuerdo con el seguimiento financiero por fuente de financiación, se puede analizar que de la ejecución presupuestal en términos generales observando eficiencia en la utilización de los recursos, las fuentes con recursos programados han alcanzado el 99.71% de cumplimiento en SGP régimen subsidiado, subsidio a la oferta, salud pública y un 97% en Coljuegos 25%, indican un alto nivel de planeación y gestión. En SGP régimen subsidiado \$717.548, subsidio a la oferta queda en existencias \$987.632, en SGP Salud pública \$15.739.803 y en Coljuegos 25% con existencias por valor de \$4.112.186, los cuales serán ejecutados en 2025.

La diferencia de recursos de SGP salud pública no ejecutados \$15.739,803.00 representa una cantidad considerable de recursos que no se utilizaron de acuerdo con la programación inicial, representa una oportunidad perdida de inversión o gasto que podría haber generado beneficios adicionales.

Pese a que no se ejecutó el 100% de los recursos se pudieron alcanzar todas las metas y objetivos previstos para el buen funcionamiento de la Secretaría de Salud, para lo cual también se asignaron recursos propios.

Las demás fuentes de financiación evidencian ejecuciones del 100% (ADRES, IVC, Coljuegos 75% y rentas Cedidas) indican un alto nivel de planeación y gestión.

En conclusión, se puede decir que todas las fuentes de financiación de la salud presentaron un manejo eficiente de los recursos, alcanzando el buen desarrollo de los proyectos de inversión.

8. Conclusiones



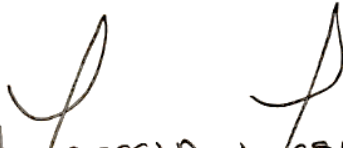
REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

El municipio de San Rafael alcanzó las metas propuestas en un 80%, logrando disminuir la tasa de mortalidad por suicidio, mantener en cero la tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, mantener las coberturas en aseguramiento en salud, mantener la tasa de mortalidad por IRA y EDA en cero, y mantener las coberturas de vacunación de DPT 3 y triple viral por encima del 95%, al igual que se logró reducir la tasa de fecundidad de 10 a 14 años por cada 1.000 mujeres de 2.1 a 1.8.

Se observa como fortaleza que el 90% de los indicadores muestran avance o mantenimiento, lo que demuestra una buena dirección en la gestión.

Basado en el comportamiento de indicadores, podemos observar un mayor riesgo en la reducción de la tasa de fecundidad en adolescentes, los cuales serán priorizados para el abordaje a través de los programas de salud pública y atención primaria en salud.

Se ha demostrado eficiencia en la ejecución de los recursos programados, para lo cual es necesario mantener la planificación y gestión presupuestaria en periodos futuros.


LINA MARCELA MESA ARROYAVE
Secretaria de Salud y Bienestar Social
Municipio de San Rafael