

Plan Territorial de Salud del Meta 2024 - 2027



GOBERNACIÓN DEL
META

RAFAELA CORTÉS ZAMBRANO
Gobernadora del Meta

GABINETE DE GOBIERNO

María Constanza Barrios Hurtado
Secretaria Privada

Lyda Susana Gutiérrez Muñoz
Secretaria Jurídica

Leidy Sánchez Loiza
Secretaría de Comunicaciones

Eugenia Alejandra Ramírez González
Secretaria de Agricultura y Desarrollo Rural

Rodrigo Andrés Linares Díaz
Secretario de Competitividad y Desarrollo Económico

Diana Marcela Giraldo Ávila
Secretaria Social

Francisney Díaz Rodríguez
Secretaria de Educación

Gloria María Calderón León
Secretaria de Mujer, la Familia y la Equidad de Género

Andrea Carolina Lizcano Noguera
Secretaria de Gobierno y Seguridad

Martha Sirley Romero Morales
Secretaria de Ambiente

Jorge Enrique Plata Mosquera
Secretario de Minas y Energía

José Ignacio Ramírez Morales
Secretario de Tecnologías y Sistemas de Información

Jorge Ovidio Cruz Álvarez
Secretario de Salud

Ingrih Xisley Acosta Carvajal
Secretaria de Derechos Humanos y Paz

Linda Delcy Guzmán Gutiérrez
Secretaria de Vivienda

Erika del Pilar Arias Cueto
Secretaria Administrativa

Luz Mary Aguirre Rodríguez
Secretaria de Hacienda

Zulay Mayerly Briceño Jara
Directora de Departamento Administrativo de Planeación Departamental

Sergio Iván Muñoz Yáñez
Gerente de la Agencia para la Infraestructura del Meta

Elvya Lucy María Morales Rodríguez
Directora de Gestión del Riesgo de Desastres

Fabián Hernán Gonzalo Torres Carrillo
Director del Instituto Deporte y Recreación del Meta -IDERMETA

Lilian Camila Arismendy Méndez
Directora de la Casa de la Cultura (Biblioteca Eduardo Carranza)

Jenny Andrea Capote Avendaño
Directora del Instituto de Cultura del Meta

Luis Carlos Londoño Vargas
Director del Instituto de Turismo del Meta

Ricardo Augusto Martínez Hernández
Director para el Fomento de la Educación Superior del Meta

Walter Hurtado González
Gerente de Empresa de Servicios Públicos del Departamento del Meta - EDESA S.A. ESP

Wilintong Ortiz Arias
Gerente de la Lotería del Meta

Carlos Enrique Melo Valencia
Director del Instituto de Tránsito Departamental

Luisa Fernanda Pineda Collazos
Jefe de la Oficina de Control Interno

Yeny Yasmín Romero Morales
Gerente del Hospital Departamental de Granada

Luis Alejandro Mesa
Gerente del Hospital Departamental de Villavicencio

María del Carmen Rodríguez
Gerente E.S.E. Departamental

Mónica Cristina Solano Piedrahita
Jefe de Oficina de Protocolo

SECRETARÍA DE SALUD DEL META

Jorge Ovidio Cruz Álvarez – Secretario de Salud
Alix Mónica González Rodríguez – Gerente de Promoción y Prevención
Antonio Alejandro Tiuso Herrera – Gerente de Calidad, Inspección y Vigilancia de Servicios
Cristian Camilo Céspedes Ramos – Gerente Administrativo de Salud

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL

Miguel Oswaldo Avellaneda Lizcano – Presidente
Humberto Gaitán García – Primer Vicepresidente
Wilmar Orlando Barbosa Rozo – Segundo Vicepresidente

Santiago Pérez Tovar
Luis Alfonso Suárez Sánchez
Stella Carolina León Tiria
Carlos Andrés Collazos Silva

Héctor Fabio Vélez Bermúdez
Jeasson Julián Velásquez Molano
Julio Mario Rey Rojas
Miguel Giovanni Beltrán Knorr

ALCALDES MUNICIPALES

Carlos Julio Plata Becerra
Alcalde Municipio de Acacias

Ferney Santamaria Hernández
Alcalde Municipio Barranca de Upía

José Andrés Castañeda Martínez
Alcalde Municipio Cabuyaro

Lenito Eliecer Castro Cifuentes
Alcalde Municipio Castilla la Nueva

Brayhann Camilo Velásquez Suarez
Alcalde Municipio Cubarral

José Albeiro Serna Restrepo
Alcalde Municipio Cumaral

Arley Albeiro Romero Olmos
Alcalde Municipio El Calvario

Daimer Otalora Vera
Alcalde Municipio El Castillo

Oscar Olaya López
Alcalde Municipio El Dorado

Ana Shirley González González
Alcaldesa Municipio Fuentedeoro

Juan Carlos Mendoza Rendón
Alcalde Municipio Granada

José Fernando Peña Rabelo
Alcalde Municipio Guamal

Cesar Augusto Sánchez Castillo
Alcalde Municipio La Macarena

Cesar Julio Arenas Redondo
Alcalde Municipio Mapiripán

Mirto Elio Urrea Roldan
Alcalde Municipio Puerto Concordia

Jeison Alexander Sosa Valencia
Alcalde Municipio Puerto Lleras

Iván Andrés Puentes Molina
Alcalde Municipio Puerto Rico

Cesar Alfonso Muñoz Muñoz
Alcalde Municipio San Carlos de Guaroa

Cesar Augusto Aya Rozo
Alcalde Municipio San Juanito

Deison Cantor Rodríguez
Alcalde Municipio Uribe

Juan Andrés Gómez López
Alcalde Municipio Vista Hermosa

Nick Jefree Martínez Alba
Alcalde Municipio Lejanías

Camilo Antonio Pulgarín Suarez
Alcalde Municipio Mesetas

Luis Cesar Pérez Gaitán
Alcalde Municipio Puerto Gaytán

Pedro Vidal Velandia Bejarano
Alcalde Municipio Puerto López

Dani Ferney Linares Ospina
Alcalde Municipio Restrepo

Ricardo Diaz Rodríguez
Alcalde Municipio San Juan de Arama

John German Ramírez Hernández
Alcalde Municipio San Martín

Alexander Baquero Sanabria
Alcalde Municipio Villavicencio

TABLA DE CONTENIDO

1	MARCO NORMATIVO, REFERENTES CONCEPTUALES Y DISPOSICIONES DESTACABLES	16
1.1	Marco normativo.....	16
1.2	Referentes conceptuales.....	17
1.3	Disposiciones destacables.....	19
2	COMPONENTE I DEL PTS 2024-2027: ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL TERRITORIO (ASIS).....	21
2.1	CAPITULO I. Configuración del Territorio.....	22
2.1.1	Contexto territorial.....	22
2.1.1.1	Localización y accesibilidad geográfica.....	22
2.1.1.2	Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.....	26
2.1.3	Contexto poblacional y demográfico.....	34
2.1.3.1	Población con pertenecía a pueblos y comunidades étnicas.....	39
2.1.3.2	Estructura demográfica.....	48
2.1.3.3	Dinámica demográfica.....	51
2.1.2.4	Movilidad forzada.....	53
2.1.2.5	Población LGBTIQ+.....	55
2.1.2.6	Población Migrante.....	56
2.1.2.7	Población Campesina.....	60
2.1.3	Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	60
2.1.3.1	Servicios habilitados de las Instituciones prestadoras de Salud.....	60
2.1.3.2	Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	66
2.2	CAPÍTULO II. Procesos económicos y circunstancias de la vida social.....	68
2.2.1	Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	68
2.2.2	Condiciones de vida del territorio.....	70
2.2.3	Dinámicas de convivencia en el territorio.....	75
2.3	CAPÍTULO III. Desenlaces mórbidos y mortales.....	79
2.3.1	Análisis de la morbilidad.....	79
2.3.1.1	Principales causas y Sub causas de morbilidad.....	79
2.3.1.2	Morbilidad de eventos de alto costo y precursores.....	89
2.3.1.3	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	94
2.3.1.4	Análisis de la población con discapacidad.....	99
2.3.1.5	Identificación de prioridades en la morbilidad.....	101
2.3.2	Análisis de la mortalidad.....	104
2.3.2.1	Mortalidad general.....	104
2.3.2.2	Mortalidad específica por subgrupo.....	110
2.3.2.3	Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	127

2.4	CAPÍTULO IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio	142
2.4.1	Espacios sectoriales e intersectoriales de 2023 y 2024.....	142
2.4.2	Categorización y priorización de los problemas y necesidades expresadas en los escenarios participativos	144
2.5	CAPÍTULO V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio.....	163
2.5.1	Metodología de priorización aplicada para el capítulo V del ASIS.....	163
2.6	CAPITULO VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022-2031 y el modelo de salud preventivo -predictivo fundamentado en la atención primaria en salud (APS)	167
3	COMPONENTE II DEL PTS 2024-2027: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD.....	172
4	COMPONENTE III DEL PTS. COMPONENTE ESTRATÉGICO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL.....	178
4.1	Fines, objetivo general, ejes y metas estratégicas del PDSP 2022-2031.....	178
4.2	Asociaciones del PTS con los ODS, el PND, las políticas públicas de orden departamental, con la estructura programática del PDD y con pueblos y comunidades	186
4.3	Subcomponente estratégico del PTS 2024-2027.....	188
4.3.1	Visión, principios, objetivos y metas estratégicas y de resultados en salud del PTS.....	189
4.4	Subcomponente de inversión plurianual de salud del PTS 2024-2027	193
4.5	Matrices de síntesis del componente estratégico y de inversión plurianual del PTS 2024-2027	193

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital del departamento del Meta, 2023.....	25
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Villavicencio hacia los municipios capitales vecinos.....	25
Tabla 3. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado en el Departamento del Meta, 2023.....	34
Tabla 4. Grado de urbanización por municipio. Meta 2023.....	36
Tabla 5. Hechos Victimizantes Desagregado, 2023.....	38
Tabla 6. Autorreconocimiento étnico Departamento del Meta.....	39
Tabla 7. Proporción de la población por grupo de edad en el departamento del Meta, 2018, 2023 y 2028.....	48
Tabla 8. Interpretación de los índices demográficos.....	50
Tabla 9. Población víctima de desplazamiento por grupo de edad y sexo, en el Departamento del Meta, 2022.....	54
Tabla 10. Población en condición víctima departamento del Meta, 2022.....	54
Tabla 11. Distribución de población LGTBIQ+ departamento del Meta 2022.....	56
Tabla 12. Otros indicadores de estructura demográfica de la población migrante en el departamento del Meta, 2022.....	57
Tabla 13. Interpretación de los indicadores demográficos de la población migrante. Meta 2022.....	58
Tabla 14. Distribución de migrantes según país de procedencia, 2022.....	59
Tabla 15. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en el Departamento del Meta, 2022.....	60
Tabla 16. Otros indicadores de sistema sanitario en el departamento del Meta, 2015-2022.....	66
Tabla 17. Cobertura de afiliación al SGSSS.....	66
Tabla 18. Porcentaje por grandes ramas de actividad económica.....	68
Tabla 19. Porcentaje Indicadores de Mercado Laboral.....	69
Tabla 20. Trabajadores cotizantes al sistema general de seguridad social.....	70
Tabla 21. Índice de pobreza multidimensional por variables del departamento (Privaciones por hogar según variable), Meta, 2020-2022.....	70
Tabla 22. Tasa de cobertura bruta de educación en el Departamento del Meta, 2003 – 2021.....	71
Tabla 23. Condiciones de vida del departamento del Meta, 2022.....	72
Tabla 24. Determinantes intermedios de la salud por zona - condiciones de vida del departamento del Meta, 2022.....	73
Tabla 25. Determinantes intermedios de la salud - Sistema sanitario del departamento Meta, 2021.....	73
Tabla 26. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional en el Departamento del Meta, 2006-2020.....	75
Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Departamento del Meta, 2006-2021.....	78
Tabla 28. Principales causas de morbilidad, Departamento del Meta, 2009 – 2021.....	80
Tabla 29. Principales causas de morbilidad en hombres, en el departamento del Meta, 2009 – 2021.....	82
Tabla 30. Principales causas de morbilidad en mujeres, en el Departamento del Meta, 2009 – 2021.....	83
Tabla 31. Morbilidad específica por subgrupos de causas, población general. Departamento del Meta, 2009-2021.....	84
Tabla 32. Morbilidad específica por subgrupos de causas, Hombres. Departamento del Meta, 2009-2021.....	85
Tabla 33. Morbilidad específica por subgrupos de causas, Mujeres. Departamento del Meta, 2009-2021.....	86
Tabla 34. Morbilidad por salud mental, general. Departamento del Meta, 2009-2021.....	87
Tabla 35. Morbilidad por salud mental, hombres. Departamento del Meta, 2009-2021.....	88
Tabla 36. Morbilidad por salud mental, mujeres. Departamento del Meta, 2009-2021.....	89

Tabla 37. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costo en el departamento del Meta, 2006-2021	90
Tabla 38. Eventos precursores del departamento del Meta, 2006 -2021	91
Tabla 39. Índices demográficos atenciones en salud población migrante Colombia- departamento del Meta	92
Tabla 40. Tipo de atención por parte de los servicios de salud a la población migrante en el departamento del Meta, 2021	92
Tabla 41. Atención en salud según régimen de afiliación de la población migrante en el departamento del Meta, 2021	93
Tabla 42. Tabla de semafORIZACIÓN de los eventos de notificación obligatoria del Meta, 2007-2022.	94
Tabla 43. Índices demográficos para COVID-19 Departamento del Meta, 2022	98
Tabla 44. Número de casos confirmados de covid-19 por antecedente reportado 2022	98
Tabla 45. Número de casos confirmados por covid-19 según el ámbito de atención Colombia vs Meta 2022	99
Tabla 46. Distribución de las alteraciones permanentes, departamento del Meta año 2022.....	100
Tabla 47. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria, Meta 2021.....	101
Tabla 48. SemafORIZACIÓN y tendencia de mortalidad PDSP, Departamento del Meta, 2021.....	127
Tabla 49. Tasas específicas de mortalidad infantil (menor 1 año) por sexo, según la lista de tabulación de la mortalidad Infantil y de la niñez. Meta, 2011 – 2021	128
Tabla 50. Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años por sexo, según la lista de tabulación de la mortalidad Infantil y de la niñez. Meta, 2011 – 2021	129
Tabla 51. Tasas específicas de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) por sexo, según la lista de tabulación de la mortalidad Infantil y de la niñez. Meta, 2011 – 2021	130
Tabla 52. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, en el departamento del Meta, 2006- 2021.....	131
Tabla 53. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI del departamento, 2021.....	135
Tabla 54. Categorías de las problemáticas expresadas y priorización de las mismas	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional del departamento del Meta, 2018, 2023 y 2028	48
Figura 2. Esperanza de vida al nacer, por sexo en el departamento del Meta, 2018 – 2023.....	49
Figura 3. Comparativo nacional y departamento Esperanza de vida al nacer, por sexo, 2018 – 2023	50
Figura 4. Comparación entre las tasas brutas de natalidad, tasas brutas de mortalidad, tasas de crecimiento natural del Departamento del Meta, 2018-2023.....	51
Figura 5. Tasa neta de migrantes 2018-2023.....	52
Figura 6. Tasa global de fecundidad 2018- 2023.....	52
Figura 7. Tasas de fecundidad 10 a 14 años y 15 a 19 años y específica de 10 a 19 años 2015-2021	53
Figura 8. Pirámide poblacional de la población migrante del departamento del Meta, 2022.....	57
Figura 9. Población campesina, departamento Meta, 2022.....	60
Figura 10. Indicadores de criminalidad 2018- 2021.....	76
Figura 11. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el departamento del Meta, datos a 2021	90
Figura 12. Pirámide poblacional atención en salud población migrante-2021.....	91
Figura 13. Atención en salud según régimen de afiliación de la población migrante en el departamento del Meta, 2021 ..	93
Figura 14. Pirámide poblacional de morbilidad por COVID-19 en el Meta, 2022.	97
Figura 15. Pirámide poblacional de la Distribución de las alteraciones permanentes. Meta 2022....	100
Figura 16. Tasa de mortalidad general ajustada por edad en el departamento del Meta, 2006 – 2021	104
Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del departamento del Meta, 2006 – 2021.....	105
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del departamento del Meta 2006-2021	106
Figura 19. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 departamento del Meta, 2006 – 2021	106
Figura 20. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del departamento del Meta, 2006 –2021.....	107
Figura 21. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del departamento del Meta, 2006 – 2021.....	108
Figura 22. Tasa de AVPP por grandes causas, según lista 6/67, Departamento del Meta, 2006 – 2021	108
Figura 23. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en los hombres del Departamento del Meta, 2006 – 2021.....	109
Figura 24. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del Departamento del Meta 2006 – 2021.....	109
Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades Transmisibles en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.	111
Figura 26 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.	112
Figura 27 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.....	112
Figura 28 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.....	113
Figura 29 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.	114
Figura 30 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.	115
Figura 31 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.....	116

Figura 32 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.	117
Figura 33 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema Circulatorio en mujeres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.....	118
Figura 34 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.	119
Figura 35 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.	120
Figura 36 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.	121
Figura 37 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Demás causas en Departamento del Meta, 2005 – 2021.....	122
Figura 38 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Demás causas en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.	123
Figura 39 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Demás causas en mujeres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.	124
Figura 40. Comparativo de la tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en el departamento Meta, 2005- 2021	125
Figura 41. Comparativo de la tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en el departamento Meta, 2005- 2021.....	125
Figura 42. Comparativo de la tasa ajustada de mortalidad por epilepsia en el departamento Meta, 2005- 2021.....	126
Figura 43. Razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos, en el departamento del Meta, 2005 -2021.....	132
Figura 44. Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos, en el departamento del Meta, 2005-2021	132
Figura 45. Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, en el departamento del Meta, 2005-2021	133
Figura 46. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años, en el departamento del Meta, 2005-2021	134
Figura 47. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, en el departamento del Meta, 2005-2021	134
Figura 48. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, en el Departamento del Meta, 2005 – 2021	135
Figura 49. Índice de concentración de la razón de mortalidad materna según el NBI del departamento, 2021	137
Figura 50. Índice de concentración del indicador de mortalidad neonatal según las NBI del Departamento del Meta, 2021	138
Figura 51. Índice de concentración del indicador de mortalidad infantil según las NBI del Departamento del Meta, 2018.	138
Figura 52. Índice de concentración del indicador de mortalidad en la niñez según las NBI del Departamento del Meta, 2021	139
Figura 53. Índice de concentración del indicador de mortalidad en por IRA en menores de 5 años según las NBI del Departamento del Meta, 2021.....	139
Figura 54. Índice de concentración del indicador de mortalidad en por EDA en menores de 5 años según las NBI del Departamento del Meta, 2021.....	140
Figura 55. Índice de concentración del indicador de mortalidad en por DNT en menores de 5 años según las NBI del Departamento del Meta, 2021.....	140

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División política administrativa y límites, del departamento del Meta 2023	22
Mapa 2. Vías de comunicación terrestre del departamento del Meta.....	26
Mapa 3. Relieve departamento del Meta	31
Mapa 4. Hidrografía del departamento del Meta, 2023	32
Mapa 5. Zonas de riesgo por amenazas naturales del departamento del Meta, 2023	33
Mapa 6. Densidad Poblacional del Departamento del Meta, 2023.....	35
Mapa 7. Densidad Poblacional urbana del departamento del Meta, 2023.....	36
Mapa 8. Zonificación de territorios indígenas, departamento del Meta 2023.....	40
Mapa 9. Ubicación geográfica de resguardos indígenas en el departamento del Meta, 2023	47

SIGLAS

APS: Atención Primaria en Salud
ARL: Administradora de Riesgos Laborales
ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
COAI: Componente Operativo Anual de Inversiones
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP: Departamento Nacional de Planeación
Dpto: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EBS: Equipos Básicos de Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ESE: Empresa Social del Estado
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
IVC: Inspección, Vigilancia y Control
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
MFMP: Marco Fiscal de Mediano Plazo
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
PAC: Plan Anual Mensualizado de Caja
PAS: Plan de Acción en Salud
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PDT: Plan de Desarrollo Territorial
PFTS: Plan Financiero Territorial de Salud
PIB: Producto Interno Bruto
PND: Plan Nacional de Desarrollo
POAI: Plan Operativo Anual de Inversiones en Salud
POT: Plan de Ordenamiento Territorial
PTS: Plan Territorial de Salud
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
RIITS: Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SSM: Secretaría de Salud del Meta
SNS: Superintendencia Nacional de Salud
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano Haga clic aquí para escribir texto.

INTRODUCCIÓN

El Plan Territorial de Salud (PTS) es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud mencionado en la línea: “Salud para el Meta”, el cual se convierte en la hoja de ruta para el gobierno de la unidad y orienta a la Secretaría de Salud del Meta (SSM) en el cumplimiento de las competencias y la priorización de las inversiones en salud y, contribuye al cumplimiento de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2022-2031) y del modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la atención primaria en salud (APS).

El PTS 2024-2027 es el primer producto de la planeación integral para la salud, que se formuló en el marco de las disposiciones consagradas en la Resolución 100 de 2024, los lineamientos de planeación integral para la salud en el territorio y la guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del análisis de situación de salud en el territorio, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Gestionar la aprobación del PTS, implementarlo, monitorearlo, evaluarlo y rendir cuentas sistemáticamente, nos permitirá avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, reducir inequidades socio-sanitarias y mejorar el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del Departamento.

El PTS plasmado en el presente documento, según el artículo 11 de la Resolución 100 de 2024, está conformado por los siguientes componentes:

1. El análisis de la situación de salud en el territorio (ASIS).
2. La priorización de los problemas y necesidades sociales en salud.
3. El componente estratégico y de inversión plurianual

El ASIS se realizó combinando el análisis de los datos cuantitativos con las expresiones de problemas y necesidades cualitativas. Es decir que, para el análisis cuantitativo se analizaron los datos disponibles de morbilidad y mortalidad y, posteriormente, avanzamos en la comprensión del territorio desarrollando escenarios participativos (espacios sectoriales, diálogos territoriales, aportes intersectoriales, captura de opiniones a través de las tecnologías de información y comunicación) en los que se conocieron problemáticas y necesidades sociales que integrándolas a los resultados del ASIS cuantitativo permiten explicar los problemas y las necesidades en salud que aquejan al departamento del Meta.

En el segundo componente, sobre la base de los resultados que en el capítulo V del ASIS obtuvo el grupo funcional de vigilancia en salud pública de la SSM, se recalculó la ponderación siguiendo las disposiciones y los criterios de priorización en salud del artículo 19 de la Resolución 100 de 2024 y las orientaciones descritas en el anexo dos de los lineamientos de planeación integral para la salud, expedidos por el MSPS. En consecuencia, ajustamos la priorización de los problemas o necesidades en salud a partir del ordenamiento, valoración y jerarquización de los mismos según los criterios de magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia y capacidad de intervención.

Adicionalmente se realizó una priorización administrativa para los programas de inspección, vigilancia y control (IVC), salud pública y aseguramiento y prestación de servicios, los cuales hacen parte del manual de clasificación programático del gasto público del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y se consagran en la estructura programática del Plan de Desarrollo Departamental (PDD).

Finalmente, en el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS se construyó la visión prospectiva de la salud para el departamento del Meta, los objetivos, las metas y las estrategias se vincularon a los ejes estratégicos del PDSP y al modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la APS, lo que le permitirá al gobierno fortalecer la gobernabilidad y gobernanza de la salud pública.


1 MARCO NORMATIVO, REFERENTES CONCEPTUALES Y DISPOSICIONES DESTACABLES

1.1 Marco normativo.


Ley 9 de 1979	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
Ley 2200 de 2022	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los departamentos
Ley 2294 de 2023	Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2022- 2026 "Colombia potencia mundial de la vida"
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 2353 de 2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud
Resolución 518 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC
Decreto 780 de 2016 (Decreto 3518 de 2006)	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Decreto 1005 de 2022	Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública
Resolución 2063 de 2017	Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS)
Resolución 3280 de 2018	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación
Resolución 1035 de 2022	Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera
Resolución 2367 de 2023	Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031"

Resolución 100 de 2024	Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015
Resolución 038 de 2024	Por medio de la cual se designan los responsables de liderar la formulación del Plan Territorial de Salud 2024 – 2027, se asignan algunas responsabilidades temporales de planeación y se delega la tarea de proyectar el acto administrativo por medio del cual se cree y organice el grupo interno de trabajo de planeación integral para la salud en la Secretaría de Salud del Meta


1.2 Referentes conceptuales.

-  Derecho fundamental a la Salud. La Ley 1751 de 2015, establece que el derecho fundamental a la salud "comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud... donde el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas..." Y de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.


Dentro de los elementos del derecho fundamental a la salud se estipulan: 1). Disponibilidad; 2). Aceptabilidad; 3). Accesibilidad; 4). Calidad e idoneidad profesional; y dentro de sus principios se contemplan: 1). Universalidad, 2). pro homine, 3). Equidad, 4). Continuidad, 5). Oportunidad, 6). Prevalencia de derechos, 7). Progresividad del derecho, 8). Libre elección; 9). Sostenibilidad; 10). Solidaridad; 11). Eficiencia; 12). Interculturalidad, 13). Protección a los pueblos indígenas, 14) Protección a pueblos Rrom y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

-  Plan decenal de salud pública (PDSP). Según el MSPS el Plan Decenal de Salud Pública es una política pública que incluye la hoja de ruta que, a partir del consenso social y ciudadano, establece los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los desafíos en salud pública para los próximos 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia.

Este instrumento de planeación de carácter nacional y regional compromete a los diferentes niveles de gobierno y a todos los actores del sistema de salud, en el marco de sus competencias, a que orienten sus acciones y esfuerzos para dar respuestas efectivas a las necesidades de la población y alcanzar los resultados en salud deseados. Se realiza a través de un proceso amplio de participación que conlleva a definir las acciones, metas, recursos, responsables, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación.

-  Plan territorial de salud (PTS). El artículo 9 de la Resolución 100 de 2024 lo define como el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud del territorio, resultante de la Planeación Integral para la Salud.

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

-  Planeación integral para la Salud. Según el artículo 3 de la Resolución 100 de 2024 la planeación integral para la salud se define como un proceso estratégico y operativo para la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios, que permite a las entidades territoriales del orden

departamental, distrital y municipal definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud bajo los principios y elementos establecidos en la Ley 1751 de 2015 estatutaria de salud y demás normas concordantes.

El proceso integra: 1). La formulación y aprobación del Plan Territorial de Salud, 2). La formulación y aprobación del Componente Operativo y de Inversiones en Salud del Plan Territorial de Salud, 3). La formulación y aprobación del Plan de Acción en Salud, 4). La implementación del Plan Territorial de Salud, 5). El Monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud y 6). La rendición de cuentas. Todo lo anterior en el marco de los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en armonía con el modelo de salud preventivo y predictivo y con participación de los actores del sistema de salud, los otros sectores y los actores sociales y comunitarios

✚ Desenlaces mórbidos y mortalidad. Según la guía conceptual y metodológica del ASIS un desenlace mórbido se refiere a un resultado adverso o fatal relacionado con la salud de una persona. Se utiliza comúnmente para describir el resultado de una enfermedad, lesión o condición médica que conduce a la muerte o a un deterioro significativo de la salud, siendo de resultado de las circunstancias propias donde vive, crece y se reproduce y puede desencadenar en un proceso mortal, siendo estos resultados potencialmente evitables, mediado por la capacidad de regulación que tiene el Estado y el desarrollo de acciones intersectoriales y preventivas de manera anticipatoria.

✚ Núcleos de inequidad. Según la guía conceptual y metodológica del ASIS las desigualdades en salud se refieren a las diferencias sistemáticas e injustas que existen en el acceso, la distribución, los resultados en materia de salud y en el acceso a servicios y recursos sanitarios entre diferentes grupos de la población.

Estas disparidades pueden estar relacionadas con factores socioeconómicos, culturales, geográficos, de género, raza, etnia, nivel educativo y lugar de residencia, entre otros. Las desigualdades en salud se traducen en que ciertos grupos enfrentan un mayor riesgo de enfermedades, discapacidades y mortalidad, mientras que otros disfrutan de mejores condiciones de salud y mayor acceso a atención médica de calidad.

Estas disparidades afectan negativamente a la equidad en salud y comprometen el bienestar y el desarrollo de las comunidades más vulnerables. La lucha contra las desigualdades en salud es un desafío clave para los sistemas de salud y las políticas públicas, con el objetivo de alcanzar una distribución más justa y equitativa de los beneficios de la salud para toda la población.

Las inequidades en salud se manifiestan cuando ciertos grupos enfrentan mayores desafíos para acceder a servicios de atención médica de calidad, recursos sanitarios y oportunidades para mantener un estilo de vida saludable. Esto puede resultar en una distribución desigual de enfermedades, discapacidades y mortalidad entre diferentes segmentos de la población.

Las inequidades en salud no solo afectan el bienestar individual, sino que también tienen un impacto en el desarrollo y la cohesión social de una comunidad o sociedad en su conjunto. Abordar estas inequidades es fundamental para lograr una sociedad más justa y saludable, donde todos tengan igualdad de oportunidades para gozar de una buena salud y bienestar.

✚ Determinantes sociales de la salud (DSS). Según la OMS los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas.

Al respecto, la OMS afirma que, diferentes estudios han develado que los determinantes sociales pueden ser más importantes que la atención en salud o la elección de estilos de vida sobre la salud de los individuos y colectivos. Además, estos tienen un rol sustancial sobre las desigualdades sociales de la salud, en la medida que es en los determinantes ambientales, sociales, económicos y culturales que subyacen los orígenes de las desigualdades e inequidades sanitarias.

La OMS también afirma que, existe consenso en que para disminuir o eliminar las desigualdades sociales en salud es necesario entender las características, los mecanismos y las vías a través de las cuales los determinantes sociales inciden sobre la salud, y producen y reproducen desigualdades sanitarias, de manera que puedan identificarse puntos estratégicos para que las políticas, planes, programas y proyectos puedan incidir positiva y efectivamente sobre las condiciones de vida de la población.

El PDSP identificó como determinantes estructurales, cuatro núcleos de injusticia social que se relacionan con la producción de inequidades sociosanitarias: injusticias económicas, conflicto armado interno; injusticias ambientales y cambio climático y discriminación de pueblos y comunidades.

Adicionalmente es importante precisar que, para el caso de los pueblos indígenas, un quinto determinante es la ubicación territorial. Estos núcleos impactan las condiciones de vida y la salud de las poblaciones de manera sistemática y con patrones de distribución territorial, que son moderados por clase social, género y pertenencia étnica.

🚦 Atención primaria en salud (APS). Según la Ley 1438 de 2011 la APS es una "estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud... se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud".

Dentro de sus características se encuentran: 1). La identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial; 2). La formulación con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar; 3). la provisión integral e integrada con financiación del sistema de salud de los servicios de salud individuales y colectivos, incluidas las tecnologías en salud; 4). la atención domiciliaria en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud; 5). El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.

1.3 Disposiciones destacables.

Entre las disposiciones destacables es necesario mencionar que, las bases del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida", adoptado mediante la Ley 2294 de 2023, consagra a Colombia como un territorio saludable, a partir de un modelo de salud preventivo y predictivo cuyo accionar se centra en las personas, las familias y las comunidades e implica un primer contacto a través de equipos básicos de salud / equipos de salud territoriales; abordaje familiar

y comunitario; longitudinalidad, atención integral, integrada y continua, énfasis en la promoción y prevención; participación social incidente y decisoria; interculturalidad y transectorialidad.

Entre las grandes transformaciones del PND se destaca el derecho humano a la alimentación y la seguridad humana y justicia social, entre las cuales se encuentran metas como eliminar el hambre en la primera infancia y bajar drásticamente la mortalidad materna, disminuir las muertes viales, entre otras.

Consecuentemente el gobierno nacional modificó a través de la Resolución 2367 de 2023 el PDSP adoptado mediante la Resolución 1035 de 2022 y estableció que el PDSP debe implementarse y ejecutarse por los agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de Protección Social, con énfasis en las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las instituciones prestadoras de servicios de salud, en coordinación con los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

El PDSP busca trascender de la perspectiva de eventos de salud-enfermedad hacia la visión de la salud como un derecho fundamental en los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas, sus familias, las comunidades y los territorios. Por consiguiente, transita de dimensiones prioritarias y transversales desarrolladas por el plan anterior (2012-2021) hacia ejes estratégicos, asumidos como ordenadores del PDSP 2022-2031 para abordar las inequidades socio sanitarias que son producto de diferentes determinantes sociales de la salud y que se caracterizaron como núcleos de injusticia social (injusticias socioeconómicas, conflicto sociopolítico, conflicto armado interno, narcotráfico y migración forzada, injusticias ambientales, cambio climático, discriminación y/o exclusión de poblaciones que pertenecen a pueblos y comunidades).

Entre tanto, durante la última década, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) estableció disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), en la Resolución 518 de 2015 y posteriormente, a través de la Resolución 295 de 2023 modificó los artículos 3, 8, 11, 14, 16 y 18 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores y las condiciones para la ejecución del PIC.

Por último, el MSPS expidió la Resolución 100 de 2024 estableciendo las disposiciones sobre la planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales, así como las responsabilidades de los actores del SGSSS en este proceso, propendiendo por la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios en el marco del PDSP, armonizado con el modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la APS.

Sobre la base de las disposiciones normativas mencionadas, los lineamientos de planeación integral para la salud en el ámbito territorial y la guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del ASIS, en el presente documento consolidamos los tres componentes del PTS 2024-2027, es decir, el ASIS, la priorización de los problemas y necesidades sociales en salud y el componente estratégico y de inversión plurianual.

Para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del departamento, se reconocerán sus necesidades y particularidades contextuales, culturales y sociales, la gestión y operación de los DSS a partir de la acción territorial, institucional, intersectorial, interseccional, y social de forma articulada, diferencial y sostenible.

2 COMPONENTE I DEL PTS 2024-2027: ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL TERRITORIO (ASIS)

La guía conceptual y metodológica para el ASIS (capítulos I, II y III) expedida por el MSPS en octubre de 2023 afirma en su introducción que:

“El análisis de situación de salud se ha convertido en un proceso básico que orienta las acciones del sector salud y organiza la respuesta desde diferentes sectores. Su abordaje implica el desarrollo de técnicas y procedimientos de análisis que permitan una visión general, pero a la vez particular de los determinantes que se expresan en desenlaces relacionados con la salud y con la enfermedad.

La salud pública vista desde tres dimensiones, la primera como la salud de las poblaciones y sus determinantes, lo que configura la dimensión del ser, la segunda como las acciones y políticas que se encaminan al logro de los más altos niveles de salud, lo que configura la dimensión del hacer y la tercera como un campo de conocimiento que convoca a diferentes áreas, lo que configura la dimensión del saber, dichas dimensiones parten del reconocimiento de las realidades poblacionales, aspecto que incluye los análisis del contexto tanto social como histórico, así como los eventos asociados a la salud enfermedad, incluida la natalidad y la muerte, así mismo la morbilidad y los traumas.

De esta forma, cualquier acción en salud debe partir de conocer las características en que nacen, viven y mueren las poblaciones, de tal forma que, en la búsqueda del objetivo de la salud, se surtan las acciones de manera apropiada.

El análisis de situación de salud, surge entonces de dicha necesidad de conocimiento de la realidad, ha variado en el tiempo y se ha ocupado de incorporar los enfoques y alternativas de análisis recientes como los relacionados con los determinantes sociales de la salud y la perspectiva poblacional para dicho análisis, así como la utilización de tecnologías adecuadas para la captación, procesamiento y análisis de la información, de esta forma, hoy día es posible encontrar diferentes opciones para la realización de un análisis de situación de salud que se corresponda con la utilidad necesaria para los tomadores de decisiones, tanto en el plano político y gubernamental, como en el plano comunitario, familiar y personal...”

La construcción participativa y sistemática orientada, entre otras cosas, a comprender integralmente la realidad territorial usó como fuentes de información las estimaciones y proyecciones de la población de los censos del DANE 2018 y los indicadores requeridos para el análisis del contexto demográfico.

Para el análisis de la mortalidad del departamento del Meta, se utilizó la información del periodo entre el 2005 al 2021, de acuerdo con las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

Se realizó una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., a través de la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del MSPS y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud (INS); además de la información contenida en las bases de datos departamentales. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2009 al 2021; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2006 al 2021 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2022. Se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporción, incidencia, letalidad)

y otras medidas como la razón de prevalencias, la razón de incidencias y la razón de letalidad, para estas medidas se estimaron los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., para las estimaciones se utilizó la hoja de cálculo Excel.

Sobre la base de lo descrito, en el 2023 finalizó el ASIS cuantitativo y en el último bimestre de la mencionada vigencia iniciaron los escenarios participativos para la construcción de cartografía social. Posteriormente, en febrero de 2024, el MSPS socializó los anexos IV, V y VI junto con los instrumentos de síntesis de los capítulos mencionados del ASIS que se incorporaron al presente documento.

La construcción del ASIS se realizó con una metodología mixta que combina el análisis de los datos cuantitativos disponibles y se consolida con un abordaje cualitativo. En lo cualitativo se inicia con la identificación de actores y fuentes de información en los territorios y termina con la generación de información sobre las prioridades en salud para la toma de decisiones.

2.1 CAPITULO I. Configuración del Territorio

2.1.1 Contexto territorial

2.1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

El departamento del Meta se encuentra localizado en la región centro-oriental de Colombia entre 1°32'30" y los 4°57'30" latitud norte y entre los 71°2'30" y 74°57'00" longitud oeste de Greenwich.

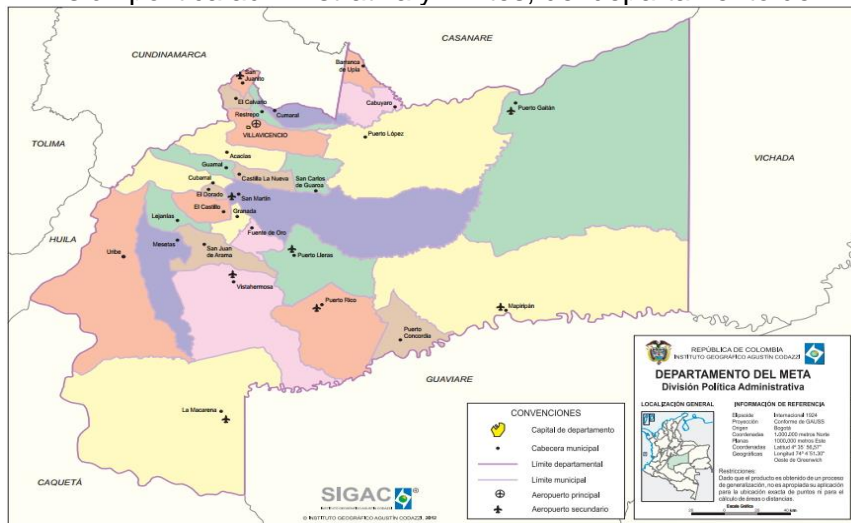
Límites

Limita por el norte con los departamentos de Cundinamarca y los ríos Upía y Meta que lo separan del departamento del Casanare; al sur con Caquetá y el río Guaviare que lo separa del departamento del Guaviare; al oriente con el departamento del Vichada y al occidente con los departamentos de Huila y Cundinamarca.

Extensión territorial

La extensión del Departamento del Meta está alrededor de los 85 mil kilómetros cuadrados (84.282 Km²), lo que representa cerca del 7.5% del territorio nacional, siendo uno de los más extensos del país.

Mapa 1. División política administrativa y límites, del departamento del Meta 2023



Fuente: Imágenes <https://images.app.goo.gl/wUkZQvFtAX3PkKFMA>

Accesibilidad geográfica

La comunicación en el departamento del Meta es principalmente terrestre, entre los municipios y la capital Villavicencio, donde se concentran los centros de negocios, distribución de insumos, alimentos y prestación de servicios, incluidos los de salud de mediana y alta complejidad. Así mismo la comunicación del Meta con la capital del país es vía terrestre de forma permanente con dos horas de recorrido.

El Meta pertenece a la intendencia fluvial del Orinoco y sus principales puertos fluviales son Puerto López y Puerto Gaitán; a través de éstos se movilizan gran cantidad de pasajeros y carga. El Meta cuenta con un aeropuerto nacional "Vanguardia", ubicado en Villavicencio siendo este el único aeródromo del departamento; que comunica con Mitú, Puerto Carreño, Puerto Inírida, San José del Guaviare, Bogotá, Medellín y Cali (información validada en el momento de actualización de este documento) en vuelos de aerolíneas comerciales regulares (cumplen con itinerario y vuelos fijos y son autorizados por la aeronáutica civil) como Avianca, Satena y Clic. No existen vuelos internacionales directos desde la capital del Meta.

Los vuelos "charter" y los vuelos comerciales no regulares llamados "aero-taxis" están con disponibilidad permanente a todo el país. Los municipios de La Macarena y Mapiripán son de muy difícil acceso terrestre, por lo cual la comunicación con estos es principalmente vía aérea desde Villavicencio. Como dato adicional, el departamento cuenta con un número incalculable de pistas de aterrizaje no regularizadas.

El aeropuerto militar de APIAY ubicado en Villavicencio, es el centro de operaciones militares de la Orinoquía y Amazonía, se encuentra ubicado a 11 Kms. por la vía que conduce al municipio de Puerto López.

La vía Bogotá-Villavicencio está dividida en tres tramos así:

Primer Tercio: Se inicia en el sector Usme, en la salida de Bogotá y finaliza en el sector El Tablón. Tiene una extensión de 34 kilómetros.

Segundo Tercio: Está ubicado entre el Tablón y Chirajara. Comprende la construcción de 29 kilómetros de doble calzada, 45 puentes, 18 túneles y cuatro galerías de escape.

Tercio Final: Este tercio va desde Chirajara hasta Villavicencio. Tiene una extensión de 22,6 kilómetros y es un proyecto perteneciente al programa de autopistas de cuarta generación.

Este proyecto desde el sector de Boquerón hasta los Fundadores, en Villavicencio, tiene 167 kilómetros de calzada en más de 85 kilómetros de extensión. Esta obra es la que más tiene puentes y túneles en el país, cuenta con 125 puentes y más de 29 túneles. Todo el trayecto se convirtió en el más moderno del país con una inversión que supera los \$5 billones.

Estas obras garantizan el tránsito por la vía las 24 horas del día, siendo afectada por las siguientes situaciones:

En mayo de 2023, la vía de comunica a los municipios El Calvario y San Juanito fue afectada por más de 200 derrumbes en todo el trayecto, en octubre de este mismo año se mejoraron las condiciones de acceso terrestre quedando una afectación por el tramo "Cundinamarca"; por la afectación (derrumbe) ocurrida en Guayabetal en el mes de agosto. Dicho derrumbe dejó sin comunicación la vía de Bogotá a Villavicencio por 2 semanas (El deslizamiento de la montaña en Guayabetal volvió a generar el cierre del corredor vial). Las pérdidas para la economía llanera son millonarias. La furia de la naturaleza arremetió nuevamente contra la vía al Llano. Sumado a esta tragedia de visualiza que

el 17 de agosto se presentó movimiento telúrico con una magnitud de 6.1, con una profundidad superficial (menor a 30 km) con epicentro en el municipio El Calvario trayendo consigo cientos de réplicas que provocaron afectación en ventanas de viviendas y establecimientos; sin pérdidas humanas.

En horas de la madrugada del martes, 18 de julio, y tras las fuertes lluvias que se registraron la noche anterior, varios ríos y quebradas se desbordaron, generando una avalancha en la vereda Naranjal del municipio de Quetame (Cundinamarca), en inmediaciones del peaje Naranjal que comunica a Bogotá con Villavicencio. La avalancha se llevó varias viviendas, reportando inicialmente al menos cinco muertos y varios desaparecidos, entre ellos varios menores de edad. Varias fueron evacuadas y varios lesionados. El total se reportaron cerca de 25 víctimas fatales. Tras la caída de los puentes en la vía el comando general de las Fuerzas Militares, instaló 2 puentes en la Ruta Nacional 40, en el sector del peaje el Naranjal (uno hacia Villavicencio y otro hacia Bogotá) los cuales permitieron el paso luego de 15 días de la tragedia.

Debido a estas tragedias que generaron cierre temporal de la vía Bogotá - Villavicencio, estas son las vías alternas que se utilizaron:

Ruta 1: Villavicencio - Barranca de Upía - Villanueva - Monterrey - Aguazul - Sogamoso - Tunja - Bogotá. Esta ruta permite el tránsito de vehículos de carga de máximo 52 toneladas de peso en el Puente del río Únete.

Ruta 2: Villavicencio - Barranca de Upía - Villanueva - Guateque. En esta ruta no está permitido el paso de tractocamiones y existen restricciones en el kilómetro 38+700, y sólo se permitió la circulación de 8:00 a 10:00 de la mañana y de 1:00 a 3:00 de la tarde.

El domingo 20 de agosto, se informó sobre el colapso del puente Los Grillos en la vía Sogamoso - Aguazul, específicamente en la transversal Cusiana (Boyacá) y vía que se había convertido en una alternativa crucial para conectar a los Llanos, cada vez que la ruta principal Bogotá - Villavicencio se viera restringida. La estructura derrumbada se encontraba en el kilómetro 80 de la transversal del Cusiana, genera un aislamiento del municipio de Pajarito y sus alrededores.

Para agosto de 2023, Según Cotelco Meta, indicó que las pérdidas en el marco hotelero superaron los 33 mil millones de pesos, desde el sector turístico, en especial desde el sector alojamiento, existió una caída en reservas y en general de la ocupación desde la avalancha de Quetame del más del 30%. Esto significó más o menos 1.200 millones de pesos diarios en esa no percepción de recursos o de ingresos. A causa de los cierres viales entre Bogotá y Villavicencio, se presentaron retrasos en el transporte de alimentos que son trasladados desde Arauca, Casanare, y Meta hacia Cundinamarca y Boyacá.

En promedio, se estima que alrededor de cuatro mil vehículos de carga de hidrocarburos, alimentos y palma circulan diariamente por esta región con fletes de al menos 3 millones de pesos, lo que provocó una pérdida cercana a los 1.200 millones de pesos por cada día de cierre. Fedetranscarga indicó que fueron perjudicados por el cierre de la vía al Llano, tanto en Cusiana, como en el puente Quetame, y calculó que las pérdidas de la federación y de los transportadores ascendieron a más de \$1 billón. La Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco) del Meta, aseguró que cerca del 35% y el 40% del Producto Interno Bruto (PIB) se vio afectado en la región. Este porcentaje, de hecho, corresponde a alimentos perecederos, ganadería y productos agropecuarios que actualmente registraron pérdidas de hasta 50 mil millones de pesos. Existió una clara dificultad que no solamente va con elementos básicos humanitarios como el oxígeno, medicamentos y otro tipo de suministros médicos, sino también la carestía y los impactos económicos para el tejido productivo de la región que son insuperables y muy complejos; serían costos del 300%, incrementos sustanciales, cosechas perdidas, carestías de distintos insumos que llegan del interior del país

Tabla 1. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital del departamento del Meta, 2023

Código	MUNICIPIO	Distancia a	Tiempo de Llegada a	Tipo de transporte
		V/cio Km	V/cio Minutos	
50001	Villavicencio	-	-	
50006	Acacias	28	20	terrestre
50110	Barranca de Upía	107	66	terrestre
50124	Cabuyaro	110	105	terrestre
50150	Castilla la Nueva	58	60	terrestre
50223	Cubarral	60	60	terrestre
50226	Cumaral	26	30	terrestre
50245	El Calvario	84	240	terrestre
50251	El Castillo	97	150	terrestre
50270	El Dorado	75	90	terrestre
50287	Fuente de Oro	108	105	terrestre
50313	Granada	87	90	terrestre
50318	Guamal	43	50	terrestre
50325	Mapiripan	530	45	aérea
50330	Mesetas	138	150	terrestre
50350	La Macarena	225	60	aérea
50370	Uribe	185	450	terrestre
50400	Lejanías	132	120	terrestre
50450	Puerto Concordia	276	240	terrestre
50568	Puerto Gaitán	194	180	terrestre
50573	Puerto López	79	90	terrestre
50577	Puerto Lleras	147	220	terrestre
50590	Puerto Rico	227	230	terrestre
50606	Restrepo	12	30	terrestre
50680	San Carlos de Guaroa	96	120	terrestre
50683	San Juan de Arama	119	120	terrestre
50686	San Juanito	180	480	terrestre
50689	San Martín	64	60	terrestre
50711	Vistahermosa	147	150	terrestre

Fuente: Secretaría de Salud del Meta

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Villavicencio hacia los municipios capitales vecinos

Municipio	Distancia en kilómetros entre Villavicencio y su municipio capital vecino	Tiempo estimado de traslado	Tipo de transporte utilizado
Bogotá	122 Kms en ruta	2 hrs 30 min	Terrestre
Bogotá	70 Kms en línea recta	27 min	Aéreo
San José del Guaviare	286 Kms en ruta	4 hrs 10 min	Terrestre
Yopal	262 Kms en ruta	4 hrs 21 min	Terrestre
Arauca	682 Kms en ruta	13 hrs 25 min	Terrestre
Arauca	455 Kms en línea recta	36 min	Aéreo
Puerto Carreño	718 Kms en línea recta	54 min	Aéreo

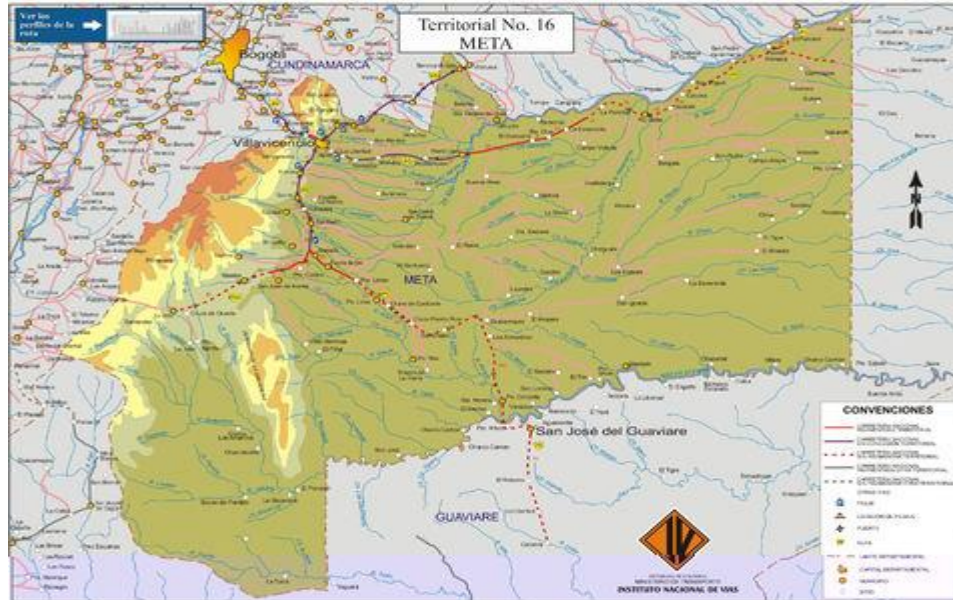
Florencia	358 Kms en línea recta	29 min	Aéreo
-----------	------------------------	--------	-------

Fuente: Secretaría de Salud del Meta

Un bajo porcentaje de la red vial del departamento es de regulares condiciones de trazado y diseño, pero permite un rápido transporte de pasajeros y de carga desde Granada, en el centro - occidente del departamento, Puerto López, en el nororiente y Restrepo, en el noroccidente, hacia Villavicencio y Bogotá. La vía Villavicencio - Puerto López - Puerto Carreño sólo está pavimentada hasta Puerto Gaitán; la "Marginal de la Selva" permite la comunicación de toda el área del piedemonte, pero aún es una carretera de bajas especificaciones y con largos tramos sin pavimentar.

Se dio inicio de la pavimentación de 48 kilómetros de La Transversal de La Macarena, aportando con hechos a la conexión de la Orinoquia con el Pacífico colombiano. Este proyecto, que promueve el desarrollo, la reactivación económica y la generación de empleo, es financiado por Invías con un valor de \$395.892 millones y ejecutado por el consorcio Hidalgo e Hidalgo Constructores. Además, se suma a los 29 kilómetros pavimentados desde el municipio de San Juan de Arama hasta Mesetas y tres puentes vehiculares construidos por parte del Ejército Nacional, además de 5 kilómetros más de Mesetas a Uribe que fueron habilitados. El otro tramo que está próximo a iniciar trabajos de obra, es el que está ubicado entre Uribe – sector Baraya – Colombia en el Huila. Esta pavimentación será llevada a cabo, a través de un convenio entre la Gobernación del Meta e INVÍAS por un valor de \$388.159 millones y una longitud de 33,6 kilómetros. “La conexión con Colombia, Huila, es una realidad (\$800 mil millones). Más de 50 años llevaban los habitantes de esta zona del departamento del Meta, esperando este corredor vial, estratégico para movilizar sus productos agropecuarios, generar empleo de calidad, potenciar al municipio como destino turístico y seguir apostándole a la paz.

Mapa 2. Vías de comunicación terrestre del departamento del Meta



Fuente: Instituto Nacional de Vías- INVÍAS

2.1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

✚ El conflicto en el Área de Manejo Especial de la Macarena (AMEM) se genera por dos fuerzas contrarias: por un lado, la lucha por la tierra de las comunidades campesinas, un eje fundamental de las movilizaciones de este sector ocurridas desde finales de los años cuarenta hasta el 2006; y por otro lado la regulación del uso, ocupación y aprovechamiento de la zona por parte del Estado, para la conservación y protección de los recursos naturales, creando áreas protegidas. La región de la Macarena, localizada al sur del departamento del Meta, tiene una privilegiada

ubicación, en el cruce de los ecosistemas de los Andes, la Orinoquia y la Amazonia. Por ser una zona de alta importancia ambiental el Estado ha intentado protegerla, a través de la constitución de figuras de protección ambiental. En ella se creó primero una Reserva Biológica en 1948 y luego un Área de Manejo Especial en 1989, en la cual confluyen dos figuras de conservación: tres Parques Nacionales Naturales y tres Distritos de Manejo Integrado. Durante este período ha habido diferentes intenciones y actuaciones institucionales para la distribución de tierra a los campesinos, con el fin de detener la presión por la tierra hacia la reserva natural, aunque con pocos avances. Si bien la titulación de terrenos baldíos y la constitución de Zonas de Reserva Campesina a partir del 2007 parece ser un avance en relación con la formalización de la tenencia de la tierra; también es importante señalar que esta vía tiene un gran riesgo en otra acción promovida por el mismo Estado, las actividades extractivas de recursos naturales tanto de carácter legal como ilegal, como la exploración y explotación de hidrocarburos, la minería y los grandes cultivos agroexportadores (palma, caña, etc.). La Macarena ha sido también un frente de colonización espontánea, donde se desarrolla el conflicto armado y agrario colombiano, con una fuerte presencia de la guerrilla, en particular de las FARC. Las movilizaciones campesinas han sido frecuentes en la zona desde los años 70s hasta la actualidad, solicitando el acompañamiento integral del Estado para el desarrollo territorial, buscando la titulación de tierras, la constitución de zonas de reserva campesina y un proceso de erradicación manual, voluntaria y asistida de los cultivos de uso ilícito, en especial de la coca. El Estado promueve en la zona operaciones militares y de fumigación de cultivos ilícitos, que afecta también cultivos de pancoger y se convierte en un factor de desplazamiento de las familias, impactando negativamente a la economía local y al ambiente. Este impacto está aún sin evaluar. Aunque sí se sabe que no hay resultados contundentes en relación con la disminución del área sembrada de coca, pues ha pasado de grandes extensiones sembradas a áreas fraccionadas en el territorio (Adaptado de Hurtado-Gómez, 2012).

✚ En el departamento del Meta, las actividades petroleras comenzaron antes de los 90s. Sin embargo, cuando los proyectos exploratorios comenzaron a tocar el piedemonte llanero a partir de 2010, las comunidades de los municipios de Acacías, Castilla la Nueva, Cumaral, Cubarral, Guamal, San Martín y Villavicencio, se manifestaron en contra de estos procesos por dos razones: la primera porque en el piedemonte se realiza la recarga hídrica de los acueductos municipales, veredales y de los distritos de riego, servicio que resultaría afectado con el desarrollo de los proyectos petroleros; la segunda razón se atribuía a los antecedentes de las múltiples afectaciones que ha ocasionado la actividad petrolera en la parte plana de los municipios de Acacías y Castilla la Nueva con el proyecto Bloque Cubarral. Las empresas que desarrollan estas actividades son Ecopetrol (55%) y Talismán Energy (45%), y MONTECZ, a través de los proyectos CPO-9 y Llanos 36 3D, respectivamente. Mientras se manifestaba la oposición por parte de los habitantes de los municipios afectados, de las Corporaciones Ambientales en cabeza de CORMACARENA y de asociaciones sindicales como la USO, se adelantaba la fase sísmica del proyecto Llanos 36 3D por parte de la compañía MONTECZ. En esta etapa inicial se realizaron 1908 perforaciones en la montaña del piedemonte, generándose derrumbes y avalanchas causados por las detonaciones; deforestación de los bosques e inundaciones por las locaciones petroleras; contaminación de aguas por vertimientos de lodo, crudo y sedimentos; afectación negativa de especies animales y vegetales por la contaminación ambiental; daños en las vías y acueductos de los municipios afectados. A mediados del 2013 por la intensificación de las protestas de los afectados y por los efectos adversos mencionados, la Agencia Nacional de Licencias Ambientales (ANLA) frena el avance del proyecto con la Resolución 0679, negando la solicitud de las empresas para perforar pozos en busca de petróleo en 13 veredas de Acacías y 3 de Villavicencio. En el bloque correspondiente al proyecto de Ecopetrol y Talisman (CPO-9), se planeaban construir 10 plataformas, con tres pozos cada una. Sin embargo, hasta el 2013 solo se alcanzaron a construir 4, por las presiones de las comunidades, por lo cual el proyecto está paralizado. No obstante, el conflicto ambiental no ha terminado, debido a que las empresas pueden apelar a otras instancias, como solicitar nuevamente la licencia presentando planes de manejo ambiental, o poniendo en marcha nuevos proyectos como ha venido sucediendo hasta el

año 2014. Por lo tanto, la oposición de las comunidades y la lucha contra estos proyectos tampoco cesará.

✚ El marco legal para el uso del bioetanol en Colombia se da con la aprobación de la Ley 693/2001 y con la Ley 939/2004 que obliga al uso de biodiesel de palma. A partir de 2006 en el marco de los acuerdos del Tratado de Libre Comercio con EE.UU., el gobierno proyecta la producción de biocombustible para posicionarse como uno de los principales exportadores de aceite de palma "promoviendo desarrollo en las zonas". Bajo estas condiciones se da el impulso de las plantaciones de palma africana. El departamento de Meta actualmente es uno de los principales productores de aceite de palma siendo un ejemplo de dichas políticas, en 2008 el área sembrada era de 120.783 Ha., pasando en 2012 a contar con 170.666 Ha. Finagro ha aprobado financiamiento para la siembra del monocultivo, de acuerdo con cifras de la Federación Nacional de Cultivadores de Palma de Aceite (FEDEPALMA), en 2012 el presupuesto nacional fue de \$ 255.570.000 y respecto al Meta fue de \$ 33. 547.000; este financiamiento se aprobó mediante la ley agraria 151/1999 que lo condicionó a la recuperación de tierras indígenas y campesinas para la elaboración de "proyectos productivos", pero desconocía la protección constitucional de los territorios colectivos y de la diversidad cultural. Es en este contexto que los campesinos se vieron obligados ante las presiones de las empresas interesadas a ser trabajadores de las plantaciones por el convenio de asociación que el gobierno impulsó con dichas leyes. En el departamento del Meta existen alrededor de 15 empresas dedicadas a la siembra, transformación y comercialización de aceite de palma y sus derivados, distribuidos en 160 fincas con 5300 empleados de los cuales el 44% son permanentes 39% temporales, 16% contratistas y 1% sin remuneración fija (FEDEPALMA, 1997). Para incrementar la productividad del cultivo se utilizan agroquímicos como el Roundup (producto de Monsanto) o mejor conocido como Glifosato, el uso de este tipo de químicos reduce las propiedades del suelo, dándole una vida útil de aproximadamente 40 años; otro de los efectos de este agroquímico es el impacto en la salud de los trabajadores de los cultivos. Ante esta situación algunos trabajadores de la empresa Unipalma de los Llanos han protestado, buscando mecanismos de apoyo se afiliaron a Sintraimagra (Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria de Productos Grasos y alimentos) constituyeron la sección Curumal (Meta), por medio de la cual realizaron un pliego petitorio que consiste en el mejoramiento de las condiciones laborales, salariales y el reconocimiento de la organización sindical. Con los comunicados realizados la situación fue conocida por el Movimiento Mundial por los Bosques Tropicales (WRM, por su sigla en inglés) quienes se pronunciaron en contra la palma de aceite en Colombia. En las plantaciones existe una creciente informalidad laboral con los trabajadores, encontrando trabajadores enfermos producto de accidentes laborales, o sin acceso a la pensión de vejez. La respuesta de la empresa ante estas denuncias ha sido la amenaza de despido, y al no existir otra posibilidad de trabajo más que las plantaciones, las personas se mantienen en esas condiciones laborales.

✚ El río Humadea se ubica en el departamento del Meta, piedemonte llanero. Esta zona recibe la humedad que desciende de la cordillera oriental y por eso es muy rica en aguas dulces subterráneas y superficiales, lo que permite que sea una reserva inmensa de acuíferos y zona de amortiguación de los páramos (y parques nacionales) de Chingaza y Sumapaz. El río Humadea en su paso por los municipios de Guamal y Castilla la Nueva ha sido históricamente un lugar de encuentro social y recreación, lo que lo convierte en el balneario más importante de la región, conocido como el Centro Poblado Turístico de Humadea y alrededor del cual desarrollan su actividad económica cientos de familias. El pozo exploratorio Lorito 1 cuya plataforma está ubicada a escasos 100 m del río Humadea, pertenece al bloque petrolero CPO9, Licenciado por la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales ANLA a la empresa ECOPETROL en 2012 con jurisdicción en los municipios de Castilla, Guamal, Castilla la Nueva, Cubarral y San Martín. La plataforma fue construida en el año 2012, mediante la expropiación del predio a los habitantes del sector, pero la perforación del pozo no ha sido posible por el bloqueo de las comunidades para la entrada del taladro. El primer punto que ha generado conflicto tras la instalación de la plataforma Lorito 1, ha sido precisamente su cercanía con el río Humadea, que afecta la bocatoma que surte

de agua al acueducto del Centro Poblado Turístico de Humadea -de gran cantidad de población flotante anual- y peligrosamente cerca de los tanques desarenadores del acueducto del municipio de Castilla La Nueva, además de afectar la zona de recarga hídrica perteneciente a la cuenca del río Humadea, que surte los acuíferos del sector. El segundo punto que causa el rechazo de las comunidades a la instalación de Lorito 1, es la existencia de antecedentes de degradación ambiental en la región por parte de ECOPETROL, como lo son la contaminación del río Acacias y de los pozos profundos de varias veredas en el municipio de Acacias. Las comunidades aledañas al río Humadea y las del sector río abajo de la plataforma, ven entonces con la llegada del pozo petrolero, que se ponen en riesgo sus medios materiales de subsistencia al hacerse latente la contaminación de esta fuente hídrica y de los suelos aledaños a la zona de extracción donde se desarrollan actividades agropecuarias. Así quedó evidenciado en la movilización de 150 días realizada por la población para frenar la construcción del pozo y en la acción popular de medida cautelar presentada. Estas dos acciones tuvieron como efecto que la sala de decisión No 2 de Tribunal Administrativo de Meta, decretara la cesación inmediata de las actividades de Ecopetrol en el pozo exploratorio Lorito 1, en septiembre del 2013. Dicho concepto alude también, a que Castilla La Nueva por medio de la empresa de servicios públicos Aguas de Castilla E. S. P., tiene una concesión de aguas vigente de 20 litros por segundo para abastecer a más de 5 mil habitantes del sector urbano y rural que compite con la instalación de la plataforma. A pesar de esta medida legal de protección, los habitantes de la zona siguen alerta frente a la imposición de nuevos pozos petroleros en la región que puedan afectar ésta y otras fuentes hídricas del piedemonte llanero.

Actualmente en la región del Alto Ariari se están haciendo los procesos de socialización del proyecto “Área de perforación exploratoria Guarupayo” como parte del bloque petrolero CPO9 Llanos orientales. Este proceso de exploración lo llevaría a cabo la empresa Mega Oil, contratada por ECOPETROL, titular del 55% del bloque CPO9, junto a Talisman Energy Inc que es titular del 45% restante. El 8 de noviembre de 2013 las comunidades organizaron una marcha denominada “No a la exploración petrolera en el Ariari” en la que manifestaron oponerse al proyecto del área Guarupayo porque se pondría en riesgo la estabilidad del río Ariari, considerado la “columna vertebral del desarrollo agrícola y pecuario de los minifundistas de la región y que garantiza el consumo vital de los pobladores”, haciendo que durante años esta región sea considerada una despensa agrícola para el país; también consideran que la extracción petrolera es un retroceso a los avances que ha hecho la comunidad y las autoridades locales para fomentar el desarrollo turístico alrededor del río, siendo éste uno de los balnearios más importantes de la región. El proceso de socialización llevado a cabo en 2013 fue también uno de los detonantes para esta oposición de los habitantes de los municipios de la región que más serán afectados en el proceso de exploración: El Dorado, Granada, El Castillo y Cubarral. En el municipio de El Dorado denuncian que Ecopetrol ha incurrido en irregularidades en la socialización en materia de participación comunitaria, alegan que se han generado fragmentaciones en la participación de las comunidades al quedar limitado el acceso de la población más alejada, porque las reuniones se realizan en el casco urbano, a 2 o 3 horas de camino desde las veredas que van a ser intervenidas. En el municipio de El Castillo se han debido suspender en dos ocasiones las actividades de socialización porque se han presentado problemas de orden público. En Granada la empresa ha estado apoyando eventos culturales de reconocimiento histórico del territorio, lo cual ha despertado la indignación de las comunidades pues están en contra de que la empresa que planea cambiar sus paisajes y entorno ambiental, esté apoyando los procesos de reconstrucción histórica donde se denota la interrelación que tradicionalmente han tejido los pobladores con sus río y el piedemonte; también allí acusan a ECOPETROL de intentar dividir a las comunidades con prebendas a líderes u ofertas de trabajo a los pobladores. A comienzos del año 2014 las comunidades de estos municipios manifestaron estar haciendo gestiones y asesorándose para realizar consultas populares en sus territorios en relación con la explotación petrolera.

El municipio de La Macarena tiene una extensión de 11,230 km². Está ubicado dentro del área de manejo especial de La Macarena creada en 1988. Esta área tiene influencia sobre 19

municipios y contiene 4 parques naturales: Sierra de La Macarena, Parque Tinigua, Serranía de los Picachos y Páramo de Sumapaz. La Macarena es un municipio que ha sido afectado por el conflicto armado y la violencia desencadenada por múltiples olas de explotación de recursos naturales, incluido el caucho, la coca, la madera y ahora con la amenaza del petróleo. El proyecto Serranía está ubicado entre los departamentos de Caquetá y Meta en los municipios de La Macarena y San Vicente del Caguán. La empresa interesada en desarrollar la exploración sísmica es Hupecol, compañía de capital de los Estados Unidos. El proyecto se encuentra en etapa de solicitud de evaluación para licenciamiento exploratorio. El proyecto se radicó en 2011, los primeros datos se tomaron en 2009 y el EIA se entregó a la ANLA en 2014. El área del proyecto se encuentra en la zona donde confluyen la Orinoquia, la Amazonia y los Andes, por lo cual es una zona de alto endemismo. Socialmente ha sido un lugar muy complejo. Con relación a las características geológicas se conoce muy poco de esta zona. El estado ha protegido estas zonas por más de 50 años, lo que se ha reflejado en la existencia de tres parques naturales nacionales y de 2 distritos de manejo integrados muy grandes. La empresa propone una zona de 34,000 Has. Se ubica a menos de 2 km del límite del Parque Tinigua, a 15 km de Picachos y a casi 70 km de Caño Cristales, un lugar emblemático del turismo de todos los llanos orientales. La comunidad de La Macarena consiguió 50 millones de pesos para contratar un estudio independiente que evaluara el documento del EIA entregado por la empresa en 2014. Este estudio concluye que:

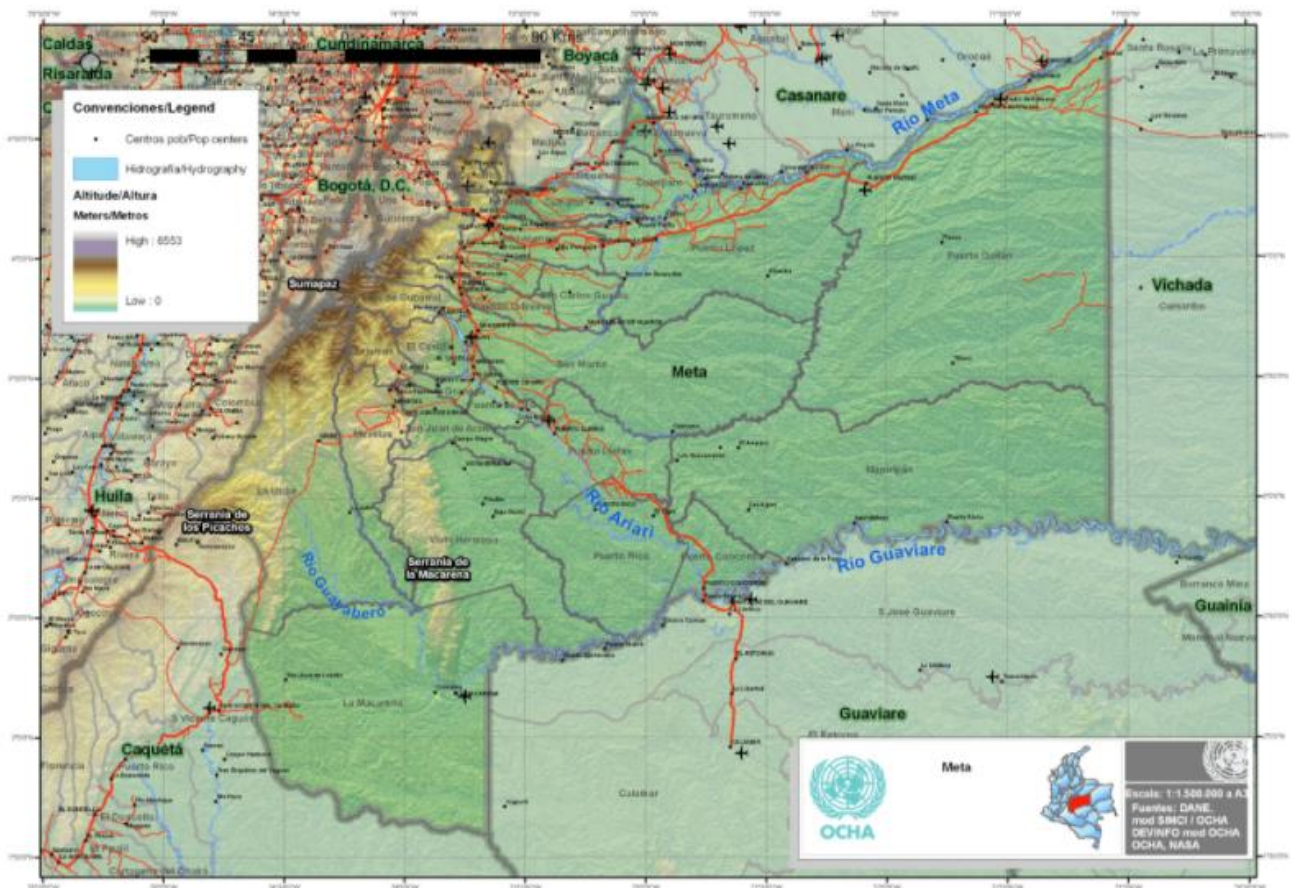
- El EIA es un estudio incompleto, basado en estudios hechos en Estados Unidos y, además, es contradictorio.
- La Agencia Nacional de Licencias Ambientales – ANLA tiene unos términos de referencia muy precarios y poco exigentes para las empresas.
- No existe información básica en Colombia con relación a su geología, hidrogeología e hidrología.
- El tema ambiental en el piedemonte llanero puede contribuir a exacerbar los conflictos en zonas donde ha existido conflicto por décadas.

✚ La conclusión de este estudio es que no se pueden tomar decisiones riesgosas cuando la información es tan precaria y que se debe optar por el principio de precaución. A partir de este estudio, la comunidad solicitó una Audiencia Pública que se realizó el 4 de Julio de 2015 con la presencia de 700 personas y que permitió mostrar el rechazo de la comunidad a este proyecto. A pesar de la oposición de la ciudadanía, la ANLA mediante resolución 0286 del 18 de marzo del 2016, decidió otorgar la licencia exploratoria a Hupecol. La reacción de la comunidad no se hizo esperar. Las comunidades campesinas salieron a manifestarse en las veredas del municipio de La Macarena. Desde que se notificó la resolución a la comunidad el día 6 de abril del 2016, los líderes que habían promovido el análisis del EIA y la audiencia pública convocaron de nuevo al equipo asesor, a los medios de comunicación locales y nacionales, y con el apoyo de sus redes despertaron una masiva movilización nacional. Varios congresistas al igual que la gobernadora del Meta, Claudia Marcela Amaya solicitaron a la ANLA revocar la licencia. El 12 de abril el alcalde La Macarena Ismael Medellín Dueñas, el presidente del Concejo Municipal Pedro Nel Rocha y el personero municipal Héctor Julián Arias Ávila estuvieron en la comisión quinta del senado explicando las contradicciones del proceso de licenciamiento ambiental por parte de la ANLA, desconociendo la vocación y visión del municipio, su fragilidad ecosistémica y la oposición de la comunidad. Ante la presión de la comunidad, el 14 de abril de 2016 el presidente Juan Manuel Santos emitió un comunicado por Twitter en el que dice: “Con @GabrielVallejoL decidimos suspensión de Res 286 hasta que se garantice protección medioambiental de Caño Cristales y área de influencia”. La suspensión de la licencia no significa su revocación. El condicionamiento de la licencia a una garantía de la protección medioambiental de Caño Cristales mantiene abierta la puerta a manejos administrativos para que se realice la actividad exploratoria. Por un lado, sólo habla de Caño Cristales, desconociendo el resto del territorio de influencia y por otro lado se invisibilizan dos grandes temas: las inconsistencias técnicas de la ANLA que fueron identificadas por la comunidad y la oposición social y política de la comunidad local y sus representantes que se han manifestado en múltiples oportunidades.

Relieve y Aspectos fisiográficos

El territorio departamental está formado por tres grandes regiones fisiográficas: La primera, ubicada en el occidente del Departamento, la constituye la parte montañosa representada por el flanco oeste de la cordillera Oriental con alturas que alcanzan los 4.000 m.s.n.m y en límites con los departamentos de Caquetá, Huila y Cundinamarca; el piedemonte o área de transición entre la cordillera, la llanura y la Serranía de La Macarena, ubicada esta última en forma casi perpendicular a la cordillera Oriental. La segunda unidad fisiográfica es la planicie, sector casi plano con alturas que no sobrepasan los 200 m.s.n.m y ubicado en el centro y oriente del departamento. Esta planicie está conformada por la parte occidental del escudo guyanés y materiales erosionados de la cordillera y depositados por los diferentes ríos que la surcan, formando colinas disectadas, terrazas, vegas y vegones. La tercera, corresponde a la zona sur del departamento y cubre alrededor del 60% de su territorio. Su fisiografía varía desde las tierras de páramo y laderas de la cordillera oriental hasta las vegas y planicies cálidas de los ríos Ariari y Guaviare. Allí confluyen grandes áreas del Sistema de Parques Nacionales Naturales: PNN Páramo de Sumapaz, PNN Cordillera de los Picachos, PNN Tinigua y PNN Serranía de la Macarena; comprende, además, los paisajes de altillanura con vegetación de sabana y bosque primario.

Mapa 3. Relieve departamento del Meta



Fuente: OCHA - United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

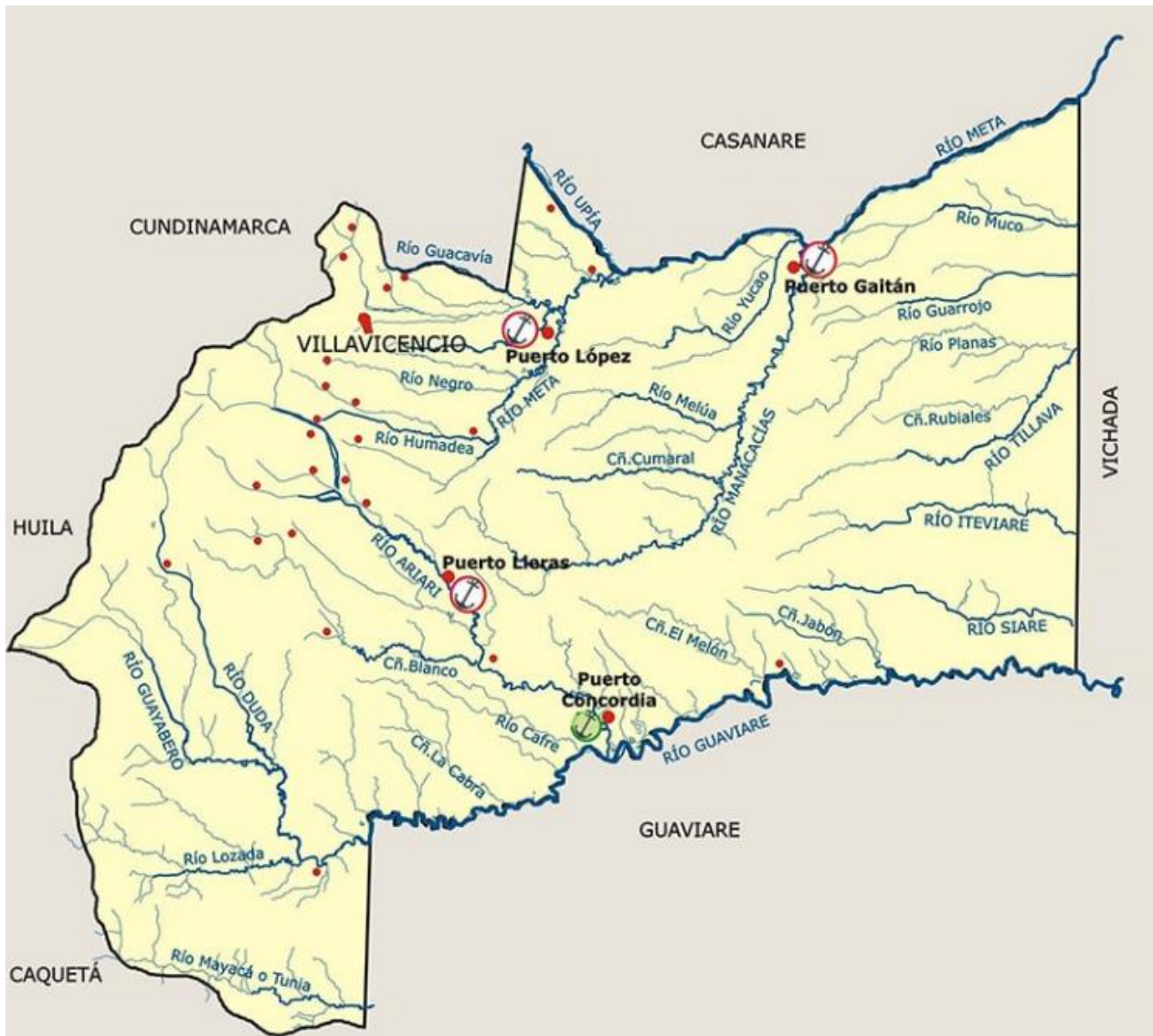
Altura

La altura sobre el nivel del mar oscila entre 125 y 4000 metros.

Hidrografía

El territorio metense se encuentra bañado por innumerables ríos, entre ellos el Meta, Guayabero, Guayuriba, Ariari, Manacacías, Metica, Guamal, Humadea, Yucao, Upía y Humea. Las lagunas más importantes del departamento son: Lomalinda, El Porvenir, La Conquista, San Vicente Santaya y Remanzón.

Mapa 4. Hidrografía del departamento del Meta, 2023



Fuente: <https://images.app.goo.gl/FhTvj2TNLkkWREw2A>

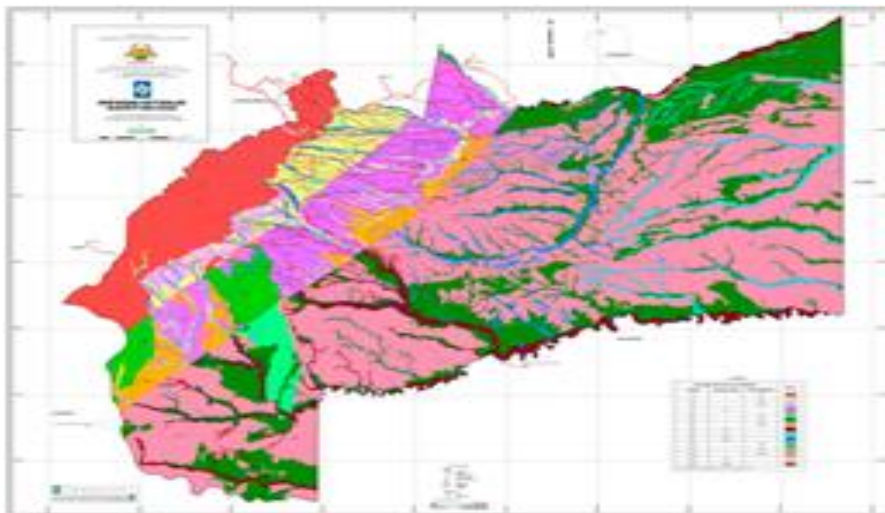
Zonas de riesgo por Amenazas Sísmicas

Las fallas del piedemonte Llanero, cercanas a la Ciudad de Villavicencio, son catalogadas como fallas activas y otras potencialmente activas como la falla Colonia, la falla Tesalía, la falla de Santa María y la de Lengupa. Cabe anotar que la actividad sísmica proveniente de la fuente del piedemonte, es de carácter superficial, es decir, el hipocentro o foco de los sismos allí originados tiene una profundidad menor a 30 Km, característica de los sismos de Tauramena, El Calvario y Guayabetal los cuales son asociados a dicha fuente.

Zonas de riesgo por Amenazas de Inundación

El departamento del Meta hace parte del 12% del territorio nacional que se localiza en áreas con una mayor susceptibilidad a inundaciones, distribuidas en 79 municipios, principalmente en los departamentos del Valle del Cauca, Atlántico, Cundinamarca, Magdalena, Antioquia, Córdoba, Cesar, Cauca. Por otro lado, también hace parte del 18% del territorio nacional se encuentra ubicado en zonas de amenaza alta por movimientos en masa, especialmente en los departamentos de Quindío, Risaralda, Caldas, Nariño, Cauca, Arauca, Huila, Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Santander.

Mapa 5. Zonas de riesgo por amenazas naturales del departamento del Meta, 2023



Fuente: www.google.com/images.

Temperatura y humedad

La temperatura del departamento varía desde un promedio de 6°C, en el páramo, hasta temperaturas promedio de más de 24°C en la llanura; en el piedemonte la temperatura oscila entre 18 y 24°C. La vegetación de la llanura está conformada por pastos y pajonales con abundantes arbustos y árboles de baja altura. En las riberas de los ríos se encuentran los bosques de galería de gran variedad florística; en el occidente del departamento la vegetación es de bosque húmedo tropical, bosques andinos y páramo en las partes más altas.

En el Departamento del Meta se logran distinguir diferentes tipos de clima, entre los que se encuentran: superhúmedo (alto A3, medio A2, bajo A1), muy húmedo (B4), húmedo (B3), moderadamente húmedo (B2), ligeramente húmedo (B1) y semihúmedo (C2).

Clima superhúmedo alto A3: Se presentan factores de humedad mayores a 300, precipitaciones superiores a 5.000 mm, temperatura mayor a 24,2°C. Se ubica en el municipio de Restrepo, y entre los municipios de Acacías y Guamal.

Clima superhúmedo medio A2: Contempla factores de humedad entre 201 y 300, precipitaciones entre 2.800 mm y 5.270 mm, temperaturas entre 16,6°C y 26,2°C. Se localiza en los municipios de Guamal, Acacías, Castilla La Nueva, Villavicencio, Restrepo, Cumaral, San Juanito, Cubarral y El Calvario.

Clima superhúmedo bajo A1: Se presentan factores de humedad entre 101 y 200, precipitaciones entre 2.800 mm y 3.750 mm, temperaturas entre 22,3°C y 25,1°C. Se localiza en los municipios de La Macarena, Vista Hermosa, Uribe, Mesetas, San Juan de Arama, Fuentedeoro, Granada, Lejanías, El Castillo, El Dorado, Cumaral, Castilla La Nueva, Villavicencio, Restrepo, San Martín y Cubarral.

Muy húmedo B4: Existen factores de humedad entre 81 y 100, precipitaciones entre 2.700 mm y 2.800 mm, temperaturas entre 24,8° y 26,0°C, va en sentido sur-norte, cubriendo parte de los municipios de La Macarena, Mesetas, Puerto Rico, Vista Hermosa, Puerto Lleras, San Juan de Arama, Fuentedeoro, Granada, San Martín, Cubarral, San Carlos de Guaroa, Castilla La Nueva, Puerto López, Villavicencio y Cabuyaro.

Húmedo B3: Con factores de humedad entre 61 y 80, precipitaciones entre 2.600 mm y 2.800 mm, temperaturas entre 26,0° y 26,2°C, va paralela a la unidad climática B4, en sentido sur-norte, cubriendo parte de los municipios de La Macarena Vista Hermosa, Puerto Rico, Puerto Lleras, San Martín, San Carlos de Guaroa y Puerto López.

Moderadamente húmedo B2: Se presentan factores de humedad entre 41 y 60, precipitaciones entre 2.100 mm a 2.300 mm, temperaturas entre 25,0°C y 25,3°C, va paralela a la unidad climática B3, en sentido sur-norte, cubriendo parte de los municipios de Puerto Concordia, Mapiripán, San Martín, La Macarena y Puerto López.

Ligeramente húmedo B1: Contempla factores de humedad entre 21 y 40, precipitaciones entre 1.900 mm y 2.200 mm, temperaturas superiores a los 26,3°C, cubre gran parte del municipio de Puerto Gaitán.

Semihúmedo C2: Se presentan factores de humedad entre 0 y 20, precipitaciones de 1.900 mm, temperaturas superiores a los 26,3°C, cubre un pequeño sector localizado en la parte nororiental del municipio de Puerto Gaitán.

2.1.3 Contexto poblacional y demográfico

Población total

El departamento del Meta para el año 2023 tiene una población total estimada de 1.130.085 habitantes según la proyección del Censo DANE 2020-2035 población Post COVID. Todos los municipios a excepción de Castilla la Nueva, tuvieron crecimiento poblacional en relación con la proyección del año inmediatamente anterior.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El Departamento del Meta tiene una extensión de 84.282 Km cuadrados, para el año 2023 la densidad poblacional es de 13 habitantes por kilómetro cuadrado; los municipios de Villavicencio, Granada y Acacias tienen la densidad poblacional más alta; mientras que, Mapiripán, Puerto Gaitán, Uribe y La Macarena, presentan la situación contraria con una población con una densidad poblacional baja.

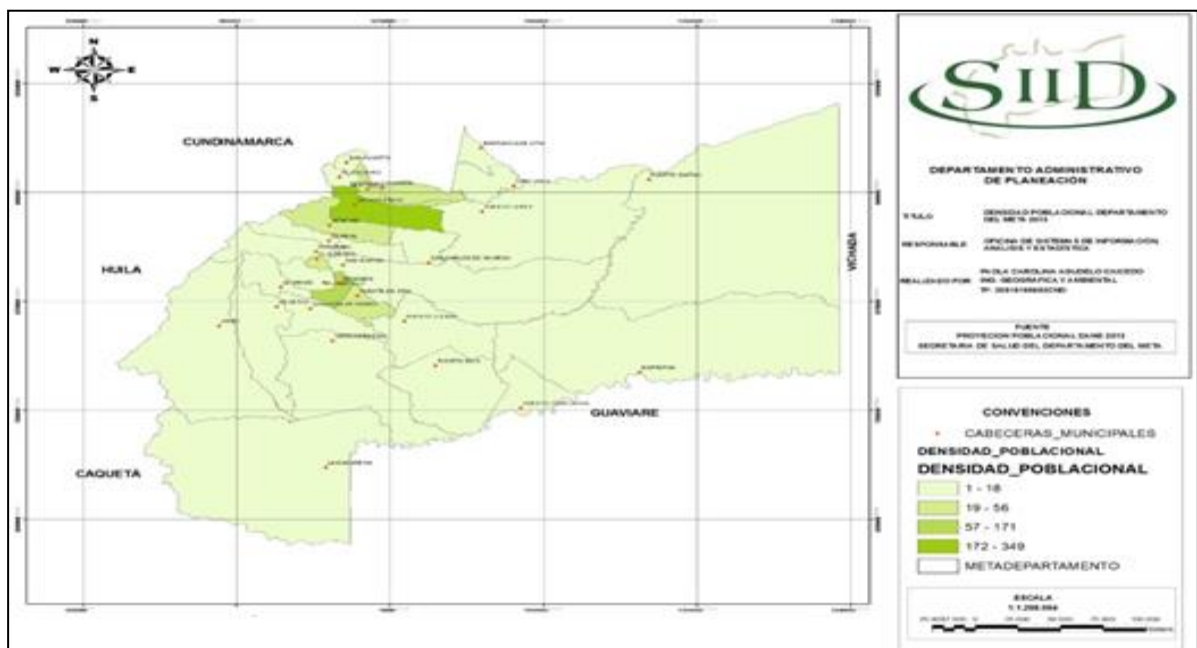
Tabla 3. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado en el Departamento del Meta, 2023

DPMP	MUNICIPIO	Población total	Extensión en km2	Densidad poblacional
		N° hab	Km2	hab/km2
50001	Villavicencio	577.875	1.313	440
50006	Acacias	95.500	1.119	85
50110	Barranca de Upia	7.079	315	22
50124	Cabuyaro	6.554	884	7
50150	Castilla la Nueva	15.683	503	31
50223	Cubarral	7.687	1.308	6

50226	Cumaral	24.858	580	43
50245	El Calvario	1.870	200	9
50251	El Castillo	8.539	693	12
50270	El Dorado	4.284	115	37
50287	Fuente de Oro	13.163	628	21
50313	Granada	75.007	350	214
50318	Guamal	15.361	785	20
50325	Mapiripán	7.474	11.400	1
50330	Mesetas	12.192	1.980	6
50350	La Macarena	28.920	11.229	3
50370	Uribe	9.989	6.037	2
50400	Lejanías	12.378	852	15
50450	Puerto Concordia	9.038	1.298	7
50568	Puerto Gaitán	45.511	17.499	3
50573	Puerto López	33.079	6.740	5
50577	Puerto Lleras	11.300	2.410	5
50590	Puerto Rico	13.663	3.431	4
50606	Restrepo	19.890	434	46
50680	San Carlos de Guaroa	13.433	811	17
50683	San Juan de Arama	9.862	1.163	8
50686	San Juanito	1.385	162	9
50689	San Martín	29.399	5.959	5
50711	Vistahermosa	19.112	4.084	5
TOTAL		1.130.085	84.282	13

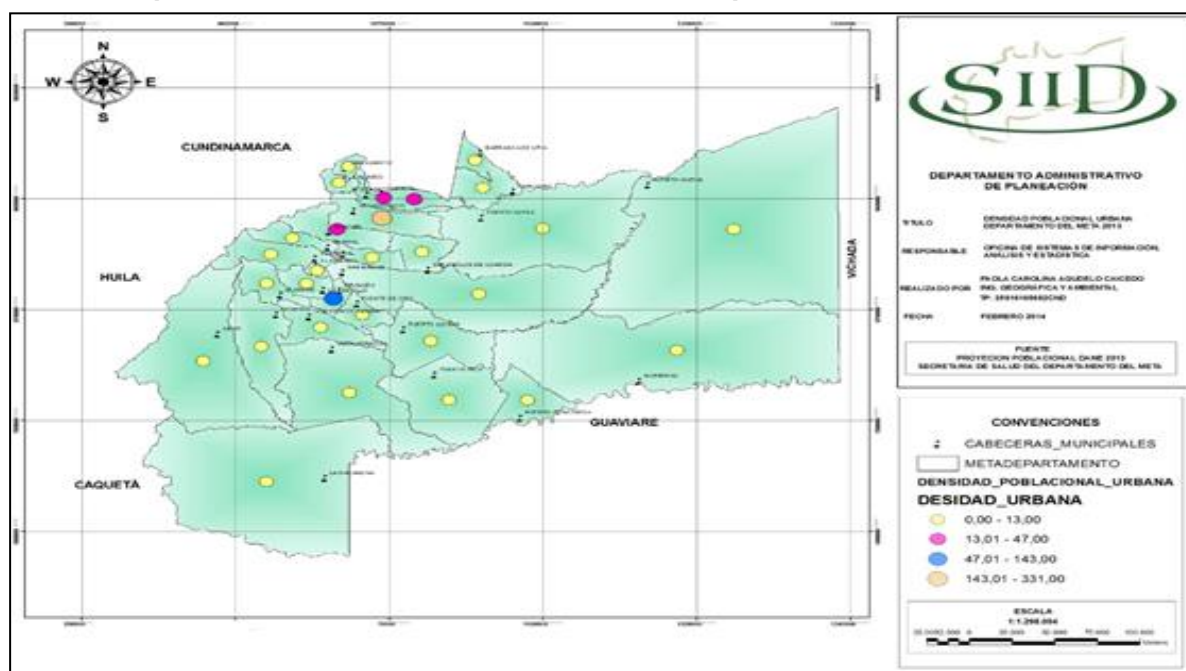
Fuente: Geo portal DANE- Datos abiertos Colombia MINTIC- Editado por Secretaría de Salud del Meta

Mapa 6. Densidad Poblacional del Departamento del Meta, 2023



Fuente: Secretaría de Planeación departamental del Meta

Mapa 7. Densidad Poblacional urbana del departamento del Meta, 2023



Fuente: Secretaría de Planeación departamental del Meta.

Grado de urbanización

Once de los 29 municipios (38%) son eminentemente urbanos, con un porcentaje de su población superior al 55% ubicada en el área urbana, estos son Villavicencio, San Martín, Acacias, Granada, Guamal, Barranca de Upía, Restrepo, Cumaral, Cubarral, Puerto López y Fuente de Oro; en este grupo se encuentran 3 municipios con el mayor aporte de población al Departamento (Villavicencio, Granada, Acacias).

Tres Municipios (10%) tienen población distribuida de igual forma entre urbano y rural, con un grado de urbanización entre 50% y 54.9%, estos son Puerto Rico, San Carlos de Guaroa y San Juanito.

Los restantes 15 municipios (52%) tienen su población ubicada en mayor proporción en el área rural, con un grado de urbanización menor del 50% estos son Cabuyaro, Lejanías, El Dorado, Vista Hermosa, El Calvario, El Castillo, Mesetas, Puerto Lleras, Uribe, La Macarena, Mapiripán, Castilla la Nueva, Puerto Concordia, Puerto Gaitán, San Juan de Arama.

Tabla 4. Grado de urbanización por municipio. Meta 2023

DPMP	MUNICIPIO	Población			Grado de urbanización
		Total	Cabecera	Resto	
50001	Villavicencio	577.875	531.600	46.275	92,0
50006	Acacias	95.500	72.267	23.233	75,7
50110	Barranca de Upia	7.079	5.044	2.035	71,3
50124	Cabuyaro	6.554	3.251	3.303	49,6
50150	Castilla la Nueva	15.683	6.316	9.367	40,3
50223	Cubarral	7.687	5.046	2.641	65,6
50226	Cumaral	24.858	16.241	8.617	65,3

50245	El Calvario	1.870	675	1.195	36,1
50251	El Castillo	8.539	3.212	5.327	37,6
50270	El Dorado	4.284	1.528	2.756	35,7
50287	Fuente de Oro	13.163	7.502	5.661	57,0
50313	Granada	75.007	62.811	12.196	83,7
50318	Guamal	15.361	10.320	5.041	67,2
50325	Mapiripán	7.474	2.550	4.924	34,1
50330	Mesetas	12.192	5.084	7.108	41,7
50350	La Macarena	28.920	4.736	24.184	16,4
50370	Uribe	9.989	2.213	7.776	22,2
50400	Lejanías	12.378	5.147	7.231	41,6
50450	Puerto Concordia	9.038	3.628	5.410	40,1
50568	Puerto Gaitán	45.511	22.449	23.062	49,3
50573	Puerto López	33.079	20.053	13.026	60,6
50577	Puerto Lleras	11.300	4.317	6.983	38,2
50590	Puerto Rico	13.663	6.903	6.760	50,5
50606	Restrepo	19.890	13.183	6.707	66,3
50680	San Carlos de Guaroa	13.433	6.810	6.623	50,7
50683	San Juan de Arama	9.862	4.893	4.969	49,6
50686	San Juanito	1.385	756	629	54,6
50689	San Martín	29.399	21.224	8.175	72,2
50711	Vistahermosa	19.112	8.383	10.729	43,9
5000	Meta	1.130.085	858.142	271.943	75,9

FUENTE: DANE 2018 Editado por Secretaría de Salud del Meta

Según National Geographic, la deficiente calidad del aire y del agua, la insuficiente disponibilidad de agua, los problemas de desecho del agua y el alto consumo energético son multiplicados por la creciente densidad de población y las demandas de los entornos urbanos. Conforme las áreas urbanas del mundo crezcan, será esencial desarrollar sólidos programas de planificación urbana para resolver estas y otras dificultades.

Amenazas

- ✚ El crecimiento intensivo de las ciudades puede generar más pobreza e impedir que los gobiernos locales ofrezcan servicios a todas las personas.
- ✚ El consumo concentrado de energía aumenta la contaminación del aire, con un notable impacto en la salud humana.
- ✚ Las emisiones de los automóviles producen elevados niveles de plomo en el aire urbano.
- ✚ Grandes volúmenes de residuos no recogidos suponen múltiples riesgos para la salud.
- ✚ El desarrollo urbano puede magnificar el riesgo de desastres medioambientales, como las inundaciones súbitas.
- ✚ La contaminación y las barreras físicas que impiden el crecimiento de las raíces fomentan la pérdida de masa forestal urbana.
- ✚ La fauna se ve perjudicada por sustancias tóxicas, vehículos y la pérdida del hábitat y las fuentes de alimentos.

Soluciones

- ✚ Combatir la pobreza fomentando el desarrollo económico y la creación de empleo.
- ✚ Fomentar la participación de la comunidad local en el gobierno local.
- ✚ Reducir la contaminación del aire mejorando el uso de la energía y los sistemas alternativos de transporte.
- ✚ Crear consorcios públicos y privados para ofrecer servicios como el desecho de residuos y el alojamiento.
- ✚ Plantar árboles e incorporar el cuidado de los espacios verdes de las ciudades como elemento clave de la planificación urbana.

El departamento del Meta, en sus $\frac{3}{4}$ partes es eminentemente urbano, y se ve afectada en algunas las amenazas enunciadas por National Geographic, siendo un reto para la administración departamental, afianzar las acciones buscando soluciones a esta problemática buscando satisfacer las necesidades básicas.

Con corte a noviembre de 2023, en el departamento del Meta se han presentado 347.361 eventos victimizantes (ver siguiente tabla) a una persona en lugar y fecha determinada, de los cuales 321.470 son personas reconocidas en el marco de la ley 1448 de 2011 que fueron víctimas de un hecho victimizante; 317.548 son personas que declararon el hecho victimizante ante el ministerio público; 289.985 son personas víctimas que viven en el departamento, según la última ubicación reconocida; 258.103 son personas que accedieron efectivamente a las medidas de protección y/o reparación.

Los hechos victimizantes de los que han sido afectados son:

- ✚ Actos terroristas, atentados, combates, enfrentamientos, hostigamientos
- ✚ Amenazas
- ✚ Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado.
- ✚ Desaparición forzada
- ✚ Desplazamiento forzado
- ✚ Homicidio
- ✚ Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado.
- ✚ Secuestro
- ✚ Tortura
- ✚ Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados
- ✚ Despojo y/o abandono forzado de tierras
- ✚ Despojo y/o abandono forzado de bienes
- ✚ Lesiones personales físicas
- ✚ Lesiones personales psicológicas
- ✚ Confinamiento

De las 122 víctimas de confinamiento registradas, 121 accedieron efectivamente a las medidas de protección y/o reparación.

Tabla 5. Hechos Victimizantes Desagregado, 2023

Hecho Victimizante	Víctimas Ocurrencia	Víctimas Declaración	Víctimas Ubicación	Sujetos de Atención	Número de Eventos
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	2.192	1.800	1.826	1.631	2.524
Amenaza	15.287	10.928	12.620	12.237	16.422
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	1.033	1.224	1.211	1.182	1.077

Desaparición forzada	15.404	15.899	11.491	9.776	16.505
Desplazamiento forzado	241.036	244.399	227.184	202.685	261.760
Homicidio	34.328	34.887	26.360	22.356	36.221
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	1.212	393	430	391	1.228
Secuestro	1.949	1.152	1.355	1.010	1.987
Tortura	284	279	261	243	286
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	669	557	552	524	706
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	940	11	787	737	1.106
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	5.060	4.844	4.145	3.744	5.420
Lesiones Personales Físicas	819	643	590	563	824
Lesiones Personales Psicológicas	587	530	542	490	587
Confinamiento	0	0	122	121	0
Sin información	670	2	509	413	708
	321.470	317.548	289.985	258.103	347.361

Fuente: <https://datospaz.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas/>

2.1.3.1 Población con pertenecía a pueblos y comunidades étnicas

La población por pertenencia étnica en Colombia desagregada según Proyecciones de población municipal por área y pertenencia étnico-racial Dane 2018-2035 se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 6. Autorreconocimiento étnico Departamento del Meta

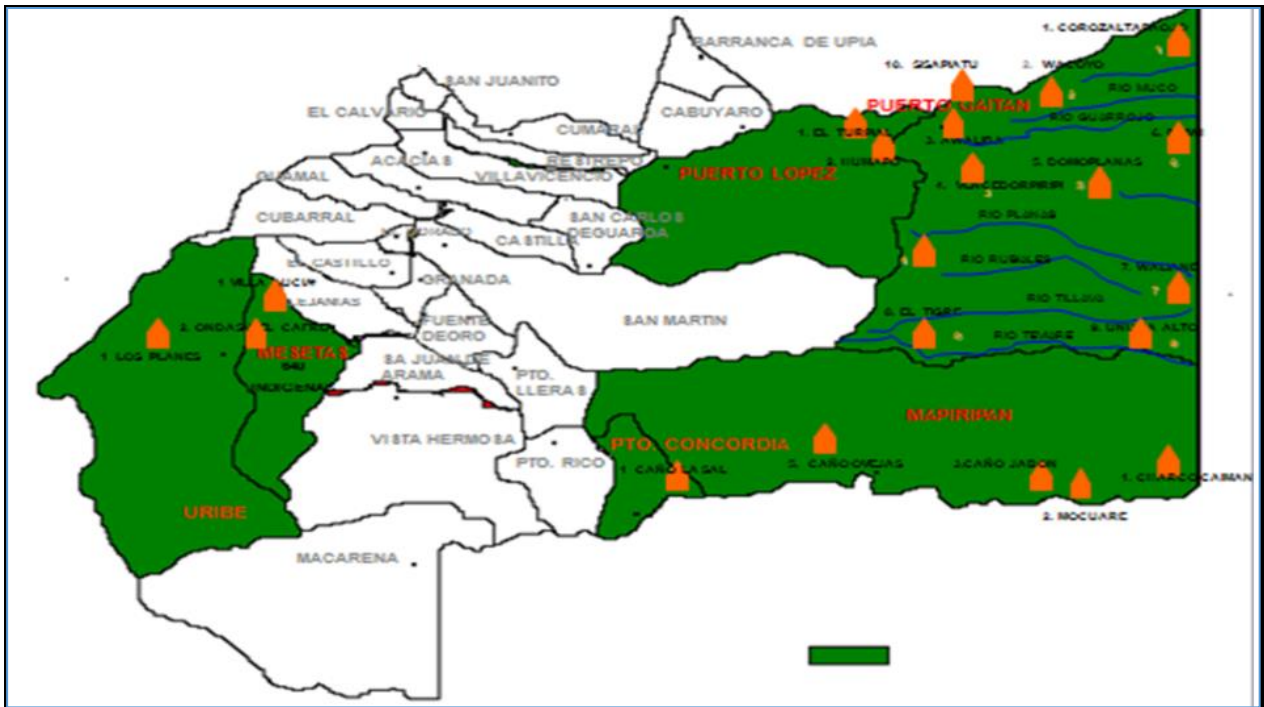
MUNICIPIO	Indígena	Gitano(a) o Rrom	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Palenquero(a) de San Basilio	Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	Ningún grupo étnico-racial	Total
Villavicencio	2.205	21	72	13	5.466	570.098	577.875
Acacias	175	0	12	3	1.062	94.248	95.500
Barranca de Upía	4	0	1	0	23	7.051	7.079
Cabuyaro	139	0	0	0	217	6.198	6.554
Castilla la Nueva	36	0	0	0	103	15.544	15.683
Cubarral	14	0	3	0	83	7.587	7.687
Cumaral	26	0	2	3	381	24.446	24.858
El Calvario	1	0	0	1	13	1.855	1.870
El Castillo	3	2	2	0	25	8.507	8.539
El Dorado	20	0	0	1	62	4.201	4.284
Fuente de Oro	10	0	0	0	80	13.073	13.163
Granada	164	1	7	2	760	74.073	75.007
Guamal	13	0	0	0	70	15.278	15.361
Mapiripán	2.718	1	2	2	101	4.650	7.474

Mesetas	727	0	0	4	115	11.346	12.192
La Macarena	1.201	4	1	0	146	27.568	28.920
Uribe	514	2	1	0	30	9.442	9.989
Lejanías	108	0	0	0	51	12.219	12.378
Puerto Concordia	652	0	0	0	154	8.232	9.038
Puerto Gaitán	14.387	4	1	4	423	30.692	45.511
Puerto López	1.675	0	2	0	262	31.140	33.079
Puerto Lleras	75	0	0	0	59	11.166	11.300
Puerto Rico	20	0	0	0	328	13.315	13.663
Restrepo	27	0	4	0	78	19.781	19.890
San Carlos de Guaroa	42	0	0	0	318	13.073	13.433
San Juan de Arama	8	0	6	0	40	9.808	9.862
San Juanito	10	0	0	0	4	1.371	1.385
San Martín	125	1	1	3	226	29.043	29.399
Vistahermosa	28	2	1	0	265	18.816	19.112
Departamento Meta	25.127	38	118	36	10.945	1.093.821	1.130.085

Fuente: Proyecciones de población municipal por área y pertenencia étnico-racial Dane 2018-2035

Para el autorreconocimiento étnico, el 96.7% no se considera de ningún grupo étnico-racial; el 2.2% se considera población indígena, el 1% de población negro, mulato afrodescendiente o afrocolombiano, el 0.1% restante se considera gitano, raizal o palenquero. El municipio que tiene mayor número de población indígena es Puerto Gaitán donde el 31.6% de sus habitantes se auto reconocen de esa etnia

Mapa 8. Zonificación de territorios indígenas, departamento del Meta 2023



Fuente: Programa de gestión poblaciones vulnerables e indígenas SSM

La ACIM Asociación de Cabildos Indígenas del Departamento del Meta, describe las características más importantes de los resguardos, en la página <https://asociacionacim.org/>

Resguardo Vencedor Piriri-Puerto Gaitán

Ubicación: se encuentran asentadas en los sitios denominados Vencedor, Piriri, Guamito, La Esperanza y Matanegra o Cagua, margen izquierda del río Planas, en jurisdicción del Municipio de Puerto Gaitán del departamento del Meta

Población: Este resguardo es perteneciente a los pueblos indígenas GUAHIBO y PIAPOCO oriundos de los llanos orientales. Las comunidades indígenas GUAHIBO (SIKUANI) y PIAPOCO se encuentran asentadas en los sitios denominados Vencedor, Piriri, Guamito, La Esperanza y Matanegra o Cagua, margen izquierda del río Planas, en jurisdicción del Municipio de Puerto Gaitán del departamento del Meta

Esta parte de los llanos orientales se caracteriza por dos situaciones típicas: la planicie y la serranía. La primera tiene una pendiente inferior al 3% y ocupa una extensión superior al 60% del total de área. El relieve de serranía con pendientes de ocupación de un 25 a 50% y ocupa el resto del total del territorio, evidenciándose aquí los suelos guijarrosos de mínima fertilidad y difícil laboreo. El promedio anual de precipitación es de 1.734 mm de lluvias entre los meses de abril y noviembre. El promedio de temperatura anual es de 28 grados centígrados. La vegetación característica es la de “Sabana tropical”. Alrededor del 90% del área componen las llanuras sin árboles con la excepción del denominado “chaparro” que en ocasiones invade la sabana en la cual predominan las gramíneas nativas bajas; el resto lo ocupan los bosques de galería que bordean los cursos de agua y los morichales que se encuentran en los nacimientos de estos.

Se puede nombrar como clásico ejemplo de vegetación arbórea, las siguientes especies: mango, guano, matapalo, algodónero, ají, totumo, etc.

La fauna ha disminuido notablemente por la presión demográfica que soporta la zona desde hace algunos años.

Los indígenas Sikuaní asentados en los sitios, denominados Guamito, Piriri y Vencedor, hacen parte de la extensa familia que anteriormente ocupaba gran parte de los denominados hoy Llanos Orientales. Este hábitat era compartido con otras etnias como la de los PIAPOCO, los SALIBA y otros grupos menores.

Los indígenas comprendidos en el territorio que se estudia, corresponden a los grupos SIKUANI y PIAPOCO que se han venido mezclando paulatinamente con predominio definitivo de los primeros, por su cantidad y por su prestigio entre los demás grupos.

El asentamiento tradicional de los indígenas de selva y sabana era cíclico e itinerante, muchas áreas permanecieron desocupadas durante largo tiempo, dando lugar a que colonos emigrados del interior del país ocuparan extensiones variables, según la ambición y capacidad del respectivo colono.

La diseminación en el territorio ha sido una de las pautas características del poblamiento GUAHIBO, en razón de las situaciones de su formación económico- social. Las razones culturales que justifican esta modalidad son muchas y de variada índole, que van desde las puramente mitológicas hasta las conscientemente adoptadas, como la agricultura de «barbecho largo» y demás implicaciones del medio ambiente y de las condiciones físicas de la zona.

Es probable que los actuales asentamientos no sean muy antiguos, pero es indiscutible que su permanencia en la zona data de varias generaciones por la existencia de enterramientos humanos que, según los mismos indígenas, pertenecen a sus antepasados. Los asentamientos en estos casos, se definen por grupos familiares. Es así como en algún núcleo existen varias familias nucleares, todas relacionadas entre sí por el parentesco preferiblemente por línea consanguínea.

La población de los caseríos ubicados en los sitios GUAMITO, PIRIRI, y VENCEDOR suman aproximadamente 241 personas, nucleadas en 46 grupos familiares. La agricultura en el sector del cultivo de la yuca amarga, la cual, es el principal renglón de explotación y la base de la alimentación del grupo. Los cultivos de maíz y sorgo, son los que en términos económicos dan mayores entradas a los indígenas. El plátano es el producto que sigue en importancia especialmente para la alimentación. En pequeña escala se encuentran algunas especies frutales y otras plantas para la complementación de la dieta doméstica. La pesca, sigue siendo el mayor aportador de proteína a la dieta indígena, especialmente en los meses de verano, cuando es mayor la abundancia.

La cría de gallinas y cerdos contribuye en alguna medida a la economía, aunque es de anotar que el precio de estos animales en poder de los indígenas es mínimo, pues lo imponen los colonos que, obviamente, constituyen el único mercado disponible en el área. Solamente tres o cuatro familias en los poblados visitados poseen ganado vacuno en número que no excede de los cinco animales.

La fuente principal de ingresos para las comunidades indígenas de GUAMITO, PIRIRI y VENCEDOR, radica en las entradas por concepto del trabajo asalariado en las fincas de los hacendados vecinos. Es ostensible la inequitativa distribución de las tierras, pues mientras al indígena se le va reduciendo cada vez más en su territorio, el colono acapara desmesuradamente las tierras hasta el punto de que difícilmente se encuentra un predio de extensión inferior a 3.000 hectáreas, límite establecido por la Ley 135 de 1961 y la Resolución 042 de 1362.

RESGUARDO LOS PLANES-URIBE

Ubicación: Este resguardo está al occidente del municipio de Uribe, departamento del Meta, sobre la rivera del río Duda

Población: Conformado por indígenas del Pueblo Nasa, originarios del departamento del Cauca. La comunidad se organiza alrededor del cabildo indígena, elegido democráticamente, para efectos del manejo interno y de vocería ante los particulares y las instancias gubernamentales. Los integrantes de esta comunidad se ocupan en actividades agrícolas y ganaderas para suplir las necesidades familiares.

Se cultiva café, caña, plátano, yuca, frutales y pastos, artículos destinados a la subsistencia familiar. No existe comercialización debido a la baja infraestructura vial.

En cuanto al subsector ganadero, la comunidad dispone de 3Ü cabezas de ganado mayor, además, se tienen 20 cerdos, 300 aves de corral y 10 mulares.

La actividad de caza es practicada para complementar las necesidades diarias de proteína, con especies como la lapa, armadillo, chacure y danta, en trance de extinción por la intensidad de las capturas.

Se tiene como fecha de la inmigración Páez en el sector de Los Planes, el año 1981, a partir del cual se fueron agrupando diferentes familias procedentes del departamento del Cauca. Actualmente los indígenas decidieron aportar sus fundos, que tienen carácter de baldíos, hasta conformar un globo de terreno de 1.725 hectáreas para solicitar al Gobierno Nacional su constitución como resguardo indígena.

RESGUARDO ONDAS DEL CAFRE-MESETAS

Ubicación: Este resguardo está ubicado al noroccidente del municipio de Mesetas del departamento del Meta, sobre la rivera del río Cafre

Población: Su pueblo es Nasa originario del Cauca

El clima se considera cálido-húmedo; el territorio se encuentra influenciado por la zona de convergencia intertropical, caracterizado por precipitaciones y temperaturas promedios anuales de 3000 milímetros y 24°C. Se presenta un periodo seco de diciembre a febrero, seguido de una fase lluviosa de 10 meses, siendo junio y julio los meses más húmedos. Se presentan 1200 horas de brillo solar por año con la mayor incidencia durante el periodo julio-marzo, con 5 horas diarias. El periodo abril-junio acusa menos de 100 horas de sol al mes.

La nubosidad se sitúa en el nivel de las 5 a 7 octavas. Los promedios de humedad relativa están entre 67 y 80%. La zona de vida, según la clasificación de Holdridge corresponde al bosque muy húmedo tropical. Como fuentes hidrográficas se dispone del río Cafre, perteneciente a la cuenca del río Guaviare y de corrientes menores como el río Guape, Blanco o Chiquito y los caños Pajuil, Honda y Osera.

En cuanto a los suelos, se presentan en relieve ondulado y quebrado, moderadamente profundos, bien drenados; extremadamente ácidos, bajo contenido de bases, fósforo y capacidad de intercambio catiónico y alta saturación de aluminio. Las zonas de vega y vertientes vienen siendo intervenidas propiciando alta susceptibilidad a la erosión, sólo resta una mínima proporción de suelos con cobertura forestal.

Según la clasificación del I.G.A.C. los suelos son de clases VII y VIII, las cuales presentan serias limitaciones en cuanto a su uso en actividades agropecuarias. El núcleo de la organización social está constituido por la familia extensa, la cual agrupa hasta los cuñados, yernos y nueras. No se presentan uniones entre familiares y la familia nuclear, una vez conformada, aunque tiende a construir su habitación aparte, guarda relaciones estrechas con el núcleo parental. Se dan casos de unión libre y se prefiere el matrimonio católico. Los eventos de carácter comunitario son muy concurridos como las fiestas, celebraciones religiosas y conmemoraciones de cada familia en particular.

En cuanto a la Dirección de la Comunidad, se dispone de un cabildo indígena o agrupación a dirigentes, la cual se encarga de lo concerniente con el extra grupo. Los integrantes de esta comunidad se ocupan en actividades agrícolas y ganaderas para suplir las necesidades familiares. Se cultiva café, caña, plátano, yuca y pastos; siendo el café, el plátano y el ganado los artículos; destinados a la comercialización o venta en la cabecera municipal de Mesetas. Los productos de caña, miel y panela se dedican al consumo doméstico. En cuanto al subsector ganadero, la comunidad dispone de 27 cabezas de ganado mayor, de la raza cebú blanco, con más de 40 hectáreas sembradas en pasto brachiaria; además, se tienen 5 cerdos, 200 aves de corral y 20 equinos.

El subsector forestal está representado en la comercialización de especies finas como el cedro y el comino. En cuanto a la caza, ésta es practicada para complementar las necesidades diarias de proteína, con especies como la lapa, armadillo, chacure y danta, en trance de extinción por la intensidad de las capturas. El área a legalizar como resguardo se encuentra libre de colonos.

Se tiene como fecha de la inmigración Páez en el sector de Ondas del Cafre, el año 1961, a partir del cual se fueron agrupando diferentes familias procedentes del departamento del Cauca.

Actualmente los indígenas decidieron aportar sus fundos hasta conformar un globo de terreno de 4.075 hectáreas para solicitar al Gobierno Nacional su constitución como resguardo indígena. Este globo de terreno sólo posee un 15%, es decir 600 hectáreas aptas para actividades agropecuarias, utilizando mínima tecnología.

RESGUARDO VILLA LUCIA-MESETAS

Ubicación: Este resguardo indígena se encuentra al norte del municipio de Mesetas del departamento del Meta, sobre la rivera del río Lucía.

Población: Conformados por indígenas del Pueblo Nasa, originarios del Cauca, lo conforman aproximadamente 118 personas, distribuidas en 24 familias nucleares.

El territorio de este Resguardo se clasifica como bosque muy húmedo tropical, con temperatura media de 24 grados centígrados. La precipitación anual varía entre 4000 y 4500 mm, con un periodo seco cuando las lluvias disminuyen a 100 mm al mes, enero diciembre y febrero, la humedad relativa promedio es de 85% y la evaporación es de 1.240 mm anuales.

Hidrográficamente este territorio pertenece a la cuenca del Ariari, conformado por los ríos LUCIA, ZANJA, GÜEJAR y EL CAFRE con un significativo número de caños que nacen del interior del territorio y tributan sus aguas a estos ríos, entre los cuales sobresalen por su caudal y longitud: LA CRISTALINA, LAS PALMAS. LA SIRENA, GUADUALITO, DANTAS, LA UNION y BERRI ADOR.

Los suelos son de clase VII y VIII extremadamente ácidos y de baja fertilidad, con una topografía abrupta con pequeños sectores planos. El 85% del área está cubierta de bosque, la otra está cubierta de rastrojos bajos y pequeñas áreas de cultivos de maíz, plátano, yuca, bore, malanga, chonque, arracacha, frijol, café y otros cultivos propios de clima templado. Existen aproximadamente 90 hectáreas cultivadas en pasto brachiaria donde pastan cabezas de ganado vacuno. En el bosque existe alguna variedad de fauna que le proporciona a la comunidad proteína animal mediante prácticas de caza. No tiene una riqueza ictiológica a pesar de poseer una buena cantidad de elementos hídricos.

La comunidad indígena VILLA LUCIA tiene una economía basada en la agricultura y la ganadería bovina, crían también especies menores como gallinas, pavos, gansos y cerdos. Producen algunos excedentes que comercializan para comprar otros productos que no se producen en la comunidad. La base de la organización social es la familia de tipo nuclear, políticamente están organizados en cabildo tal como lo establece la Ley 89 de 1390.

La comunidad indígena VILLA LUCIA ocupa desde hace más de 20 años el globo de terreno que tiene una extensión 2.633 hectáreas. Lo explotan las 24 familias en pequeñas parcelas individuales y el resto es comunitario. El territorio tiene el carácter legal de baldío nacional.

RESGUARDO CHARCO CAIMÁN-MAPIRIPÁN

Ubicación: Este resguardo se encuentra al suroriente del municipio de Mapiripán en el departamento del Meta sobre la rivera del río Guaviare

Pueblo: Este territorio pertenece al pueblo Wanano, originarios del departamento del Vaupés, su población se estima entre las 160, distribuidos en 36 familias.

La región se encuentra enclavada en lo que se conoce como el bosque de galería que bordea las orillas del río GUAVIARE; corresponde a la zona de vida Bosque húmedo tropical, con temperatura y precipitaciones promedio anuales superiores a 24 grados centígrados y 4.000 milímetros, respectivamente. La humedad relativa es superior al 90%. El periodo de lluvias se extiende de abril a noviembre, con una disminución durante los meses de julio y agosto.

La población indígena vive de la horticultura y la recolección de productos silvestres, así como de la oferta faunística estacional, proveyéndose de pescado durante el estiaje y de carne de monte durante las inundaciones, complementan su dieta con animales de corral, gallinas y cerdos. Su organización política y social no ha evolucionado mucho, no obstante, se tiene como base de la estructura el grupo familiar nuclear, dependiente de un paterfamilias, jefe de familia extensa quien la representa en sus

relaciones con el extra grupo, pero de todas maneras conserva la patria calidad y costumbres matrimoniales exógamas, éstas, arraigadas en sus lugares de origen que son las zonas orientales de Vaupés.

El grupo de dirección es un cabildo recientemente constituido y con poca experiencia de gestión, sin embargo, se muestra muy consecuente y puesto a colaborar con las acciones institucionales para lograr el beneficio comunitario.

Se practica una economía de subsistencia, toda la actividad humana está en función de la obtención del diario sustento, favorecida por el sistema comunitario en las labores hortícolas, de recolección, caza y pesca. Son muy escasos los excedentes comercializables; se venden algunas crías de cerdos, reducidos volúmenes de maíz y se obtienen algunos salarios por jornales en labores rústicas en las fincas de los colonos circundantes.

Esta comunidad ha venido poseyendo pequeños lotes cultivados en yuca, maíz y plátano, demarcando la "propiedad" de algunas zonas para determinada familia, las cuales son respetadas por el resto de los comunitarios. Las zonas de cultivos o chagras están distribuidas a lo largo y ancho del asentamiento indígena.

RESGUARDO MOCUARE-MAPIRIPÁN

Ubicación: Este resguardo se encuentra al suroriente del municipio de Mapiripán en el departamento del Meta sobre la rivera del río Guaviare

Pueblo: Este territorio pertenece al pueblo Jiw.

El núcleo indígena Guayabero que habita el área referida conforma una comunidad de 107 individuos distribuidos en 21 familias. Estos indígenas, antiguamente, ocupaban un hábitat o territorio que cubría las márgenes de los ríos Guayabero, Güejar, Ariari y Guaviare, con una numerosa población. Como efecto del avance colonizador dicho territorio se ha venido disminuyendo hasta quedar reducido al límite actual y, como efecto del mismo fenómeno, y de las enfermedades introducidas por los «blancos», el volumen de la población aborigen se fue diezmando hasta casi el límite de su desaparición.

Entre las características culturales salientes de la comunidad de indígenas Guayabero de Macuare se mencionan: La monogamia como base de la organización familiar, la matrilocalidad y la transmisión de los vínculos y relaciones de parentesco en forma matrilineal. Las uniones matrimoniales más comunes se presentan entre primos cruzados, nunca entre primos paralelos ya que estos tienen la categoría de hermanos.

La actividad económica de los indígenas de MACUARE se funda en la agricultura de subsistencia con productos como la yuca, el plátano, la caña, el ají, el maíz y algunos frutales. Complementan su dieta alimenticia con la pesca y la cacería, cada vez menos productivas con el avance de la colonización y la disminución de las áreas boscosas y las variaciones en el régimen de aguas de los ríos determinadas por la deforestación incontrolada en sus cuencas. La actividad agrícola cobra cada día más importancia entre estos indígenas que ya empiezan a comerciar en pequeña escala con productos que anteriormente eran exclusivamente de autoconsumo.

Los indígenas Guayabero ejercen posesión no solamente sobre las tierras laboradas con productos agrícolas sino, como, es lógico, sobre las partes de selva donde practican su actividad como cazadores y recolectores y donde se hallan las aguas donde pescan. Esta posesión no tiene exclusivamente la significación jurídica que le atribuye a este concepto nuestro derecho; los indígenas tienen un gran conocimiento empírico del medio y sus recursos, la vida y el ciclo de desarrollo de las especies vegetales y animales, las relaciones entre unas y otras, conocimiento que los lleva a adoptar

técnicas de trabajo perfectamente compatibles con la necesidad de conservar la capacidad productiva de los suelos y el equilibrio biótico.

Antiguamente el gobierno interno de la comunidad Guayabero correspondía a un consejo integrado por los ancianos del grupo. Hoy las pautas de ascenso en el liderazgo han cambiado y más bien se da un gobierno colegiado de varios «capitanes» cuya designación o aceptación por la comunidad se encuentra determinada no por sus años sino por su capacidad para resolver los nuevos conflictos que se plantean a los indígenas como efecto del avance de la colonización y las forzadas o amigables relaciones con los colonos. Aun se da entre la comunidad la presencia de Chamanes y curanderos, pero su estatus en el grupo ha venido decayendo con las dificultades que enfrentan sus conocimientos y prácticas tradicionales para la curación de enfermedades nuevas como el sarampión, la tos Ubicación geográfica de resguardos indígenas en el departamento del Meta, 2021ferina, la tuberculosis y algunas dependientes de un régimen alimenticio bajo en proteínas, que diezman la población infantil y la población adulta.

Las condiciones especiales de cultura de los indígenas, las fuentes de subsistencia de las que se proveen, la naturaleza de los suelos de la región, la amenaza de despojo total de sus tierras que amenaza a la comunidad, los problemas de salud y las demás razones, justifican plenamente la constitución de una reserva de tierras para el grupo indígena Guayabero de Macuare.

RESGUARDO CAÑO OVEJAS-MAPIRIPÁN

Ubicación: Este resguardo se encuentra al noroccidente del municipio de Mapiripán en el departamento del Meta sobre la rivera del río Ovejas, con una extensión aproximada de 1.720 hectáreas. La mayor parte consta de sabanas onduladas y quebradas

Pueblo: Este territorio pertenece al pueblo Sikuni, su población se estima entre las 540 personas distribuidos en 98 de 3 comunidades.

Su organización social está fundada y condicionada por sus relaciones de parentesco, se sustenta por tanto en la organización familiar, cuyas reglas de unión y constitución se definen en torno al sistema de términos de parentesco que, al tiempo de resolver la posición de la familia, constituyen el eje de las relaciones de producción dentro de la comunidad.

Lingüísticamente, pertenecen a la familia Guahibo que comprende entre otras lenguas, el Guayabero, el Cuive y el Amorua. Ninguna de las aldeas citadas cuenta con escuela, aunque existen más de 30 niños en edad escolar.

La población con escuela, más próxima a Caño Ovejas, es la de Mapiripán o Puerto Guaviare, de la cual se halla separada por un carreteable de 48 kilómetros. El conocimiento del idioma Castellano es mayor en la población más joven. Respecto a la salud puede decirse que es uno de los asuntos más descuidados de la población. El parasitismo es un mal generalizado. Los niños mueren por deshidrataciones causadas por vómito y diarreas. Los adultos en porcentaje alto, padecen de tuberculosis, las endemias de la población se suma la mala nutrición, la falta casi absoluta de medicamentos y un olvido total por parte de la Secretaría de Salud del Departamento.

RESGUARDO CAÑO JABÓN-MAPIRIPÁN

Ubicación: Este resguardo se encuentra al suroriente del municipio de Mapiripán en el departamento del Meta, sobre la rivera del río Guaviare, siendo este la principal vía de acceso, donde hay aproximadamente 9.040 hectáreas, con un 60% aprovechable para labores agropecuarias, ya que, es terreno no inundable, el 40% restante es inundable pero indispensable para las labores de cacería que llevan a cabo los nativos, por esta razón es importante su preservación y protección.

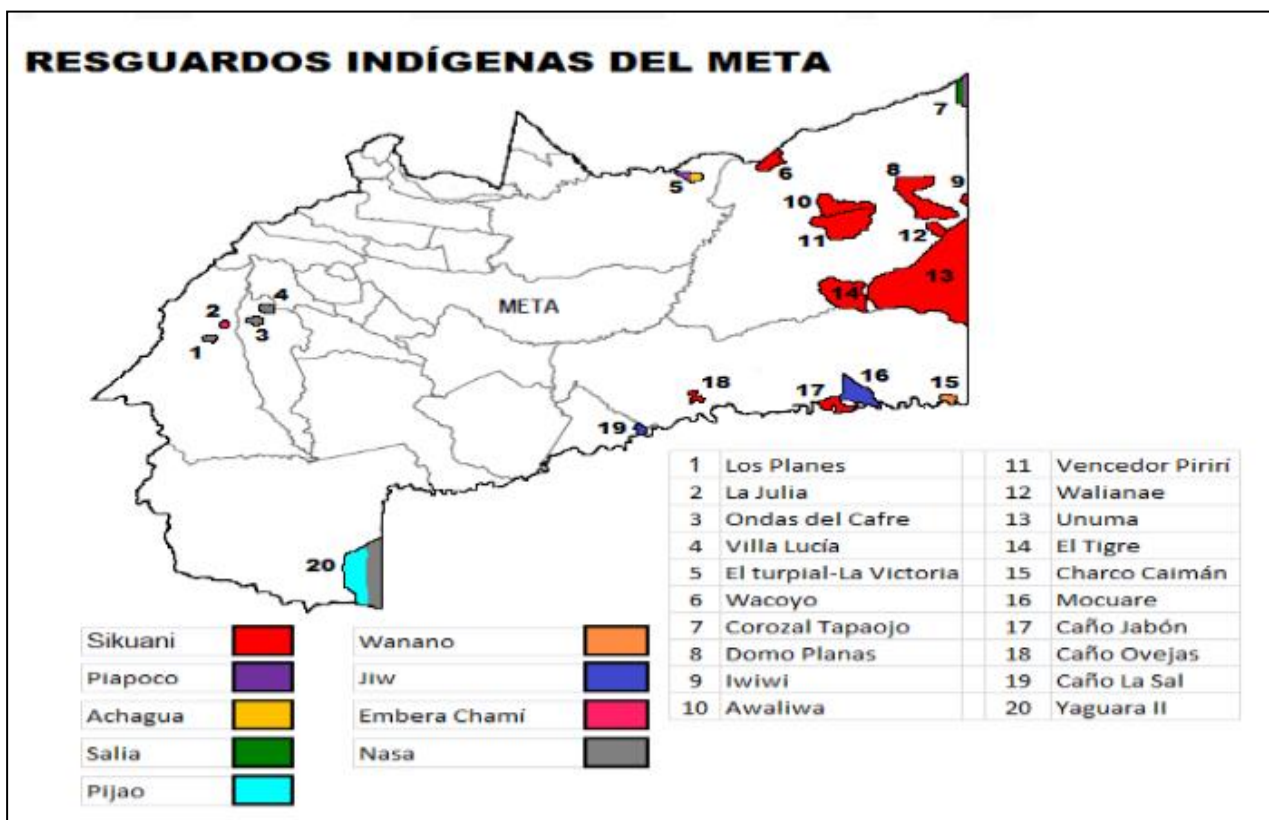
Pueblo: Esta comunidad del pueblo Sikuni, originario de los llanos orientales, su población se estima en 350 personas, distribuidos en 72 familias.

El núcleo indígena de Caño Jabón hace parte, desde el punto de vista lingüístico, a la familia Guahibo, a la cual pertenecen un gran número de poblaciones del Meta, Casanare, Vichada, Vaupés, pero cuyo origen no se halla aún bien esclarecido, aunque algunos autores suponen que sus ascendientes antiguos son oriundos de la hoya del Orinoco y estrechamente relacionados con el conjunto cultural Arawak. El de Caño Jabón como el resto de las poblaciones Guahibo del país, posee las características de organización social estructurada alrededor de los clanes familiares con autonomía de gobierno respecto a las demás y dónde las decisiones son tomadas por el capitán, cuyo cargo se alcanza no por herencia sino por la capacidad de mando, la experiencia y el buen criterio para hacer justicia.

La economía de los indígenas de Caño Jabón se basa fundamentalmente en la actividad agrícola, En esta región cultivan especialmente la yuca brava, además del plátano, el maíz, el arroz y algunos otros. La cacería y la pesca son actividades complementarias de la agricultura, la primera de ellas se practica muy poco, ya que, la mayoría de las especies propias de la zona han sido diezgadas sin consideraciones por los colonos.

La pesca continúa siendo una actividad importante que realizan los indígenas para proveerse de proteínas, y la desarrollan con gran habilidad y buenos resultados. Aun cuando en el terreno cultural los indígenas conservan rasgos importantes de sus modos ancestrales, materiales y espirituales de vida, en evidente que han sufrido el impacto del contacto con elementos no indígenas de los cuales han asimilado pautas nuevas de comportamiento Enel gobierno propio, en el vestido, en el trabajo y otras costumbres.

Mapa 9. Ubicación geográfica de resguardos indígenas en el departamento del Meta, 2023

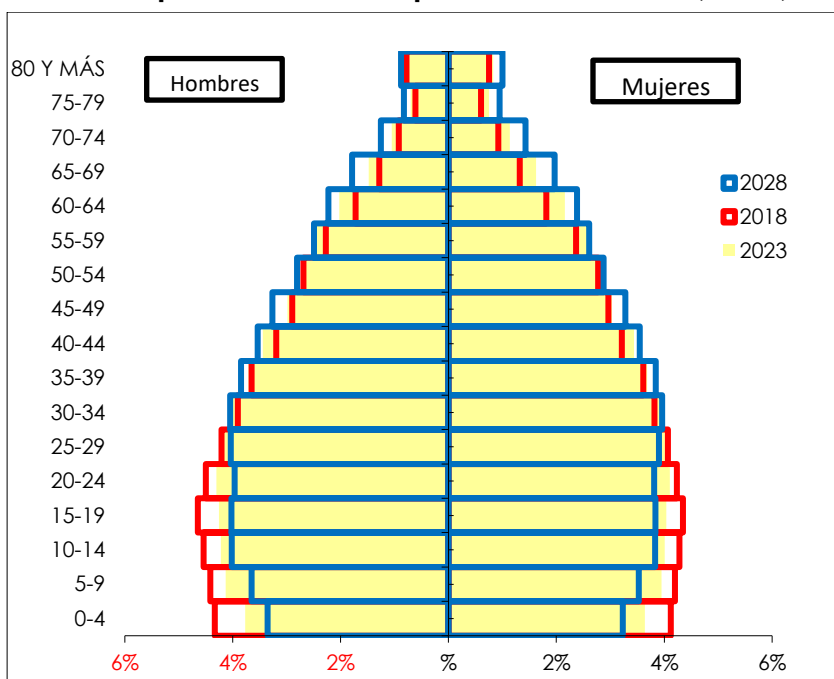


Fuente: Planeación Departamental

2.1.3.2 Estructura demográfica

La pirámide población del Departamento del Meta, es una pirámide progresiva, caracterizada por una base ancha, los lados robustos y el vértice angosto. Ha tenido transformaciones importantes en los años analizados, observándose una reducción importante de la base con respecto al año 2018; mientras que en la población desde los 40 años en adelante muestra un aumento, lo que se atribuye principalmente a la reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, dada por la reducción de la tasa de mortalidad.

Figura 1. Pirámide poblacional del departamento del Meta, 2018, 2023 y 2028



Fuente: Proyecciones DANE

Población por grupos de edad

En relación con la distribución por sexo de la población del Meta, el mayor número de personas corresponde a la población de 10 a 39 años (curso de vida adolescencia, juventud y hasta los 39 años de la adultez), lo que se refleja en la pirámide poblacional. Como se observa, a medida que aumenta la edad, disminuye el número de población.

Los cursos de vida donde existe mayor número de población se caracterizan porque la persona se encuentra en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social, laboral y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía.

Tabla 7. Proporción de la población por grupo de edad en el departamento del Meta, 2018, 2023 y 2028.

Grupo de edad	Año					
	2018		2023		2028	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	525.903	513.819	567.823	562.262	600.135	599.564
0-4	45.045	42.876	42.565	41.116	40.240	38.792
5-9	45.918	43.634	46.674	44.612	43.766	42.312
10-14	47.227	44.537	47.719	45.319	48.238	45.929
15-19	48.321	45.203	48.098	45.652	48.269	46.014

20-24	46.771	44.020	48.614	46.368	47.580	45.744
25-29	43.740	42.288	47.781	45.916	48.404	46.796
30-34	40.622	39.722	45.310	44.615	48.592	47.549
35-39	37.965	37.551	41.932	41.643	46.128	46.095
40-44	33.214	33.402	38.898	38.880	42.445	42.505
45-49	30.112	30.848	33.766	34.269	39.151	39.353
50-54	27.940	28.834	30.317	31.396	33.697	34.464
55-59	23.664	24.605	27.677	29.031	29.894	31.320
60-64	17.893	18.861	22.879	24.413	26.739	28.604
65-69	13.345	13.709	16.744	18.316	21.455	23.592
70-74	9.606	9.626	11.870	12.852	15.027	17.145
75-79	6.398	6.299	7.913	8.493	9.923	11.367
80 Y MÁS	8.122	7.804	9.066	9.371	10.587	12.013

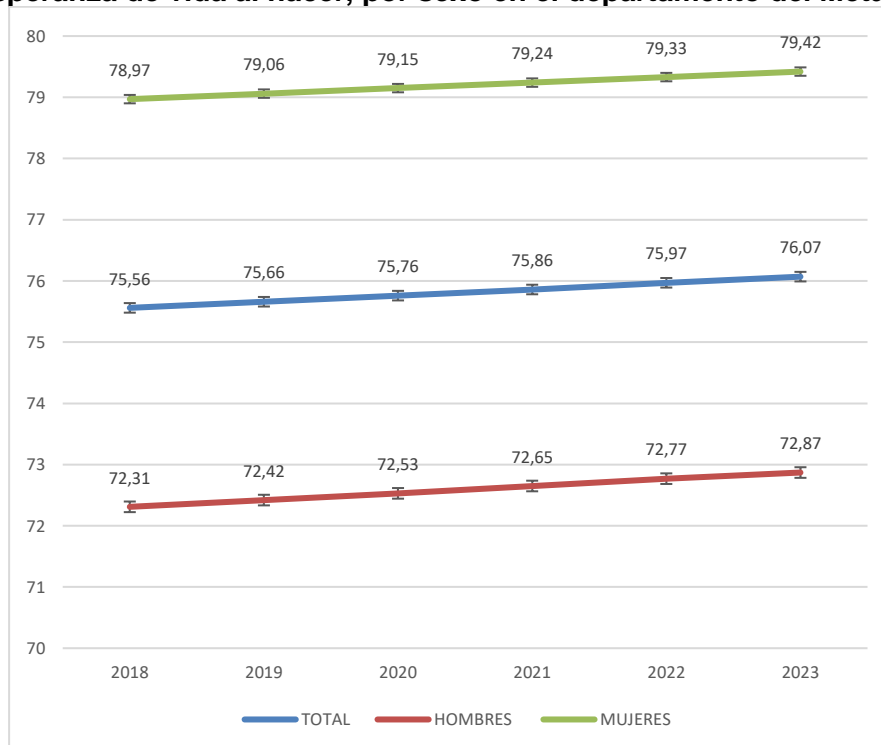
Fuente: Proyecciones DANE

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer (EVN) expresa el desarrollo socioeconómico del país y del desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

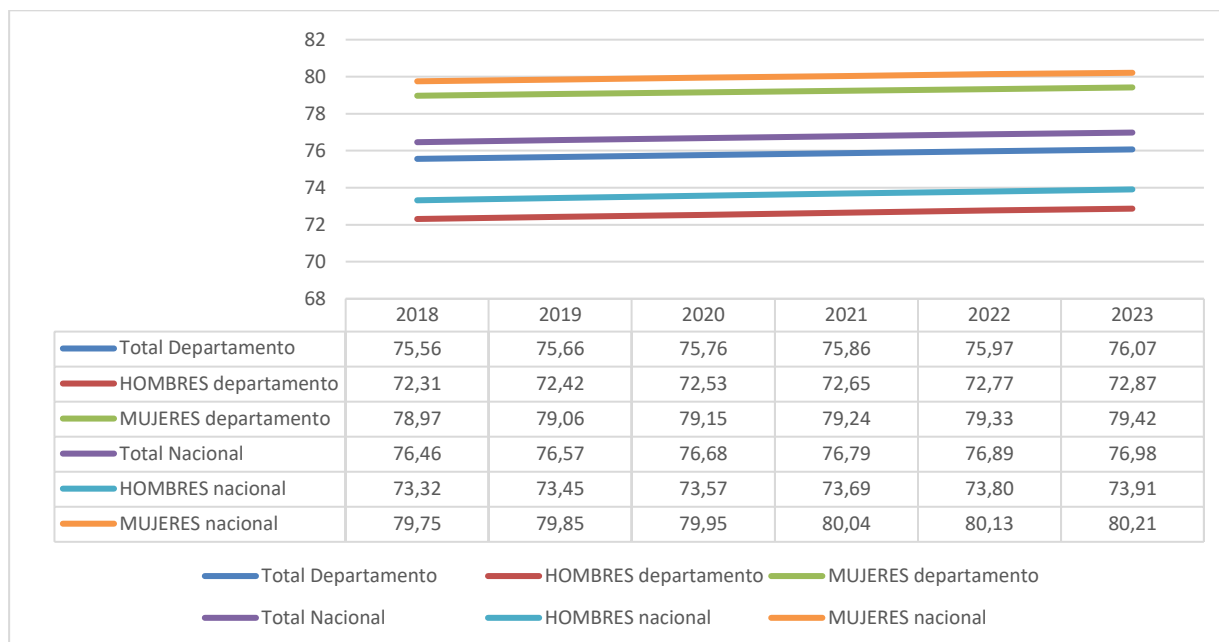
Para el departamento del Meta, la EVN total del año 2018 es de 75.56 años, y para este año 2023 aumentó a 76.07 años. Cuando se realiza el análisis por sexo se encuentra que la esperanza de vida al nacer en los hombres; pasó de 72.31 años en 2018 a 72.87 años en 2023; mientras que en las mujeres el aumento para el mismo período es de 0.56 años; esta información confirma el comportamiento de la pirámide poblacional. Ver figura siguiente.

Figura 2. Esperanza de vida al nacer, por sexo en el departamento del Meta, 2018 – 2023



Fuente: DANE - Proyecciones del cambio demográfico 2018-2023

Figura 3. Comparativo nacional y departamento Esperanza de vida al nacer, por sexo, 2018 – 2023



Fuente: DANE - Proyecciones del cambio demográfico 2018-2023

La figura anterior indica que la EVN es mayor a nivel de Colombia en comparación con el departamento del Meta, para el total, en hombres y en mujeres; significando de esta se ve afectada por las mortalidades tempranas ocurridas por varios factores.

Tabla 8. Interpretación de los índices demográficos

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2015 por cada 102 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 101 hombres, había 100 mujeres.
Razón niños mujer	En el año 2015 por cada 32 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2023 por cada 28 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.
Índice de infancia	En el año 2015 de 100 personas, 26 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 24 personas.
Índice de juventud	En el año 2015 de 100 personas, 26 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 25 personas.
Índice de vejez	En el año 2015 de 100 personas, 7 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 8 personas.
Índice de envejecimiento	En el año 2015 de 100 personas, 28 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 35 personas.
Índice demográfico de dependencia	En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 49 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 47 personas.
Índice de dependencia infantil	En el año 2015, 39 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 35 personas.
Índice de dependencia mayores	En el año 2015, 11 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 12 personas.

Índice de Friz

Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Fuente: Proyecciones DANE

2.1.3.3 Dinámica demográfica

- La tasa de crecimiento natural (TCN) expresa la relación entre los nacimientos y las defunciones; para el departamento del Meta en el año 2018 fue de 9.72 para el año 2023 presenta una tasa de 8,10, lo que significa una reducción en la tasa de crecimiento de la población del departamento.
- La tasa bruta de natalidad (TBN) para el departamento del Meta viene un descenso desde el año 2018, cuando se presentaron 15.88 nacimientos por cada 1000 mujeres; mientras en el año 2023 se presentan 14,45 nacimientos por cada 1000 mujeres de todas las edades.
- La tasa bruta de mortalidad (TBM), para el Departamento del Meta en el año 2018 se encontraba en 6.16 muertes por todas las causas por cada 1000 habitantes y para el año 2023 fue de 6.35 muertes por cada 1000 habitantes. Este indicador viene aumentando durante todo el periodo analizado.

Figura 4. Comparación entre las tasas brutas de natalidad, tasas brutas de mortalidad, tasas de crecimiento natural del Departamento del Meta, 2018-2023

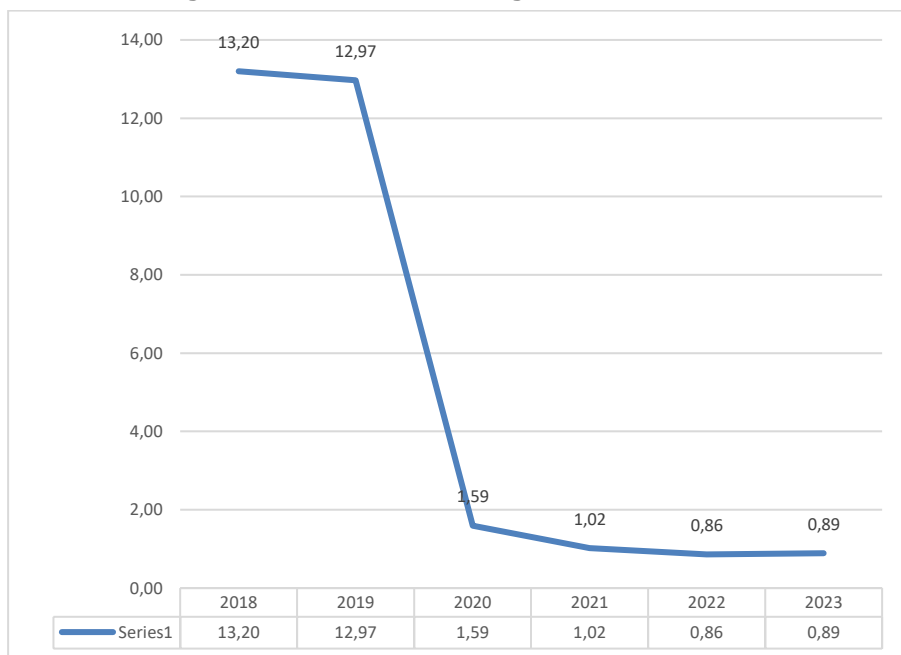


Fuente: SISPRO

Tasa Neta de Migrantes

El departamento del Meta, en relación con la TNM (tasa neta de migrantes) tuvo una disminución desde el año 2018 que estaba en 13.2 por cada 1000 habitantes mientras que para el año 2023 fue de 0.89 por cada 1000 habitantes. Lo que indica que la cantidad de personas que viene de otras regiones a vivir en el departamento ha disminuido con el paso de los años. Ver siguiente figura.

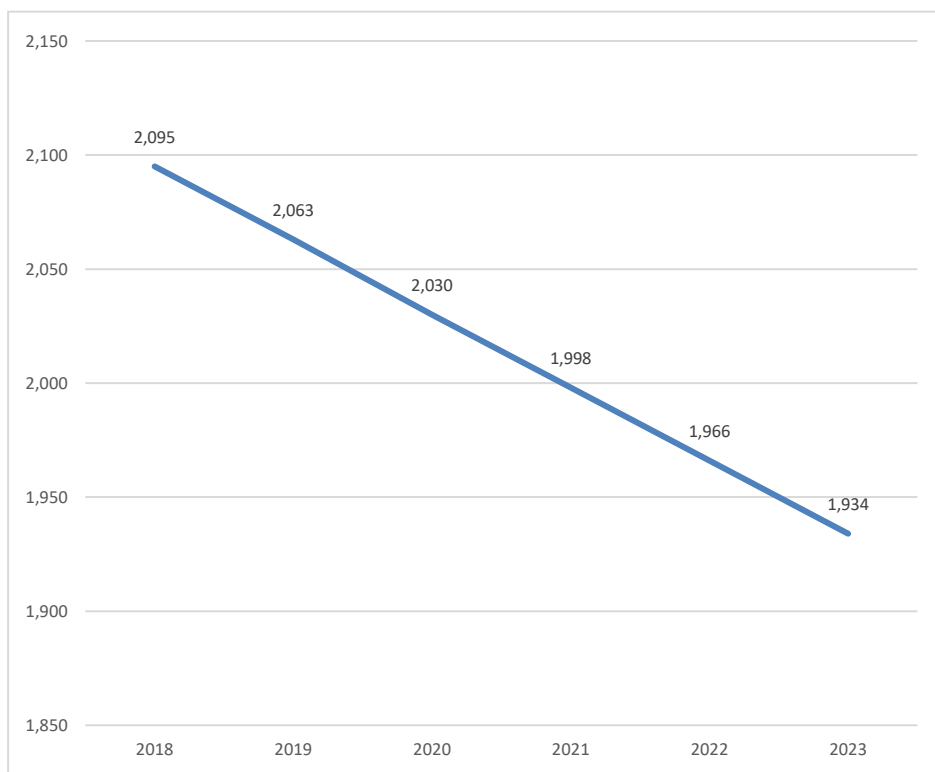
Figura 5. Tasa neta de migrantes 2018-2023



Fuente: SISPRO

Tasa de fecundidad

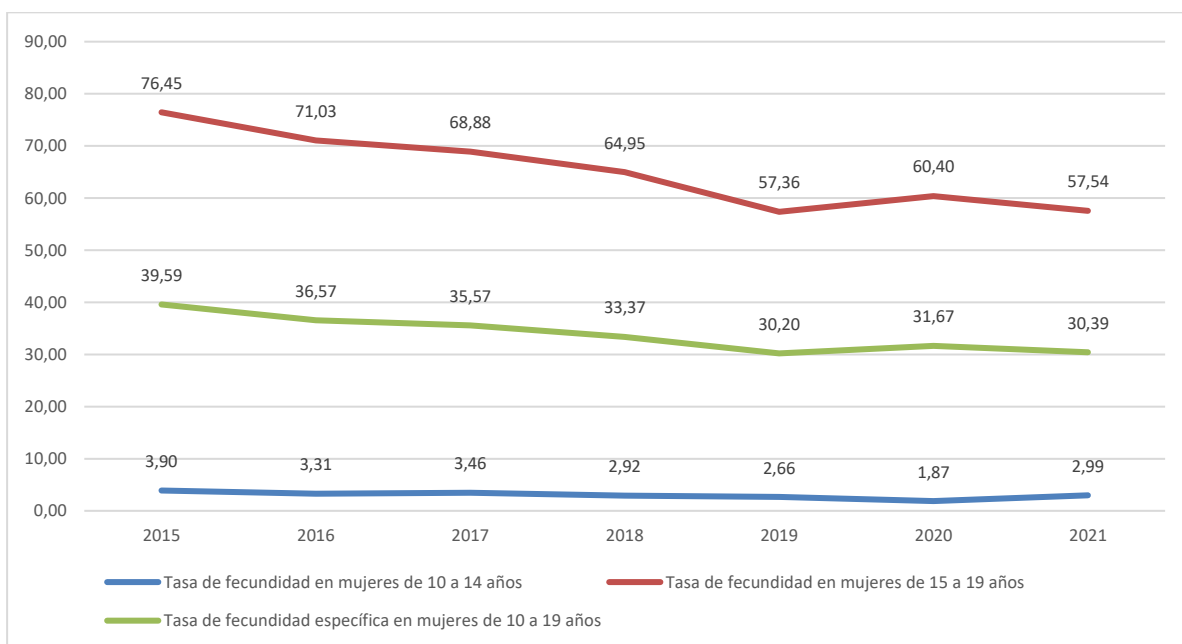
Figura 6. Tasa global de fecundidad 2018- 2023



Fuente: SISPRO

La tasa global de fecundidad en el departamento para el año 2023 se encuentra en 1.93 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil, la cual ha disminuido desde el año 2018.

Figura 7. Tasas de fecundidad 10 a 14 años y 15 a 19 años y específica de 10 a 19 años 2015-2021



Fuente: SISPRO

- La tasa de fecundidad en mujeres con edades entre 10 y 14 años:** para el año 2015 se interpreta que, por cada 1000 mujeres entre 10 y 14 años, nacen 3.9 niños; observándose disminución para el año 2021, por cada 1000 mujeres, nacen 2.99 niños en el Departamento del Meta
- La tasa de fecundidad en mujeres con edades entre 15 y 19 años:** para el año 2015 se interpreta que, por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años, nacen 76.45 niños y para el año 2021 por cada 1000 mujeres nacen 57.54 niños, en el Departamento del Meta.
- La tasa específica de fecundidad en mujeres con edades entre 10 y 19 años:** para el año 2015 se interpreta que, por cada 1000 mujeres entre 10 y 19 años, nacen 39.56 niños y para el año 2021 por cada 1000 mujeres nacen 30.39 niños, en el Departamento del Meta.

Se debe trabajar en disminuir aún más este indicador teniendo en cuenta que una mujer a esta edad no está preparada biológica ni psicológicamente para asumir la maternidad de manera segura. Aunque la tendencia de estos indicadores sea al descenso, se requieren mayores esfuerzos para impactarlos positivamente, teniendo en cuenta los riesgos a los que están expuestas las mujeres adolescentes y sus recién nacidos; que, además, se relaciona con mayor índice de pobreza.

La información para calcular la Tasa de reproducción neta, no está disponible en las bases de datos externas de SISPRO por lo tanto no se puede realizar análisis de esta.

2.1.2.4 Movilidad forzada

El desplazamiento forzado es uno de los efectos del conflicto armado en la región sumado al conflicto por la tenencia de las tierras. Para el año 2022 se registra una proyección de 221.647 víctimas de desplazamiento, número que disminuyó en relación con el año inmediatamente anterior donde se habían registrado 258.079 víctimas de desplazamiento forzado.

Por sexo, han sido afectadas más las mujeres (112.459 mujeres) que los hombres (108.716 hombres) y según el rango de edad, las personas con edades entre 5 y 29 años son las más afectadas, dado

que en este grupo específico se concentra el 50.2% de la población víctima de desplazamiento forzado, agrupando 111.246 personas.

Tabla 9. Población víctima de desplazamiento por grupo de edad y sexo, en el Departamento del Meta, 2022.

Grupo de edad	2022						Total
	Femenino		Masculino		No definido/No reportado		
	Número de personas	Porcentaje	Número de personas	Porcentaje	Número de personas	Porcentaje	
De 0 a 4 años	1.612	1,4	1.722	1,6	0	0,0	3.334
De 05 a 09 años	7.851	7,0	8.261	7,6	190	40,3	16.302
De 10 a 14 años	10.617	9,4	11.287	10,4	39	8,3	21.943
De 15 a 19 años	12.492	11,1	13.070	12,0	61	12,9	25.623
De 20 a 24 años	11.559	10,3	11.907	11,0	31	6,6	23.497
De 25 a 29 años	11.606	10,3	12.268	11,3	7	1,5	23.881
De 30 a 34 años	9.883	8,8	9.346	8,6	2	0,4	19.231
De 35 a 39 años	8.482	7,5	6.724	6,2	0	0,0	15.206
De 40 a 44 años	7.980	7,1	6.047	5,6	0	0,0	14.027
De 45 a 49 años	7.026	6,2	5.246	4,8	0	0,0	12.272
De 50 a 54 años	6.115	5,4	5.072	4,7	0	0,0	11.187
De 55 a 59 años	5.209	4,6	4.462	4,1	0	0,0	9.671
De 60 a 64 años	3.961	3,5	3.681	3,4	0	0,0	7.642
De 65 a 69 años	2.822	2,5	2.693	2,5	0	0,0	5.515
De 70 a 74 años	1.921	1,7	2.225	2,0	0	0,0	4.146
De 75 a 79 años	1.244	1,1	1.677	1,5	0	0,0	2.921
De 80 años o más	2.064	1,8	2.999	2,8	0	0,0	5.063
No Definido	13	0,0	23	0,0	1	0,2	37
No reportado	2	0,0	6	0,0	141	29,9	149
Total	112.459	50,7	108.716	49,1	472	0,2	221.647

Fuente: Cubos SISPRO

El total de población en condición víctima en el departamento del Meta es de 244.736, de los cuales el 50.7% corresponde a sexo femenino siendo las más afectadas, el 49.1% corresponde a sexo masculino, y el 0.2% corresponde sexo no definido no reportado.

Tabla 10. Población en condición victima departamento del Meta, 2022

Municipio	FEMENINO	MASCULINO	NO DEFINIDO	NO REPORTADO	Total general
50001 - Villavicencio	53.172	50.130	141	75	103.518
50006 - Acacias	8.712	8.107	18	14	16.851

50110 - Barranca De Upia	742	658	2		1.402
50124 - Cabuyaro	667	695	4		1.366
50150 - Castilla La Nueva	1.398	1.353	1	1	2.753
50223 - Cubarral	927	904		2	1.833
50226 - Cumaral	2.762	2.620	8	10	5.400
50245 - El Calvario	64	84	2		150
50251 - El Castillo	1.915	1.897	4	1	3.817
50270 - El Dorado	1.117	1.140	1		2.258
50287 - Fuente De Oro	1.528	1.433	4	2	2.967
50313 - Granada	13.436	11.832	30	16	25.314
50318 - Guamal	926	845		2	1.773
50325 - Mapiripán	1.543	2.025	9	8	3.585
50330 - Mesetas	1.890	1.823	8	2	3.723
50350 - La Macarena	1.636	1.702	1	3	3.342
50370 - Uribe	1.356	1.402	6	1	2.765
50400 - Lejanias	2.222	2.285	6	3	4.516
50450 - Puerto Concordia	1.985	2.090	5	6	4.086
50568 - Puerto Gaitán	4.471	5.210	23	8	9.712
50573 - Puerto López	3.749	3.747	4	4	7.504
50577 - Puerto Lleras	1.689	1.713	2	1	3.405
50590 - Puerto Rico	2.637	2.841	4	5	5.487
50606 - Restrepo	1.483	1.465	2	3	2.953
50680 - San Carlos De Guaroa	1.232	1.285		2	2.519
50683 - San Juan De Arama	1.684	1.688	4	1	3.377
50686 - San Juanito	138	158		1	297
50689 - San Martín	3.969	3.692	5	5	7.671
50711 - Vistahermosa	5.080	5.299	9	4	10.392
Departamento del Meta	124.130	120.123	303	180	244.736

Fuente: Cubos SISPRO.

Desde enero de 2022 se han generado desplazamientos masivos e individuales desde el departamento de Arauca hacia Villavicencio (Meta) debido a las acciones armadas de grupos armados no estatales (GANE). Al menos 224 personas (96familias), entre ellas 75 niños, niñas y adolescentes se desplazaron forzosamente desde Arauca hacia Villavicencio (Meta). Los municipios de procedencia de las personas desplazadas son: Tame (39%), Arauquita (23%), Saravena (21%), Fortul (10%) y Arauca (7%). Se estima que el 90%de las personas desplazadas tienen vocación de permanencia. Además, un 40% de la población se encuentra en un alto nivel de vulnerabilidad y en riesgo de quedar en condición de calle. Se espera que continúen llegando entre 5 o 6 familias por día desde Arauca. Las familias desplazadas reportaron recibir amenazas de los GANE que operan en Arauca.¹

2.1.2.5 Población LGBTIQ+

La oficina de poblaciones vulnerables de la SSM, remite la información consignada en la siguiente tabla, que relaciona 294 personas que se auto reconocen como población LGTBIQ+ en el departamento, siendo la mayor proporción para la población gay con el 39% seguido de la población lesbiana con el 36%.

¹ Alerta por situación Humanitaria. Desplazamiento forzado masivo interdepartamental desde Arauca hacia el municipio de Villavicencio (Meta) 07 de marzo de 2022

Tabla 11. Distribución de población LGTBIQ+ departamento del Meta 2022

Municipio	Asexual	Bisexual	Gay	Heterosexual	Lesbiana	No	No aplica	Pansexual	TRANSGENERISTA	Transgénero	transgénero	Total general
Acacias	1	3	3		1							8
Castilla La Nueva		8	4		11							23
Cumaral		2	3		7							12
El Castillo			4	1	3							8
El Dorado			3									3
Fuentedeoro		2	2	1	2							7
Granada		18	48		49	1	5		3	2	1	127
Guamal			4		2							6
La Macarena					1							1
La Uribe		2	1									3
Puerto Concordia	1	1	3		2							7
Puerto Gaitán		1	12		11							24
Puerto Lleras		1	1									2
Puerto López		3	8	1	4							16
San Juan de Arama					1							1
San Martín		3	4	1	6			1				15
Villavicencio		7	14		9							30
Vista hermosa			1									1
Total general	2	51	115	5	108	1	5	1	3	2	1	294

Fuente: oficina de poblaciones vulnerables SSM

2.1.2.6 Población Migrante

La migración designa el desplazamiento de individuos o grupos de seres humanos de un lugar a otro, puede ser permanente o temporal y puede estar motivada por razones sociales, políticas o económicas. Es considerada forzada si los factores que la determinan no dependen del sujeto, o voluntaria, cuando quien toma libremente la determinación es el propio individuo.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define a un migrante como cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia.

La Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible reconoce por primera vez la contribución de la migración al desarrollo sostenible. 11 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contienen metas e indicadores que son pertinentes para la migración o el desplazamiento. El principio básico de la Agenda es "no dejar a nadie atrás" y esto incluye a los migrantes.

La principal referencia a la migración en los ODS se establece en la meta 10.7: Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas. Otros objetivos tratan también distintos aspectos de la migración tales como la trata de personas, las remesas y la movilidad

internacional de estudiantes, entre otros. Cabe añadir que la migración es indirectamente relevante para otros muchos objetivos.

El departamento del Meta para el año 2022 proyecta un aproximado según censo DANE 2018 de 116.347 migrantes, mientras que Colombia tiene una estimación de 8.283.336 migrantes. La figura siguiente, muestra una pirámide poblacional regresiva con base remetida y muy abultada en el centro. Indica que la mayor proporción de migrante es población en edad productiva, sin embargo, se puede observar que la base tiende a ensancharse representado en una concentración de niños de 0-4 años en el departamento del Meta de un 3% para los niños y el 2% para las niñas, siendo más bajo que el comportamiento a nivel país.

Figura 8. Pirámide poblacional de la población migrante del departamento del Meta, 2022



Tabla 12. Otros indicadores de estructura demográfica de la población migrante en el departamento del Meta, 2022

Índice Demográfico	2022	
	Meta	Colombia
Población total	116.347	8.283.336
Población Masculina	33.698	2.944.606
Población femenina	82.649	5.338.730
Relación hombres: mujer	40,77	55
Razón niños: mujer	8	14
Índice de infancia	11	14
Índice de juventud	55	39

Índice de vejez	7	12
Índice de envejecimiento	61	81
Índice demográfico de dependencia	17,83	29,32
Índice de dependencia infantil	13,17	18,73
Índice de dependencia mayores	4,66	10,59
Índice de Friz	136,97	90,85

Fuente: SISPRO

Tabla 13. Interpretación de los indicadores demográficos de la población migrante. Meta 2022

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el municipio Meta para el año 2022 por cada 41 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, mientras que para el departamento en el año 2022 por cada 55 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud
Razón niños mujer	En Meta para el año 2022 por cada 8 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49años) que recibieron atenciones en salud, en contraste Departamento para el año 2022 por cada 14 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud
Índice de infancia	En Meta en el año 2022 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 11 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en Departamento para el año 2022 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 14 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de juventud	En Meta en el año 2022 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 55 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en Departamento en el año 2022 este grupo poblacional fue de 39 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de vejez	En Meta en el año 2022 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 7 correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en Departamento en el año 2022 este grupo poblacional fue de 12 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de envejecimiento	En Meta en el año 2022 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 61 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en Departamento en el año 2022 este grupo poblacional fue de 81 personas migrantes con atenciones en salud
Índice demográfico de dependencia	En Meta de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años que recibieron atenciones en salud, hubo 18 personas migrantes menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que en Departamento este grupo poblacional fue de 29 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de dependencia infantil	En Meta, 13 personas migrantes que recibieron atenciones en salud menores de 15 años, dependían de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años, mientras que en Departamento fue de 19 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de dependencia mayores	En Meta, 5 personas migrantes que recibieron atenciones en salud de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que en Departamento fue de 11 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Fuente: SISPRO

En el año 2022, el 83% de los migrantes provienen del vecino país de Venezuela, aunque ha recibido migrantes de otros 32 países como lo indica la siguiente tabla.

Tabla 14. Distribución de migrantes según país de procedencia, 2022

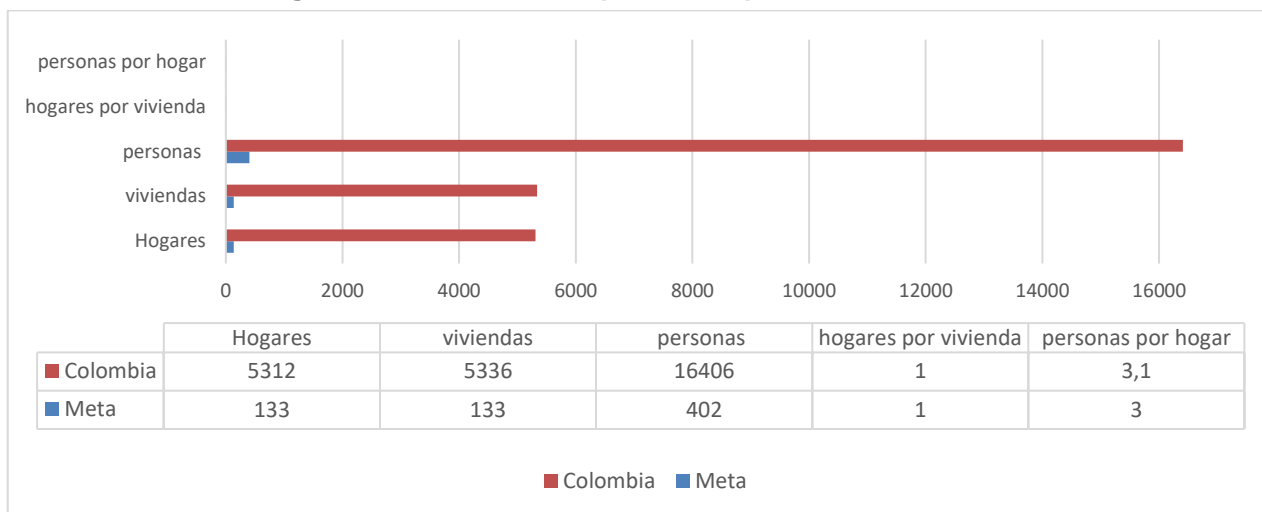
Pais	MASCULINO	FEMENINO	Total general
ALEMANIA	25	17	42
ARGENTINA	6	2	8
ARUBA	6	0	6
BÉLGICA	1	0	1
BOLIVIA	1	0	1
BRASIL	10	18	28
BURUNDI	0	18	18
CANADÁ	0	25	25
CHILE	18	4	22
CHINA	42	0	42
COLOMBIA	119	581	700
COSTA RICA	8	10	18
CUBA	0	5	5
ECUADOR	16	67	83
ESPAÑA	16	0	16
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	105	21	126
FEDERACIÓN DE RUSIA	0	6	6
FRANCIA	0	14	14
HONDURAS	0	19	19
HUNGRÍA	0	1	1
ITALIA	2	12	14
JAPÓN	1	0	1
MÉXICO	20	19	39
NICARAGUA	1	2	3
NO DEFINIDO	5.611	12.654	18.265
PANAMÁ	12	5	17
PARAGUAY	0	1	1
PERÚ	36	50	86
REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE	9	0	9
REPÚBLICA DE COREA	0	3	3
REPÚBLICA DOMINICANA	0	2	2
URUGUAY	1	0	1
VENEZUELA	27.632	69.093	96.725
Total general	33.698	82.649	116.347

Fuente: SISPRO

2.1.2.7 Población Campesina

En relación con la población campesina, según la encuesta nacional de calidad de vida del DANE, el 2.5% de los hogares campesinos en Colombia están en el departamento del Meta, que corresponde al 2.4% de personas campesinas residentes en el Meta en relación con la relación a nivel nacional.

Figura 9. Población campesina, departamento Meta, 2022



Fuente: Encuesta nacional de calidad de vida

2.1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

2.1.3.1 Servicios habilitados de las Instituciones prestadoras de Salud

Para el año 2022 en el departamento del Meta se contó con una amplia red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofertaban ayudas diagnósticas, consulta externa, hospitalización, servicios de promoción y prevención, servicio de cirugía, urgencias y transporte asistencial entre otros. Para el 2022 la modalidad de consulta externa fue la que más servicios habilitó representando un 44.5% de la totalidad de habilitación en el Meta, seguido el servicio de protección específica y detección temprana con un 22.5% y en tercer lugar se ubicó el apoyo diagnóstico y complementación con un 21.3%; esta situación favorece la garantía de Atención Primaria en Salud y aporta a la prevención de Enfermedades de Alto Costo.

Tabla 15. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en el Departamento del Meta, 2022.

Grupo Servicio	Indicador	2022
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electro diagnóstico	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	119

	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	135
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	123
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	77
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	131
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	123
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	94
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	86
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	70
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	246
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	76
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	3
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	6

Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	47
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	20
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	37
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	25
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	15
Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	73
Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	61
Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología oncológica	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	20
Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	30
Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	47
Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	213
Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	27
Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	35
Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	36
Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	122
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	13
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	24
Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	89
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	7
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	40
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	17
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	60
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	293
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	125
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - ayurveda	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	15

	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	47
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	137
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	179
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	123
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	75
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	50
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	128
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	35
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	220
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	66
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	34
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	6

	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	40
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados adultos	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	5
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	129
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	73
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	118
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	132
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	121
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	129
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	123
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	118
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	89
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	68
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	95

	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	68
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	126
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	128
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	125
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	81
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	20
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiológica	7	
Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	11	
Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	1	
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	57
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	22
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	44

Fuente: SISPRO

Otros indicadores del sistema sanitario

Los indicadores del sistema sanitario en el departamento del Meta han presentado variaciones favorables, pese a la crisis que atraviesa el sistema de salud en el territorio, y que ha incrementado con la emergencia de la pandemia COVID19, que obligó por diferentes razones al cierre de dos de las IPS más grandes e importantes del departamento. Actualmente la mayor preocupación con

relación a la disponibilidad de servicios de salud está representada en la deficiencia de camas de cuidado crítico neonatal y pediátrico en el departamento, sin embargo, para 2022 se han visto de la obligación de incrementarse las camas de hospitalización adulto y las camas de cuidado intensivo; muy preocupante los que demás indicadores han disminuido en relación con el año anterior, situación que obliga a remitir a los pacientes a la capital u otras ciudades; máximo cuando el Meta es centro de referencia de la Orinoquía y muchas veces de la Amazonia; también hay expectativa de una IPS de servicios de hospitalización y urgencias que esta próxima a abrir.

Tabla 16. Otros indicadores de sistema sanitario en el departamento del Meta, 2015-2022

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,21	0,20	0,17	0,17	0,17	0,16	0,60	0,15
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,06	0,28	0,07
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,26	0,24	0,21	0,21	0,22	0,22	0,88	0,22
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,75	0,76	0,76	0,78	0,69	0,67	0,74	0,82
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,14	0,13	0,11	0,11	0,10	0,11	0,01	0,06
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,04	0,01
Razón de camas por 1.000 habitantes	1,73	1,78	1,89	2,07	2,00	1,94	0,94	1,05

Fuente: SISPRO

En relación a la afiliación al SGSSS, para el año 2022 aumentó cerca del 5% en la cobertura ya sea a régimen subsidiado o contributivo, facilitando el acceso a los servicios de salud de la población metense.

Tabla 17. Cobertura de afiliación al SGSSS

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social	87,91	90,93	94,71	94,24	92,93	92,95	92,77	92,05	92,25	97,57

Fuente: SISPRO

2.1.3.2 Gobierno y gobernanza en el sector salud

En los últimos años, la inversión pública en el Departamento del Meta ha experimentado un notable aumento, representando ahora una proporción significativa del Producto Interno Bruto (PIB) departamental. A pesar de este crecimiento, la inversión pública en el sector salud sigue rezagada en comparación con otros departamentos. Mantener este incremento a largo plazo es crucial para atender las necesidades de infraestructura. Es esencial mantener un constante aumento en la acumulación de capital con el objetivo de mejorar los niveles de productividad y el PIB per cápita en el departamento.

El desafío para el Departamento del Meta, al igual que para otros, es mantener sostenidamente altos niveles de inversión pública a largo plazo para evitar quedar atrapado en la trampa de ingresos medios. Esto permitirá abordar las enormes necesidades de infraestructura en sectores como agroindustria, transporte, salud, educación, vivienda y desarrollo económico. Diversificar la economía mediante la inversión en estos sectores es fundamental para elevar la productividad y avanzar en la cadena de valor, asegurando así un crecimiento económico más sostenible.

El Departamento del Meta enfrenta considerables carencias de infraestructura en múltiples sectores, desde vías terciarias para impulsar la agroindustria hasta mejorar los servicios de salud y garantizar el acceso a agua potable, TIC y vivienda. Esta disparidad en infraestructura, particularmente en zonas rurales, limita el acceso a servicios públicos esenciales como educación y servicios sociales. La desigualdad territorial, tanto dentro de las áreas urbanas como entre regiones, es una realidad marcada en el departamento.

Si bien ha habido avances modestos en fortalecer las condiciones para una inversión pública efectiva e inclusiva, el Departamento del Meta debe continuar y expandir sus esfuerzos. Esto implica abordar la brecha de infraestructura, priorizando la mejora de los servicios de salud y reduciendo las desigualdades territoriales, además de mantener y mejorar los activos existentes. El respaldo financiero a nivel municipal debe ir acompañado de iniciativas que promuevan una gobernanza más cohesionada en la inversión pública. Esto implica reducir la fragmentación del sistema, fomentar la cooperación entre niveles de gobierno y fortalecer las capacidades locales para seleccionar e implementar proyectos de inversión que satisfagan las necesidades locales y cumplan con los requisitos departamentales.

Conclusiones

El departamento del Meta está conformado por 29 municipios, con una extensión de 85 mil kilómetros cuadrados, siendo uno de los más extensos del país, se distribuye en tres regiones: piedemonte llanero, la planicie y el Ariari, que influyen en la presencia o no de eventos de interés en Salud Pública.

Once de los 29 municipios (38%) son eminentemente urbanos, con un porcentaje de su población superior al 55% ubicada en el área urbana, estos son Villavicencio, San Martín, Acacias, Granada, Guamal, Barranca de Upía, Restrepo, Cumaral, Cubarral, Puerto López y Fuente de Oro; en este grupo se encuentran 3 municipios con el mayor aporte de población al Departamento (Villavicencio, Granada, Acacias).

Tres Municipios (10%) tienen población distribuida de igual forma entre urbano y rural, con un grado de urbanización entre 50% y 54.9%, estos son Puerto Rico, San Carlos de Guaroa y San Juanito.

Los restantes 15 municipios (52%) tienen su población ubicada en mayor proporción en el área rural, con un grado de urbanización menor del 50% estos son Cabuyaro, Lejanías, El Dorado, Vista Hermosa, El Calvario, El Castillo, Mesetas, Puerto Lleras, Uribe, La Macarena, Mapiripán, Castilla la Nueva, Puerto Concordia, Puerto Gaitán, San Juan de Arama.

El departamento del Meta para el año 2023 tiene una población total estimada de 1.130.085 habitantes según la proyección del Censo DANE 2020-2035 población Post COVID. Todos los municipios a excepción de Castilla la Nueva, tuvieron crecimiento poblacional en relación con la proyección del año inmediatamente anterior.

La pirámide población del Departamento del Meta, es una pirámide progresiva, caracterizada por una base ancha, los lados robustos y el vértice angosto. Ha tenido transformaciones importantes en los años analizados, observándose una reducción importante de la base con respecto al año 2018; mientras que en la población desde los 40 años en adelante muestra un aumento, lo que se atribuye principalmente a la reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, dada por la reducción de la tasa de mortalidad.

En relación con la distribución por sexo de la población del Meta, el mayor número de personas corresponde a la población de 10 a 39 años (curso de vida adolescencia, juventud y hasta los 39 años de la adultez), lo que se refleja en la pirámide poblacional. Como se observa, a medida que aumenta la edad, disminuye el número de población.

Los cursos de vida donde existe mayor número de población se caracterizan porque la persona se encuentra en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social, laboral y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía.

Para el departamento del Meta, la EVN total del año 2018 es de 75.56 años, y para este año 2023 aumentó a 76.07 años. Cuando se realiza el análisis por sexo se encuentra que la esperanza de vida al nacer en los hombres; pasó de 72.31 años en 2018 a 72.87 años en 2023, la EVN es mayor a nivel de Colombia en comparación con el departamento del Meta, para el total, en hombres y en mujeres; significando de esta se ve afectada por las mortalidades tempranas ocurridas por varios factores.

El departamento del Meta, en relación con la TNM (tasa neta de migrantes) tuvo una disminución desde el año 2018 que estaba en 13.2 por cada 1000 habitantes mientras que para el año 2023 fue de 0.89 por cada 1000 habitantes. Lo que indica que la cantidad de personas que viene de otras regiones a vivir en el departamento ha disminuido con el paso de los años.

El desplazamiento forzado es uno de los efectos del conflicto armado en la región sumado al conflicto por la tenencia de las tierras. Para el año 2022 se registra una proyección de 221.647 víctimas de desplazamiento, número que disminuyó en relación con el año inmediatamente anterior donde se habían registrado 258.079 víctimas de desplazamiento forzado.

Por sexo, han sido afectadas más las mujeres (112.459 mujeres) que los hombres (108.716 hombres) y según el rango de edad, las personas con edades entre 5 y 29 años son las más afectadas, dado que en este grupo específico se concentra el 50.2% de la población víctima de desplazamiento forzado, agrupando 111.246 personas.

294 personas que se auto reconocen como población LGTBIQ+ en el departamento, siendo la mayor proporción para la población gay con el 39% seguido de la población lesbiana con el 36%.

En relación con la población campesina, según la encuesta nacional de calidad de vida del DANE, el 2.5% de los hogares campesinos en Colombia están en el departamento del Meta, que corresponde al 2.4% de personas campesinas residentes en el Meta en relación con la relación a nivel nacional. Para el autorreconocimiento étnico, el 96.7% no se considera de ningún grupo étnico-racial; el 2.2% se considera población indígena, el 1% de población negro, mulato afrodescendiente o afrocolombiano, el 0.1% restante se considera gitano, raizal o palenquero. El municipio que tiene mayor número de población indígena es Puerto Gaitán donde el 31.6% de sus habitantes se auto reconocen de esa etnia

2.2 CAPÍTULO II. Procesos económicos y circunstancias de la vida social

2.2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

Actividades económicas

Con respecto a las actividades económicas realizadas en el departamento del Meta en primer lugar se encuentran las relacionadas con explotación de minas y canteras con un 61%, en segundo lugar, encontramos las actividades relacionadas con servicios sociales, comunales y personales y en tercer lugar las actividades relacionadas con la agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca.

Tabla 18. Porcentaje por grandes ramas de actividad económica

ACTIVIDAD ECONOMICA	2012	2013	2014	2015	2016
Actividades de servicios sociales, comunales y personales	5,4	5,6	6,87	8,95	11,22
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	5,78	5,54	5,68	7,81	11,36
Comercio, reparación, restaurantes y hoteles	3,32	3,38	4,11	5,52	7,29
Construcción	5,55	6,42	7,09	6,67	7,84

Establecimientos financieros, inmobiliarias y servicios a empresas	3,38	3,34	4,08	5,21	6,64
Explotación de minas y canteras	69,88	69,41	64,57	56,72	44,08
Impuestos	1,43	1,42	1,78	2,04	2,46
Industria manufacturera	2,05	1,73	1,98	2,03	2,53
Suministro de electricidad, gas y agua	0,85	0,83	0,98	1,34	1,94
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	2,34	2,33	2,87	3,71	4,63

Fuente: TerriData, con datos de DNP a partir de información del DANE

Indicadores Mercado Laboral

Según La Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) que tiene como objetivo proveer información estadística relacionada con mercado laboral, ingresos y pobreza monetaria, así como de las características sociodemográficas de la población residente en Colombia, a través de la encuesta se clasifica a las personas según su fuerza de trabajo en ocupadas, desocupadas o población fuera de la fuerza laboral para el departamento del Meta el en promedio el 74.7% de la población se encuentra en edad para trabajar.

Para el departamento del Meta durante el año 2022 la Tasa Global de participación (TGP) se encontró en 63.6% que comparada con el año inmediatamente anterior que fue de 62.2%, observando un aumento porcentual entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar. La tasa de ocupación (TO) para el 2022 fue de 56.6% que comparada con el año inmediatamente anterior presenta un aumento porcentual reflejando la relación entre la población ocupada y la población en edad de trabajar.

La tasa de desempleo (TD) para el año 2022 fue de 11.2% que comparado con el año 2021 que fue de 15.4% presenta una reducción porcentual reflejando una disminución en la población en edad de trabajar que no tienen empleo.

La tasa de sobreocupación (TS) para el año 2022 fue de 6.2% que comparada con el año 2021 no presentó variación porcentual reflejando un comportamiento estable entre la población sobreocupada y la población económicamente activa.

Tabla 19. Porcentaje Indicadores de Mercado Laboral

Concepto	2018	2019	2020	2021	2022
% población en edad de trabajar	74,1	74,4	74,7	75,1	75,4
TGP	69,2	68,7	61,6	62,2	63,6
TO	61,2	59,6	49,3	52,6	56,5
TD	11,7	13,3	19,9	15,4	11,2
TS	9,6	8,5		6,2	6,2

Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2022- DANE

Condiciones de trabajo

De acuerdo la última información disponible para el departamento, según cifras del DNP y la FILCO para el año 2016, los trabajadores cotizantes al sistema general de seguridad social fueron de 155.988,67, evidenciando una relación con la formalidad del empleo en la población económicamente activa. Comparado con el año 2015 se observa una reducción de 16% (181.523,00)

Tabla 20. Trabajadores cotizantes al sistema general de seguridad social

Trabajadores cotizantes al sistema general de seguridad social	2012	2013	2014	2015	2016
	126.542,59	140.486,83	170.651,92	181.523,00	155.988,67

Fuente: TerriData, FILCO- Ministerio del Trabajo

2.2.2 Condiciones de vida del territorio

Pobreza multidimensional del territorio

La pobreza multidimensional evalúa los resultados de satisfacción (o no privación) que tiene un individuo respecto a ciertas características que se consideran vitales como condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y juventud, salud, trabajo, acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda. Para el departamento del Meta, entre los años 2018 al 2022, la variable que supero la privación del 33% en los hogares metenses fue el trabajo informal con cifras de 84,5% para el año 2022 en los centros poblados y rural disperso. El otro indicador que reflejó un comportamiento similar fue el bajo logro escolar con una de cifra de 70,9% para el año 2022 en los centros poblados y rural disperso en los hogares del departamento.

Tabla 21. Índice de pobreza multidimensional por variables del departamento (Privaciones por hogar según variable), Meta, 2020-2022.

Variable/ área	2020			2021			2022		
	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
Analfabetismo	6,1	5,4	8,4	6,3	4,9	11,2	6,5	4,9	11,9
Bajo logro educativo	42,4	35,1	65,6	44,8	37,5	70,7	44,1	36,4	70,9
Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	6,6	6,4	7,1	6,6	6,5	6,8	7,3	7,7	6,1
Barreras de acceso a servicios de salud	2,8	2,4	4,0	2,0	2,1	1,4	2,1	2,4	1,3
Desempleo de larga duración	12,3	12,7	11,3	12,9	13,7	10,0	10,7	11,5	8,0
Hacinamiento crítico	5,1	4,9	5,6	6,9	6,6	8,0	6,0	6,1	5,7
Inadecuada eliminación de excretas	5,3	4,0	9,5	5,5	3,9	11,2	6,9	5,9	10,1
Inasistencia escolar	15,6	12,1	26,6	8,0	7,2	10,8	4,1	3,7	5,5
Material inadecuado de paredes exteriores	3,8	3,3	5,4	4,1	3,7	5,4	2,6	2,2	3,9
Material inadecuado de pisos	5,0	2,0	14,7	7,2	3,0	22,3	4,8	1,7	15,7
Rezago escolar	26,0	25,1	28,5	26,2	24,5	32,2	27,5	26,4	31,2
Sin acceso a fuente de agua mejorada	13,3	6,6	34,6	12,4	5,9	35,2	11,0	6,6	26,2
Sin aseguramiento en salud	8,0	8,1	7,9	8,7	8,8	8,5	8,3	8,5	7,3
Trabajo infantil	1,4	1,0	2,7	1,2	0,9	2,4	1,7	1,4	2,9
Trabajo informal	76,4	73,3	86,3	72,0	69,7	80,1	74,8	72,0	84,5

Fuente: DANE- CNPV 2018.

Cobertura bruta de educación

Al analizar el comportamiento de la cobertura bruta de educación según categoría, se identificó que el porcentaje de hogares con analfabetismo es dos veces mayor que el indicador del nivel nacional, la tasa de cobertura bruta de educación categoría primaria, la tasa de cobertura bruta de educación categoría secundaria y educación media son superiores a la nación; sin embargo, los índices de analfabetismo siguen resaltando, siendo mayores que los nacionales

Tabla 22. Tasa de cobertura bruta de educación en el Departamento del Meta, 2003 – 2021

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Meta	Comportamiento																		
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	8,4	16,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	106,51	109,00	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	-	↘	↗	↘	↘	↗	-	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	109,03	110,00	-	-	↗	↗	↗	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	-	-	↗	↗	-	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	86,15	95,00	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	-	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	-	↘

Fuente: Ministerio de Educación nacional

Oferta institucional respecto de los servicios públicos y de comunicaciones

- + Cobertura de servicios de electricidad: Este servicio público en el departamento del Meta, presenta una de las coberturas más altas, en comparación con los demás servicios públicos, 93,88%, la diferencia estadísticamente es baja, en comparación con el indicador del nivel nacional. Al revisar esta cobertura por área, estas presentan una gran diferencia, tan solo el 69,10% de la población del área rural cuenta con servicio de luz, mientras que la cobertura en el área urbana alcanza el 99,94%.
- + Cobertura de acueducto: Este indicador no presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con el indicador nacional, en la población Metenses el 50% de la población cuenta con este servicio básico, siendo un factor de riesgo, para la aparición de enfermedades infecciosas y parasitarias y además determina la calidad de vida de los habitantes. Al observar esta cobertura por área, las brechas aumentan, porque en el área rural solo el 27,21% de la población cuenta con el servicio de acueducto, frente a una cobertura del 83,23% en el área urbana.

- Cobertura de alcantarillado:** El 43,18% de la población del departamento del Meta, cuenta con el servicio de alcantarillado, menos de la mitad de la población. Esta baja cobertura es debido que tan solo el 16,30% de los habitantes del área rural se benefician de este servicio y el 79,20% de los habitantes del área urbana. Esta baja cobertura representa un factor de riesgo, por la contaminación del medio ambiente, especialmente las fuentes de agua para consumo humano.
- Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA):** Este indicador muestra el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano; El Meta presenta un IRCA de 15,20%, se encuentra en riesgo medio; el agua no es apta para el consumo humano, debe realizarse una gestión directa con los diferentes actores de acuerdo a sus competencias, para asegurar agua apta para el consumo humano y así garantizar que no se afecte la salud pública.
- Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada:** Este indicador de calidad de vida no presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con el nivel nacional, porque tanto el indicador de referencia, como el del Meta, son altos. En Colombia y en el Departamento del Meta no se alcanzó uno de los objetivos de desarrollo del milenio, que pretendía que para el año 2015 el 88% de la población tuviera acceso a fuentes de agua mejorada, para el año 2020 el departamento del Meta alcanzo un 23,12%.
- Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas:** El 11,20% de los hogares del departamento del Meta, no cuentan con un sistema adecuado de eliminación de excretas, esta falta de saneamiento básico en la población, son manifestaciones visibles del grado de pobreza. De las condiciones sanitarias de un hogar depende la salud y el bienestar de sus miembros, la adecuada eliminación de excretas es necesaria para garantizar un ambiente sano y proteger a la comunidad de enfermedades, evitando la contaminación del suelo, subsuelo y el agua; y de esta forma disminuir las tasas de morbilidades dependientes de este factor importante de saneamiento básico.

Tabla 23. Condiciones de vida del departamento del Meta, 2022

Determinantes intermedarios de la salud	Colombia	Meta
Cobertura de servicios de electricidad	96,81	93,88
Cobertura de acueducto	58,21	50,23
Cobertura de alcantarillado	41,0	43,18
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	11,53	15,20
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	17,3	23,12
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	10,8	11,20

Fuente: SISPRO

A nivel rural, se observan brechas con relación a las coberturas de servicios públicos, específicamente de electricidad, acueducto y alcantarillado, lo que indica baja calidad de vida en este grupo de población, que implica mayores riesgos para la salud de quienes habitan en el área rural; de esta forma se considera que esta población es más vulnerable frente a estos factores descritos y el riesgo que revisten.

Tabla 24. Determinantes intermedios de la salud por zona - condiciones de vida del departamento del Meta, 2022

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	99,94	69,10
Cobertura de acueducto	83,23	27,21
Cobertura de alcantarillado	79,2	16,30

Fuente: SISPRO

Sistema sanitario

- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: En el Departamento el 17.3% de los hogares tiene barreras de acceso a los servicios de salud, mientras que en el nivel nacional alcanza el 15.8%, esta diferencia, aunque no es estadísticamente significativa, implica la necesidad garantizar la prestación de servicios de salud a la primera infancia.
- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: para el departamento del Meta es mayor 7.8% comparado con la nación el cual es de 6.3%, esta diferencia no es significativa, pero sugiere la necesidad de intervenciones para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud, y mejorar la salud pública y en general.
- Cobertura de afiliación al SGSSS: La cobertura de afiliación en el Meta es de 92,10%, el indicador es mayor que la cobertura del nivel nacional, la cual es de 95,64%, es importante aclarar que la cobertura no garantiza una atención de los servicios de salud ni la calidad.
- Coberturas de vacunación para el departamento del Meta son 99,2% para cobertura de BCG para nacidos vivos para el año, 94,72% terceras dosis de DPT y 88,35% polio y 90,18% tripe viral dosis en menores de 1, muy similares a la cobertura nacional; se sugiere mayores esfuerzos para este fin, es una actividad altamente costo eficiente y se debe priorizar en el departamento del Meta.
- Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal: Para el departamento del Meta el 76,62% de los nacidos vivos presentaron 4 o más consultas de control prenatal, en comparación con el nivel nacional que presenta el 80,18% de consultas, lo cual, debe ser objeto de especial atención dado el impacto que tiene en la valoración y detección temprana de alteraciones del embarazo parto y puerperio, disminuyendo la morbilidad materno, perinatal e infantil, es importante también mejorar la calidad de la atención a fin de optimizar la adherencia al programa de control prenatal.
- Cobertura de parto institucional: el departamento del Meta presenta coberturas de 96,30%, muy similar al nivel nacional, lo cual representa cambios importantes en la cultura matriarcal y mejoramiento en el acceso a la atención de la gestación, el parto y el puerperio.
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado, el departamento del Meta presenta coberturas del 96,60%, siendo muy similar a la nacional con un 97,41%.

Tabla 25. Determinantes intermedios de la salud - Sistema sanitario del departamento Meta, 2021

COLOMBIA META	Comportamiento
---------------	----------------

Determinantes intermedios de la salud		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	15,8	17,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	95,64	92,10	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	86,98	99,20	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	91,78	94,72	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	86,06	88,35	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	86,44	90,18	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	80,18	76,20	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	97,26	96,30	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	97,41	96,60	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘

Fuente: MPSP

Seguridad alimentaria

Según los determinantes intermedios de la salud, la media de lactancia materna exclusiva solo alcanza los 2 meses para el departamento del Meta (según el reporte del programa Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN), a pesar que la Organización Mundial de la Salud indica que la lactancia materna “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”, esto significa un riesgo para la salud para los niños que nacen en el territorio, por tal razón se debe incentivar prácticas que promuevan, protejan y apoyen la lactancia materna.

En el Meta, el 6,10% de los niños nacen con bajo peso, indicador que resulta más bajo con relación a los resultados del País y se mantiene en los últimos dos años, la tendencia mejorar el indicador. Al analizar la tendencia es al ascenso del indicador; sin embargo, es importante tener en cuenta a la luz de los resultados, las condiciones de salud de la materna, la adherencia a los controles prenatales y las condiciones socioeconómicas de las familias; teniendo en cuenta que este último factor determina en gran medida el acceso a la alimentación de la materna, y se verá reflejado en un peso óptimo al momento de nacer, lo que repercutirá en adelante en el crecimiento y desarrollo del niño, y en la

presentación de secuelas neurológicas permanentes que puedan afectar su desarrollo normal y productividad.

En el Departamento, se han implementado programas de recuperación nutricional, que involucran tanto a gestantes como niños con riesgo nutricional que han impactado de manera muy positiva la salud materno perinatal y de los niños menores de 1 año. Estrategias que se requiere mantener y mejorar en el tiempo, para obtener mejores resultados del indicador de bajo peso al nacer.

Con relación a los indicadores de prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años, el Meta es una de las Entidades Territoriales con resultados negativos en la salud nutricional de los niños menores de 5 años. De acuerdo con la ENSIN 2015, el 3,8% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición baso peso para la edad. La prevalencia de desnutrición crónica, en este grupo de edad, alcanzaba al 9,5% y la tendencia es al ascenso.

La prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre los 6 meses y 4 años, es de 42,6 casos por cada 100 mil niños y niñas entre 6 mes y 4 años , el Meta supera el indicador nacional, de acuerdo con la ENSIN del año 2015, la anemia nutricional en la primera infancia se considera un problema de salud pública, que se debe fortalecer desde la ruta integral de atención a la primera infancia en los primeros 1000 días de vida, articulando la atención en la pre concepción, control prenatal, parto integral, crecimiento, desarrollo y vacunación. Lo anterior irá integrado a estrategias de desparasitación, fortificación casera de alimentos con micronutrientes en polvo e intervenciones dirigidas a posicionar la importancia de la nutrición y alimentación en el desarrollo infantil y en la reducción de las inequidades sociales.

Tabla 26. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional en el Departamento del Meta, 2006-2020.

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Meta	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN)	36,1	41,90					-						↗							
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9,18	6,10	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	-	↘	↗	↗					↗	
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN)	3,7	3,80					-						↗							
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN)	10,8	9,50					-						↗							
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN)	14,4	19,00					-						↗							
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN)	22,44	19,80					-						↗							
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN)	29,5	42,60					-						↗							

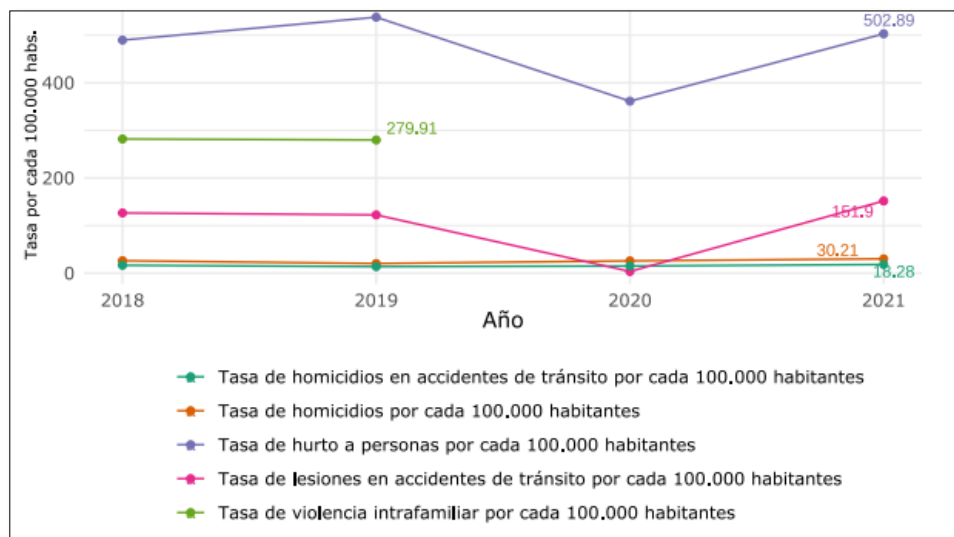
Fuente: SISPRO-ENSIN

2.2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Indicadores de criminalidad

Con respecto a los indicadores de criminalidad para el departamento del Meta durante el año 2021, la tasa de hurto a personas es la más alta con 502.89 por cada 100.000 habitantes, seguido por la Tasa de lesiones en accidente de tránsito con 151.9 por cada 100.000 habitantes y la tasa de homicidios con 30.21 por cada 100.000 habitantes.

Figura 10. Indicadores de criminalidad 2018- 2021



Fuente: DNP, con datos de MinDefensa, Medicina Legal y DANE

Presencia de grupos armados ilegales

De acuerdo con la Alerta temprana N°065 del 2018², publicada por la defensoría del pueblo, en el departamento de Meta, está determinado por la presencia de grupos conformados por personas que se autodenominan como disidentes de las FARC-EP, específicamente de los ‘Frentes Primero’ y ‘Séptimo’, y por la presencia de presuntos integrantes de grupos armados pos-desmovilización de las AUC, entre ellos, miembros de las autodenominadas ‘Autodefensas Gaitanistas de Colombia’ y de los llamados ‘Puntilleros’, estructura que se presume ha integrado antiguos miembros del ‘Bloque Meta’ y los ‘Libertadores del Vichada’. En los municipios de San José del Guaviare, Mapiripán y Puerto Concordia, ha sido posible percibir una transformación en la dinámica del conflicto armado, tal como quedó establecido en el Informe de Riesgo N°025-17 A.I. Tales transformaciones están determinadas, fundamentalmente, por la expansión y consolidación de la presencia de los grupos que se autodenominan disidentes de los Frentes Primero y Séptimo en territorios antes controlados por los Frentes 44 o 16 de las FARC-EP, actualmente en proceso de reincorporación a la vida civil; los cambios en las dinámicas de control de algunos grupos pos desmovilización de las AUC; y a las tensiones generadas ante una factible entrada del grupo armado Ejército de Liberación Nacional (ELN), por el nororiente de Mapiripán y por la cuenca del río Guaviare³, desde los territorios adyacentes del departamento de Vichada.

Mientras persista la presencia de grupos autodenominados en disidencia de las FARC-EP, así como de grupos armados ilegales pos desmovilización de las AUC, en el territorio señalado en riesgo, es razonable considerar la alta probabilidad de que se presenten y/o profundicen amenazas de muerte, homicidios selectivos, desplazamientos forzados de campesinos e indígenas; accidentes e incidentes

² Defensoría del Pueblo. Alerta temprana 065 de 2018. En línea: <https://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/02/AT-N%C2%B0-065-18-MET-Mapiripan-y-Puerto-Concordia.pdf>

³ Defensoría del Pueblo – SAT, Informe de Riesgo N° 048-17 A.I para Vichada, Meta y Guainía, Bogotá, 2017, p. 8.

con minas antipersonal, munición sin explotar o artefactos explosivos improvisados; acciones de violencia sexual; ataques armados con efectos indiscriminados; afectación de bienes civiles; despojos de tierras, enfrentamientos armados con interposición de la población civil; reclutamiento y utilización ilícita de NNJA; toma de rehenes, extorsiones; asesinatos selectivos; desapariciones forzadas y restricciones a la movilidad.

Aunque la alerta temprana es de 2018, la situación sigue vigente en el territorio, puesto que durante el año 2023 y 2022, se ha evidenciado hechos de capturas a cabecillas de grupos armados ilegales, destrucción de áreas de cristalización de cocaína, desactivación de zonas minadas recientemente y extorsión⁴

Condiciones factores, psicológicos y culturales

- ✚ El indicador porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumen frutas y verduras diariamente presenta un comportamiento inferior en el Meta, respecto al País, esta diferencia relativa no es significativa, sin embargo, representa un riesgo importante para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, por ende, secuelas permanentes.
- ✚ El comportamiento de la Prevalencia de último año de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años en el Meta, es muy similar al del país con (40,22%), sin embargo, considerando que el alcohol produce daños a nivel del desarrollo integral de la persona y que se está comportando como la puerta de entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas, este indicador representa una prioridad para el departamento, que deberá implementar su plan de acción intersectorial para prevenir y mitigar el consumo de esta sustancia, especialmente en niños, niñas y adolescentes, que son la población de mayor riesgo.
- ✚ La tendencia del indicador, porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años), es estable y no presenta diferencia relativa con el nivel nacional, ambas situadas alrededor de 83,7%, representa un buen nivel de uso de anticonceptivos.
- ✚ Aunque la prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años es inferior en el Meta (4,5%), con relación al país (8%), corresponde a una prioridad de Salud Pública para el Departamento, teniendo en cuenta los riesgos y daños que representa para la salud, la vida de los adolescentes que consumen sustancias psicoactivas (lícitas e ilícitas), considerando el camino de ingreso para otras adicciones.
- ✚ La cobertura de tratamiento antirretroviral en los últimos años del periodo analizado viene en descenso, lo cual tiene como base principal la crisis por la que está pasando el sistema de salud a nivel departamental y nacional, que presenta diversas barreras de tipo administrativo para acceder a estos tratamientos. Adicionalmente, los programas de tratamiento carecen de acciones de demanda inducida y seguimiento a la adherencia, lo cual no solo representa un riesgo para el paciente; sino para la salud pública.
- ✚ Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años: este indicador, se encuentra sin casos para el año 2019.
- ✚ Prevalencia de fumadores actuales: el departamento del Meta presenta una prevalencia más baja (8.9%) que la Nacional de (12.8%), sin embargo, se debe relacionar con el consumo de

⁴ INFOBAE. Capturaron a alias “Negro Chucha” del Estado Mayor Central: tenía circular azul de la Interpol. En línea: <https://www.infobae.com/colombia/2023/07/28/capturaron-a-alias-negro-chucha-del-estado-mayor-central-tenia-circular-azul-de-la-interpol/>

alcohol en escolares, dada la evidencia de asociación y la multiplicación del riesgo por multiconsumo.

- Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: este indicador presenta una tasa más alta en el Meta (61 x 100 mil Hab), frente al nacional (37 x 100 mil Hab), lo que indica que el riesgo en el Meta es mayor para violencia intrafamiliar y debe ser un indicador objeto de priorización en la planeación en salud, que requiere de articulación intersectorial. De mismo modo, en la incidencia de la violencia contra la mujer el indicador del departamento es mayor que el de la nación. Evidencia una alta prevalencia de factores de riesgo de salud mental, salud sexual y reproductiva, afecta la convivencia pacífica y el libre desarrollo del proyecto de vida, estas formas de violencia suelen reproducirse en los hijos testigos de esta violencia; indicadores que se han establecido y evidenciado con el paso de los años, y que constituyen un gran riesgo de salud mental.

Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Departamento del Meta, 2006-2021

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Meta	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de verduras diariamente (ENSIN)	28,1	27,30					↗												
Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Meta	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas diariamente (ENSIN)	66,8	60,10					↗												
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares - ENSPA)	39,81	40,22						↗					↗						
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS)	80,9	83,70					↗					↗							
Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS)	79,4	84,40										↗							
Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, ENDS	17,6	16,90										↗							
Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, ENDS	16,2	15,40										↗							

condiciones maternas y perinatales corresponden a los motivos de consulta de la población gestante y neonatal. Las condiciones mal clasificadas reúnen una serie de signos y síntomas inespecíficos que no se pueden atribuir a un grupo de patologías.

Morbilidad atendida

En el comportamiento de la morbilidad por ciclo vital en el departamento del Meta para el año 2021, las Enfermedades no transmisibles es el grupo de causas que mayor carga de morbilidad genera, afectando a todos los grupos del ciclo vital, con un aumento respecto al año 2020; estas enfermedades registran un comportamiento oscilatorio en el tiempo con una tendencia al aumento, teniendo en cuenta que a medida que aumenta la edad, se incrementa la presencia de enfermedades no transmisibles, alcanzando cifras superiores al 60% en la adolescencia, adultez con un 69% y 83% en el adulto mayor. Sin embargo, llama la atención el comportamiento al aumento de estas enfermedades en la población más joven (primera infancia, infancia, y juventud) en comparación al año anterior.

En segundo lugar, general se reportaron las condiciones transmisibles y nutricionales la cuales han mostrado una tendencia a la disminución a través de los años, presentando la cifra más baja para el año 2021, se evidencia la reducción más baja en el ciclo de vida de infancia con 13.42% del año 2020 al 9.66% del 2021; seguida de juventud con un 3% de variación del año 2020 al 2021; evidenciando un comportamiento a la reducción en todos los ciclos poblacionales para el 2021.

Llama la atención el comportamiento de las condiciones mal clasificadas que registran un descenso para el 2022 respecto al año anterior y presentado su pico más alto en el año 2018; se evidencia para el 2021 en todos los ciclos una disminución en el comportamiento. Dicha clasificación demuestra errores en la clasificación diagnóstica de las enfermedades, que afecta considerablemente la caracterización de los problemas de salud y su priorización; por lo que se requiere realizar acciones para el mejoramiento de los registros y diagnósticos de causas de morbilidad por parte del personal de salud.

Tabla 28. Principales causas de morbilidad, Departamento del Meta, 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	47,76	43,02	43,36	43,21	41,84	38,22	38,58	35,07	38,78	24,06	20,72	22,23	19,94	-2,29
	Condiciones perinatales	0,98	1,08	0,99	1,08	0,74	1,07	0,97	0,45	0,80	1,01	1,14	2,13	2,11	-0,02
	Enfermedades no transmisibles	39,86	31,70	29,74	35,99	38,48	41,76	38,16	34,37	38,50	32,84	38,82	41,36	44,55	3,19
	Lesiones	3,87	5,07	5,39	4,22	4,15	3,62	4,54	4,21	4,14	3,33	5,16	8,24	6,29	-1,95
	Condiciones mal clasificadas	13,53	19,13	20,54	15,50	14,79	15,32	17,75	25,31	29,78	38,75	27,17	26,05	27,12	1,07
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	37,76	29,07	24,84	24,31	24,23	21,92	22,51	20,29	15,40	12,45	18,66	13,42	9,66	-3,76
	Condiciones maternas	0,07	0,10	0,10	0,05	0,04	0,06	0,08	0,00	0,01	0,03	0,07	0,11	0,10	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	49,12	45,57	49,90	56,44	55,47	56,98	52,72	49,98	51,99	42,91	50,90	52,35	58,88	6,53
	Lesiones	4,97	6,83	7,00	4,35	4,85	4,60	5,79	6,42	5,99	4,16	6,62	9,63	8,53	-1,10
	Condiciones mal clasificadas	14,09	18,43	18,16	14,85	15,41	16,44	18,91	23,71	25,91	40,46	24,33	24,50	22,83	-1,67
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,69	19,79	16,35	15,98	15,96	14,49	16,02	13,00	10,25	7,62	12,10	9,36	6,71	-2,65
	Condiciones maternas	2,74	2,93	2,45	1,89	1,78	2,09	1,75	1,49	1,21	0,97	2,39	4,07	2,74	-1,33
	Enfermedades no transmisibles	54,05	51,48	55,22	60,82	60,16	59,59	54,77	51,41	54,30	42,99	55,00	55,27	60,89	5,62
	Lesiones	5,10	7,17	7,55	4,75	4,98	5,35	6,57	7,39	6,27	4,74	6,32	6,97	6,57	-0,40
	Condiciones mal clasificadas	15,42	18,83	18,43	16,56	17,11	18,49	20,89	26,71	27,97	43,68	24,11	24,33	23,09	-1,24

		Total														
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2020-2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	47,76	43,02	43,36	43,21	41,84	38,22	38,58	35,67	28,78	24,06	29,72	22,23	19,94	2,29	
	Condiciones perinatales	0,98	1,08	0,99	1,08	0,74	1,07	0,97	0,45	0,80	1,01	1,14	2,13	2,11	-0,02	
	Enfermedades no transmisibles	33,86	31,70	29,74	35,99	38,48	41,76	38,16	34,37	36,50	32,84	36,82	41,36	44,55	3,19	
	Lesiones	3,87	5,07	5,39	4,22	4,15	3,62	4,54	4,21	4,14	3,33	5,16	8,24	6,29	1,95	
	Condiciones mal clasificadas	13,53	19,13	20,54	15,50	14,79	15,32	17,75	25,31	29,78	38,75	27,17	26,05	27,12	1,07	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,76	29,07	24,84	24,31	24,23	21,92	22,51	20,29	15,40	12,45	18,66	13,42	9,66	3,76	
	Condiciones maternas	0,07	0,10	0,10	0,05	0,04	0,06	0,08	0,00	0,01	0,03	0,07	0,11	0,10	-0,01	
	Enfermedades no transmisibles	49,12	45,57	49,90	56,44	55,47	56,98	52,72	49,58	51,99	42,91	50,30	52,35	58,88	6,53	
	Lesiones	4,97	6,83	7,00	4,35	4,85	4,60	5,79	6,42	5,69	4,16	6,62	9,63	8,53	1,10	
	Condiciones mal clasificadas	14,09	18,43	18,16	14,85	15,41	16,44	18,91	23,71	26,91	40,46	24,33	24,50	22,83	1,67	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,69	19,79	16,35	15,98	15,96	14,49	16,02	13,00	10,25	7,62	12,10	9,36	6,71	2,65	
	Condiciones maternas	2,74	2,93	2,45	1,89	1,78	2,09	1,75	1,49	1,21	0,97	2,39	4,07	2,74	1,33	
	Enfermedades no transmisibles	54,05	51,48	55,22	60,82	60,16	59,59	54,77	51,41	54,30	42,99	55,09	55,27	60,89	5,62	
	Lesiones	5,10	7,17	7,55	4,75	4,98	5,35	6,57	7,39	6,27	4,74	6,32	6,97	6,57	0,40	
	Condiciones mal clasificadas	15,42	18,63	18,43	16,56	17,11	18,49	20,89	26,71	27,97	43,68	24,11	24,33	23,09	1,24	
Juventud (19 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,05	15,75	13,64	12,57	12,93	12,16	16,68	14,19	11,39	9,07	11,55	12,17	9,16	3,01	
	Condiciones maternas	5,64	6,62	6,25	4,46	4,82	4,84	5,10	4,74	3,65	3,20	6,00	8,85	6,65	2,20	
	Enfermedades no transmisibles	58,42	55,36	56,29	64,26	61,46	61,67	51,80	45,85	52,35	43,37	51,10	48,52	54,21	5,70	
	Lesiones	4,68	6,40	7,55	5,34	5,45	5,62	7,32	8,72	7,45	6,19	7,38	7,35	7,07	0,28	
	Condiciones mal clasificadas	13,20	15,88	16,26	13,36	15,35	15,71	19,10	26,51	25,16	38,18	23,97	23,12	22,90	0,22	
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,55	11,22	9,92	8,94	9,37	8,63	12,33	10,94	8,41	7,38	8,80	10,82	8,20	2,61	
	Condiciones maternas	1,27	1,42	1,38	1,00	1,14	1,07	1,41	1,21	0,72	0,73	1,18	1,56	1,25	0,31	
	Enfermedades no transmisibles	70,93	68,45	70,27	74,57	73,23	73,20	65,64	63,47	68,20	59,32	67,42	66,08	69,25	3,16	
	Lesiones	4,21	5,57	5,88	4,27	4,33	4,45	5,56	6,05	5,22	5,11	5,59	5,70	5,48	0,21	
	Condiciones mal clasificadas	11,04	13,33	12,55	11,22	11,94	12,64	15,06	18,32	17,45	27,46	17,00	15,85	15,82	0,03	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,52	6,58	6,54	6,25	6,38	5,83	6,42	5,78	4,40	3,47	5,02	4,52	3,86	0,66	
	Condiciones maternas	0,01	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,01	-0,02	
	Enfermedades no transmisibles	80,97	79,59	78,88	81,57	81,13	81,75	79,35	76,93	78,07	66,79	80,08	80,89	83,84	3,95	
	Lesiones	3,07	3,71	3,93	2,80	2,96	2,80	3,12	3,03	2,58	2,71	3,47	3,06	3,18	0,12	
	Condiciones mal clasificadas	8,43	10,10	10,64	9,38	9,53	9,60	11,10	14,26	14,95	27,02	11,42	11,51	9,12	2,39	

Fuente: Cubos SISPRO

Principales causas de morbilidad en hombres

En los hombres la morbilidad mantiene el mismo comportamiento que a nivel general de la población departamental; la principal causa de morbilidad en todos los ciclos vitales corresponde a las enfermedades no transmisibles, que en todos los grupos del ciclo vital aportan la mayor carga de enfermedad, registran un aumento marcado en los últimos 5 años, por encima del 50% de la morbilidad sentida en cada grupo, presentando los adultos un 66% y 83% adultos mayores los que llevan la mayor carga. La segunda causa de morbilidad en hombres para el año 2021 corresponde a las condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales reportan una disminución en los ciclos de vida en comparación al año 2020, en tercer lugar, se encuentran las lesiones que afecta al adulto mayor con un leve aumento, en los demás ciclos de vida se evidencia disminución con respecto al año anterior.

Tabla 29. Principales causas de morbilidad en hombres, en el departamento del Meta, 2009 – 2021

		Hombres												
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2020-2021
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	48,13	43,68	43,44	42,03	38,93	39,03	36,51	29,25	24,31	30,21	22,13	20,50	-1,63
	Condiciones perinatales	0,98	1,08	1,24	0,85	1,19	1,12	0,46	0,81	0,93	0,99	2,13	1,81	-0,32
	Enfermedades no transmisibles	33,38	29,36	35,72	38,14	41,40	37,80	33,56	36,51	32,99	36,72	41,18	44,77	3,59
	Lesiones	4,17	5,68	4,57	4,49	3,87	4,76	4,51	4,41	3,53	5,47	8,76	6,65	-2,11
	Condiciones mal clasificadas	13,35	20,21	15,02	14,49	14,61	17,29	24,96	29,02	38,25	26,61	25,80	26,27	-0,47
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,62	24,71	24,14	24,46	21,80	22,78	20,35	15,19	12,27	18,24	12,56	9,50	-3,06
	Condiciones maternas	0,03	0,10	0,05	0,04	0,06	0,09	0,00	0,00	0,02	0,05	0,03	0,13	-0,10
	Enfermedades no transmisibles	48,60	49,60	56,28	54,80	56,95	52,18	49,30	52,41	43,08	50,34	52,43	58,46	6,03
	Lesiones	6,18	8,44	5,32	5,75	5,46	6,83	7,62	6,76	5,25	7,94	11,37	9,96	-1,41
	Condiciones mal clasificadas	13,57	17,15	14,21	14,96	15,73	18,12	22,72	25,64	38,38	23,43	23,61	21,94	-1,67
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,03	18,83	18,41	18,42	17,15	18,30	14,51	11,81	9,04	13,75	10,82	7,37	-3,45
	Condiciones maternas	0,08	0,08	0,07	0,04	0,02	0,03	0,02	0,01	0,05	0,08	0,11	0,06	-0,05
	Enfermedades no transmisibles	51,28	53,29	59,75	59,42	58,60	53,89	53,76	55,10	45,54	56,48	58,50	62,62	4,11
	Lesiones	7,78	11,23	6,96	7,28	8,02	9,78	11,17	9,63	7,42	8,93	10,79	9,99	-0,80
	Condiciones mal clasificadas	14,82	16,57	14,82	14,84	16,20	18,00	20,54	23,45	37,96	20,75	19,77	19,96	-0,19
Juventud (19 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,38	16,34	15,30	16,14	14,89	20,82	18,31	16,20	14,06	16,23	18,51	13,95	-4,56
	Condiciones maternas	0,06	0,17	0,10	0,03	0,03	0,04	0,02	0,00	0,02	0,04	0,04	0,20	-0,16
	Enfermedades no transmisibles	56,07	55,44	63,75	61,73	61,94	50,86	47,28	52,38	48,20	51,88	50,38	54,53	4,15
	Lesiones	9,28	14,13	9,96	10,31	10,50	13,60	17,84	15,05	13,15	14,23	14,25	13,91	-0,34
	Condiciones mal clasificadas	12,21	13,91	10,88	11,79	12,65	14,69	16,55	16,38	24,58	17,61	16,82	17,41	-0,59
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,26	10,90	9,94	10,33	9,79	14,32	12,52	10,52	9,62	11,56	14,63	11,57	-3,06
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,03	0,01	-0,02
	Enfermedades no transmisibles	68,29	67,93	72,96	72,13	71,67	63,26	61,90	67,20	60,97	64,44	62,64	65,92	3,28
	Lesiones	7,11	9,46	6,97	7,05	7,39	9,24	10,62	8,93	9,02	9,58	9,30	9,11	-0,19
	Condiciones mal clasificadas	10,33	11,71	10,13	10,49	11,15	13,18	14,95	13,34	20,38	14,39	13,40	13,39	-0,01
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,59	6,54	5,83	6,20	5,75	6,38	5,69	4,46	3,55	5,44	5,44	4,55	-0,89
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	-0,00
	Enfermedades no transmisibles	80,55	78,31	81,93	81,35	81,45	78,66	77,05	78,23	67,46	79,09	79,70	82,94	3,24
	Lesiones	3,36	4,28	3,03	3,25	3,16	3,56	3,20	2,90	2,85	3,84	3,31	3,42	-0,11
	Condiciones mal clasificadas	8,49	10,86	9,21	9,20	9,63	11,40	14,06	14,40	26,14	11,62	11,54	9,09	-2,45

Fuente: Cubos SISPRO.

Principales causas de morbilidad en mujeres

En las mujeres en todos los ciclos de vida al igual que en los hombres la primera causa de morbilidad corresponde a las enfermedades no transmisibles, que mantienen una tendencia al aumento en todos los ciclos de vida para el año 2021 con relación al año 2020.

Las condiciones transmisibles y nutricionales, se ubican como la segunda causa de morbilidad, siendo los más afectados la primera infancia con 19.3%, la infancia con 9.84 % y juventud en 6.56%. A medida que aumenta la edad, disminuye la morbilidad por esta causa.

Tabla 30. Principales causas de morbilidad en mujeres, en el Departamento del Meta, 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	47,85	43,07	43,00	42,95	41,62	37,42	38,06	34,70	28,26	23,78	29,16	22,34	19,31	2,03
	Condiciones perinatales	0,99	0,85	0,88	0,91	0,61	0,94	0,81	0,43	0,78	1,11	1,31	2,12	2,44	0,32
	Enfermedades no transmisibles	34,39	31,94	30,17	36,28	38,87	42,16	38,57	35,30	36,48	32,68	36,93	41,57	44,30	2,73
	Lesiones	3,53	4,44	5,05	3,83	3,78	3,35	4,28	3,86	3,84	3,12	4,80	7,63	5,89	1,75
	Condiciones mal clasificadas	13,74	19,70	20,91	16,03	15,12	16,13	18,28	25,71	30,63	39,31	27,80	26,33	28,06	1,73
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,90	29,24	24,98	24,49	24,00	22,05	22,22	20,22	15,61	12,64	19,11	14,40	9,84	4,56
	Condiciones maternas	0,10	0,11	0,10	0,05	0,04	0,06	0,07	0,00	0,01	0,04	0,10	0,19	0,05	0,14
	Enfermedades no transmisibles	49,67	46,32	50,23	56,80	56,16	57,02	53,28	49,86	51,85	42,72	50,26	52,26	59,35	9,09
	Lesiones	3,69	5,19	5,43	3,33	3,91	3,72	4,70	5,19	4,60	3,00	5,23	7,64	6,94	0,70
	Condiciones mal clasificadas	14,64	19,14	19,26	15,52	15,88	17,16	19,74	24,72	28,23	41,60	25,29	25,50	23,81	1,69
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,29	17,47	14,50	14,18	14,15	12,55	14,24	11,94	9,08	6,58	10,82	8,34	6,25	2,09
	Condiciones maternas	4,65	4,95	4,21	3,25	3,07	3,59	3,09	2,52	2,11	1,65	4,16	6,85	4,62	2,23
	Enfermedades no transmisibles	56,03	53,64	56,67	61,62	60,71	60,32	55,46	49,75	53,89	41,12	54,02	53,00	59,68	6,68
	Lesiones	3,18	4,58	4,80	3,09	3,30	3,40	4,06	4,73	3,74	2,79	4,30	4,29	4,19	0,10
	Condiciones mal clasificadas	15,85	19,35	19,83	17,86	18,77	20,15	23,15	31,06	31,39	47,85	26,70	27,52	25,27	2,25
Juventud (19 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,07	13,93	12,30	11,20	11,28	10,70	14,40	12,26	8,93	6,63	9,03	8,63	6,56	2,07
	Condiciones maternas	8,20	9,63	9,28	6,65	7,28	7,43	7,90	6,95	5,52	4,75	9,20	13,75	10,15	3,60
	Enfermedades no transmisibles	59,50	56,89	56,70	64,52	61,31	61,53	52,31	45,18	52,34	41,02	50,68	47,48	54,04	6,56
	Lesiones	2,58	3,34	4,28	3,02	2,95	2,99	3,85	4,45	3,54	2,80	3,71	3,51	3,37	0,14
	Condiciones mal clasificadas	13,65	16,51	17,44	14,60	17,18	17,36	21,54	31,18	29,67	44,80	27,38	26,63	25,87	0,75
Adulthood (29 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,58	10,38	9,35	8,37	8,81	7,96	11,14	10,08	7,18	6,06	7,22	8,26	6,15	2,12
	Condiciones maternas	1,99	2,19	2,18	1,57	1,79	1,69	2,25	1,87	1,15	1,15	1,85	2,58	2,00	0,58
	Enfermedades no transmisibles	72,43	70,44	71,63	75,49	73,87	74,09	67,07	64,32	68,78	58,34	69,14	68,39	71,28	2,89
	Lesiones	2,56	3,27	3,79	2,72	2,76	2,75	3,37	3,57	3,05	2,78	3,30	3,28	3,27	0,02
	Condiciones mal clasificadas	11,44	13,72	13,04	11,84	12,77	13,51	16,18	20,15	19,85	31,66	18,49	17,48	17,30	0,18
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,47	6,34	6,54	6,57	6,52	5,90	6,45	5,85	4,36	3,41	4,69	3,75	3,31	0,45
	Condiciones maternas	0,01	0,02	0,02	0,00	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,04	0,01	0,03
	Enfermedades no transmisibles	81,29	81,01	79,33	81,29	80,95	81,98	79,89	76,84	77,94	66,28	80,86	81,87	84,55	2,68
	Lesiones	2,85	3,17	3,64	2,63	2,72	2,52	2,78	2,90	2,33	2,60	3,17	2,84	2,98	0,14
	Condiciones mal clasificadas	8,38	9,46	10,47	9,51	9,80	9,58	10,87	14,40	15,37	27,71	11,26	11,49	9,15	2,34

Fuente: Cubos SISPRO

Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales:

En este grupo de enfermedades la principal causa de morbilidad corresponde a las Enfermedades infecciosas y parasitarias, que para el año 2021 aportaron el 67,71 % de la morbilidad en este subgrupo, con una tendencia al aumento desde el año 2017 %. En segundo lugar, se encuentran las Infecciones respiratorias, que aportaron el 26,42 % de la morbilidad en este grupo, que contrario a la causa anterior, muestran una tendencia al descenso desde el año 2017. En el tercer lugar se ubican las deficiencias nutricionales 5,88% de la morbilidad en el año 2021.

Condiciones maternas y perinatales:

Del grupo de las condiciones maternas y perinatales, las condiciones maternas ocupan el primer lugar con 92,07 %, presentando una ligera disminución desde el año 2020 respecto al año anterior; El segundo lugar es para las condiciones derivadas durante el periodo perinatal con un leve aumento con 7,93% en comparación con año anterior.

Enfermedades no transmisibles:

En la morbilidad por subgrupo de la población general para el 2021, se observó que, en el grupo de las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar con un 17,88% con tendencia a la disminución para el año 2021, seguido por las enfermedades musculoesqueléticas con 11,26%, en tercer lugar, se encuentra las enfermedades genitourinarias con 11.26 % con leve disminución en comparación año 2021.

Lesiones:

Con relación al grupo de las lesiones, el 91,87% de la morbilidad en este subgrupo es causada por los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas, comportamiento que se ha mantenido en el periodo analizado, seguido de lesiones no intencionales con 7,32% evidencia un aumento respectivo año anterior y en tercer lugar lesiones intencionales con 0.72%.

Tabla 31. Morbilidad específica por subgrupos de causas, población general. Departamento del Meta, 2009-2021

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	50,94	53,34	52,96	52,76	55,50	55,22	66,88	60,25	56,40	58,58	62,91	68,26	67,71	-0,55
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,02	43,63	43,58	43,32	40,70	40,93	30,13	35,20	39,33	37,72	32,63	27,48	26,42	-1,06
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,04	3,02	3,45	3,92	3,81	3,85	2,99	4,56	4,27	3,70	4,46	4,26	5,88	1,61
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	92,47	92,31	94,36	93,47	94,85	92,97	93,80	96,82	93,53	90,57	94,59	93,47	92,07	-1,40
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	7,53	7,69	5,64	6,53	5,15	7,03	6,20	3,18	6,47	9,43	5,41	6,53	7,93	1,40
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,78	1,15	1,15	1,15	1,08	1,07	1,20	1,21	1,29	1,92	1,93	2,91	2,39	0,98
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,01	1,13	1,33	1,45	1,37	1,53	1,51	1,38	1,23	1,33	1,41	1,41	1,64	0,00
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,49	2,57	2,59	2,25	2,15	2,93	3,17	4,28	5,95	5,26	4,32	6,46	5,65	2,14
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,70	5,57	6,47	7,04	6,40	6,08	5,15	6,16	5,86	6,09	5,45	5,54	6,54	0,09
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5,03	7,15	6,31	5,93	5,81	5,72	5,73	6,25	5,85	7,49	9,69	10,48	9,39	0,80
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,83	7,84	8,94	7,15	7,49	7,96	7,88	7,24	6,88	7,79	8,65	7,15	7,68	-1,50
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,09	11,61	10,52	7,84	7,51	9,68	11,40	14,40	16,20	14,91	15,46	20,56	17,88	5,10
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,39	4,40	3,94	3,54	3,25	2,97	2,95	3,27	2,85	2,71	2,88	2,62	2,27	-0,26
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,08	7,20	7,19	7,04	7,36	6,98	6,65	6,42	5,65	5,33	5,93	6,31	5,68	0,38
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	13,77	13,45	12,67	12,69	13,37	12,98	11,60	12,44	9,98	10,70	10,83	12,52	11,26	1,69
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,11	6,54	6,20	5,31	5,33	5,20	5,21	5,55	4,50	4,44	4,98	5,11	4,71	0,12
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	12,90	13,16	13,56	14,07	13,69	14,30	15,12	14,96	12,95	12,87	11,52	10,98	12,68	-0,54
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,67	0,65	0,69	0,67	0,78	0,67	0,70	0,77	0,68	0,74	0,82	0,73	0,99	-0,09
	Condiciones orales (K00-K14)	23,17	17,58	18,43	23,87	24,40	21,93	21,75	15,67	20,14	18,42	16,14	7,22	11,24	-8,92
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,29	5,17	10,57	7,00	5,32	5,29	4,87	5,90	5,68	5,88	6,55	6,49	7,32	0,83
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,31	0,61	0,43	0,37	0,27	0,39	0,32	0,27	0,43	0,46	0,82	0,67	0,72	0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,07	0,06	0,06	0,07	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,06	0,07	0,10	0,03
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,33	94,16	88,95	92,57	94,36	94,27	94,78	93,78	93,86	93,63	92,57	92,78	91,87	-0,91
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Cubos SISPRO

Hombres: Condiciones transmisibles y nutricionales:

Para el grupo de condiciones transmisibles y nutricionales, se observó como principal causa de morbilidad las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 71.03% presentado una tendencia al aumento; en segundo lugar, se observaron las infecciones respiratorias con 24,62%, que mantienen una tendencia a la disminución en los últimos años; En último lugar, se encuentran las deficiencias nutricionales con 4,35% de la morbilidad atendida, presentando un aumento en el año 2021 respecto al año anterior.

Condiciones maternas y perinatales:

En el grupo de las materno-perinatales, el 99,35% de las morbilidades en hombres fueron causadas por condiciones derivadas durante el periodo perinatal y un 6,65% a las condiciones maternas.

Enfermedades no transmisibles:

En el grupo de enfermedades no transmisibles, en los hombres se observó como causa principal de morbilidad las enfermedades cardiovasculares con un 18,58% con disminución en comparación con el año anterior; en segundo lugar se registraron las enfermedades musculoesqueléticas con un 12,62%, en tercer lugar se encuentra las Condiciones orales con un 11,34% con un aumento en comparación con años anteriores, en cuarto lugar las Condiciones neuropsiquiátricas con un 10,43% con leve disminución en comparación con año 2020.

Lesiones:

Respecto al grupo de las lesiones, el 92,84% de las morbilidades fueron causadas por los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas con leve disminución en el año anterior; seguido de Lesiones no intencionales con un 6,61%.

Tabla 32. Morbilidad específica por subgrupos de causas, Hombres. Departamento del Meta, 2009-2021

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	51.74	53.79	54.21	53.71	56.71	56.27	67.06	59.49	59.66	62.47	65.85	71.57	71.03	-0.54
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45.79	43.92	43.25	43.11	40.46	40.60	30.42	36.15	36.86	34.92	30.38	25.14	24.62	-0.52
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.48	2.29	2.54	3.18	2.84	3.13	2.52	4.36	3.48	2.61	3.76	3.30	4.35	1.05
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	6.37	23.86	18.68	15.51	5.50	2.11	2.33	6.90	2.10	4.90	14.27	8.13	6.65	-1.49
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	93.63	76.14	81.32	84.49	94.50	97.89	97.67	93.10	97.90	95.10	85.73	91.87	93.35	1.49
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.89	1.27	1.20	1.19	1.17	1.09	1.17	1.25	1.25	1.83	1.88	2.66	2.48	-0.18
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.57	0.69	0.80	0.88	0.85	0.96	0.96	1.03	0.82	0.88	0.95	0.82	0.95	0.13
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3.16	2.97	3.19	2.79	2.50	3.37	3.66	4.97	6.99	6.09	4.59	7.26	6.54	-0.71
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5.30	4.87	5.52	6.06	5.42	5.02	4.20	5.16	4.62	4.80	3.95	3.89	4.76	0.87
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4.61	5.75	6.18	5.87	5.86	5.82	5.87	6.41	6.43	8.48	11.43	12.04	10.43	-1.61
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7.86	9.11	9.57	7.84	7.99	8.54	8.31	7.91	7.48	8.21	9.09	7.61	8.08	0.48
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10.07	11.48	10.71	8.18	7.75	9.65	11.07	14.45	16.48	15.32	15.37	21.23	18.58	-2.64
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5.75	5.75	4.95	4.44	4.06	3.67	3.64	4.00	3.61	3.24	3.50	3.13	2.87	-0.26
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6.46	7.24	7.46	7.51	7.91	7.80	7.37	6.73	5.76	5.52	6.18	6.68	6.24	-0.45
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6.94	7.55	7.23	7.66	8.66	8.35	7.68	8.39	6.40	7.47	8.14	10.08	8.82	-1.26
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7.56	8.28	7.57	6.28	6.37	6.22	6.57	5.16	5.07	5.68	5.79	5.23	-0.56	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13.49	13.90	14.25	14.24	13.81	14.76	15.48	15.66	13.07	12.98	11.43	10.93	12.82	1.89
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.73	0.77	0.77	0.72	0.79	0.74	0.84	0.90	0.76	0.86	1.00	0.80	1.06	0.26
Condiciones orales (K00-K14)	26.62	20.36	20.62	26.33	26.87	24.21	23.53	16.59	21.17	19.23	16.81	7.09	11.34	4.25	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3.72	4.91	7.64	5.73	4.45	4.55	4.55	4.99	5.34	5.42	6.07	5.91	6.61	0.70
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.22	0.61	0.20	0.27	0.13	0.29	0.17	0.15	0.20	0.38	0.60	0.50	0.49	-0.01
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.09	0.08	0.05	0.07	0.04	0.03	0.04	0.04	0.03	0.02	0.06	0.10	0.07	-0.03
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95.97	94.40	92.12	93.93	95.38	95.13	95.24	94.81	94.43	94.18	93.28	93.49	92.84	-0.65	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00	

Fuente: Cubos SISPRO

Mujeres:

Condiciones transmisibles y nutricionales: Para el grupo de condiciones transmisibles y nutricionales, se observó como principal causa de morbilidad, las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 64% presentado una leve disminución, en segundo lugar, las infecciones respiratorias con 28,42% y con tendencia a la disminución en los últimos años; En último lugar las deficiencias nutricionales con 7,58% presentando un aumento en el año 2021 respecto al año anterior.

Condiciones maternas y perinatales: En el grupo de las materno-perinatales, el 95,51% de las morbilidades fueron causadas por condiciones maternas y solo un 4,49% a las condiciones derivadas durante el periodo perinatal con un aumento en comparación con año 2020.

Enfermedades no transmisibles: En el grupo de enfermedades no transmisibles, en las mujeres se observó como causa principal de morbilidad las enfermedades cardiovasculares con un 17,41% con tendencia al aumento en los últimos años; En segundo lugar, se registraron las enfermedades genitourinarias con un 12,41% con disminución para el años 2021; en tercer lugar, se encontraron las enfermedades musculo esqueléticas con 12,72%, y en cuarto lugar encontramos las condiciones orales con un 11,17% con un aumento significativo en el número de casos.

Lesiones: En cuanto al grupo de las lesiones, el 90,34% de las morbilidades fueron causadas por los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas, se observó un incremento en lesiones intencionales para el año 2021 con 8,43% y en tercer lugar Lesiones intencionales con 1,09%.

Tabla 33. Morbilidad específica por subgrupos de causas, Mujeres. Departamento del Meta, 2009-2021

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres												Δ pp 2020-2021	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		2021
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	50,25	52,95	51,87	51,96	54,45	54,28	66,71	60,88	53,31	54,71	59,97	64,45	64,00	-0,45
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,22	43,38	43,87	43,50	40,90	41,22	29,87	34,40	41,66	40,51	34,87	30,17	28,42	-1,75
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,53	3,67	4,26	4,54	4,65	4,49	3,42	4,72	5,02	4,78	5,16	5,38	7,58	2,20
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	96,03	96,30	97,39	96,96	97,46	96,58	97,04	98,50	96,87	94,76	97,29	96,24	95,51	-0,73
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	3,97	3,70	2,61	3,04	2,54	3,42	2,96	1,50	3,13	5,24	2,71	3,76	4,49	0,73
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,71	1,09	1,11	1,13	1,03	1,06	1,23	1,18	1,31	1,98	1,95	3,08	2,32	-0,76
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,28	1,40	1,67	1,82	1,71	1,90	1,87	1,61	1,50	1,65	1,71	1,82	2,10	0,28
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,07	2,34	2,21	1,90	1,92	2,64	2,84	3,84	5,25	4,67	4,14	5,89	5,05	-0,85
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,94	5,98	7,08	7,67	7,04	6,77	5,77	6,79	6,70	7,00	6,46	6,72	7,73	1,01
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5,29	7,98	6,40	5,97	5,78	5,66	5,64	6,15	5,46	6,79	8,52	9,37	8,69	-0,67
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,20	7,08	8,54	6,72	7,17	7,58	7,59	6,82	6,48	7,49	8,35	6,83	7,40	0,57
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,11	11,68	10,41	7,61	7,35	9,70	11,62	14,37	16,02	14,63	15,52	20,08	17,41	-2,66
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,56	3,60	3,29	2,96	2,73	2,52	2,49	2,81	2,34	2,33	2,46	2,26	1,86	-0,40
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,46	7,17	7,03	6,73	7,00	6,57	6,16	6,22	5,57	5,18	5,77	6,05	5,31	-0,74
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	17,97	16,96	16,14	15,90	16,44	16,00	14,19	14,99	12,37	12,99	12,63	14,27	12,91	-1,36
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,21	5,50	5,34	4,69	4,65	4,53	4,54	4,91	4,06	3,99	4,52	4,62	4,37	-0,25
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	12,54	12,71	13,12	13,96	13,62	14,00	14,89	14,52	12,88	12,79	11,58	11,02	12,72	1,70
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,63	0,58	0,64	0,63	0,77	0,62	0,61	0,68	0,63	0,66	0,70	0,68	0,95	0,27
	Condiciones orales (K00-K14)	21,05	15,92	17,03	22,31	22,79	20,44	20,56	15,10	19,45	17,85	15,70	7,31	11,17	3,86
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,15	5,58	14,84	8,85	6,62	6,42	5,40	7,30	6,24	6,65	7,30	7,47	8,43	0,96
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,45	0,61	0,76	0,51	0,48	0,56	0,55	0,45	0,81	0,61	1,16	0,94	1,09	0,14
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,04	0,07	0,05	0,04	0,07	0,03	0,03	0,04	0,04	0,06	0,02	0,14	0,12
	Traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,36	93,77	84,33	90,59	92,86	92,96	94,02	92,21	92,91	92,69	91,48	91,57	90,34	-1,23
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Cubos SISPRO

Morbilidad por salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Morbilidad General:

En la morbilidad por salud mental general para el departamento del Meta en el 2021 se observó que como primera causa de morbilidad en cada uno de los ciclos vitales se encontraron los trastornos mentales y del comportamiento evidenciando un aumento en el ciclo de primera infancia con un 83,1%, y con disminución en los demás ciclos de vida para el evento, en segundo lugar, se registró la epilepsia en los diferentes cursos de vida.

Tabla 34. Morbilidad por salud mental, general. Departamento del Meta, 2009-2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	73,57	62,49	72,49	79,02	78,99	77,02	78,98	77,71	73,80	87,71	78,88	77,55	83,08	53,3
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,46	0,42	0,36	0,15	0,11	0,39	0,04	0,00	0,00	0,06	2,56	0,06	0,07	0,01
	Epilepsia	25,97	37,09	27,15	20,83	20,89	22,58	20,98	22,29	26,20	12,24	18,56	22,39	16,85	-4,54
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	79,83	77,13	77,55	83,99	84,80	82,84	85,75	74,36	67,29	84,02	90,16	86,81	85,81	-0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,50	0,20	0,18	0,68	0,06	0,36	0,42	0,23	0,03	0,13	0,14	0,84	0,24	-0,60
	Epilepsia	19,67	22,67	22,28	15,33	15,14	16,79	13,83	25,41	32,68	15,86	9,71	12,35	13,94	1,60
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,16	62,56	69,63	74,37	68,61	71,89	73,85	65,11	69,74	77,90	76,30	75,00	81,03	63,03
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,76	5,14	6,14	6,55	14,46	8,18	7,56	12,24	11,08	6,09	12,78	13,55	6,52	-7,03
	Epilepsia	30,08	32,30	24,23	19,07	16,93	19,93	18,59	22,65	19,18	16,00	10,92	11,46	12,45	1,00
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	64,84	59,26	63,67	73,96	70,00	68,68	60,71	79,33	59,82	71,76	57,84	79,88	71,11	-4,77
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,59	5,99	8,22	8,40	12,25	9,78	9,17	3,64	12,94	10,59	21,52	10,54	16,76	6,22
	Epilepsia	31,77	34,75	28,10	17,64	17,75	21,54	30,12	17,03	27,23	17,65	20,64	9,58	12,12	2,35
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,97	67,39	71,79	84,07	80,76	79,08	79,54	64,64	66,84	83,46	71,14	71,91	78,64	6,72
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,63	2,52	2,45	2,66	4,39	2,21	0,70	6,95	2,22	1,61	2,16	8,22	4,13	-4,09
	Epilepsia	26,40	30,09	25,76	13,28	14,85	18,71	19,76	28,41	30,94	14,93	26,70	19,87	17,24	-4,63
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,00	19,27	77,45	91,32	88,38	88,28	91,97	87,48	86,83	92,12	88,72	92,57	92,25	-0,32
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,88	0,61	3,00	0,68	0,90	0,65	0,30	0,42	0,41	0,46	0,72	0,52	0,81	0,30
	Epilepsia	25,12	80,11	19,55	8,00	10,72	11,07	7,73	12,10	12,76	7,42	10,56	6,91	6,94	0,03

Fuente: Cubos SISPRO

Hombres:

Entre las causas de morbilidad en salud mental en los hombres, se observó un comportamiento similar al que se encontró en la población general, donde los trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia ocuparon los primeros lugares; se evidencia en el grupo de primera infancia y vejez con un

aumento en comparación con año anterior en los trastornos mentales y del comportamiento, en el grupo población de juventud se evidencia aumento en el comportamiento en los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en el año 2021.

Tabla 35. Morbilidad por salud mental, hombres. Departamento del Meta, 2009-2021

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres												Δ pp 2021-2020	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		2021
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	75,78	62,95	76,69	82,68	83,38	78,47	80,21	81,02	73,84	90,51	79,85	78,74	87,94	9,20
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,57	0,06	0,14	0,09	0,13	0,58	0,00	0,00	0,00	0,08	3,11	0,09	0,10	0,01
	Epilepsia	23,65	36,98	23,17	17,23	16,50	20,94	19,79	18,98	26,16	9,41	17,05	21,17	11,96	-9,22
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	81,86	80,77	81,30	85,29	86,36	85,31	87,95	76,92	64,93	83,78	91,76	89,08	88,56	-0,53
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,39	0,34	0,12	0,98	0,04	0,43	0,66	0,19	0,00	0,08	0,13	0,85	0,15	-0,70
	Epilepsia	17,74	18,89	18,58	13,73	13,60	14,26	11,39	22,89	35,07	16,14	8,11	10,06	11,29	1,23
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	62,09	62,69	69,05	70,86	66,01	69,69	72,18	61,30	66,53	76,51	72,68	72,55	78,73	6,18
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,37	4,42	5,47	8,47	19,77	11,65	10,86	17,11	16,33	8,13	16,39	16,31	8,58	-7,73
	Epilepsia	34,53	32,89	25,49	20,67	14,22	18,65	16,96	21,59	17,13	15,36	10,93	11,14	12,69	1,55
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	54,51	58,47	61,54	69,22	64,88	65,71	0,00	84,32	46,65	65,31	32,38	81,21	66,41	-14,79
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,78	8,64	13,11	13,50	19,62	14,56	22,75	2,33	23,04	16,11	44,10	11,74	22,21	10,47
	Epilepsia	38,71	32,88	25,35	17,27	15,50	19,74	77,25	13,35	30,31	18,57	23,52	7,05	11,38	4,32
Adulthood (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	62,34	61,96	68,39	79,50	76,16	73,75	0,00	0,00	0,00	84,81	29,03	45,72	63,29	17,57
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,82	3,85	4,68	4,52	8,23	4,49	0,00	32,32	9,50	2,17	4,97	21,36	10,32	-10,05
	Epilepsia	30,85	34,19	26,93	15,98	15,60	21,77	100,00	67,68	90,50	13,02	66,00	32,92	26,39	-4,53
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,24	63,56	73,03	85,67	87,22	85,52	90,29	85,44	84,05	88,53	83,54	89,62	89,98	0,35
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,51	3,52	6,23	0,92	2,23	1,28	0,27	0,45	0,29	0,75	1,33	0,63	1,50	0,87
	Epilepsia	32,25	32,92	20,74	13,41	10,56	13,20	9,44	14,10	15,65	10,72	15,13	9,75	8,52	-1,23

Fuente: Cubos SISPRO

Mujeres:

En las mujeres, la morbilidad de salud mental tuvo un comportamiento similar al que se encontró en la población general y en los hombres, donde los trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia ocuparon los primeros lugares. Evidenciando una disminución de casos en comparación con el año 2020.

Para los trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas se registraron los mayores porcentajes en los ciclos de primera infancia, adolescencia y juventud.

Tabla 36. Morbilidad por salud mental, mujeres. Departamento del Meta, 2009-2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,81	61,63	65,22	72,78	72,14	74,44	77,14	72,71	73,70	81,63	76,94	75,27	72,78	-2,49
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,26	1,08	0,74	0,24	0,10	0,06	0,10	0,00	0,00	0,00	1,47	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	29,92	37,29	34,04	26,98	27,76	25,50	22,76	27,29	26,30	18,37	21,59	24,73	27,22	2,49
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	76,33	71,69	70,61	81,35	82,10	78,71	81,96	70,37	71,97	84,44	87,26	82,59	81,87	-0,72
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,68	0,00	0,28	0,05	0,08	0,25	0,00	0,30	0,09	0,20	0,14	0,83	0,38	-0,45
	Epilepsia	22,99	28,31	29,11	18,59	17,82	21,04	18,04	29,33	27,94	15,35	12,59	16,58	17,75	1,17
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,11	62,42	70,29	78,75	72,80	75,08	75,75	72,08	74,32	79,63	81,39	77,98	83,50	5,51
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,15	5,89	6,89	4,16	5,91	3,13	3,79	3,34	3,57	3,57	7,71	10,18	4,31	-5,87
	Epilepsia	25,74	31,69	22,83	17,09	21,29	21,79	20,46	24,58	22,11	16,80	10,89	11,83	12,19	0,36
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,81	59,92	65,78	79,51	76,71	72,53	75,70	67,56	69,57	80,05	76,67	76,49	78,60	2,11
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,34	3,73	3,40	2,42	2,58	3,60	5,82	6,71	5,48	3,49	4,82	7,48	8,09	0,60
	Epilepsia	26,85	36,35	30,82	18,07	20,71	23,87	18,49	25,73	24,95	16,47	18,51	16,03	13,32	-2,71
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,75	70,47	73,93	87,03	84,11	82,76	87,92	80,95	81,01	81,95	82,17	84,46	86,53	2,07
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,63	1,77	1,04	1,44	1,60	0,64	0,78	0,54	0,68	0,99	1,42	1,92	0,94	-0,98
	Epilepsia	23,62	27,76	25,02	11,52	14,30	16,61	11,31	18,51	18,31	17,06	16,41	13,61	12,53	-1,09
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	79,18	13,68	80,83	94,53	89,05	90,22	93,22	88,59	88,45	94,25	92,10	94,36	93,83	-0,53
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,17	0,24	0,52	0,54	0,14	0,21	0,32	0,40	0,48	0,28	0,33	0,45	0,34	-0,11
	Epilepsia	19,66	86,08	18,65	4,93	10,81	9,57	6,46	11,02	11,06	5,46	7,58	5,20	5,83	0,64

Fuente: Cubos SISPRO

2.3.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Morbilidad de eventos de alto costo

La prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o remplazo renal en el departamento del Meta para el 2021 fue menor a la prevalencia de la nación. Para el 2021, la incidencia de VIH notificada en el departamento del Meta fue menor a la incidencia de VIH notificada por la nación, pero no presentó diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la incidencia de Leucemia mieloide y linfocítica pediátrica, se observa un aumento en el indicador en el último año, aunque superan el indicador nacional, las diferencias no son estadísticamente significativas.

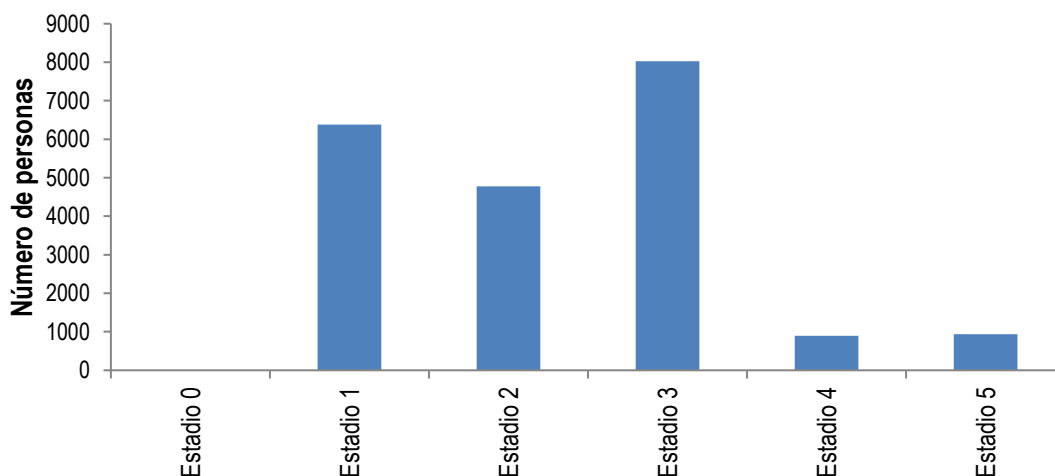
Tabla 37. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo en el departamento del Meta, 2006-2021

Evento	Colombi a	Meta	Comportamiento																								
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021									
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	117,30	87,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	14,70	13,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada	18,20	16,81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,51	1,02	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	2,90	4,17	↗	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	

Fuente SISPRO

Para el año 2021 se evidenció en el Departamento del Meta un total de 21.019 personas con progresión de la enfermedad renal crónica; según la gráfica de progresión de la enfermedad renal crónica reporta que en el año 2021 el mayor número de casos estuvo concentrado en población diagnosticada con enfermedad renal estadio 3 con 8.030 personas; comportamiento similar presentado en los últimos años, en segundo lugar, se encuentran los pacientes con ERC clasificados en estadio 1 con 6381 personas y en tercer lugar los clasificados en el estadio 2 con 4.774 casos.

Figura 11. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el departamento del Meta, datos a 2021



Fuente SISPRO

Morbilidad de eventos precursores

En cuanto a la morbilidad de eventos precursores, la prevalencia de diabetes mellitus para el 2021 presentó aumento con respecto al año 2020 con valores mayores a los registrados por la nación; Para la prevalencia de hipertensión arterial, se evidenció un aumento respecto al año anterior y por debajo de la prevalencia nacional, Estos datos están acorde con la morbilidad cardiovascular y la

afectación en los grupos de edad: Adulthood and Adult Major, in addition to the impact that was observed in adolescents in the present analysis.

Tabla 38. Eventos precursores del departamento del Meta, 2006 -2021

Evento	Colombia 2021	Meta 2021	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia de diabetes mellitus	2,94	3,08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	8,75	7,37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗

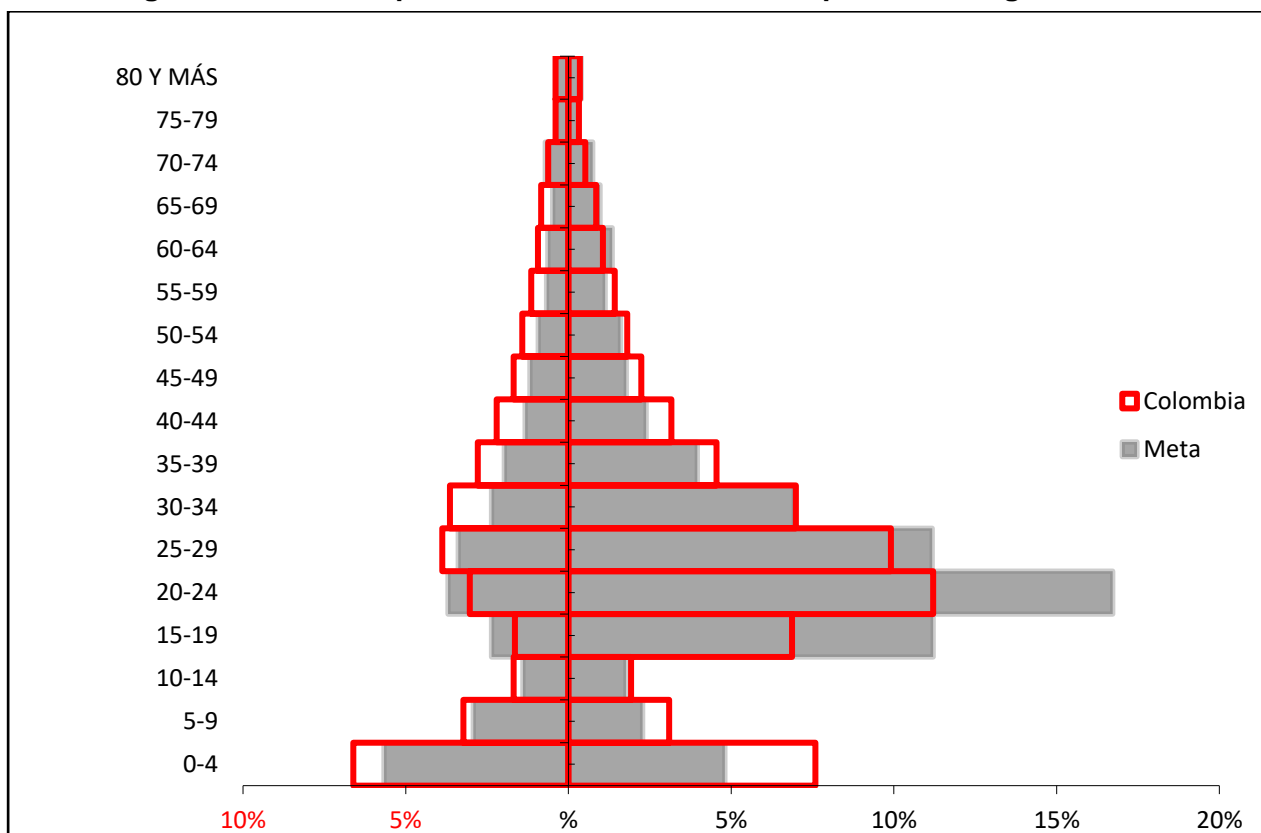
Fuente: SISPRO

Morbilidad población migrante

Se incluye un análisis de la población migrante a partir de los registros de los registros individuales de prestación de servicios de salud- RIPS, desagregando la atención de acuerdo con el país de origen, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esto les permite a las autoridades territoriales en salud identificar cual es la demanda de servicios de población migrante y de cual país proceden las personas que están demandando los servicios de salud.

La pirámide poblacional muestra una mayor proporción de atenciones en salud a mujeres migrantes con edades entre 20 y 24 años. Comportamiento que guarda relación con el referente nacional.

Figura 12. Pirámide poblacional atención en salud población migrante-2021



Fuente SISPRO

Tabla 39. Índices demográficos atenciones en salud población migrante Colombia-departamento del Meta

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el municipio Meta para el año 2021 por cada 44 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, mientras que para el departamento Colombia en el año 2021 por cada 57 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud
Razón niños mujer	En Meta para el año 2021 por cada 19 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49años) que recibieron atenciones en salud, en contraste Colombia para el año 2021 por cada 32 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud
Índice de infancia	En Meta en el año 2021 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 19 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en Colombia para el año 2018 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 24 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de juventud	En Meta en el año 2021 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 49 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 37 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de vejez	En Meta en el año 2021 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 6 correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 6 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de envejecimiento	En Meta en el año 2021 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 34 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en Colombia en el año 2021 este grupo poblacional fue de 26 personas migrantes con atenciones en salud
índice demográfico de dependencia	En Meta de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años que recibieron atenciones en salud, hubo 30 personas migrantes menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que en Colombia este grupo poblacional fue de 40 personas migrantes con atenciones en salud
índice de dependencia infantil	En Meta, 25 personas migrantes que recibieron atenciones en salud menores de 15 años, dependían de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años, mientras que en Colombia fue de 34 personas migrantes con atenciones en salud
índice de dependencia mayores	En Meta, 6 personas migrantes que recibieron atenciones en salud de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que en Colombia fue de 6 personas migrantes con atenciones en salud
índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Fuente SISPRO

El 35% de los migrantes que utilizaron los servicios de salud en el Meta, fueron atendidos en el servicio de consulta externa y un porcentaje similar en procedimientos; al 20% se le dispensaron medicamentos, el 7% requirió atenciones en el servicio de hospitalización y el 2% en urgencias. Solo el 1% recibió atención del parto y el recién nacido.

Del total de atenciones a los migrantes por consulta externa en el País, el 1.5% fue atendido en el departamento del Meta.

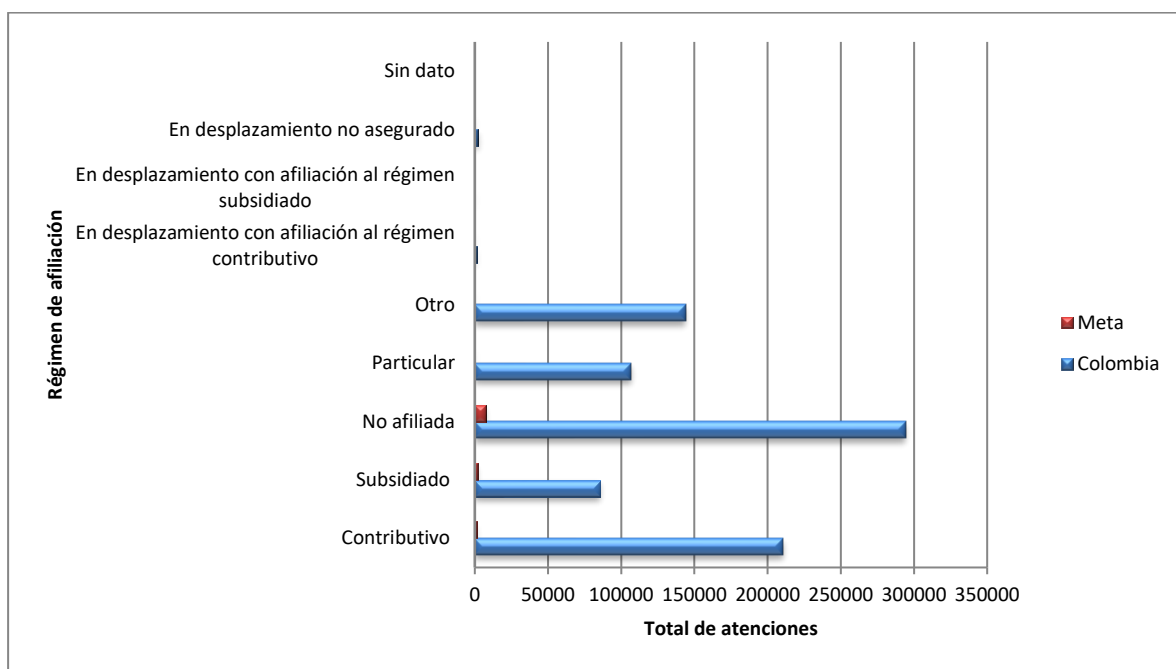
Tabla 40. Tipo de atención por parte de los servicios de salud a la población migrante en el departamento del Meta, 2021

Tipo de atención	Total, Migrantes atendidos Meta		Total, Migrantes atendidos Colombia		Concentración Meta
	2021	Distribución	2021	Distribución	Año
Consulta Externa	9.057	35%	604.726	37%	1,5%
Servicios de urgencias	589	2%	92.909	6%	0,6%
Hospitalización	1.860	7%	98.221	6%	1,9%
Procedimientos	8.978	35%	550.168	33%	1,6%
Medicamentos	5.122	20%	277.801	17%	1,8%
Nacimientos	378	1%	31.509	2%	1,2%
Total	25.984	100%	1.655.334	100%	1,6%

Fuente: SISPRO

El 67,4% de la población migrante no se encuentra afiliada al SGSSS, lo que está relacionado con la condición legal de las personas que han ingresado al país, que en su mayoría se encuentran sin regularizar. La mayor proporción de población migrante que se encuentra afiliada al SGSSS, se encuentra en el régimen subsidiado (16,6%).

Figura 13. Atención en salud según régimen de afiliación de la población migrante en el departamento del Meta, 2021



Fuente: SISPRO

El 72% de la población migrante atendida en los servicios de salud en el Departamento del Meta, proviene de la República Bolivariana de Venezuela, situación muy similar a la del País (78%). El 25% otros países sin identificar y el 3% reporta como procedencia otros países.

Tabla 41. Atención en salud según régimen de afiliación de la población migrante en el departamento del Meta, 2021

Meta	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Colombia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante
		2021	Proporción			2021	Distribución	
Meta	Brasil	12	0%	Colombia	Brasil	2590	0%	0,5%
	Ecuador	25	0%		Ecuador	5105	1%	0,5%
	Nicaragua		0%		Nicaragua	266	0%	0,0%
	Otros	282	3%		Otros	56907	7%	0,5%
	Panamá	1	0%		Panamá	1477	0%	0,1%
	Perú	22	0%		Perú	3140	0%	0,7%
	República Bolivariana de Venezuela	7817	72%		República Bolivariana de Venezuela	632354	78%	1,2%
	Sin identificador de país	2674	25%		Sin identificador de país	105232	13%	2,5%
	Total	10833	100%		Total	807071	100%	1,3%

Fuente: SISPRO

2.3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

En el análisis de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENOs), los eventos que resultan priorizados dado que el indicador departamental supera el referente nacional son: la tasa de incidencia Infección Respiratoria Aguda Grave (vigilancia centinela), tasa de incidencia IRAG, Tuberculosis pulmonar, tasa de accidente ofídico, tasa de Lesiones y muerte por accidentes de tránsito, tasa de incidencia dengue y tasa de incidencia de Leishmaniasis.

Tabla 42. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria del Meta, 2007-2022

	Colombia	Dpto del Meta	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Causas externas																		
Accidentes biológicos																		
Accidente ofídico	10,89	25,14	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	290,86	322,68	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Lesiones y muerte por accidentes de tránsito (tasa x 100 mil, Forensis)	46,86	63,68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eventos adversos de los servicios de salud																		
Infecciones asociadas a la atención salud																		
Infección del torrente sanguíneo asociada. CVC	2,30	2,19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
neumonía asociada de VM	2,50	1,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
infección del tracto urinario asociada a CU	1,50	1,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicaciones																		
Exposición a flúor (No. De casos)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	-
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	39708,00	1059,00	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Mental																		
Conducta suicida (TASAS INCIDENCIA)	72,29	73,62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Violencia																		
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos letalidad)	2,93	2,15	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer (tasa x 100 mil)	272,23	199,10	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗
No transmisibles																		
Cáncer																		
Cáncer (mama, cérvix) (tasa)	114,60	62,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘

Cáncer infantil (tasa)	8,01	10,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Cardiovascular																			
Enfermedades cardiovasculares ((isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas e insuficiencia cardíaca; diabetes mellitus insulino dependiente, la asociada con desnutrición, otras especificadas y diabetes mellitus no especificada; enfermedades respiratorias crónicas de vías inferiores, bronquitis crónica simple y mucopurulenta, bronquitis crónica no especificada, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, estado asmático y bronquiectasia) (No. de atenciones)	16071714,00	224998,00	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	-
Congénitas																			
Defectos congénitos (casos)	158,40	172,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
Enfermedades raras (casos)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Materno perinatal																			
Bajo peso al nacer (prevalencia x 100 mil)	376,00	222,00	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	
Embarazo en adolescentes (tasa)	21,50	17,10	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Morbilidad materna extrema (No. tasa incidencia)	55,00	26,00	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Mortalidad materna (RMM)	42,00	23,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Mortalidad perinatal y neonatal tardía (RMP)	14,00	16,00	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	
Mental																			
Consumo de sustancias psicoactivas por vía endovenosa (INTOX)	15,80	13,83	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Nutrición																			
mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años (tasa)	0,92	1,29	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗
prevalencia de desnutrición aguda < 5 años	56,60	49,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗
Trasmisibles																			
Inmunoprevenibles																			
Evento adverso seguido a la vacunación (TASA X 100 MIL NV)	3,81	0,00	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	-	↘
Meningitis Neisseria meningitidis (casos)	110,00	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	-	

Meningitis por Haemophilus influenzae (casos)	51,00	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	-	↘	-	↗	↘	-
Meningitis: meningococcica streptococo pneumoniae (X 100 MIL <5)	0,21	0,00	↗	↘	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	17525,00	187,00	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Sarampión-rubeola	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétanos accidental (casos)	35,00	1,00	-	-	-	-	-	-	↗	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗
Tosferina (casos)	360,00	9,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Varicela	43,86	40,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Materno perinatal																			
Sífilis gestacional (prevalencia)	16,80	18,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Sífilis congénita (incidencia x 1000 nv)	2,60	3,40	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Transmisión aérea y contacto directo																			
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela) (No. tasa incidencia)	15,48	24,00	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Infección Respiratoria Aguda (letalidad)	0,81	0,63	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	207,60	316,20	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tuberculosis pulmonar	29,39	52,25	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tuberculosis extrapulmonar	3,80	4,94	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
meningitis tuberculosa (letalidad)	28,80	20,00	-	-	-	↗	↘	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Tuberculosis farmacorresistente	0,92	1,35	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Transmisión sexual y sanguínea																			
Hepatitis distintas a (proporción de incidencia)	0,50	0,35	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	-	↘	↗	↗	↗
VIH/SIDA (mortalidad)	0,98	1,26	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Chagas crónico y agudo	386,00	1,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	-	↘	↗	↘	↗	↘
Leishmaniasis cutánea	10,95	25,63	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗
Leishmaniasis mucosa	0,18	1,39	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Leptospirosis (letalidad)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trasmitida por alimentos/suelo/agua																			
Cólera	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad Enfermedad Diarreica Aguda (0-4 años)	0,17	0,09	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Fiebre tifoidea y paratifoidea (letalidad) (incidencia x 100 mil)	0,11	0,81	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Hepatitis A (letalidad)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasas de incidencia PDSP																			
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	127,28	493,00	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗

Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	2,60	3,33	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de incidencia de Leptospirosis	0,48	0,00	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,60	3,40	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘

Fuente: Cubos SISPRO

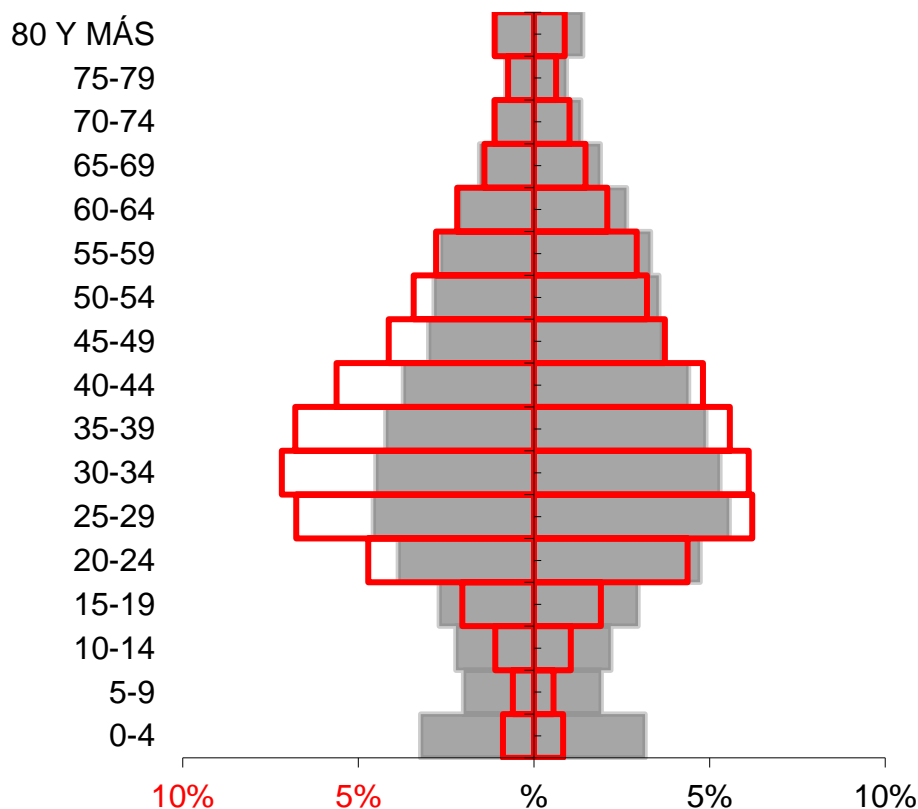
Morbilidad por IRAG por virus nuevo

A mediados del mes de diciembre en la provincia de Wuhan en China, las autoridades sanitarias de Wuhan detectaron una serie de casos de neumonía producida por una causa desconocida que posteriormente se identificó como un nuevo tipo de virus de la familia coronaviridae denominado SARS-CoV-2 relacionado con el SARS y MERS, pero no igual a ninguno de estos virus.

Con corte al 20 de septiembre de 2022 en el Meta se habían presentado 96342 casos de COVID-19, que corresponde al 0.9% del total de casos del País, que para entonces alcanzaba a 10.524.179 casos positivos.

Por sexo, como se observa en la pirámide, la gran mayoría de población en el país se concentró en los hombres; mientras que en el Meta la distribución por sexo correspondió al 52.6 % hombres y el 47.3% restante a mujeres. Por grupo de edad, la morbilidad se concentró en los grupos quinquenales de 20 a 64 años, con menor afectación de los más jóvenes (niños, niñas y adolescentes). En el adulto mayor la morbilidad ha afectado considerablemente este grupo de población, teniendo en cuenta que, por la estructura poblacional tanto del País como del Departamento, estos grupos poblacionales son reducidos (la información a partir de los cubos de SEGCOVID es preliminar).

Figura 14. Pirámide poblacional de morbilidad por COVID-19 en el Meta, 2022.



Fuente: SEGCOVID – MSPS

Tabla 43. Índices demográficos para COVID-19 Departamento del Meta, 2022

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el Meta para el año 2022 por cada 86 casos de COVID -19 en hombres, había 100 mujeres con casos de COVID - 19, mientras que para Colombia en el año 2022 por cada 111 casos de COVID-19 en hombres, había 100 mujeres con COVID-19
Razón niños mujer	En el Meta para el año 2022 por cada 20 niños y niñas (0-4 años) con COVID-19, había 100 casos de COVID-19 en mujeres en edad fértil (15-49 años), en contraste el departamento Colombia para el año 2022 por cada 5 niños y niñas (0-4años) con CONVID-19, había 100 mujeres CON COVID-19 en edad fértil
Índice de infancia	En el Meta en el año 2022 de 100 personas con COVID-19, 15 correspondían a casos de COVID-19 en población hasta los 14 años, mientras que en el Colombia para el año 2022 este grupo poblacional fue de 5 casos de COVID -19
Índice de juventud	En el Meta en el año 2022 de 100 casos de COVID - 19, 24 correspondían casos en población de 15 a 29 años, mientras que en el Colombia en el año 2022 en este grupo poblacional fue de 26 casos de COVID -19
Índice de vejez	En el Meta en el año 2022 de 100 personas con casos de COVID -19, 15 correspondían a población de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2022 este grupo poblacional fue de 13 casos de COVID -19
Índice de envejecimiento	En el Meta en el año 2022 de 100 personas con COVID - 19, 101 correspondían a población de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2022 este grupo poblacional fue de 252 personas con COVID - 19
Índice demográfico de dependencia	En el Meta de 100 personas con COVID - 19 entre los 15 a 64 años, se registraron 33 personas con COVID - 19 menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que en el Colombia este grupo poblacional fue de 15 personas con COVID - 19
Índice de dependencia infantil	En el Meta, 20 personas menores de 15 años con COVID - 19, dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años que tenían COVID -19, mientras que en el Colombia fue de 6 personas
Índice de dependencia mayores	En el Meta, 13 personas de 65 años y más con COVID - 19, dependían de 100 personas con COVID - 19 entre los 15 a 64 años, mientras que en Colombia fue de 10 personas con COVID - 19
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años) con COVID - 19, con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años con COVID -19. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población con COVID - 19 estudiada es joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población con COVID - 19 envejecida.

Fuente: SEGCOVID - MSPS

El riesgo de desarrollar síntomas peligrosos de COVID-19 puede aumentar en las personas mayores y también en las personas de cualquier edad que tengan otros problemas de salud graves, como afecciones cardíacas o pulmonares, sistemas inmunitarios debilitados, obesidad grave, diabetes, cáncer, asma, EPOC, terapia reemplazo renal, VIH y otras enfermedades de base. En el departamento del Meta el 36% de los casos presentó al menos 1 comorbilidad, el 20% presentó obesidad y sobrepeso, el 13% presentó Hipertensión, el 12% registro ser mayor de 59 años y el 5% diabetes y EPOC.

Tabla 44. Número de casos confirmados de covid-19 por antecedente reportado 2022

Tipo de Comorbilidad	Total, Comorbilidad Meta		Total, Comorbilidad Colombia		Concentración Colombia
	2022	Proporción	2022	Proporción	Año
Artritis	130	0%	24.759	0%	0,5%
Asma	1.778	3%	318.770	5%	0,6%
Cáncer	432	1%	68.295	1%	0,6%
Comorbilidades (al menos una)	20.108	36%	2.414.118	36%	0,8%

Diabetes	3.014	5%	344.877	5%	0,9%
Enfermedades Huérfanas	105	0%	15.755	0%	0,7%
EPOC	2.594	5%	317.290	5%	0,8%
ERC	1.951	4%	238.838	4%	0,8%
Hipertensión	7.357	13%	1.052.144	16%	0,7%
Sobrepeso y Obesidad	10.882	20%	1.113.999	17%	1,0%
Terapia Reemplazo Renal	167	0%	13.727	0%	1,2%
VIH	297	1%	28.931	0%	1,0%
Mayor de 59	6.521	12%	683.712	10%	1,0%
Total	55.336	100%	6.635.215	100%	0,8%

Fuente: SEGCCOVID - MSPS

De acuerdo con la información reportada a SEGCCOVID, el 98 % de la población a nivel nacional y departamental no reportó haber recibido atención en los servicios de salud, lo que puede estar relacionado con la introducción de la vacunación en todo el territorio, lo que permitió que los casos no se complicaran y se diera manejo de síntomas en casa.

La mayor proporción de casos de covid-19 confirmados en el departamento del Meta 98%, no reporto ningún ámbito de atención; el 1% de los casos confirmados fue atendido en hospitalización y el 1% de los casos confirmados fue atendido en cuidados intensivos, comportamiento similar a lo que se registró en el país.

Tabla 45. Número de casos confirmados por covid-19 según el ámbito de atención Colombia vs Meta 2022

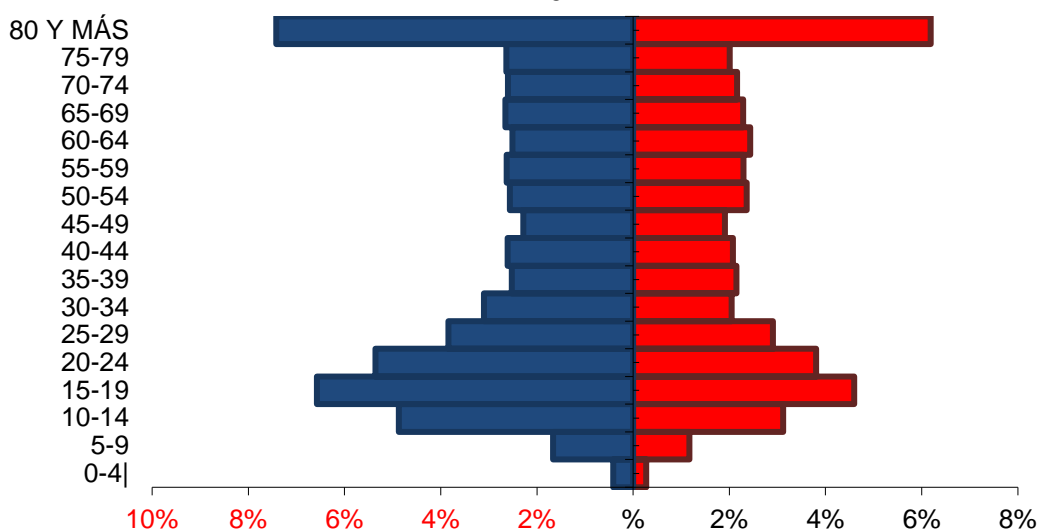
Ámbito de atención	Total, de casos según ámbito Departamento del Meta		Total, de casos según ámbito de atención Colombia		Concentración de casos según ámbito de atención - Colombia
	2022	Proporción	2022	Proporción	2022
Consulta Externa	0	0%	8	0%	0,0%
Cuidado Intensivo	588	1%	45.759	0%	1,3%
Cuidado Intermedio	190	0%	21.260	0%	0,9%
Domiciliaria	15	0%	8.433	0%	0,2%
Hospitalización	1109	1%	128.941	1%	0,9%
No Reportado	95963	98%	10.529.363	98%	0,9%
Otro	0	0%	3	0%	0,0%
Urgencias	181	0%	13.707	0%	1,3%
Total	98046	100%	10747474	100%	0,9%

Fuente SISPRO

2.3.1.4 Análisis de la población con discapacidad

En la pirámide de población en condición de discapacidad del departamento del Meta a 2022, reflejó que la población más afectada se encuentra entre los 80 y más años tanto para hombres como para mujeres, seguido del grupo de edad entre 10 a 14 años y el grupo de 15 a 19 años con una mayor proporción de discapacidad en hombres que en mujeres, consecuencias de este tipo de comportamiento pueden ser atribuibles a secuelas derivadas de la violencia por el conflicto armado, los accidentes de tránsito y en menor proporción a enfermedades crónicas cómo la diabetes y el accidente cerebrovascular.

Figura 15. Pirámide poblacional de la Distribución de las alteraciones permanentes. Meta 2022



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)

Distribución de las alteraciones permanentes

En la distribución de las alteraciones permanentes en el departamento del Meta, se evidenció que las alteraciones en el sistema nervioso fue la causa de discapacidad más frecuente, alcanzando una proporción del 25,17% en el año 2022 seguida por el movimiento del cuerpo manos, brazos y piernas con el 22,61%, los ojos con el 15,46%, la voz y el habla con el 11,35%. Las demás alteraciones permanentes fueron menos frecuentes. Para este análisis es importante tener en cuenta que una persona puede tener más de un tipo de discapacidad a la vez.

Tabla 46. Distribución de las alteraciones permanentes, departamento del Meta año 2022

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El sistema nervioso	13346	25,17
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	11988	22,61
Los ojos	8197	15,46
La voz y el habla	6015	11,35
Los oídos	4397	8,29
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	3546	6,69
La digestión, el metabolismo, las hormonas	2303	4,34
El sistema genital y reproductivo	1471	2,77
La piel	902	1,70
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	847	1,60
Ninguna	1	0,00
Total	53.013	100

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) 2022

2.3.1.5 Identificación de prioridades en la morbilidad

En cuanto a la priorización de la morbilidad, en el Departamento del Meta se identificó que las patologías que más se presentan a través de los últimos 11 años en los diferentes cursos de vida son principalmente las enfermedades no transmisibles; sin embargo, esta tendencia en años anteriores fue diferente para el curso de vida de primera infancia, en donde desde el 2009 al 2015 las grandes causas de la morbilidad se concentraban en las condiciones transmisibles y nutricionales, en segundo lugar se encuentran las condiciones mal clasificadas; sin embargo estas no se tendrán en cuenta para la priorización, dado que no permite identificar un grupo de enfermedades específico; por lo que en segunda instancia se priorizan en todos los cursos de vida las enfermedades con condiciones transmisibles o nutricionales.

Por subgrupos de causas, en las condiciones maternas perinatales las principales subcausas fueron las condiciones maternas, con tendencia al descenso en el último año analizado. En enfermedades no transmisibles se encuentran las afecciones cardiovasculares con el 17.88% del total de las condiciones no transmisibles, en las enfermedades transmisibles se encuentran con mayor proporción las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias con el 67.7% y por último las lesiones en donde el grupo de los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas se encuentran en primer lugar con el 91.87% de los casos.

En lo que respecta a la salud mental la principal causa de morbilidad que se presentó fueron los trastornos mentales y del comportamiento, registrando las mayores cifras de ocurrencia en el grupo de primera infancia 83.13% y en el grupo de mayores de 60 años con 83,7%. En los eventos de alto costo, si bien la incidencia de VIH notificada en el departamento del Meta menor a la incidencia de VIH notificada por la Nación durante el año 2021 se evidencia que presenta un comportamiento con tendencia al aumento; en las enfermedades precursoras. La prevalencia de hipertensión arterial fue el indicador más álgido con 7 casos por cada 100,000 habitantes, y en donde también a pesar de que el dato es menor al nacional, se evidencia una tendencia departamental al ascenso.

Para el año 2021 en cuanto a los datos actualizados de eventos de notificación obligatoria la tasa de incidencia de dengue se encuentra seis veces por encima del indicador nacional y en los indicadores de morbilidad por discapacidad las principales alteraciones que se presentaron fueron la discapacidad del sistema nervioso con el 33,5%, seguido del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, con el 30,22% proporciones mayores a las reportadas durante el año 2019.

Tabla 47. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursoros y eventos de notificación obligatoria, Meta 2021

Morbilidad	Prioridad	Meta 2021	Colombia 2021	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles en el grupo de personas mayores de 60 años.	83.8%	81.4%	Estable	12
	2. condiciones transmisibles y nutricionales en el grupo de primera infancia	19.94%	37.2%	Aumento	2
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Condiciones maternas perinatales: condiciones maternas	92%	87.12%	Descenso	1
	2. Enfermedades no transmisibles: Enfermedades Cardiovasculares	17.88%	16.5%	Descenso	12
	3. Enfermedades transmisibles: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	67.71%	46.04%	Descenso	

	4. Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	91.8%	89.9%	Descenso	6
Salud mental	1. Trastornos mentales y del comportamiento en la infancia	85.81%	81,7%	Descenso	12
	2. Trastornos mentales y del comportamiento en la vejez	92.25%	91,4%	Constante	12
	3. trastornos mentales y del comportamiento en la adolescencia	81.03%	82,8%	Ascenso	12
	4. trastornos mentales y del comportamiento en la adultez	78.64%	85%	Ascenso	12
	5. Epilepsia en la adultez	17.24%	8,5%	Descenso	12
Alto Costo	1. Tasa de incidencia de VIH notificada	16 casos por cada 100.000 habitantes	28,76 casos por cada 100.000 habitantes	Ascenso	9
Precursores	1. Prevalencia de hipertensión arterial.	7 casos por cada 100.000 habitantes.	8.75 casos por cada 100.000 habitantes.	Ascenso	1
	2. Prevalencia de diabetes mellitus	3 casos por cada 100.000 habitantes	2,94 casos por cada 100.000 habitantes	Ascenso	1
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Tasa de incidencia de dengue.	1.633 casos por cada 100.000 habitantes	79 casos por cada 100.000 habitantes	Descenso	
	2. Letalidad de Chagas crónico y agudo.	900 casos de mortalidad por cada 100 casos de Chagas confirmado	187 casos de mortalidad por cada 100 casos de Chagas confirmado	Descenso	
	3. Tasa de incidencia de dengue Grave.	10,9 casos por cada 100.000 habitantes	1.5 casos por cada 100.000 habitantes	Descenso	
	4. Letalidad Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	6.2 casos de mortalidad por cada 100 casos de IRAG Inusitado	38.8 casos de mortalidad por cada 100 casos de IRAG Inusitado	Descenso	
Discapacidad	1. Discapacidad para el del sistema nervioso	25.17% del total de personas con discapacidad		Descenso	0
	2. Discapacidad para el movimiento del cuerpo, manos, piernas	22.61% del total de personas con discapacidad		Descenso	0

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO

Conclusiones

- Al realizar el análisis de la morbilidad de las grandes causas por curso de vida, las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar en todas las trayectorias que se extienden a lo largo de la misma (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor); proporción que va aumentando con la edad y que no evidencia diferencia alguna en la tendencia al discriminar las causas de morbilidad por sexo.
- En la morbilidad específica dentro de las enfermedades no transmisibles, las afecciones cardiovasculares son las que presentan la mayor proporción en el grupo; situación que debe ser priorizada teniendo en cuenta la carga de mortalidad que este tipo de patologías sobrepone, siendo así catalogadas por la Organización Mundial de la Salud como la principal causa de muerte en el mundo y en la región de las Américas. Este panorama es mucho más desalentador al confrontarlo con la situación de pandemia por COVID19, en donde expone a una doble amenaza

a los individuos con estos antecedentes patológicos, entorpeciendo en muchos de los casos la evolución satisfactoria de los mismos.

- ✚ En las condiciones materno perinatales, el subgrupo de condiciones maternas es la que presenta la mayor proporción de la morbilidad, en las condiciones transmisibles y nutricionales se encuentran en primer lugar las enfermedades infecciosas y parasitarias, en las lesiones el mayor porcentaje se encuentran los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causa externas, siendo esta última discretamente más constante en los hombres con respecto a las mujeres.
- ✚ En la mayoría de los cursos de vida, el grupo de patologías de salud mental que más consultas genera es el de trastornos mentales y del comportamiento. Para el caso específico de los hombres el 100% de estos presentaron como primer gran causa los trastornos mentales y del comportamiento en el curso de vida de la primera infancia; panorama diferente en las mujeres en donde el 100% de estas grandes casusas se presentaron en la vejez.
- ✚ Es importante resaltar la dinámica en la tendencia de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, el cual va en ascenso en los últimos años en los cursos de vida de adolescencia teniendo un aumento del 12,9% en el 2020 con respecto al 2019 y en el curso de vida de adultez evidenciado en un aumento del del 21,9% entre el 2019 y el 2020.
- ✚ La tendencia de la tasa de incidencia de leucemias linfóide y mielóide aguda en el Departamento del Meta ha oscilado en el último año con tendencia a la baja; sin embargo, siguen superando las tasas nacionales; situación contraria con el indicador de tasa de incidencia de VIH notificada en donde a pesar de estar por debajo de la tasa nacional la tendencia en los últimos 2 años es al ascenso del indicador.
- ✚ Para el año 2021 se evidenció en el Departamento del Meta que, del total de personas con progresión de la enfermedad renal crónica, el mayor número de casos estuvo concentrado en población diagnosticada con enfermedad renal estadio 3; comportamiento similar presentado en los últimos años.
- ✚ Las prevalencias de diabetes mellitus y de hipertensión arterial en el Departamento del Meta superan las cifras nacionales; para el caso específico de la hipertensión arterial se evidencia una tendencia en el último año al aumento.
- ✚ En el 2021 la mayoría de las atenciones en salud, a nivel nacional y Departamental, realizadas a población migrante fue en el sexo femenino entre los 15 y 29 años, teniendo la mayor proporción en la categoría de los 20 a los 24 años de edad.
- ✚ El 81% de la población migrante atendida en los servicios de salud en el Departamento del Meta, proviene de la República Bolivariana de Venezuela, situación muy similar presentada a nivel nacional en donde esta proporción corresponde al 82%.
- ✚ Dentro de los eventos de notificación obligatoria la priorización se basó en 7 indicadores en los que la semaforización demostró un resultado crítico durante el año 2022 en el Departamento del Meta: la tasa de incidencia Infección Respiratoria Aguda Grave (vigilancia centinela), tasa de incidencia IRAG, Tuberculosis pulmonar, tasa de accidente ofídico, tasa de Lesiones y muerte por accidentes de tránsito, tasa de incidencia dengue y tasa de incidencia de Leishmaniasis.
- ✚ En la distribución de las alteraciones permanentes en el departamento del Meta, las cuales están concentradas en mayor proporción en el grupo discapacidad del sistema nervioso con el 33,5% del total de los casos de individuos con discapacidad y en segundo lugar la discapacidad para el

movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 30,2 %. Según la Organización Mundial de la Salud, es frecuente que la discapacidad no sea percibida como una cuestión de salud y que, en consecuencia, no se adopten medidas para incluirla en el sector de la salud, sabiendo además que este sector suele quedar relegado a un segundo plano en las estrategias y planes de acción nacionales para aplicar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y seguir los progresos al respecto; por ello es imprescindible que la inclusión de la discapacidad pase a formar parte integrante de las prioridades del sector de la salud que son en particular: cobertura sanitaria universal, sin que ello se traduzca en dificultades económicas; protección durante las emergencias sanitarias y acceso a intervenciones transversales de salud pública, como servicios de suministro de agua, saneamiento e higiene.

- ✚ Por último, se encuentra la morbilidad por COVID-19, que, para el caso del Departamento del Meta, con corte al 21 de septiembre del 2022 reporta un total de 17.429 casos de COVID-19, que corresponde al 1,03% del total de casos del País; se evidencia una mayor presentación en los hombres con respecto a las mujeres (casos concentrados en las edades activamente laborales de los 25 a los 44 años). De acuerdo con la información reportada a SEGCOVID, más del 90% de la población a nivel Nacional y Departamental no reportó haber recibido atención en los servicios de salud y a nivel departamental de los que refirieron recibir atención médica registran como otro con el 2,6% seguido de cuidado intensivo con el 1,5% y cuidado intermedio y urgencias con el 1,4% cada uno.

2.3.2 Análisis de la mortalidad

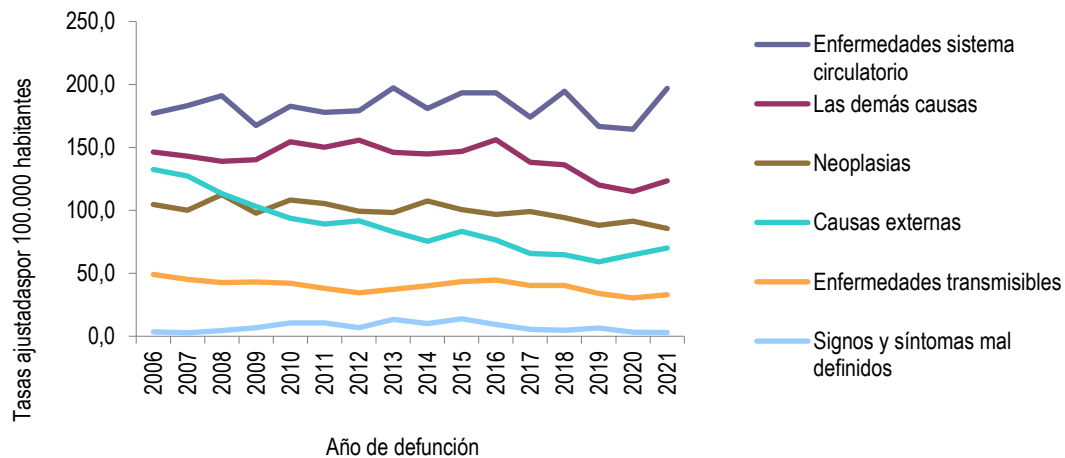
2.3.2.1 Mortalidad general

Mortalidad general por grandes causas

Ajuste de tasas por edad

En el Departamento del Meta, la tasa de incidencia con mayor magnitud en la mortalidad por grandes causas entre los años 2006 a 2021, correspondió a las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa promedio de 183 muertes por 100.000 habitantes en los últimos 16 años y presentando una tendencia a la reducción en años 2019 y 2020, pasando de registrar una tasa de 194 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2018 a 166 en el año 2019 y 164,4 en el año 2020, con posterior incremento para el año 2021 en donde se presentó una tasa de 196,9 muertes por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar están las demás causas (diabetes Mellitus, enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, resto de enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema urinario y malformaciones congénitas) con un promedio de 141 muertes por 100.000 habitantes entre los años 2006 y 2021, con tendencia a la disminución en los últimos 6 años, las tasas más altas se presentaron en el año 2012 y 2016, para el año 2021 la tasa es de 123,4 muertes por cada 100.000 habitantes; como tercera causa se registraron las Neoplasias que presentaron una ligera tendencia a la disminución pasando de 91,5 muertes por 100.000 habitantes en el año 2020 a 85,6 muertes en el año 2021.

Figura 16. Tasa de mortalidad general ajustada por edad en el departamento del Meta, 2006 – 2021

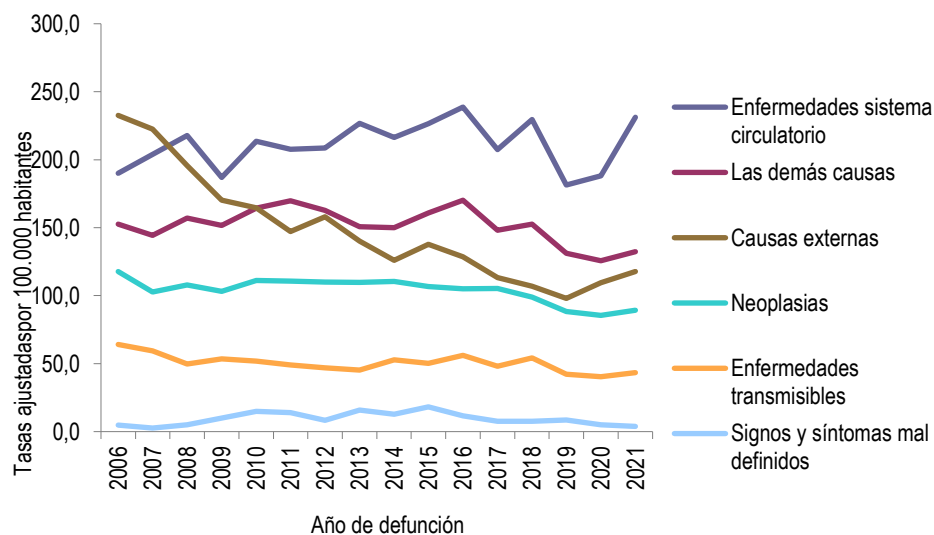


Fuente: SISPRO-DANE

La principal causa de mortalidad general en hombres entre los años 2006 a 2021 fueron las enfermedades del sistema circulatorio con un promedio de 210,9 muertes por cada 100.000 hombres, para el año 2021 se presentó una tasa de 231,3 muertes por cada 100.000 hombres, con una clara tendencia ascendente, quedando el 2021 con la segunda tasa más elevada del periodo analizado, solamente superada por el año 2016, en el cual se presentaron 238,7 muertes por cada 100.000 hombres.

En segundo lugar, se registraron las demás causas (diabetes Mellitus, enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, resto de enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema urinario y malformaciones congénitas), con una tasa para el año 2021 de 132,3 muertes por cada 100.000 hombres. En tercer lugar, se ubicaron las causas externas (accidente de transporte terrestre, ahogamiento y sumersión, exposición a la corriente eléctrica, suicidios, homicidios, y demás) con un promedio de 148,1 muertes por 100.000 hombres con una tendencia marcada a la reducción hasta el año 2019 y con tendencia al aumento en los años 2020 y 2021.

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del departamento del Meta, 2006 – 2021

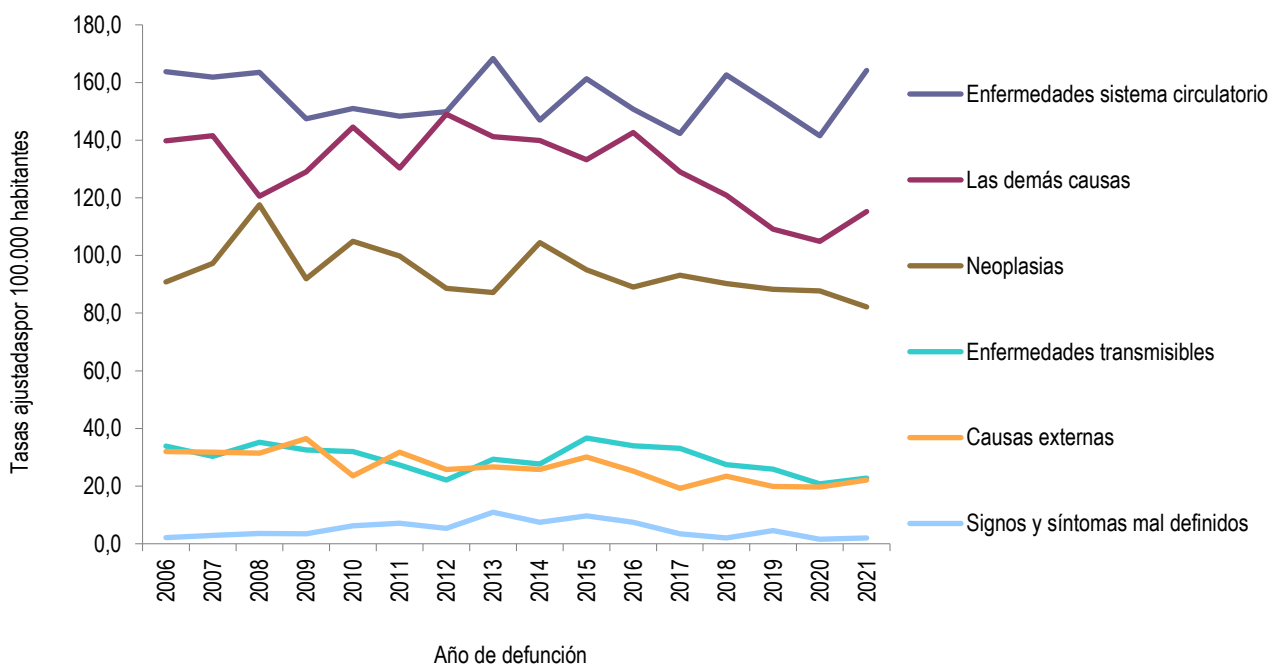


Fuente: SISPRO-DANE

Las principales causas de mortalidad general en las mujeres del Departamento del Meta para los años 2006 al 2021 fueron, en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio las cuales para

el 2021 registraron una tasa de 164,2 muertes por cada 100.000 mujeres, presentando tendencia oscilante a lo largo del periodo analizado y con incremento comparado con los 2 años que lo anteceden; en segundo lugar se encuentran las demás causas con una tasa de 115,2 muertes por cada 100.000 mujeres para el año 2021 y en tercer lugar las neoplasias con una tasa de 82,2 muertes por cada 100.000 mujeres para el año 2021. En las dos primeras causas de mortalidad se evidencia un comportamiento oscilante en el tiempo. En cuanto a las neoplasias los picos más altos se registraron en el año 2008 y 2014 y presenta tendencia a la disminución.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del departamento del Meta 2006-2021



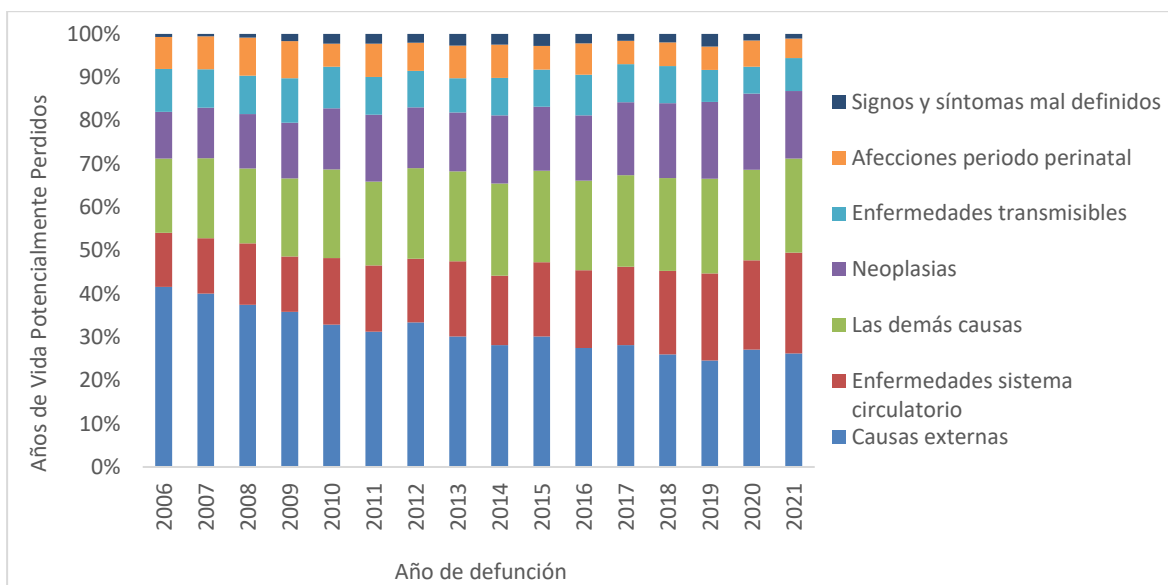
Fuente: SISPRO-DANE

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Los años de vida potencialmente perdidos, son una medida, que permite establecer los años que dejó de vivir un ser humano por alguna de las 7 grandes causas de mortalidad que han sido determinadas por la Organización Panamericana de la Salud, si hubieran vivido hasta una cierta edad. A continuación, se presentan los datos estimados del indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos –AVPP, donde se compara el comportamiento de la tendencia entre el año 2005 al 2020 y se analizan los cambios de las causas de mortalidad que presentaron mayor incidencia sobre la mortalidad prematura.

Las causas que más han ocasionado años de vida potencialmente perdidos (AVPP) para la población general desde el año 2005 hasta el año 2020 en su orden son: Las causas externas, se evidencia a través de los años un descenso, alcanzando un aporte en el año 2021 del 26,2% del total de años de vida perdidos, en el 2006, las causas externas alcanzaron la tasa más alta del periodo analizado. En segundo lugar, se encuentran las enfermedades sistema circulatorio con una tendencia similar a través de los años, alcanzando un peso porcentual del 23,3% de los AVPP para el año 2021, y el tercer lugar, lo ocuparon las demás causas, que representaron un 21,7%, con tendencia al aumento en los últimos años.

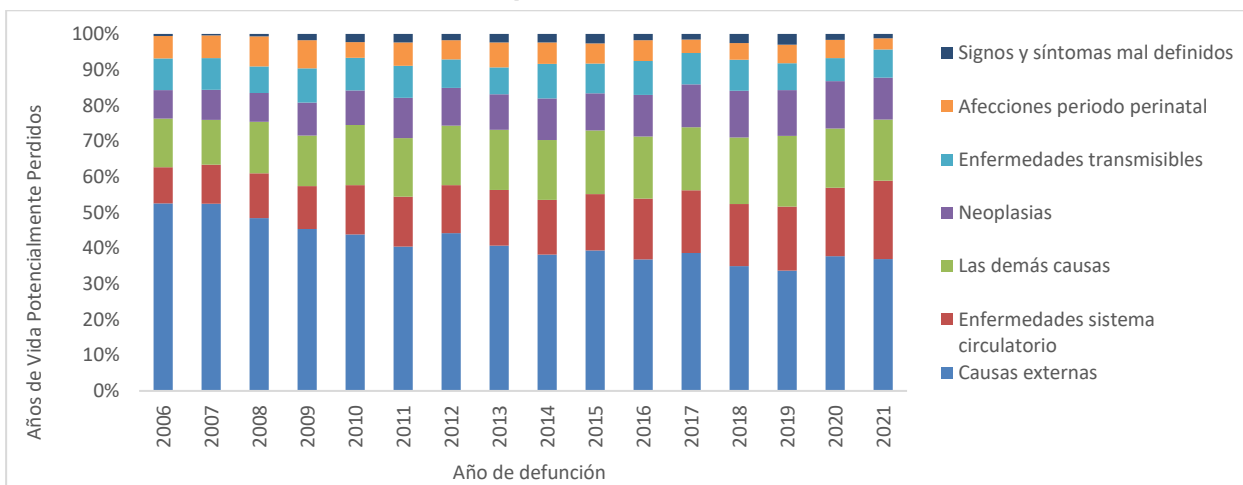
Figura 19. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 departamento del Meta, 2006 – 2021



Fuente: SISPRO-DANE

Los AVPP en los hombres del departamento del Meta están representados en mayor magnitud por las causas externas, en los años 2006 y 2007 representaron aproximadamente el 52% de los AVPP, mientras que en el 2021 fue del 36,9% de AVPP con tendencia al aumento con respecto a los 5 años que lo antecedan. La segunda causa fue las enfermedades del sistema circulatorio con un 22% de los AVPP, registrando una tendencia al aumento del 2005 al 2021, pasando de tercer lugar en 2019 a segundo lugar en 2021. La tercera causa de AVPP para los hombres fueron las demás causas, que en el año 2021 representaron el 17% de la carga de mortalidad, con una tendencia estable del 2005 al 2012 y un leve aumento desde el año 2019.

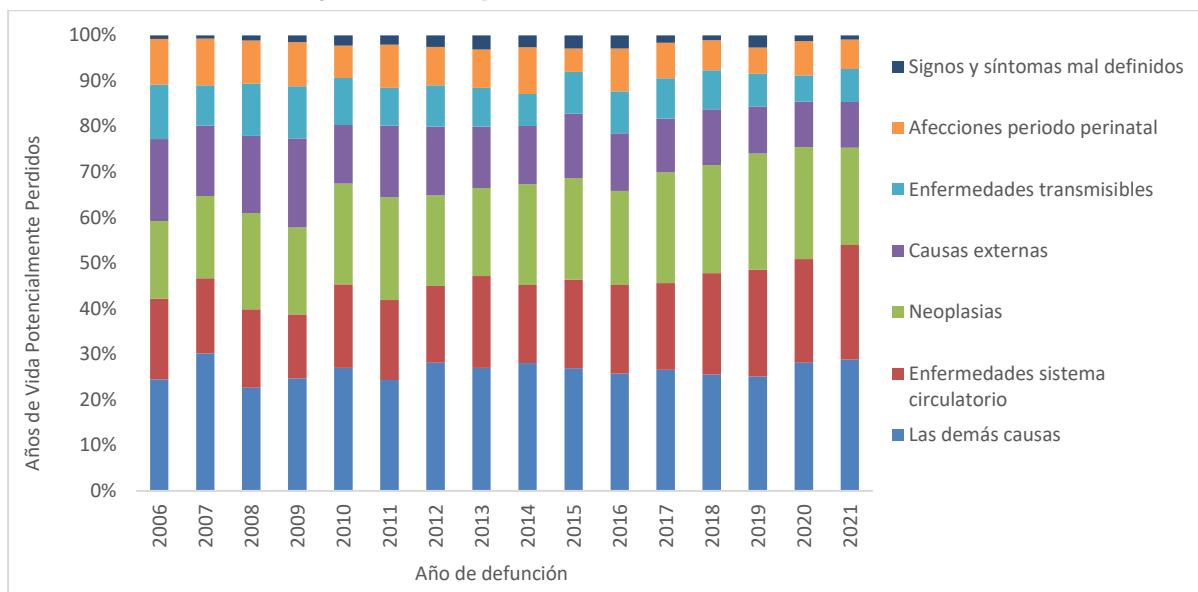
Figura 20. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del departamento del Meta, 2006 –2021



Fuente: SISPRO-DANE

Para las mujeres, la mayor carga de AVPP está representada por las demás causas, para el año 2021 aportaron el 28,8% de la carga de AVPP de las mujeres del departamento del Meta, con tendencia estable en el tiempo; en segundo lugar, se registraron las enfermedades del sistema circulatorio con un 25,2% de AVPP en el 2021 con una tendencia lineal a través de los años; la tercera causa fueron las neoplasias registrando un aumento de 8 puntos porcentuales en los últimos 15 años pasando del 17% en el año 2006 a 21,4% en año 2021.

Figura 21. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del departamento del Meta, 2006 – 2021

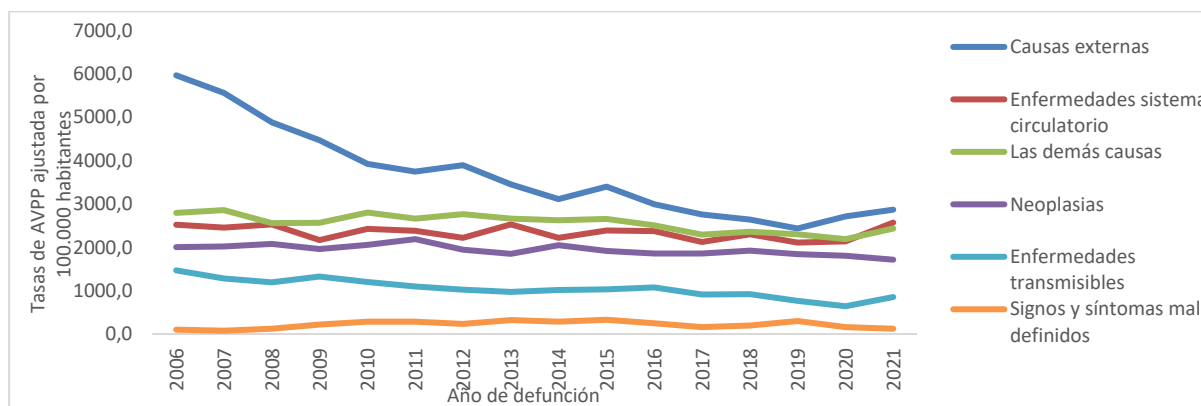


Fuente: SISPRO-DANE

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

La principal causa de los años de vida potencialmente perdidos es la mortalidad por causas externas (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y otro tipo de accidentes), con un promedio en la tasa de AVPP de 3.677 por 100.000 habitantes entre los años 2006 a 2021. Para el año 2021, las causas externas presentaron una tasa de AVPP ajustada de 2.866 por 100.000 habitantes, se observa una tendencia descendente desde el año 2006 hasta el año 2019, con posterior aumento para los años 2020 y 2021. En segundo lugar, se registraron las enfermedades sistema circulatorio con una tasa para el año 2021 de 2.571 por 100.000 habitantes, con tendencia al incremento. En tercer lugar, se ubicaron las demás causas con una tasa de 2.433 por 100.000 habitantes y un promedio en la tasa de AVPP de 2.562 por 100.000 habitantes entre los años 2006 y 2021, presentando una tendencia al incremento.

Figura 22. Tasa de AVPP por grandes causas, según lista 6/67, Departamento del Meta, 2006 – 2021

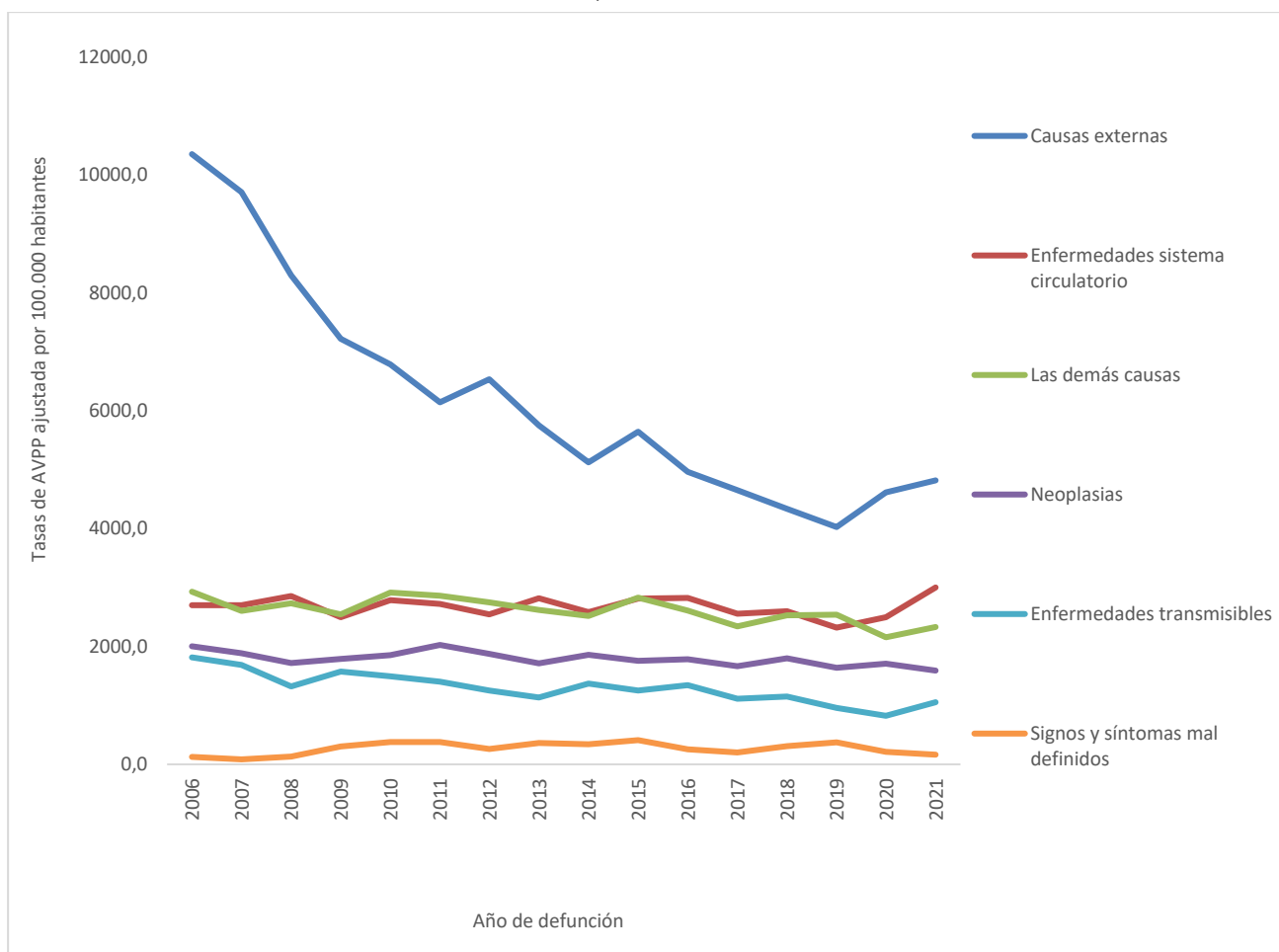


Fuente: SISPRO-DANE

Para los hombres, la primera causa de los años de vida potencialmente perdidos fueron las causas externas, con un promedio en la tasa de AVPP de 6.187 por 100.000 hombres entre los años 2006 y 2021, al comparar la tasa ajustada se evidenció una reducción del 50% en el indicador de AVPP en hombres, esta tendencia decreciente se mantiene a través de los años. La segunda causa de los

AVPP en los hombres del departamento del Meta se relaciona con las enfermedades del sistema circulatorio, la cual entre los años 2006 y 2021 presenta un promedio de 2.676 por cada 100.000 hombres, con tendencia constante a través del tiempo y registrando una tasa de 3.001 AVPP por cada 100.000 hombres para el año 2021, la tasa más elevada del periodo analizado. La tercera causa de AVPP en hombres está representada por las demás causas con un promedio en la tasa de AVPP de 2.613 por cada 100.00 hombres del año 2006 a 2021, con tendencia lineal en el tiempo, para el año 2021 se registró una tasa de 2.331 AVPP por cada 100.000 hombres.

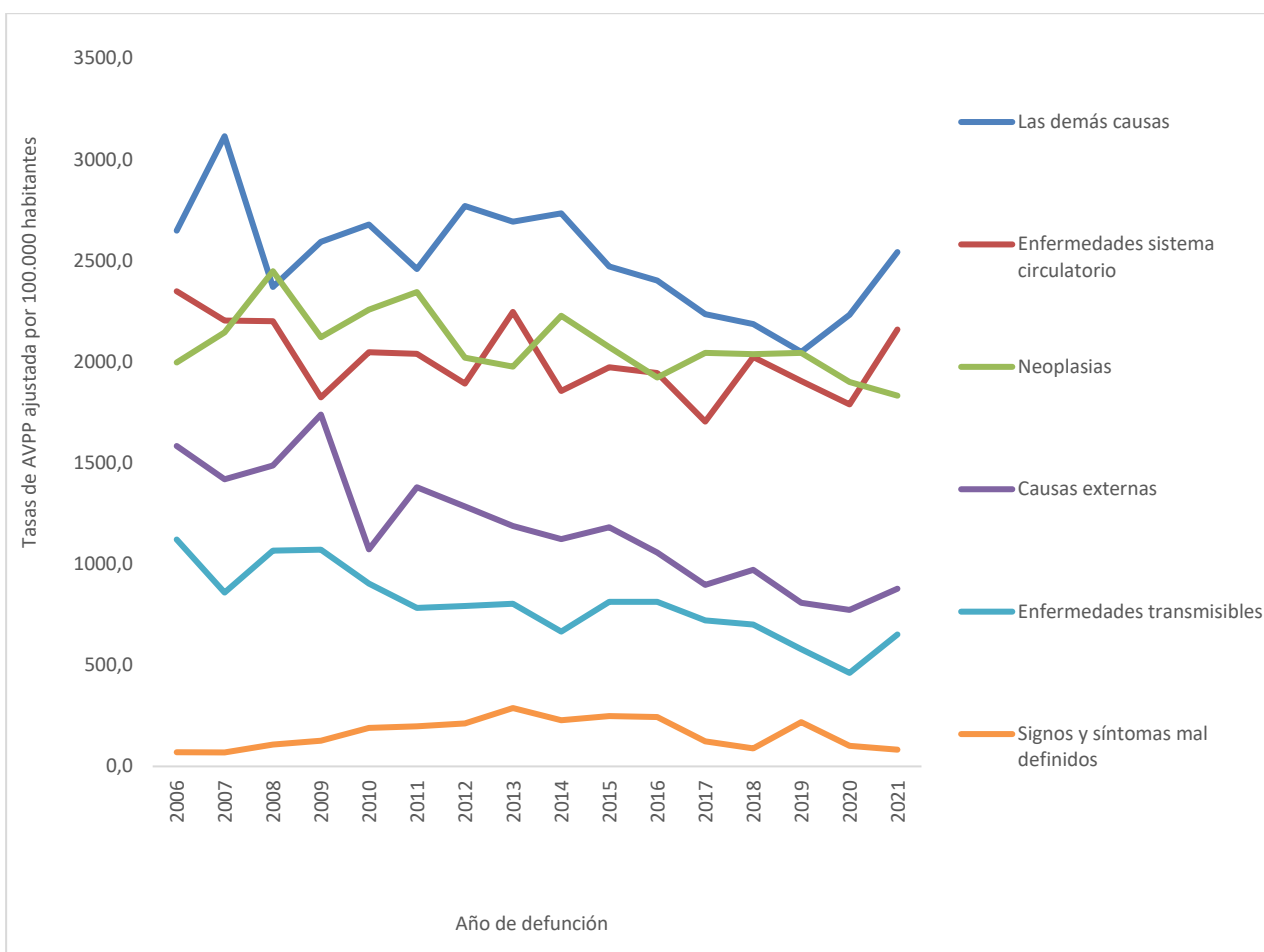
Figura 23. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en los hombres del Departamento del Meta, 2006 – 2021



Fuente: SISPRO-DANE

La principal causa por promedio del año 2006 al 2021 de los AVPP para las mujeres fueron las demás causas con una tasa ajustada de 2.511 de AVPP por cada 100.000 mujeres, se evidencia una tendencia al aumento a partir del año 2019; para el año 2021 se registró una tasa de 2.543 AVPP por cada 100.000 mujeres. En segundo lugar, se registraron las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa promedio de 2.009 AVPP por cada 100.000 mujeres entre los años 2006 y 2021, presenta un comportamiento oscilante en el tiempo, con incremento para el año 2021 en donde presenta una tasa ajustada de 2.160 AVPP por cada 100.000 mujeres. En tercer lugar, se ubicaron las neoplasias con un promedio de tasa ajustado de 2.086 AVPP por cada 100.000 mujeres, para el año 2021 se registró una tasa de 1.832 AVPP por cada 100.00 mujeres.

Figura 24. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del Departamento del Meta 2006 – 2021



Fuente: SISPRO- DANE

2.3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

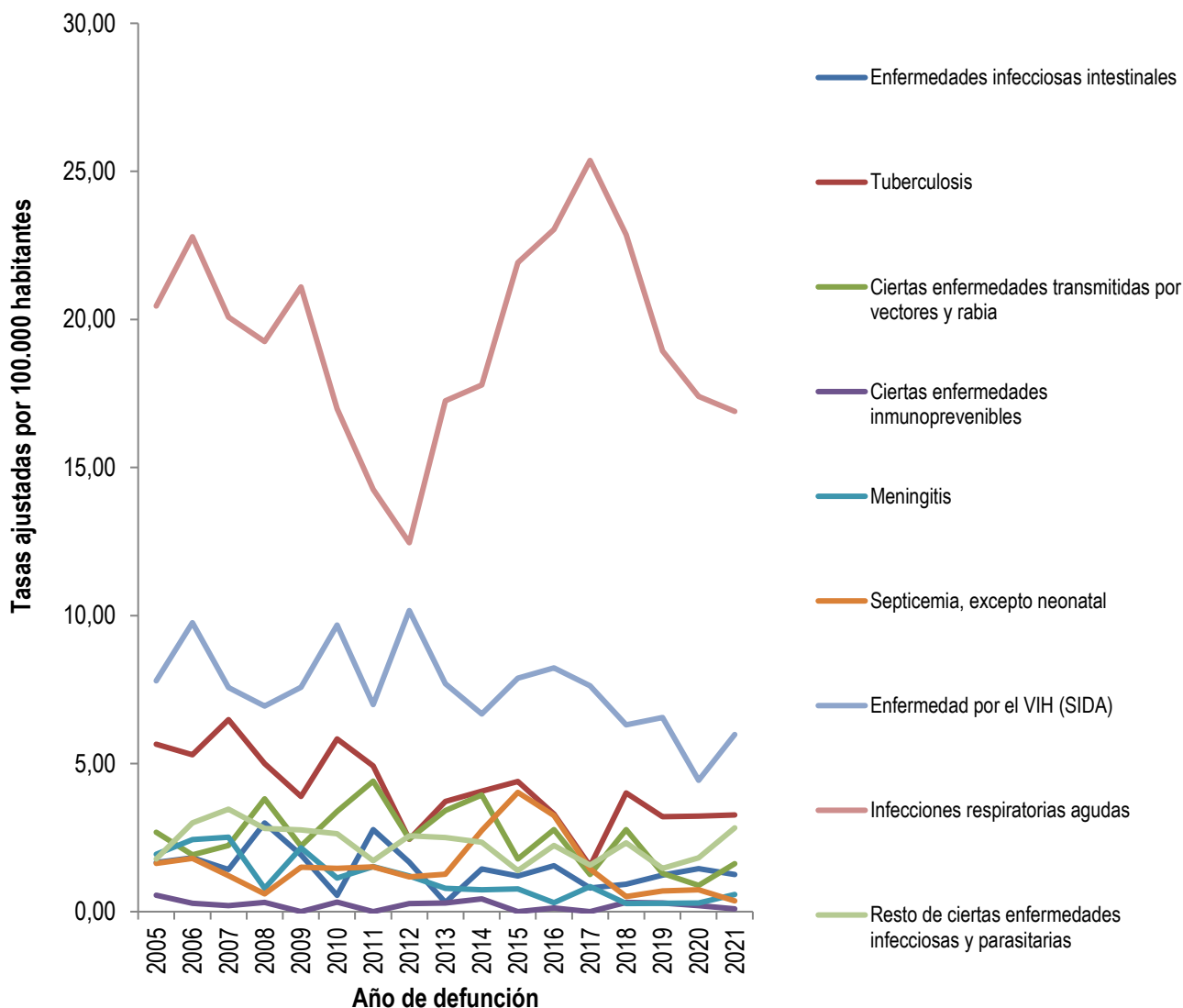
Tasas Ajustadas para la edad

El principal subgrupo de mortalidad por enfermedades transmisibles está dado por las infecciones respiratorias agudas (IRA), que desde el año 2005 han aportado la mayor carga de mortalidad con la tasa más alta en el año 2017 con 25,37 casos por cada 100.000 habitantes. Para el último año analizado (2021) la tasa de mortalidad por este subgrupo se situó en 16,90 mortalidades por cada 100.000 habitantes, evidenciando una reducción del indicador al compararlo con el año inmediatamente anterior 2020 el cual reportó una tasa de 17,40 muertes por IRA por cada 100.000 habitantes. La mortalidad por IRA que se presentó en el año 2021 (Que arrojó una tasa de 16,90 por cada 100.000 habitantes) el 56% (n=6326) pertenecían al sexo masculino, el 31,5% (n=3559) del total de casos se encontraban en el rango de edad de 80 años y más.

El segundo subgrupo con la mayor tasa de mortalidad es la enfermedad por el VIH (SIDA) el cual reportó para el año 2021 5,98 muertes por cada 100.000 habitantes evidenciando un aumento con respecto al año 2020 en donde se reportaron 4,44 mortalidades por cada 100.000 habitantes (el año 2020 fue el año que reportó la menor tasa en los últimos 16 años).

El tercer subgrupo de importancia es la tuberculosis que reportó una tasa para el año 2021 de 3,26 mortalidades por cada 100.000 habitantes; cifra muy similar a la reportada en los últimos 2 años (2019: 3,21 y 2020: 3,22 muertes por cada 100.000 habitantes cada una de ellas).

Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades Transmisibles en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.

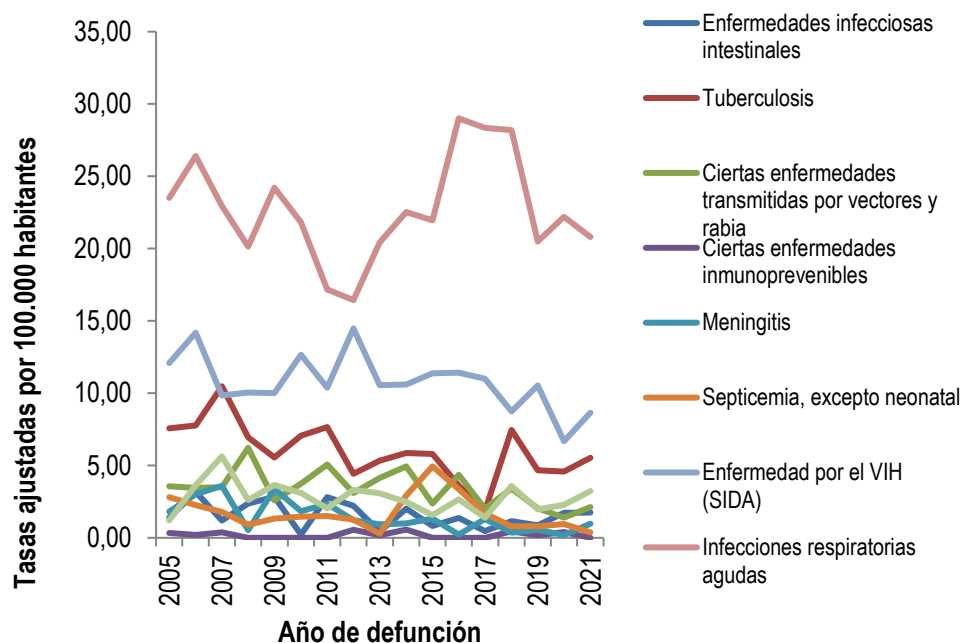


Fuente: SISPRO

En los hombres del Departamento del Meta, las enfermedades transmisibles están representadas principalmente por los siguientes subgrupos: en primer lugar, se encuentran las infecciones respiratorias agudas (IRA) con una tendencia fluctuante, teniendo la mayor tasa de mortalidad para el año 2016 con 29,01 casos por cada 100.000 hombres. Al analizar la tendencia del reporte se evidencia para el año 2021 una reducción del 6% en el número de muertes por este subgrupo con respecto al año 2020, pasando de un 22,20 caso por cada 100,000 hombres en el año 2020 a 20,81 muertes por IRA por cada 100.000 habitantes en el año 2021.

Otro subgrupo priorizado para el 2021 es la Enfermedad por el VIH (SIDA) quien reportó una tasa de 8,65 casos por cada 100.000 hombres, con una tendencia al aumento en comparación al año 2020.

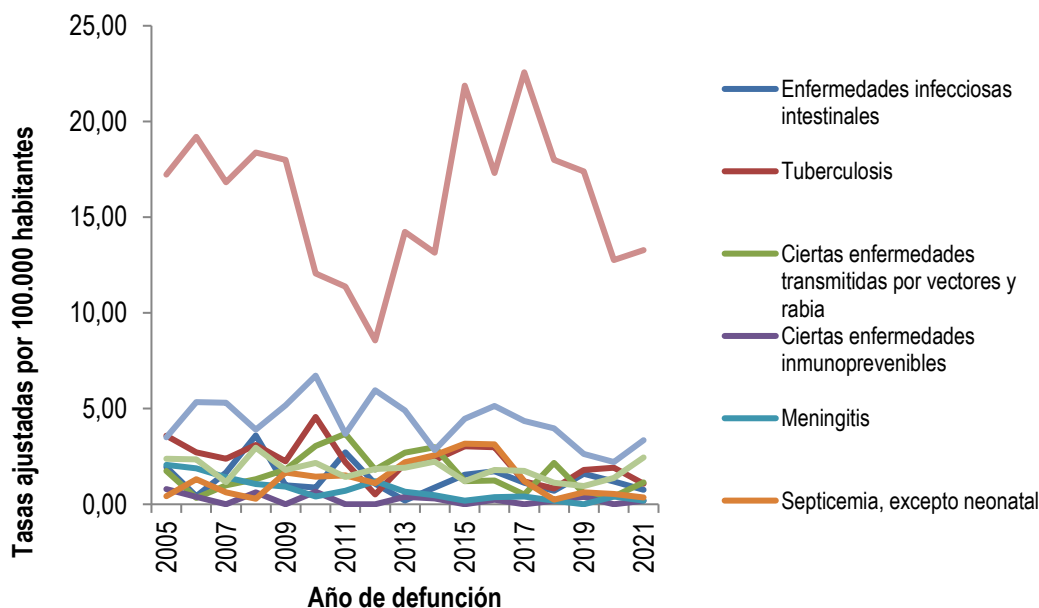
Figura 26 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.



Fuente: SISPRO

Para el año 2021 en las mujeres del Departamento del Meta el panorama es muy similar al de los hombres teniendo en primer lugar las infecciones respiratorias agudas (IRA) con una tasa de 13,28 casos por cada 100,000 mujeres, en segundo lugar, la enfermedad por el VIH (SIDA) con una tasa para el 2021 de 3,35 casos por cada 100.000 mujeres y en tercer lugar están el resto enfermedades infecciosas y parasitarias con 2,44 casos por cada 100.000 mujeres respectivamente.

Figura 27 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.

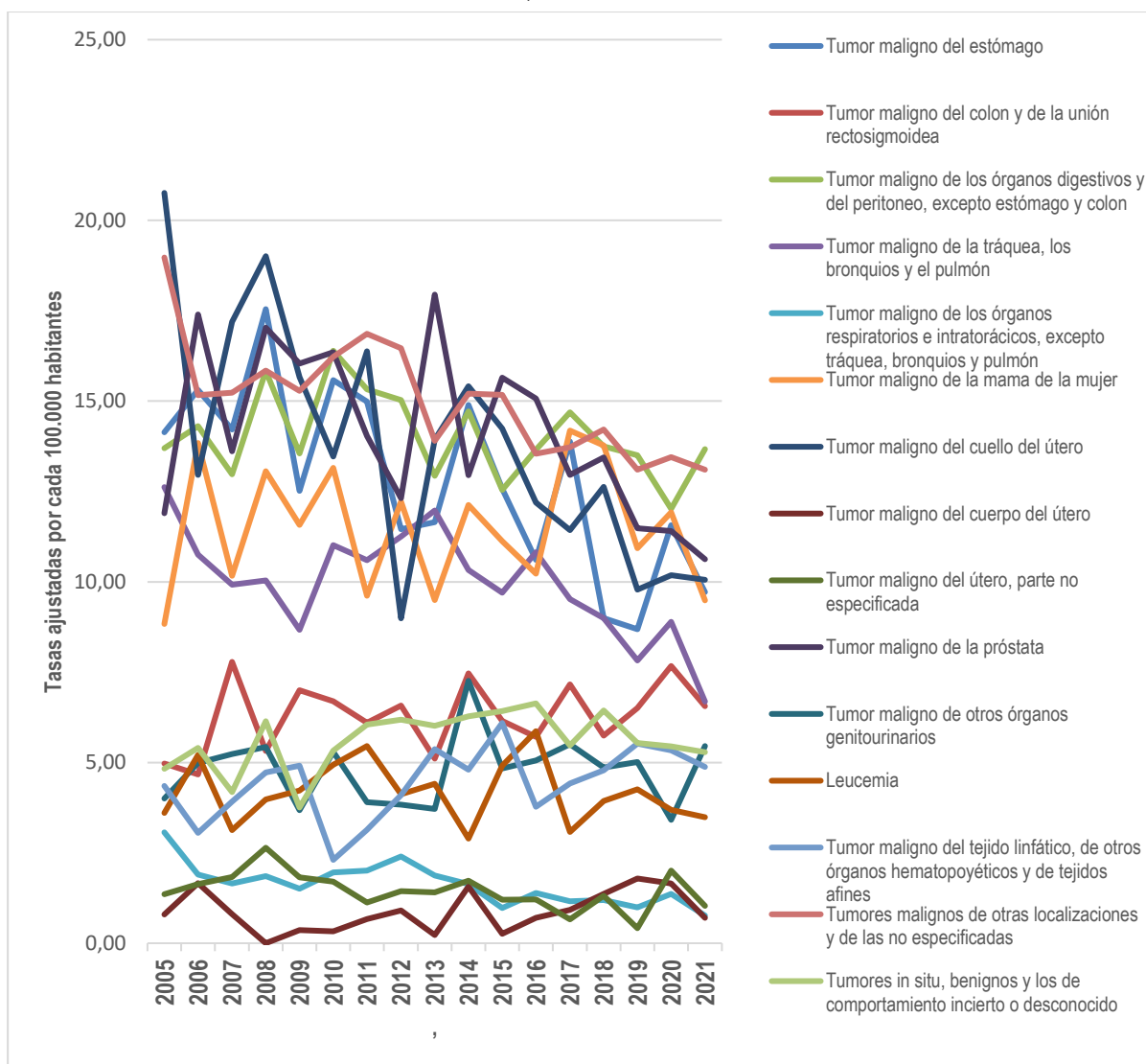


Fuente: SISPRO

Neoplasias

El principal sub grupo de mortalidad por las Neoplasias para Departamento del Meta para el año 2021 son el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una tasa de 13,67 casos por cada 100.000 habitantes (correspondientes a 7802 muertes de las cuales el 51,3% (n=4001) se presentaron en el sexo femenino, del total de casos el 24,2% (n=1889 se presentaron en el grupo de edad de 80 y más años), en segundo lugar se encuentra el Tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas con una tasa de 13,10 muertes por cada 100.000 habitantes y en tercer lugar, el Tumor maligno de la próstata, el cual para el año 2021 presentó una tasa de 10,62 muertes por cada 100.000 habitantes.

Figura 28 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.

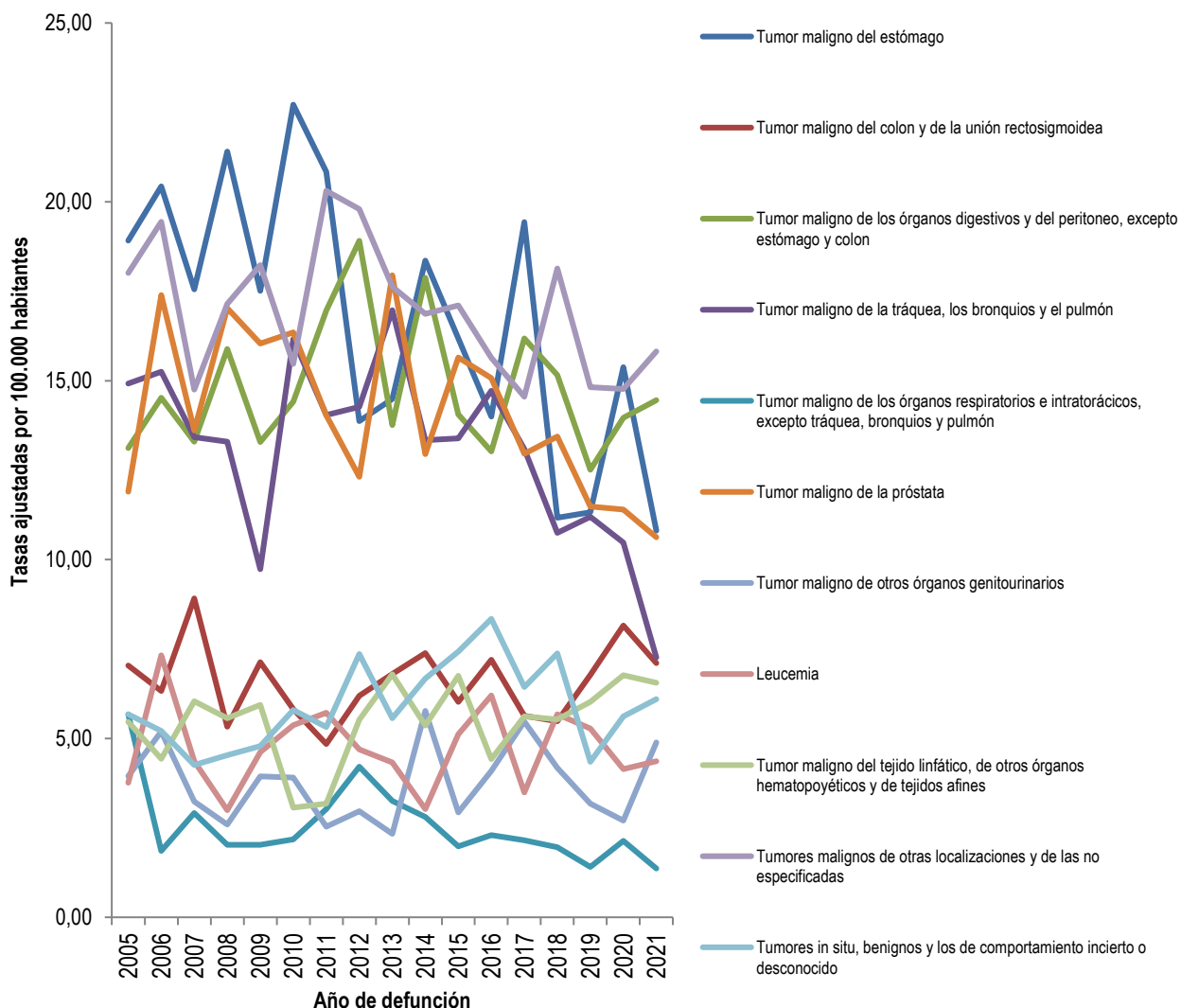


Fuente: SISPRO

Los principales sub grupos de mortalidad por neoplasias en hombres para el año 2021 fue el Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas pasando del segundo lugar en el año 2020 con una tasa de 14,77 mortalidades por cada 100.000 hombres al primer lugar en el año 2021 con 15,82 mortalidades por cada 100.000 hombres. En segundo lugar, se ubicaron los Tumor maligno del

estómago con una tasa de 10,81 casos por cada 100.000 hombres y en tercer lugar están el Tumor maligno de la próstata con 10,62 muertes por cada 100.000 hombres.

Figura 29 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.



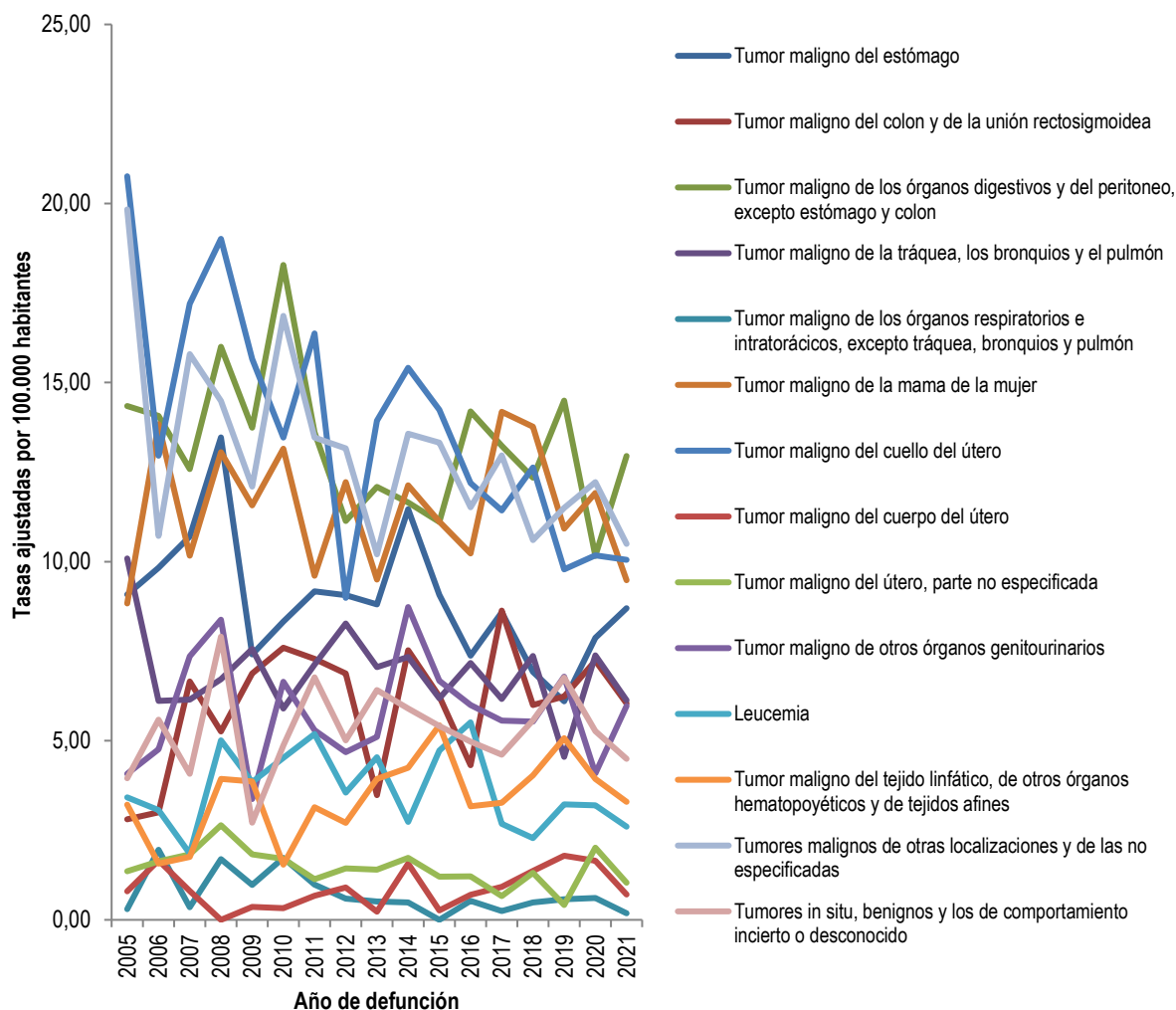
Fuente: SISPRO

Para las mujeres del Departamento del Meta el principal subgrupo de mortalidad en el año 2021 fue el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una tasa de 12,95 casos por cada 100.000 mujeres.

En segundo lugar, están los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas quien para los años 2005 y 2016 presentan la mayor tasa de 19,84 y 16,86 mortalidades por cada 100.000 mujeres respectivamente, ya para el año 2021 reporta una tasa de 10,50 muertes por cada 100.000 mujeres una cifra menor a la del año anterior en donde se presentaron 12,22 mortalidades por cada 100.000 mujeres.

Y en tercer lugar está el Tumor maligno del cuello del útero quien históricamente ha estado en los primeros lugares en el Departamento, para el año 2021 reporto 10,06 mortalidades por cada 100.000 mujeres.

Figura 30 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.

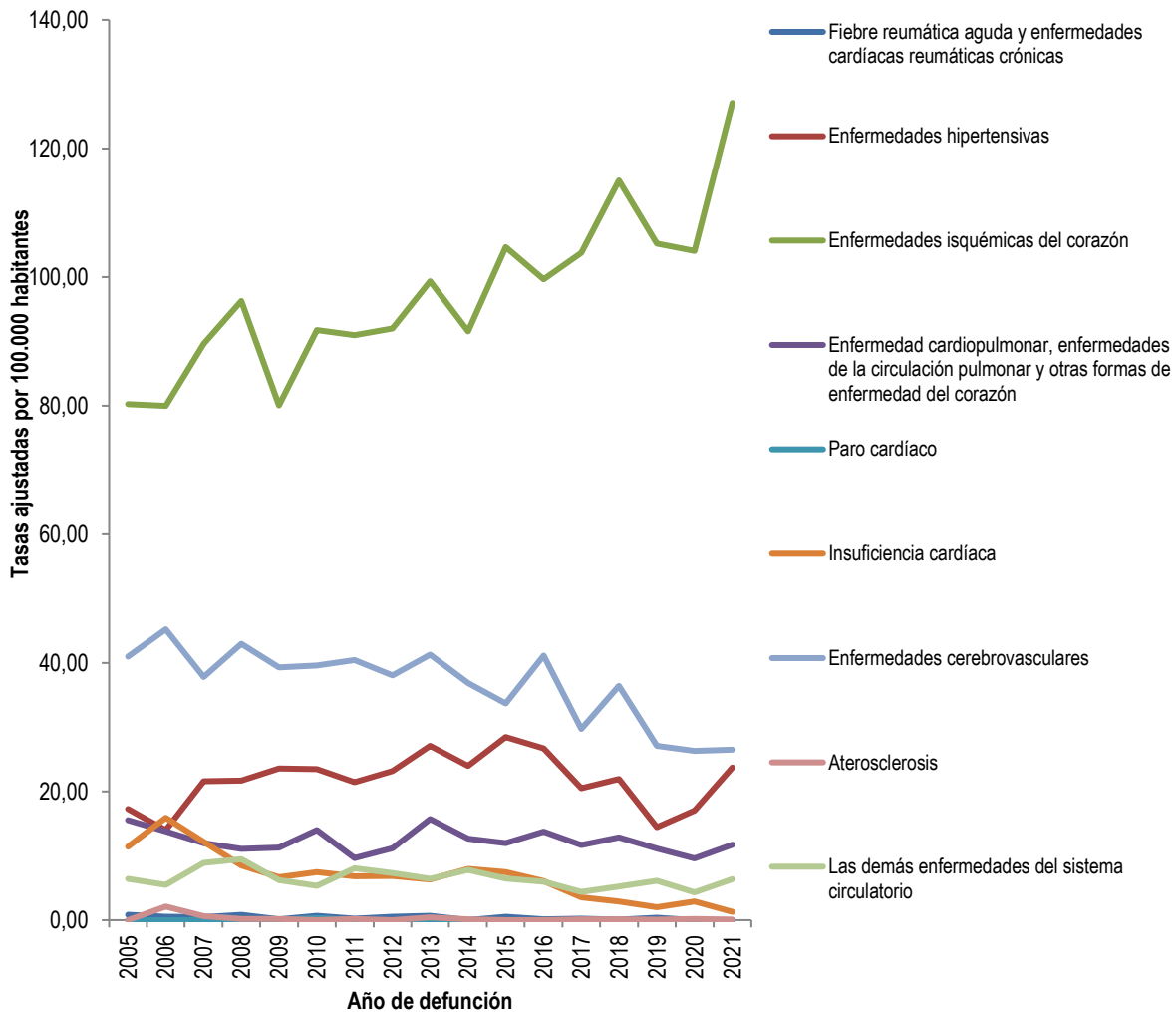


Fuente: SISPRO

Enfermedades del sistema circulatorio

En el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, estas tienen especial relevancia ya que son la primera causa de mortalidad en el Departamento del Meta, al realizar el análisis por subgrupos en orden descendente, se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, las cuales para el año 2021 presentaron con una tasa de 127,09 casos por cada 100.000 habitantes (correspondientes a 52873 mortalidades el 55% (n=28879) de las muertes reportadas en ese año en ese subgrupo pertenecían al sexo masculino; y al realizar la discriminación por rangos de edad se obtiene que el 51% (26719) se encontraban en el rango de edad de 80 y más) en este subgrupo se evidencia una tendencia al aumento desde el año 2016; como segundo sub grupo de mortalidad en las enfermedades del sistema circulatorio se encuentran las enfermedades cerebrovasculares, con una tasa para el año 2021 de 26,51 casos por cada 100.000 habitantes presentando un comportamiento estable respecto al año anterior al pasar de una tasa de 26,33 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2020 a 26,51 muertes por cada 100.000 habitantes; la tercera causa son las enfermedades hipertensivas registrando una tasa para el 2021 de 23,77 casos por cada 100.000 habitantes; para el caso de este sub grupo se evidencia una tendencia al aumento en el reporte dado que para el año 2020 la tasa se situó en 17,04 casos por cada 100.000 habitantes.

Figura 31 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.



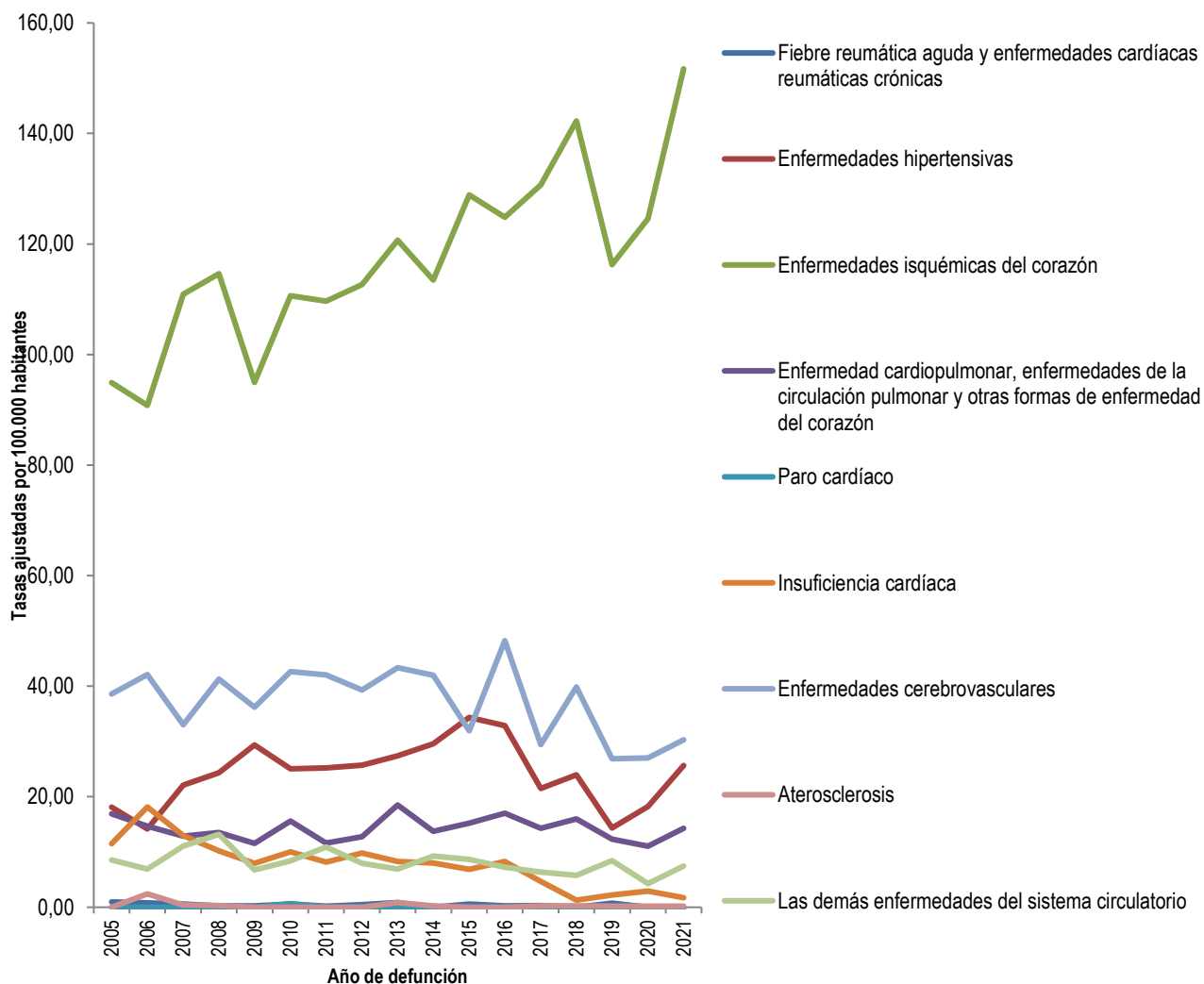
Fuente: SISPRO

Para los hombres del Departamento del Meta el comportamiento es muy similar que, a nivel general, siendo el principal subgrupo de las enfermedades del sistema circulatorio las Enfermedades isquémicas del corazón con una tasa en el 2021 de 151,69 casos por cada 100.000 hombres, observándose un aumento con respecto al año 2020 el cual reportó una tasa de 124,55 muertes por cada 100.000 hombres.

En segundo lugar, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con tendencia al aumento en los últimos años (2019: 26,87 y 2020: 27,02); para el 2016 presentó la tasa más alta de 48,23 casos por cada 100.000 hombres siendo la más alta en el histórico de los ultimo 16 años, para el año 2021 que es el último año de análisis se registró una tasa de 30,27 casos por cada 100.000 hombres.

En tercer lugar, están las Enfermedades hipertensivas con una tasa de 25,66 muertes por cada 100.000 hombres evidenciando un aumento en comparación al año anterior en donde reportó para el 2020 una tasa de 18,21 mortalidades por cada 100.000 hombres.

Figura 32 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.



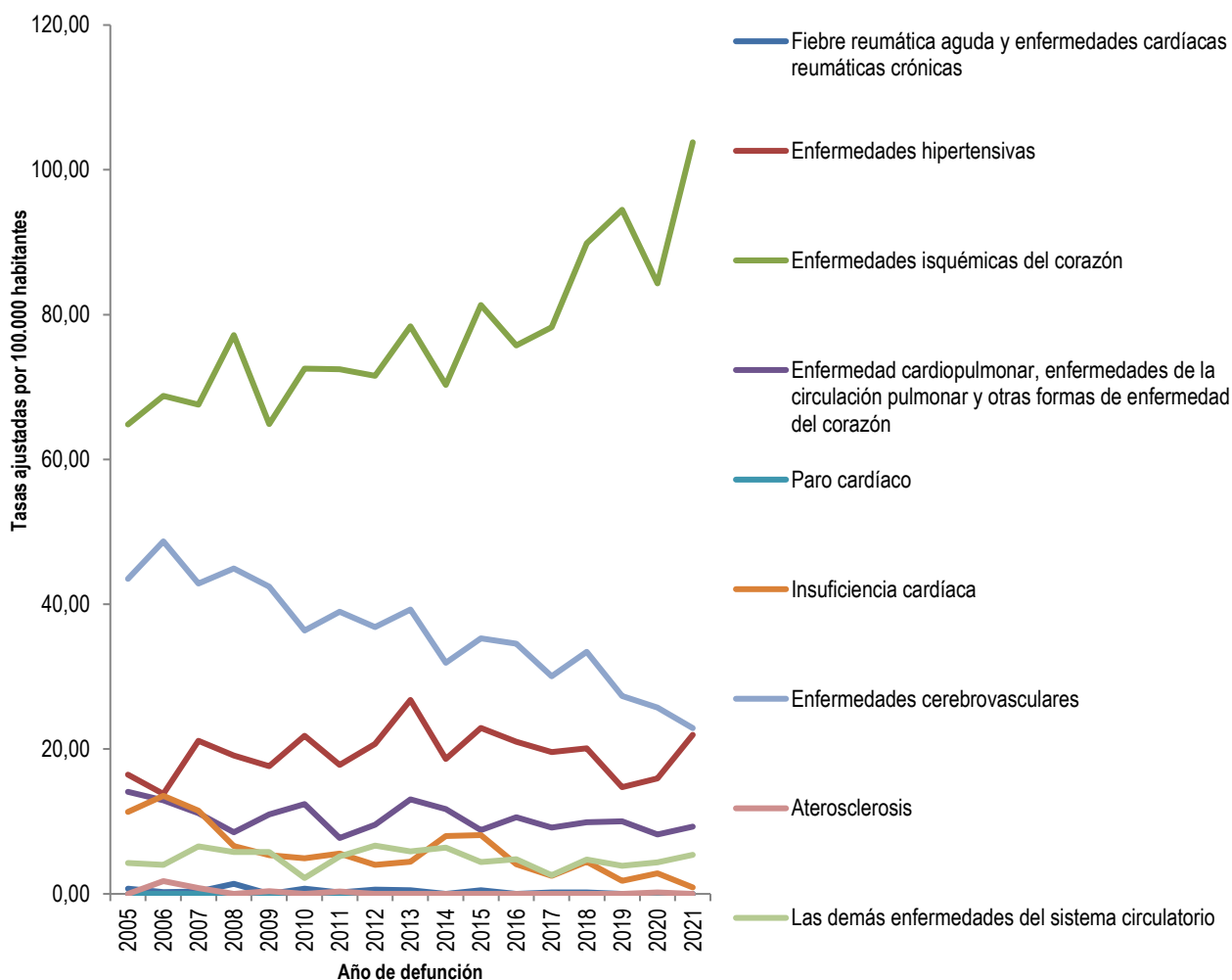
Fuente: SISPRO

En las mujeres, el comportamiento de los subgrupos de las enfermedades del sistema circulatorio es similar que a nivel general y en hombres en donde el principal subgrupo de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón, que presenta una tendencia al fluctuante en el reporte en los últimos 16 años, para el año 2021 reportó a una tasa de 103,80 casos por cada 100.000 mujeres, con un importante aumento respecto al año 2020 en donde se evidenció una tasa de 84,30 casos por cada 100.000 mujeres.

La segunda causa son las enfermedades cerebrovasculares que tuvieron su máximo pico en el año 2006 con una tasa de 48,69 casos por cada 100.000 mujeres, para el año 2021 la tasa se situó en 22,89 casos por cada 100.000 mujeres siendo la más baja de los últimos 16 años; por lo que se evidencia una tendencia al decremento en el reporte de mortalidades en este tipo de enfermedades.

En un tercer lugar se ubican las enfermedades hipertensivas, que vienen en aumento desde el año 2019, para el 2021 presenta una tasa mayor a la del 2020 con 21,96 casos por 100.000 mujeres cuando en el 2020 se reportaron 15,93 casos por cada 100.000 mujeres.

Figura 33 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema Circulatorio en mujeres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.



Fuente: SISPRO

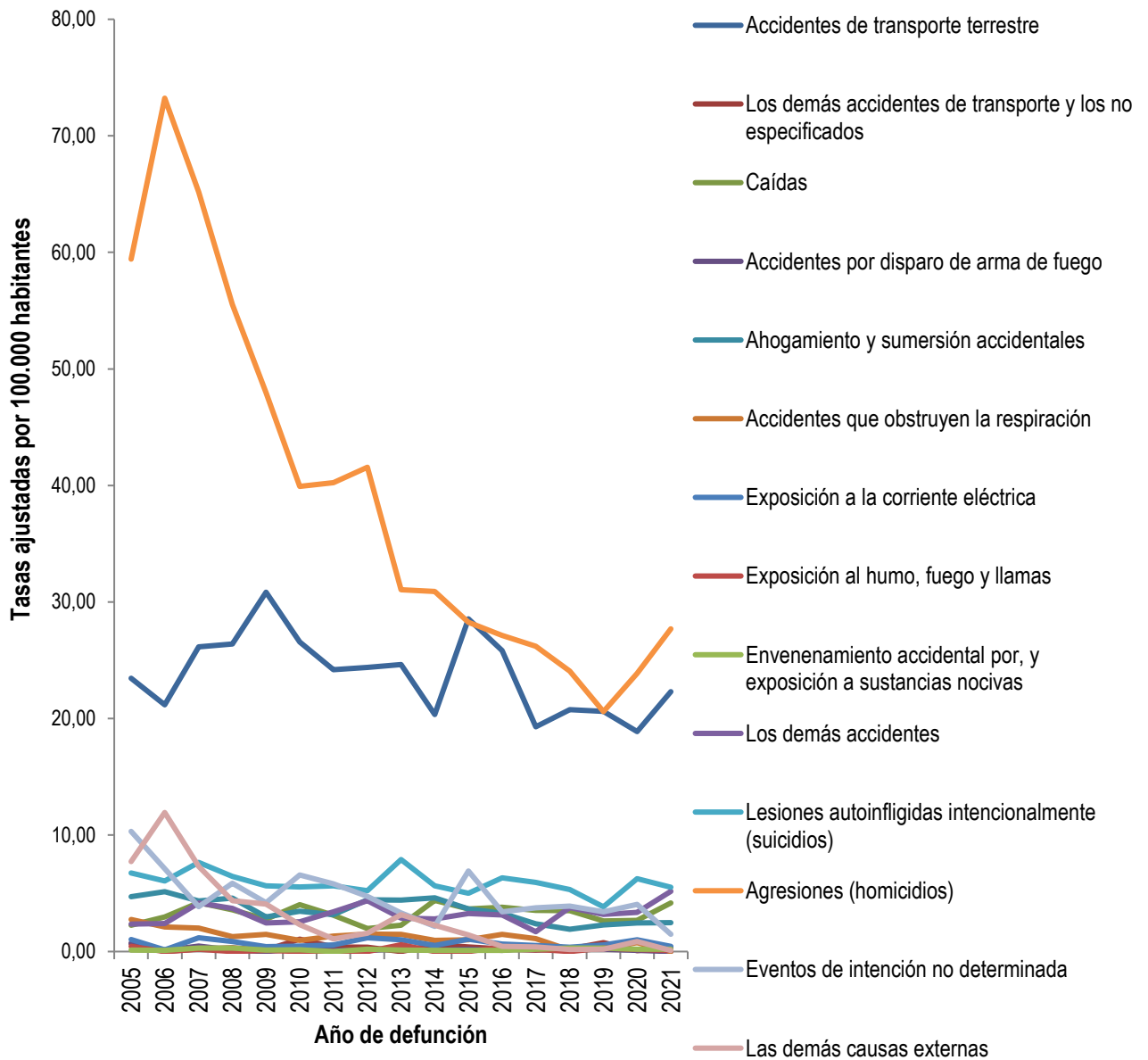
Causas externas

Las causas externas son la cuarta causa de mortalidad en el Departamento para el año 2021 ; a nivel general al desagregar los eventos agrupados en estas, se puede observar que las causas externas son las Agresiones (homicidios) se sitúan en el primer lugar con una tasa de 27,70 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente (corresponden a 14447 homicidios de los cuales el 92% (n=13328) ocurrieron en el sexo masculino), llama la atención que dicho subgrupo venia en decremento desde el año 2006; sin embargo para el año 2021 se evidencia un incremento respecto al año 2020 en el cual se reportó una tasa de 23,87 muertes por cada 100.000 habitantes.

En segundo lugar, están los Accidentes de transporte terrestre con una tasa en el año 2021 de 22,30 muertes por cada 100.000 habitantes, cifra mayor respecto al año anterior (2020) en donde se reportaron 18,88 casos por cada 100.000 habitantes.

En tercer lugar, están las Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) quien para el año 2021 reportó 5.51 casos por cada 100.000 habitantes.

Figura 34 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en el Departamento del Meta, 2005 – 2021.



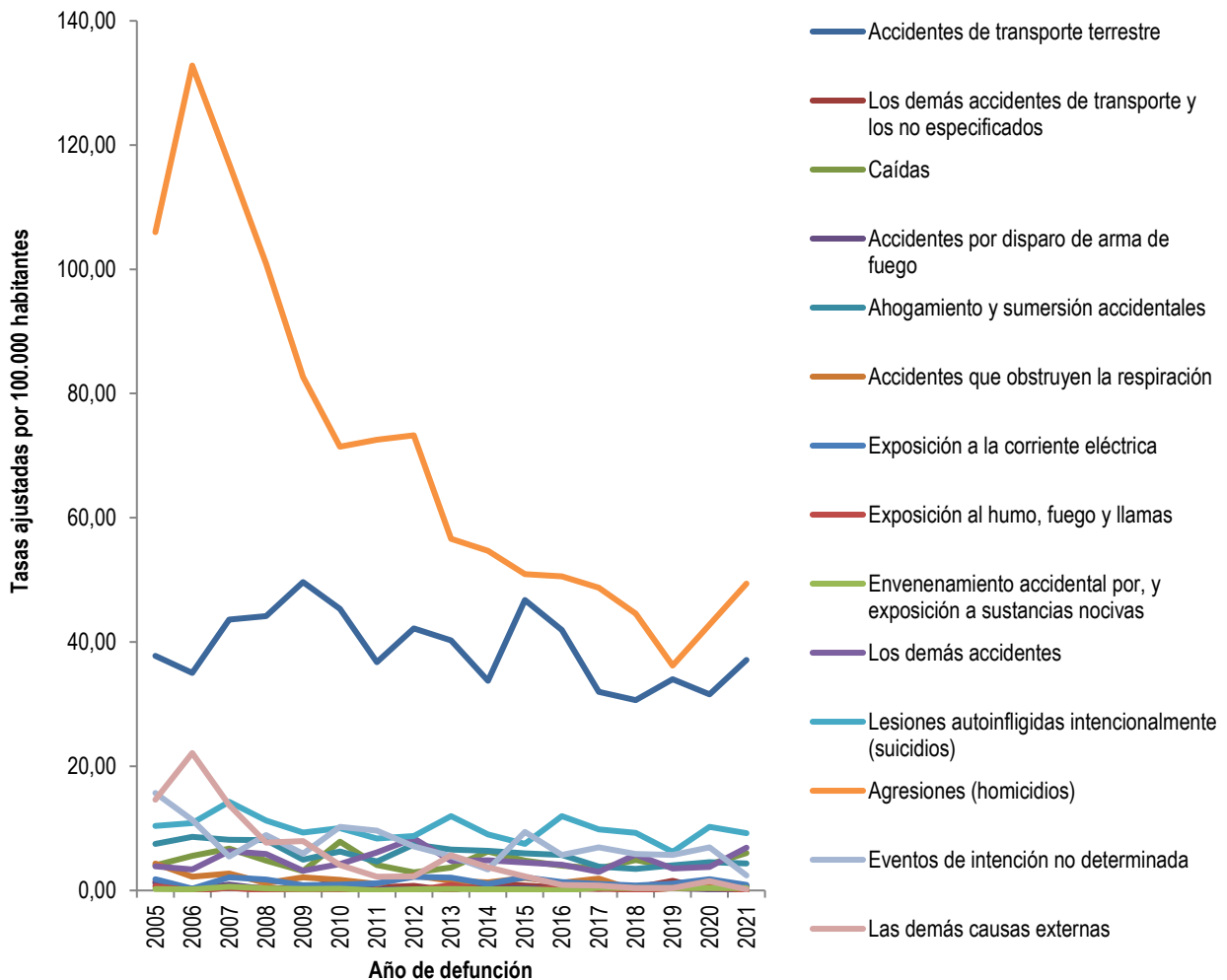
Fuente: SISPRO

Para el caso de los hombres en el año 2021 el comportamiento es similar al general relacionado en la gráfica anterior, el primer subgrupo son Agresiones (homicidios) con una tasa de 49,40 casos por cada 100.000 hombres, se evidencia que a partir del año 2019 la tendencia de las tasas es al incremento.

En segundo lugar, están los accidentes de transporte terrestre los cuales para el año 2021 reportaron 37,11 muertes por cada 100.000 hombres, evidenciando una tendencia al incremento de la tasa desde el año 2017.

En tercer lugar, están los Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una tasa de 9,22 muertes por cada 100.000 hombres, cifra menor a la reportada en el año 2020 con 10,23 muertes por cada 100.000 hombres.

Figura 35 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.



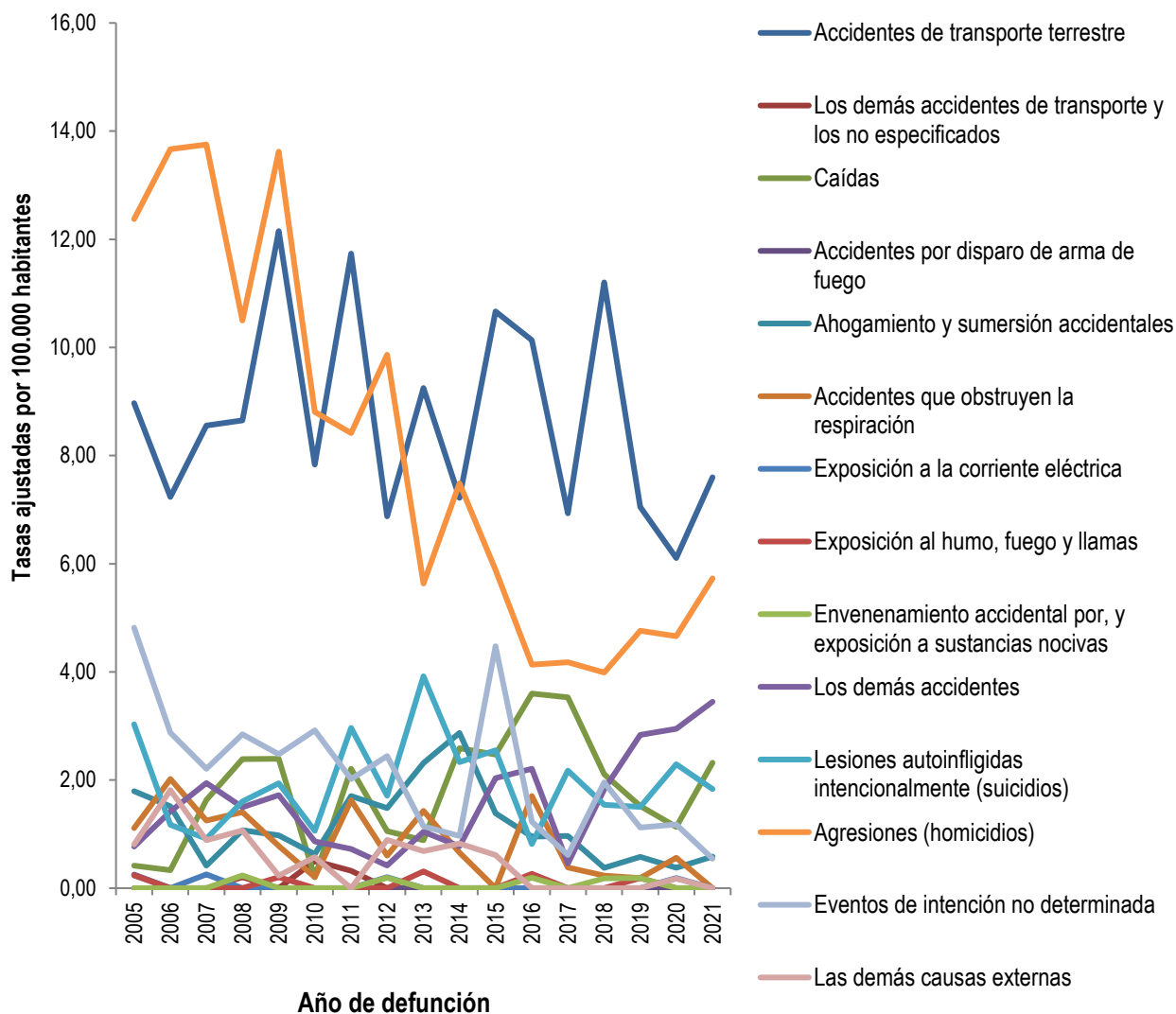
Fuente: SISPRO

En las mujeres, a diferencia de los hombres el sub grupo que presentó en el año 2021 la tasa más elevada fueron los Accidentes de transporte terrestre con 7,60 muertes por cada 100.00 mujeres , este subgrupo ha sido la principal causa de mortalidad en los últimos 16 años siendo en el año 2009 y 2011 las tasas más altas con 12,1 y 11,74 muertes por cada 100.000 mujeres; para el último año analizado (2021) se evidencia un aumento en la tasa en comparación al año anterior que reportó para ese año (2020) una tasa de 6,11 muertes por cada 100.000 mujeres.

El segundo subgrupo que históricamente ha tenido relevancia en las mujeres son las Agresiones (homicidios), con un comportamiento oscilante en el tiempo y quien para el año 2021 reportó la cifra más elevada de los últimos 5 años con una tasa de 5,73 casos por cada 100.000 mujeres.

Em tercer lugar están los demás accidentes que reportaron para el año 2021 una tasa de 3,45 muertes por cada 100.000 mujeres siendo la cifra más elevada desde el año 2017.

Figura 36 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.



Fuente: SISPRO

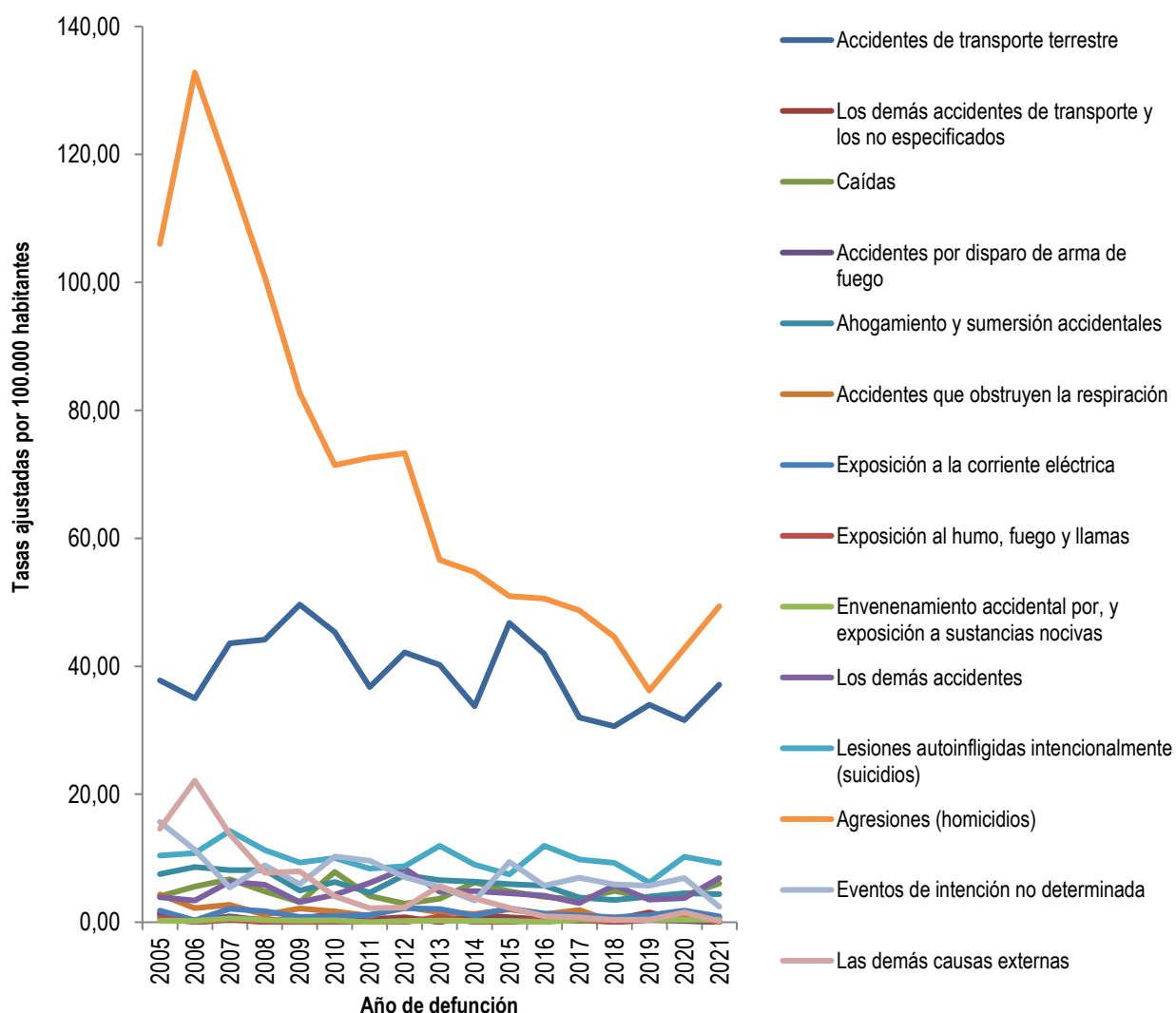
Demás causas de mortalidad

En el grupo de las Demás causas, la principal sub causa de mortalidad en los últimos 16 años ha sido la Diabetes mellitus quien para el último año 2021 reportó una tasa de 32,56 muertes por cada 100.000 habitantes (corresponden a 10268 muertes de las cuales el 54% (n=5520) se presentaron en el sexo femenino) evidenciando un aumento sostenido desde el año 2018 alcanzando una tasa máxima para el 2021.

En segundo lugar, se encontraron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de 17,48 muertes por cada 100.000 habitantes, subgrupo que reporta una tendencia al decremento desde el año 2016.

En el tercer lugar, estuvieron el Resto de las enfermedades del sistema digestivo, con una tasa para el año 2021 de 14,95 casos por cada 100.000 habitantes, subgrupo que ha presentado un comportamiento fluctuante en el histórico de los últimos 16 años.

Figura 38 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Demás causas en hombres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.



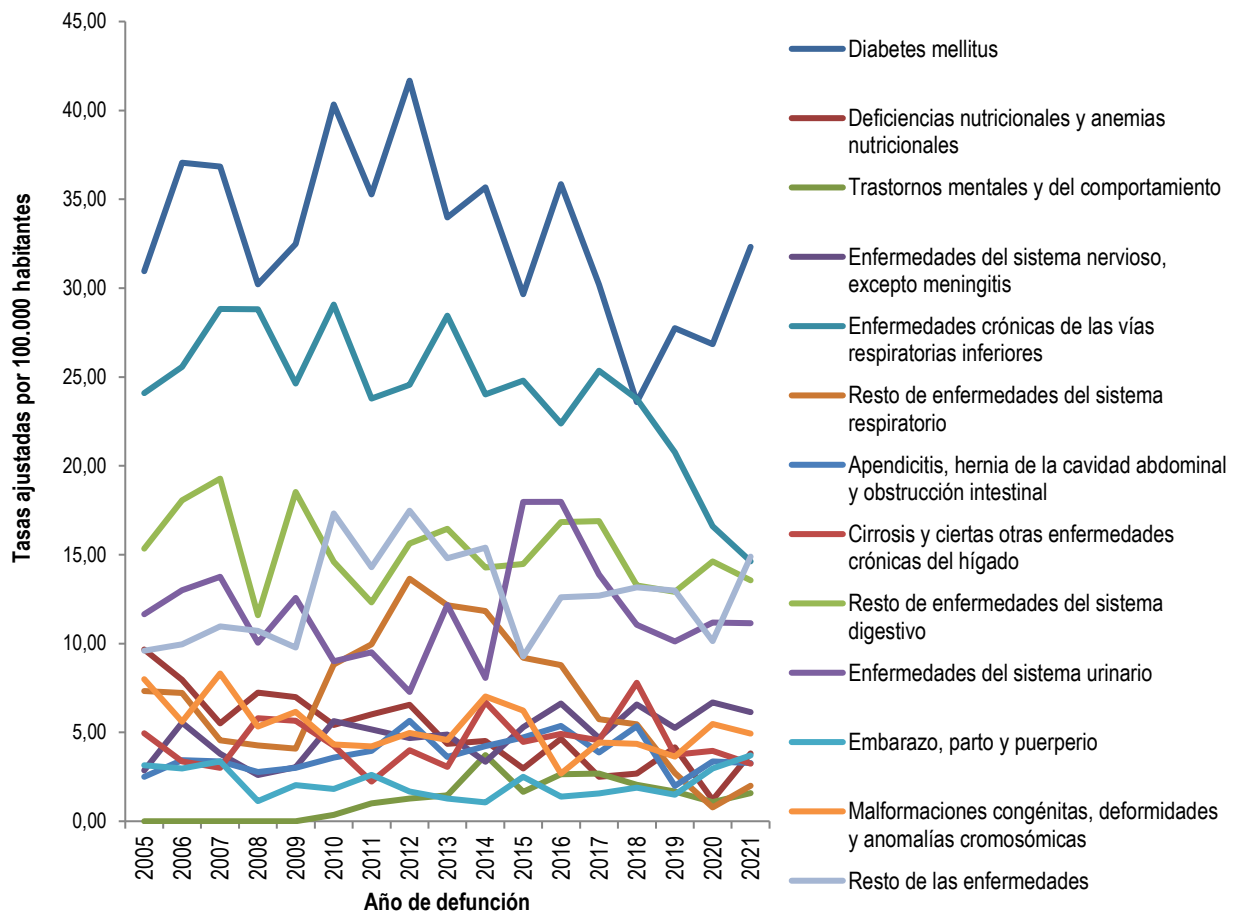
Fuente: SISPRO

En las tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas en las mujeres, en el año 2021, la diabetes mellitus con una tasa de 32,32 muertes por cada 100.000 mujeres, fue la principal causa de mortalidad; sub grupo que ha tenido una tendencia continúa siendo el primer lugar en comparación a los otros sub grupos a lo largo de los últimos 16 años.

La diabetes mellitus ha alcanzado la mayor tasa en el año 2010 con 40,33 casos por cada 100.000 mujeres, se evidencia una tendencia de incremento desde el año 2018 en donde se reportaron 23,59 muertes por cada 100.000 mujeres.

La segunda causa fueron el resto de las enfermedades, registrando aumento en la tasa respecto al año 2020, pasando de 10,13 muertes por cada 100.000 mujeres en el 2020 a 14,90 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2021.

Figura 39 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Demás causas en mujeres del Departamento del Meta, 2005 – 2021.



Fuente: SISPRO

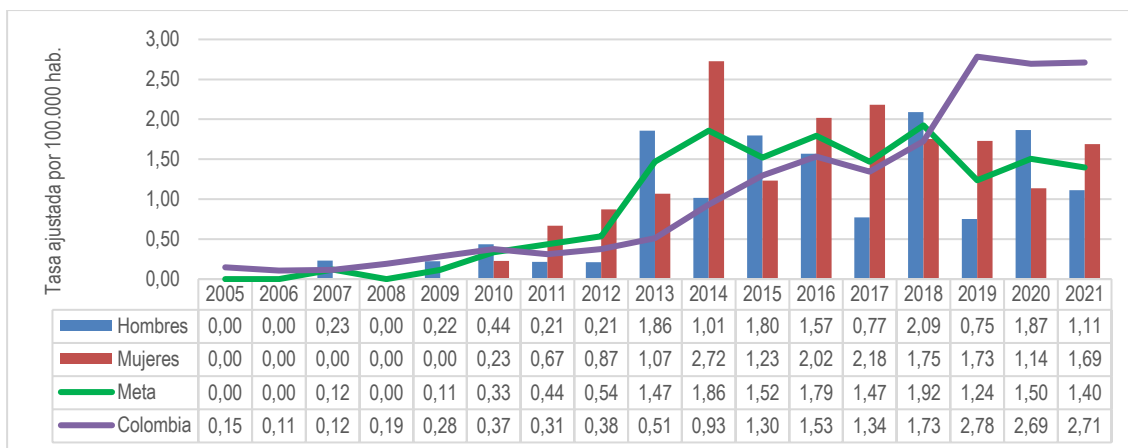
Mortalidad relacionada con salud mental

Para el periodo comprendido entre los años 2005 y 2021, en el departamento del Meta, la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento mostró un comportamiento de aumento desde el año 2005 al 2014, posteriormente se comportó de manera estable desde los años 2014 al 2018 y para los años 2019 a 2021 se ha observado un descenso en la tasa ajustada de mortalidad en el total de la población, cerrando 2021 con una tasa de 1,40 muertes por cada 100.000 habitantes, inferior a la tasa nacional que para el mismo año se ubicó en 2,71.

Al observar la comparación de la tasa departamental con la tasa nacional, se puede observar que fue superior a la tasa nacional para los años 2011 a 2018, en los años siguientes la tasa departamental descendió y se ubicó por debajo de la tasa nacional.

Al analizar la tasa según sexo, se encuentra que la tasa de mortalidad ajustada en las mujeres, tiende a ser superior a la tasa de mortalidad de los hombres, con picos importantes en los años 2014 (2,72), 2016(2,02) y 2017(2,18), en los cuales la tasa de mortalidad en mujeres superó la tasa nacional. Para el año 2021, la tasa en mujeres fue de 1,69, superior a la presentada en el 2020, en mujeres, que fue de 1,14 muertes por cada 100.000 mujeres.

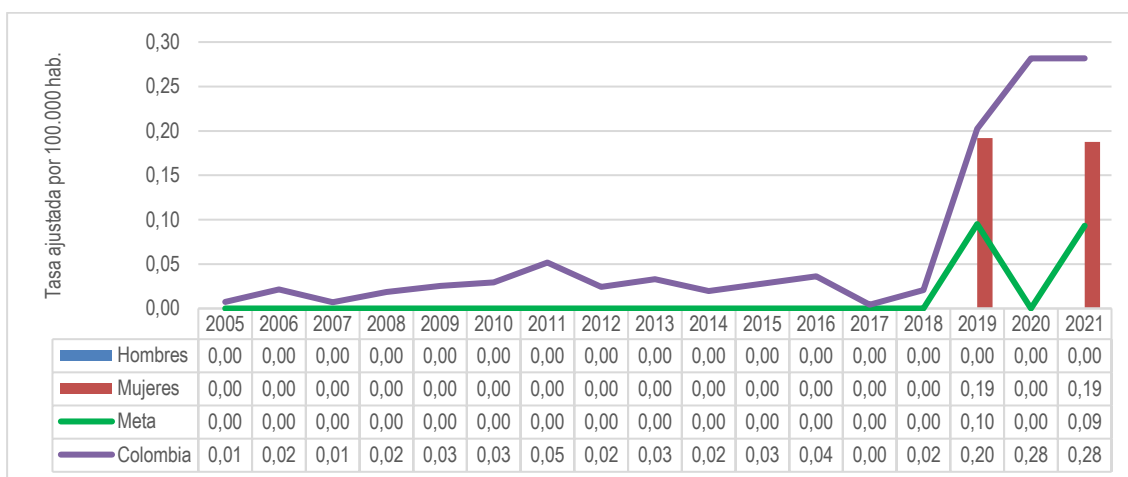
Figura 40. Comparativo de la tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en el departamento Meta, 2005- 2021



Fuente: SISPRO

El comportamiento de la mortalidad relacionada con el Consumo de Sustancia Psicoactivas en el departamento tiene información disponible para los años 2019 en adelante, de acuerdo a información SISPRO. Al observar las tasas ajustadas de mortalidad por cada 100.000 habitantes, se encuentra que la tasa departamental fue de 0,09, siendo menor a la nacional que se ubicó en 0,28 muertes por cada 100.000 habitantes.

Figura 41. Comparativo de la tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en el departamento Meta, 2005- 2021

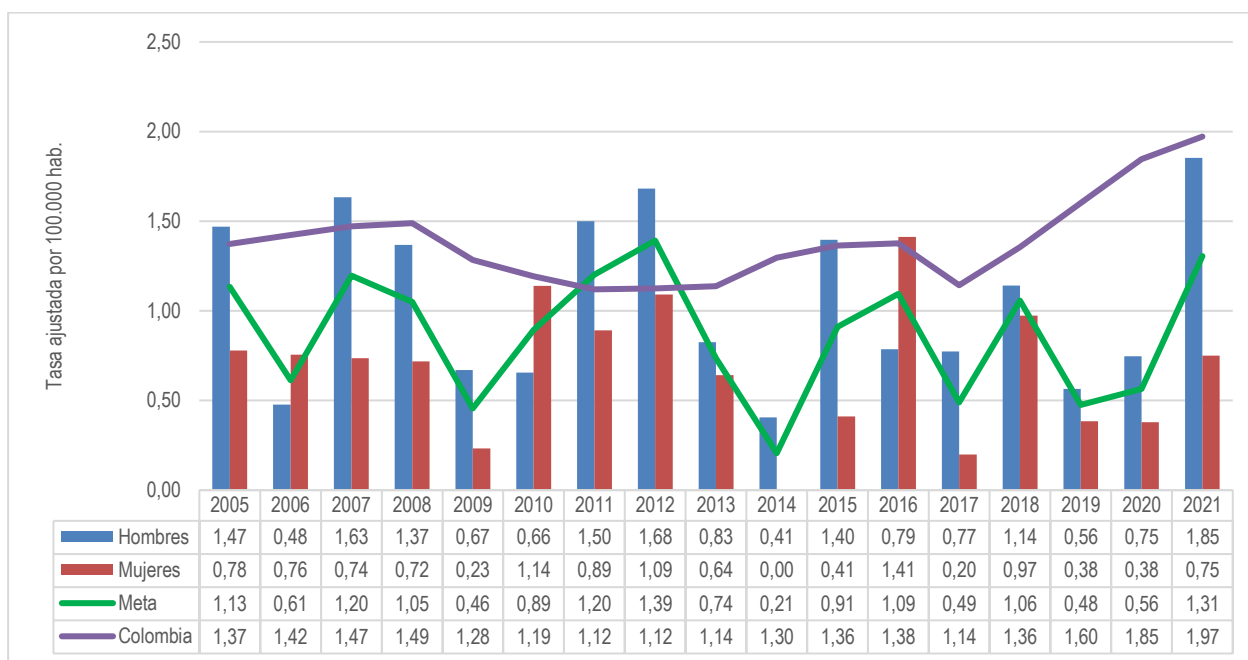


Fuente: SISPRO

Respecto a la mortalidad por Epilepsia, se puede observar en la siguiente gráfica que la tasa ajustada de mortalidad en el departamento del Meta, para 2021, fue de 1,31 muertes por cada 100.000 habitantes, superior a la observada en el año 2020 (0,56) e inferior a la presentada por el nivel nacional (1,97). Para el mismo año, se puede evidenciar que la tasa en hombres (1,85) superó la tasa departamental y la tasa en mujeres (0,75). En general para los últimos 16 años, la tasa de mortalidad en hombres ha sido superior a la tasa departamental, a la tasa en mujeres, excepto en los años 2010 y 2016.

Al observar la tendencia de la tasa ajustada de mortalidad en los últimos 16 años, se observa que en los años 2011 y 2012 la tasa departamental se ubicó por encima de la tasa nacional.

Figura 42. Comparativo de la tasa ajustada de mortalidad por epilepsia en el departamento Meta, 2005- 2021



Fuente: SISPRO

Semaforización de mortalidad PDSP

Al semaforizar las causas de muerte en el Departamento del Meta y realizando una comparación con los datos reportados a nivel nacional tomando como referencia la vigencia 2021, se evidencia en el Departamento una tasa superior en la mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus en comparación a la reportada por la nación siendo esta estadísticamente significativa, reportando para el Departamento del Meta 32,56 muertes por cada 100.000 habitantes y para Colombia una tasa de 20,11 casos de mortalidad por cada 100.000 habitantes. En cuanto al Departamento del Meta se evidencia una tendencia de incremento en el indicador entre los años 2018 al 2021, pasando de una tasa de mortalidad de 26,5 a 32,56 casos como se reportó al inicio de la descripción.

Para los indicadores de Tasa de mortalidad ajustada por edad por Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre, Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino y Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza, se evidencia que la cifra Departamental supera la cifra Nacional; sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Para el último año analizado (2021), el resto de indicadores como lo son Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama, Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata, Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento, Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios), Tasa de mortalidad específica por edad por malaria y Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles, el Departamento del Meta se encuentra por debajo de la cifra Nacional; sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 48. SemafORIZACIÓN y tendencia de mortalidad PDSP, Departamento del Meta, 2021.

Causa de muerte	Colombia 2021	Meta 2021	Comportamiento																		
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,47	22,30	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	14,55	9,49	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	7,15	10,06	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	13,95	10,62	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	20,11	32,56	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente	5,97	5,51	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,71	1,37	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	28,30	27,70	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗				
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,04	0,09	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	↗				
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	36,40	32,88	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗				
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,40	0,09	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	-	↘	-	-	↗	↘	↘				

Fuente: SISPRO

2.3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Tasas específicas de mortalidad infantil (Menor de un año):

En el Departamento del Meta, a corte de 2021, se identificó que la mortalidad en menores de un año, estuvo principalmente asociada a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con una tasa de mortalidad de 3,98 por muertes por cada 1.000 nacidos vivos, sin embargo, se observa una disminución de esta gran causa de mortalidad infantil, respecto a lo observado en 2020, donde la tasa se ubicó en 5,07 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, continuando la tendencia al descenso que se ha observado desde el año 2011, en el cual la tasa de mortalidad era de 6,64 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que significa que en los últimos 10 años se logró una reducción del 40% en la tasa de mortalidad infantil por afecciones originadas en el periodo perinatal.

La segunda tasa más alta de mortalidad en menores de un año, fue ocasionada por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con una tasa de 2,15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Al observar el comportamiento de la mortalidad por esta gran causa, durante los últimos diez años, se encuentra que hubo un aumento en los años 2014 (3,94) y 2015 (3,41), mientras que, en los demás años la tasa ha sido estable, pasando de 2,24 en el año 2011 a 2,15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2021.

En tercer lugar, se encuentran las mortalidades por infecciones del sistema respiratorio con una tasa de 0,46 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, siendo superior a la tasa reportada para 2020 (0,33), lo que puede estar relacionado con el ingreso al departamento de variantes de Sars-Cov2 en el año 2021.

Las demás grandes causas tuvieron tasas por debajo 0,25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y las únicas grandes causas que no ocasionaron muertes en 2021 fueron las enfermedades del oído y la apófisis mastoides, y aquellas agrupadas en el grupo de “todas las demás enfermedades”. Al analizar la mortalidad en menores de un año según sexo, se observó que el comportamiento en ambos sexos fue similar al de la población total, sin embargo, al visualizar la tasa de mortalidad por infecciones del sistema respiratorio, fue mayor la tasa en hombres (0,68) que en mujeres (0,25).

Tabla 49. Tasas específicas de mortalidad infantil (menor 1 año) por sexo, según la lista de tabulación de la mortalidad Infantil y de la niñez. Meta, 2011 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres											Mujeres											Total													
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,90	0,75	0,38	0,25	0,24	0,26	0,26	0,52	0,27	0,13	0,50	0,14	0,52	0,41	0,13			0,42	0,00	0,14	0,28	0,27	0,27	0,53	0,64	0,39	0,19	0,13	0,34	0,13	0,33	0,27	0,20	0,39		
Tumores (neoplasias)	0,13			0,12			0,00	0,13	0,00	0,13	0,25	0,14			0,13			0,00	0,14	0,28	0,00	0,14	0,14	0,13				0,00	0,13	0,14	0,20	0,20	0,20	0,39		
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		0,13	0,25			0,13	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00		0,13				0,13	0,13	0,00	0,00	0,00	0,14	0,14	0,13			0,07	0,07	0,13	0,00	0,07	0,07	0,07	0,07		
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,64	0,88	0,38	0,25	0,61	0,65	0,77	0,65	0,68	0,25	0,38	0,41	0,78	0,81	0,53	0,56	0,40	0,56	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41	0,53	0,83	0,59	0,38	0,38	0,61	0,59	0,60	0,55	0,33	0,39	
Enfermedades del sistema nervioso	0,38				0,37		0,26	0,26	0,27	0,00	0,25	0,41	0,39	0,14	0,13	0,14	0,00	0,00	0,14	0,14	0,00	0,00	0,00	0,39	0,19	0,07	0,06	0,25	0,07	0,13	0,13	0,20	0,00	0,13	0,13	0,13
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00													
Enfermedades del sistema circulatorio	0,13	0,13	0,13	0,12	0,12	1,57	0,39	0,00	0,00	0,00	0,13	0,08	0,26	0,41	0,26	0,70	0,66	0,83	0,41	0,28	0,14	0,14	0,14	0,12	0,83	0,52	0,20	0,06	0,06	0,07	0,07	0,14	0,55	0,33	0,46	0,07
Enfermedades del sistema respiratorio	1,15	1,38	0,63	1,60	0,61	1,57	0,39	0,00	0,00	0,00	0,25	1,08	0,26	0,41	0,39	0,70	0,66	0,83	0,41	0,28	0,14	0,14	0,68	1,12	0,83	0,52	0,06	0,06	1,15	0,52	0,80	0,55	0,33	0,46	0,07	
Enfermedades del sistema digestivo			0,25	0,12	0,12		0,13	0,00	0,00	0,00	0,13			0,14		0,00	0,00	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14			0,20	0,06	0,06	0,07	0,00	0,14	0,07	0,13	0,07	0,13	0,13
Enfermedades del sistema genitourinario		0,13			0,12		0,00	0,00	0,27	0,00	0,00					0,14	0,14	0,14	0,14	0,00	0,14	0,14	0,14	0,14		0,06	0,06	0,07	0,07	0,00	0,20	0,00	0,00	0,07	0,07	0,07
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,16	5,38	6,90	5,90	5,60	5,88	3,48	4,78	5,42	5,19	3,26	6,09	5,36	5,54	6,47	2,75	6,44	4,78	4,31	3,99	4,93	4,76	6,64	5,37	6,24	6,18	4,29	6,15	4,18	4,55	4,71	5,07	3,98	3,98	3,98	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,92	3,51	3,26	3,69	3,53	2,61	2,32	2,20	5,01	2,66	1,88	2,57	3,01	2,30	4,23	3,27	1,26	2,26	1,95	1,51	2,74	2,45	2,24	3,26	2,80	3,95	3,41	1,96	2,29	2,08	3,28	2,70	2,15	2,15	2,15	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,38	0,38	0,25	0,49			0,52	0,52	0,81	0,51	0,25	0,14	0,78	0,27	0,40	0,28	0,27	0,00	0,83	0,41	0,41	0,14	0,26	0,58	0,26	0,19	0,50	0,14	0,39	0,27	0,82	0,46	0,20	0,20	0,20	
Todas las demás enfermedades				0,12			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					0,00	0,00	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,00	0,26	0,58	0,26	0,19	0,50	0,14	0,39	0,27	0,82	0,46	0,20	0,20	0,20
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,26	0,13	0,38	0,37	0,24	0,13	0,26	0,26	0,27	0,13	0,75	0,27	0,39	0,41	0,26	0,84	0,00	0,14	0,00	0,27	0,14	0,00	0,00	0,26	0,26	0,39	0,32	0,13	0,41	0,07	0,20	0,14	0,20	0,39	0,39	

Fuente: Cubos SISPRO

Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años:

En el departamento del Meta, para este grupo de edad, la mortalidad estuvo asociada en mayor magnitud a las causas externas de morbilidad y mortalidad, con una tasa de 12,86 por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual ha sido similar en los años anteriores, donde esta gran causa de mortalidad, ha aportado la tasa más alta en los últimos 10 años. La siguiente tasa de mortalidad, más alta en 2021, fueron las enfermedades del sistema nervioso y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que se mostraron superiores a la tasa de 2020 y por las cuales murieron 8,57 menores por cada 1000 nacidos vivos, cada una.

Es importante mencionar que las la tasa de mortalidad por neoplasias en menores de 1 a 4 años, para el año 2021 (2,85), fue la más baja presentada desde el año 2014. Para este grupo de edad no se presentaron muertes por enfermedades del oído y la apófisis mastoides, así como tampoco por afecciones originadas en el periodo perinatal.

Al observar el comportamiento de la mortalidad en menores de 1 a 4 años, según sexo, se encontró que, en las mujeres, la tasa más alta la tienen las enfermedades del sistema respiratorio, junto con las causas externas de morbilidad y mortalidad, con una tasa de mortalidad por cada 1.000 nacidos vivos, de 8,78 cada una. Mientras que, en los hombres, se observó que las causas externas de morbilidad y mortalidad, tuvieron la tasa más alta, con 16,74 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, seguido de las enfermedades del sistema nervioso que se ubicó en 13,95 y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 11,16 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

Tabla 50. Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años por sexo, según la lista de tabulación de la mortalidad Infantil y de la niñez. Meta, 2011 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres											Mujeres											Total										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,12		5,31	13,15	5,22	7,75	0,00	12,69	5,08	0,00	2,79	8,50	8,50	11,22	2,80	5,56	8,34	2,75	8,26	2,75	5,46	2,73	5,41	2,68	2,66	2,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	16,24	5,36		7,89	2,61	7,75	2,56	0,00	5,52	0,00	2,79	8,50	8,50	11,22	2,80	5,56	8,34	2,75	8,26	2,75	5,46	2,73	5,41	2,68	2,66	2,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos		2,68				2,58	0,00	0,00	2,76	0,00	2,79							2,71					2,71	0,00	2,66	0,00	0,00	2,64	3,96	2,64	5,24	1,31	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	16,24		5,31	2,63	5,22	2,58	2,56	0,00	0,00	2,79	2,79	2,83	5,61	8,34									5,41	2,68	0,00	2,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	5,41	5,36	7,96	2,63	5,22	5,17	0,00	10,15	8,28	2,76	13,95	8,50	2,78	2,78	2,75	2,73	2,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,73	2,73	5,41	1,35	1,33	2,64	3,96	2,62	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																						
Enfermedades del sistema circulatorio	5,41	2,68		5,26	5,22	5,12	2,56	2,54	0,00	5,53	5,58	2,73	2,73	2,73	2,73	2,73	2,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,71	2,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	8,12	2,68	2,65	2,63	2,61	18,08	5,12	2,54	5,52	0,00	2,79	2,83	11,22	2,78	5,51	2,75	2,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,71	8,04	7,98	0,00	0,00	10,57	6,55	1,31	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo				2,63	2,61	0,00	0,00	0,00	2,76	0,00	2,79	0,00																					
Enfermedades del sistema genitourinario							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																						
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal		2,68				5,17	0,00	0,00	2,76	0,00	2,83	2,83	2,80	2,78	2,78	2,78	2,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,71	2,71	2,66	2,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	13,53	5,36	13,27	7,89	5,22	7,75	12,80	10,15	5,52	2,76	11,16	2,83	2,80	2,78	2,78	2,73	2,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,71	2,71	10,63	2,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,71	5,36	5,31	5,26		2,56	2,54	2,54	5,52	2,76	5,58	2,80	8,34	5,51	5,51	8,26	2,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,41	2,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades			2,65			0,00	0,00	2,54	0,00	0,00	0,00																						
Causas externas de morbilidad y mortalidad	19,94	29,47	18,58	26,30	13,04	20,67	20,48	17,77	8,28	24,88	16,74	22,65	19,63	19,45	11,02	10,93	16,23	21,44	7,98	8,71	2,90	8,78	20,76	24,66	19,91	18,84	12,01	18,50	20,95	12,98	8,49	14,16	12,86

Fuente: SISPRO

Tasa de mortalidad específica en la niñez:

La mortalidad en la niñez (niños y niñas menores de 5 años), evidencia como primera causa de muerte ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, que venían en incremento hasta 2020(89,97) y se redujeron a 70,14 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, en 2021. El segundo grupo de causas son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con una tasa de 44,84 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2021, siendo menor a la presentada en 2020 que se ubicó en 51,25. La tercera causa fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad, con tendencia al incremento pasando de 13,48 en el año 2018 a 17,25 muertes por cien mil menores de cinco años en el año 2021. La cuarta causa fueron las enfermedades del sistema respiratorio que tuvo una tasa de 11,50 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, superior a la observada en 2020 (7,97).

Al hacer el análisis de las tasas según sexo, se encuentra que el comportamiento es similar, tanto en hombres y mujeres, para las primeras dos causas de mortalidad que son las originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, sin embargo, se observa diferencias en las siguientes causas así: En las mujeres, la tercera causa de mortalidad fueron las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 18,48 muertes por cada 100.000 niñas menores de cinco años y la cuarta causa fueron las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con una tasa de 9,42 muertes por cada 100.000 niñas menores de cinco años. En los hombres, la tercera causa de mortalidad fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa de 26,96, y la cuarta causa fueron las enfermedades del sistema nervioso con una tasa de 15,72 muertes por cada 100.000 niños menores de cinco años.

Tabla 51. Tasas específicas de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) por sexo, según la lista de tabulación de la mortalidad Infantil y de la niñez. Meta, 2011 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	21,63	12,85	10,61	14,71	8,33	4,13	4,09	12,17	4,44	2,22	9,05	9,05	11,20	13,32	4,40	2,18	2,14	4,25	4,66	4,67	10,84	11,94	11,94	14,71	11,39	11,39	11,39	11,39	11,39	11,39	11,39
Tumores (neoplasias)	15,14	4,28	10,61	8,41	2,08	6,19	2,04	12,17	4,44	13,34	9,05	9,05	11,20	13,32	4,40	2,18	2,14	4,25	4,66	4,67	10,84	11,94	11,94	14,71	11,39	11,39	11,39	11,39	11,39	11,39	11,39
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		4,28	4,24			4,13	0,00	4,06	2,22	0,00		2,24			2,20	2,16	2,14	2,12	2,12	2,33		3,29			3,16	3,16	3,16	3,11	3,11	3,11	3,11
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	23,80	19,28	10,61	6,31	14,58	12,38	14,31	10,14	11,09	11,12	9,05	17,93	19,99	8,80	4,36	8,56	8,49	8,49	11,65	9,34	23,80	18,62	15,19	7,52	9,58	9,42	12,66	12,66	12,66	12,66	12,66
Enfermedades del sistema nervioso	10,82	4,28	6,37	2,10	6,25	4,13	4,09	12,17	11,09	2,22	13,58	6,72	4,44	2,20	4,36	0,00	0,00	4,25	4,66	2,33	10,82	5,48	5,43	2,15	5,32	5,32	5,32	5,32	5,32	5,32	5,32
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides							0,00	0,00	0,00	0,00										0,00											
Enfermedades del sistema circulatorio	6,49	4,28	2,12	6,31	6,25	4,13	2,04	2,03	0,00	4,45	20,37	13,45	2,24	8,80	4,40	4,32	2,14	2,12	0,00	9,34	6,49	4,42	4,34	5,37	4,26	4,26	4,22	4,22	4,22	4,22	4,22
Enfermedades del sistema respiratorio	25,96	25,71	12,73	29,42	12,49	39,19	10,22	14,19	15,53	6,67	20,37	13,45	2,24	8,80	4,40	4,32	2,14	2,12	0,00	9,34	25,96	19,71	10,85	19,35	14,91	18,84	23,23	26,37	13,59	16,60	11,50
Enfermedades del sistema digestivo			4,24	4,20	4,16	4,16	2,04	0,00	2,22	4,49				4,44		0,00	0,00	0,00	4,66	2,33			4,34	2,15	2,13	2,36	4,71	4,71	4,71	4,71	4,71
Enfermedades del sistema genitourinario		2,14			2,08		0,00	0,00	4,44	0,00						2,12	2,14	2,12	2,33	0,00		1,10				4,71					
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	121,15	94,25	116,72	100,88	95,78	96,95	55,20	75,02	88,74	93,41	104,09	91,87	93,27	114,41	74,81	101,48	77,07	67,95	30,28	86,35	121,15	112,81	93,09	105,26	107,49	82,44	112,81	73,47	73,47	73,47	70,14
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	43,27	64,26	65,79	69,36	64,55	47,45	47,02	42,58	86,52	48,93	45,26	53,78	47,95	74,81	25,91	38,53	38,53	38,22	30,28	53,68	43,27	44,24	59,14	54,26	72,02	47,11	44,24	44,24	44,24	44,24	44,84
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	8,65	10,71	8,49	4,20	8,33	10,22	10,14	17,75	11,12	8,99	2,26	15,69	11,10	6,60	8,64	6,42	0,00	0,00	13,98	9,34	8,65	5,53	13,14	9,77	5,37	2,36	5,53	4,22	4,22	4,22	4,22
Todas las demás enfermedades			2,12		2,08	0,00	2,03	0,00	0,00	0,00						2,12	2,14	2,12	2,33	0,00				1,06							
Causas externas de morbilidad y mortalidad	19,47	25,71	21,32	27,32	14,58	18,57	18,40	18,25	11,09	22,24	26,96	22,63	22,41	13,20	8,72	17,13	0,00	8,49	6,99	7,00	19,47	24,09	21,70	20,42	11,71	22,15	17,78	13,48	9,09	14,80	17,25

Fuente: SISPRO

Con relación a la semaforización de la mortalidad materno – infantil y niñez, se observó que en primer lugar está la razón de mortalidad materna con 91,4 casos por cada 100.000 nacidos vivos, la cual es significativamente más alta con respecto a la cifra que reporta el país (83,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos). El comportamiento de este indicador en él es oscilante en los 15 años graficados. Se debe dar continuidad a la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, estrategia que permite hacer un seguimiento e identificación temprana de las complicaciones obstétricas y evitar así su progresión a la muerte. En segundo lugar, está la mortalidad por IRA en menores de 5 años con 10,4 casos por cada 100.000 menores de 5 años, superior a la cifra reportada a nivel nacional. En tercer lugar, se encuentra la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, quien reporta un comportamiento al aumento al pasar de 5,7 casos por cada 100,000 menores de 5 años en el año 2020 a 9,2 casos por cada 100,000 menores de 5 años en el 2021.

Tabla 52. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, en el departamento del Meta, 2006- 2021

Causa de muerte	Colombia 2021	Meta 2021	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Razón de mortalidad materna	83,2	91,4	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,4	10,4	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	7,8	9,2	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	10,9	9,1	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,4	5,8	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	7,1	5	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘

Fuente: SISPRO

Mortalidad materna

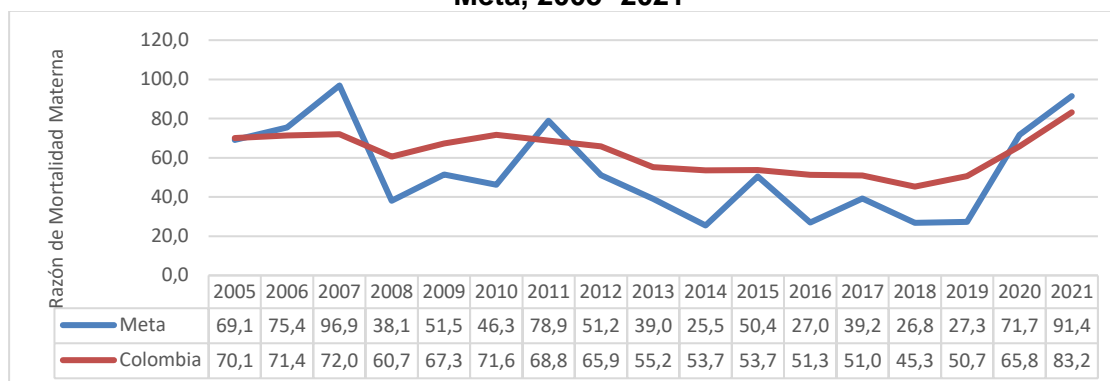
El indicador de razón de mortalidad materna en el departamento del Meta ha mantenido un comportamiento variable en el periodo de análisis, presentando para los años 2007 y 2011 dos picos en la razón (97 y 79 casos respectivamente por cada 100.000 nacidos vivos) en los cuales superó el indicador del País, demostrando una reducción del indicador departamental del año 2005 al 2019. En el año 2021, el indicador departamental tiene una marcada tendencia al incremento, situándose para dicho año en una razón de 91,4 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; superando la razón nacional, que para ese año se sitúa en 83,2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Este indicador permite reflejar el desarrollo y los índices de desigualdad en la sociedad, reflejando para el año 2021 la deficiencia en la accesibilidad a los servicios de salud, en especial a promoción y prevención durante la gestación, en donde se pueden detectar oportunamente los factores de riesgo y realizar intervenciones adecuadas que permitan disminuir los riesgos de las gestantes de enfermar severamente o morir.

Al realizar el análisis de las mortalidades maternas según la pertenencia étnica, se identifica que se han presentado casos en los años 2011, 2015, 2017, 2018 y 2020, superando en estos años ampliamente la razón que se presenta en otras etnias y en la razón departamental general.

En cuanto al área de residencia, el mayor número de casos se presentan en el área urbana, área en la cual las mujeres tienen mayor facilidad a los servicios de salud; sin embargo, se observa que está relacionada barrera geográfica con el riesgo de una materna de morir, reflejado en la razón de

mortalidad materna más elevada en el área rural dispersa, seguida de la mortalidad de las mujeres residentes en centros poblados.

Figura 43. Razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos, en el departamento del Meta, 2005 -2021



Fuente: SISPRO

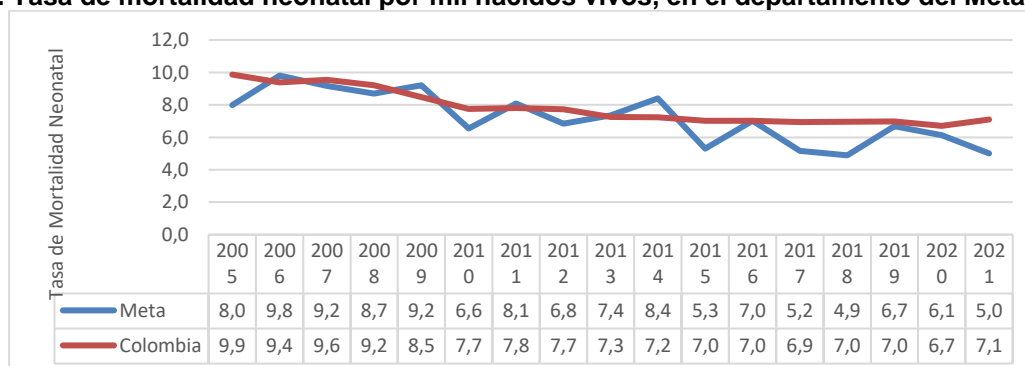
Mortalidad Neonatal

La tendencia de la mortalidad neonatal en el departamento del Meta entre el 2005 y el 2021 es hacia la disminución, con valores inferiores a los registrados en el país en el periodo de observación a excepción de los años 2006, 2009 y 2014, en donde levemente supero la cifra nacional. El indicador para el año 2005 tiene una tasa de 8 por cada 1.000 nacidos vivos y para el año 2021 el valor es de 7,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos, con una disminución del 37,5% a lo largo del periodo analizado. Este indicador permite realizar un análisis amplio acerca de la salud materno perinatal de una comunidad; dado que revela las condiciones de embarazo y parto de la población, estando a la vez relacionada con los determinantes socioeconómicos y la oportunidad y calidad en los servicios de salud.

Al realizar el análisis de las mortalidades neonatales según la pertenencia étnica, se identifica presencia de casos en población indígena a lo largo del periodo analizado, en la mayoría de los años superando la tasa de mortalidad neonatal que se presenta en otras etnias y en la tasa departamental general.

En cuanto al área de residencia, el mayor número de casos se presentan en el área urbana, área en la cual las mujeres tienen mayor facilidad a los servicios de salud durante la gestación lo cual disminuye el riesgo de mortalidad neonatales; sin embargo, se observa que al igual que en la mortalidad materna se relaciona la barrera geográfica con el riesgo de presentar mortalidad neonatales, reflejado generalmente en tasas de mortalidad más elevada en el área rural dispersa, seguida de la mortalidad de las mujeres residentes en centros poblados.

Figura 44. Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos, en el departamento del Meta, 2005- 2021



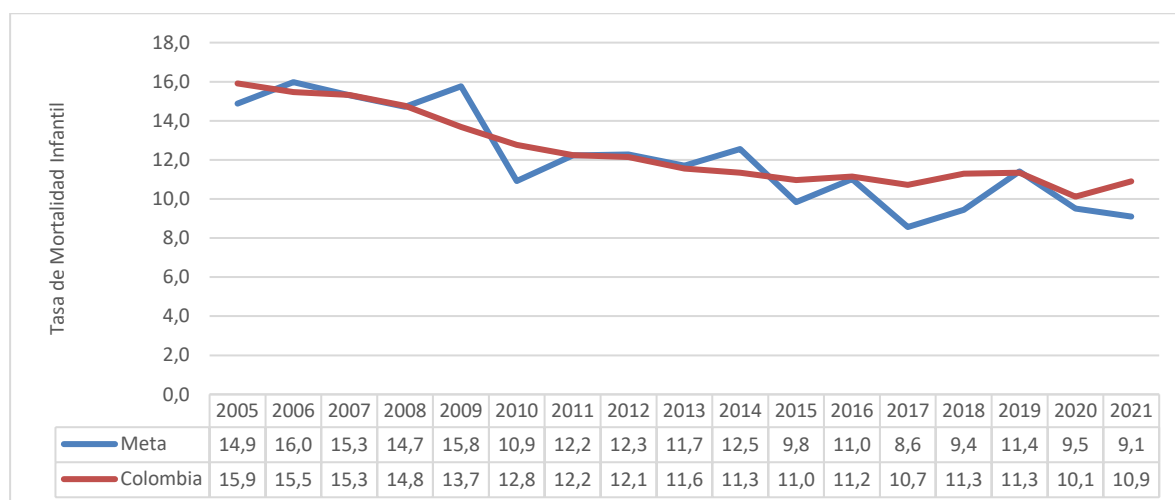
Fuente: SISPRO

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil se define como la probabilidad o riesgo de morir en el primer año de vida y se explica por factores endógenos al niño (deterioro biológico y genético) y a los exógenos a él y su familia, como condiciones sociales, económicas y ambientales. Este indicador ilustra en los últimos 2 años un comportamiento similar al nacional; se presentó un pico importante en el año 2009 (15,8 casos por cada 100.000 nacidos vivos), superando la tasa nacional y actualmente con tendencia a la estabilización, con una tasa departamental en el año 2021 de 9,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos; ligeramente por debajo del indicador nacional.

En la mortalidad infantil, al desagregar la información por el sexo de los infantes, no se observan diferencias significativas, con tasa de mortalidad similares tanto en el sexo femenino como en el masculino en la mayoría de los años.

Figura 45. Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, en el departamento del Meta, 2005- 2021



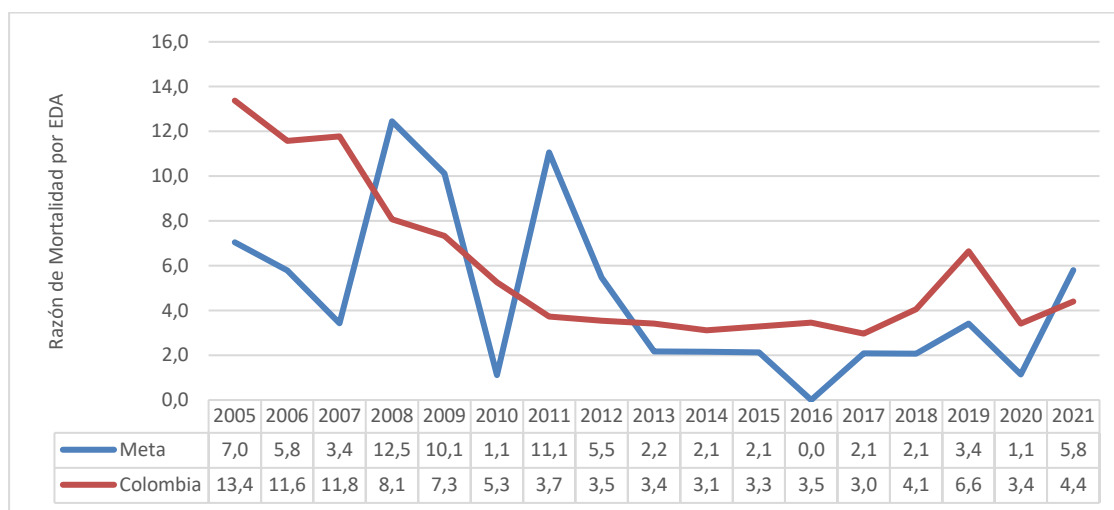
Fuente: SISPRO

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

La enfermedad diarreica aguda (EDA) continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años, por lo que se constituye un indicador trazador de la calidad de la atención en salud de la población, por ello, en la siguiente figura se ilustra el comportamiento de la mortalidad por EDA, el cual presenta en el departamento del Meta un comportamiento muy variable en los últimos 16 años con tendencia decreciente al pasar de 7 casos por cada 100.000 habitantes menores de 5 años en el 2005 a 1,1 casos por cada 100.000 menores de 5 años en el año 2020 y posteriormente un incremento para el año 2021 con 5,8 casos por cada 100.000 menores de 5 años. A pesar de este importante descenso, la mortalidad por EDA, que pudiese evitarse casi en su totalidad y continúa estando entre las primeras causas de muerte en menores de cinco años en Colombia. Se ha señalado en diferentes estudios como el de Álvarez, (2009) cómo la mortalidad y morbilidad evitables, en particular la causada por EDA en la niñez, se concentran en la población más pobre y vulnerable, generándose una brecha en los desenlaces en salud entre grupos socioeconómicos, poblaciones urbanas y poblaciones rurales. Estas desigualdades crecientes e inaceptables se constituyen en inequidades en la medida en que son evitables. De igual manera, se ha documentado cómo estas desigualdades en salud pueden reducirse si se integran las intervenciones y políticas públicas sanitarias con políticas sociales tomando en consideración las inequidades en los resultados de salud y sus determinantes.

En la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años, al desagregar la información por el sexo, se observa mayor afectación en el sexo masculino en la mayoría de los años analizados.

Figura 46. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años, en el departamento del Meta, 2005- 2021



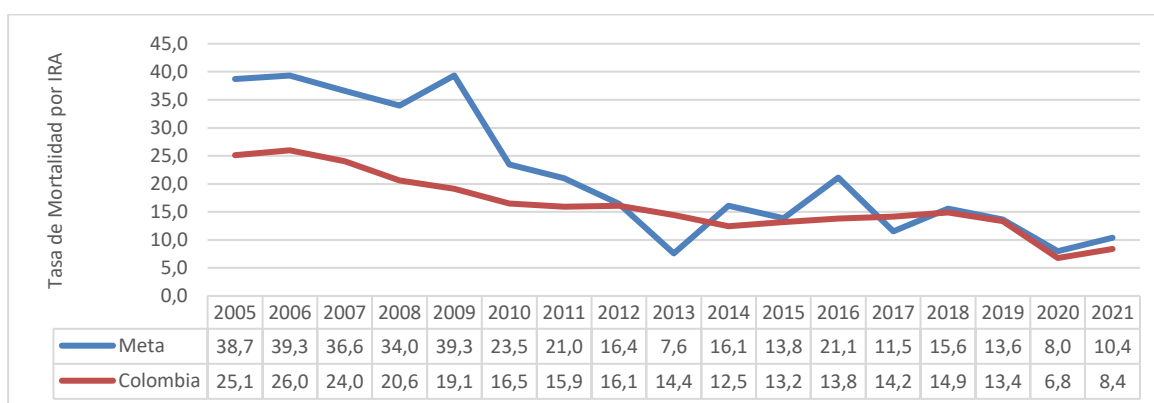
Fuente: SISPRO

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

La tasa de mortalidad por IRA ha tenido un comportamiento muy variable desde el año 2013, logrando a partir del año 2014 mantener tasas similares al nivel nacional comparado con años anteriores; para el 2016 presentó un aumento con una tasa de 21,1 casos por cada 100.000 menores de 5 años, cifra que no se presentaba desde el año 2011; posterior a ello, para el año 2013 presenta la tercera tasa más baja de los últimos 15 años 7,6 casos por cada 100.000 menores de 5 años y para el año 2021 presenta la tercera cifra más baja del periodo analizado con 10,4 casos por cada 100.000 menores de 5 años superando ligeramente la tasa nacional. Este comportamiento del evento al igual que la mortalidad por EDA deben ser priorizados en los entes territoriales, para que se ejecuten proyectos y programas que encaminen actividades en pro de evitar estas muertes consideradas evitables.

En la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, al desagregar la información por el sexo, se observa una amplia diferencia en el mismo año, pero con indicadores invertidos en sexo para el siguiente año, concluyendo que no se encuentran diferencias significativas por sexo en este indicador.

Figura 47. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, en el departamento del Meta, 2005- 2021

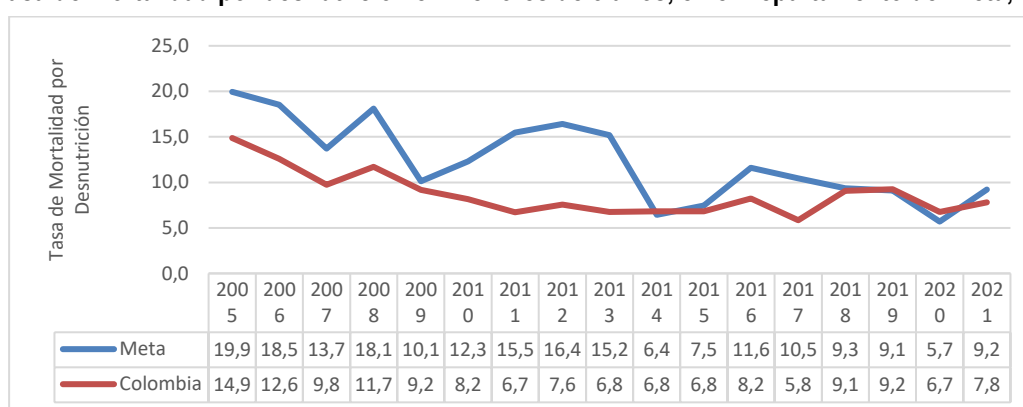


Fuente: SISPRO

Mortalidad por desnutrición Aguda en menores de 5 años

Observando la tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años, en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 y 2021 se evidencia un comportamiento fluctuante con tendencia a la disminución; para el año 2021 presenta una tasa de 9,2 casos de mortalidad por DNT por cada 100.000 menores de 5 años situándose por encima de la cifra nacional que para el mismo año es de 7,8 casos por cada 100.000 menores de 5 años. Por ser una causa tan específica, es pertinente hacer alusión a las estrategias departamentales emprendidas en el ámbito de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, con acciones de complementación alimentaria, agricultura - autoconsumo y atención de la Desnutrición Aguda, las cuales han tenido impacto y se ve reflejado en este tipo de resultados. En la mortalidad por Desnutrición Aguda en menores de 5 años, al desagregar la información por el sexo, se observa una amplia diferencia en el mismo año, pero con indicadores invertidos en sexo para el siguiente año, concluyendo que no se encuentran diferencias significativas por sexo en este indicador.

Figura 48. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, en el Departamento del Meta, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO

Determinantes intermediarios de la Mortalidad Materno-Infantil

Después de identificar las causas de muerte que representa con mayor frecuencia en los niños, se realizará un análisis materno – infantil junto con sus determinantes sociales en salud.

Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI

Tabla 53. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI del departamento, 2021

Índices	2021						
	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años
Diferencia de tasas extremas	534,8	0,00	0,00	-90,90	0,00	122,4	0,00
Diferencia ponderada de tasas extremas	2852,4	0,00	0,00	-484,86	0,00	652,82	0,00
Riesgo atribuible poblacional	87,72	5,578	9,34	12,85	5,347	2,948	4,675
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: CNPV y NBI DANE 2018 – SISPRO 2021 Procesado en Epidat 4.2

Diferencia de tasas extremas

- ✚ El municipio con mayor porcentaje de hogares con NBI, tiene 534 muertes maternas más, por cada 1.000 nacidos vivos, que el municipio con el menor porcentaje de hogares con NBI.
- ✚ El municipio con mayor porcentaje de hogares con NBI tiene 122 por muertes por EDA más, en menores de cinco años por cada 100.000 menores de 5 años, que el municipio con el menor porcentaje de NBI.
- ✚ El municipio con mayor porcentaje de hogares con NBI tiene 90 muertes menos, en la niñez por cada 1.000 nacidos vivos.
- ✚ Para los indicadores de tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años y tasa de mortalidad por DNT en menores de cinco años; no se evidencia ninguna diferencia en el número de muertes entre los municipios con mayor y menor porcentaje de NBI.

Diferencia de tasas extremas ponderadas

- ✚ El municipio con mayor porcentaje de hogares con NBI, tiene 2852 muertes maternas más, por cada 1.000 nacidos vivos, que el municipio con el menor porcentaje de hogares con NBI, ajustando por el tamaño población de cada grupo.
- ✚ El municipio con mayor porcentaje de hogares con NBI tiene 652 por muertes por EDA más, en menores de cinco años por cada 100.000 menores de 5 años, que el municipio con el menor porcentaje de NBI, ajustando por el tamaño población de cada grupo.
- ✚ El municipio con mayor porcentaje de hogares con NBI tiene 484 muertes menos, en la niñez por cada 1.000 nacidos vivos, ajustando por el tamaño población de cada grupo.
- ✚ La mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años y tasa de mortalidad por DNT en menores de cinco años no presentan diferencias entre los municipios con el valor de NBI, ajustando por el tamaño población de cada grupo.

Riesgo atribuible poblacional

- ✚ Si todos los municipios del Meta tuvieran la misma razón de mortalidad materna que el municipio con el menor porcentaje de NBI, se reduciría la mortalidad en 87,7 muertes maternas por cada 1000 nacidos vivos.
- ✚ Si todos los municipios del Meta tuvieran la misma tasa de mortalidad neonatal que el municipio con el menor porcentaje de NBI, se reduciría la mortalidad en 5,6 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos.
- ✚ Si todos los municipios del Meta tuvieran la misma tasa de mortalidad infantil que el municipio con el menor porcentaje de NBI, se reduciría la mortalidad en 9,3 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos.
- ✚ Si todos los municipios del Meta tuvieran la misma tasa de mortalidad en la niñez que el municipio con el menor porcentaje de NBI, se reduciría la mortalidad en 12,8 muertes en la niñez por cada 100.000 menores de 5 años.
- ✚ Si todos los municipios del Meta tuvieran la misma tasa de mortalidad por IRA que el municipio con el menor porcentaje de NBI, se reduciría la mortalidad en 5,3 muertes por IRA por cada 100.000 menores de 5 años.
- ✚ Si todos los municipios del Meta tuvieran la misma tasa de mortalidad por EDA que el municipio con el menor porcentaje de NBI, se reduciría la mortalidad en 2,9 muertes por EDA por cada 100.000 menores de 5 años.
- ✚ Si todos los municipios del Meta tuvieran la misma tasa de mortalidad por desnutrición que el municipio con el menor porcentaje de NBI, se reduciría la mortalidad en 4,7 muertes por desnutrición por cada 100.000 menores de 5 años.

Riesgo atribuible poblacional relativo

A través del análisis del riesgo atribuible poblacional relativo, se encuentra que el riesgo de la población expuesta a las Necesidades Básicas Insatisfechas, es mayor en un 100% respecto a aquellas no expuestas o con la más baja exposición. Esto se presenta de la misma forma para los siete indicadores analizados.

Índice de concentración de salud

A continuación, se procede a realizar un análisis de las desigualdades sanitarias motivadas por los determinantes sociales de la salud, para este caso en particular se analizaron dos variables negativas: carga de mortalidad y una variable socioeconómica como lo es las necesidades básicas insatisfechas (NBI).

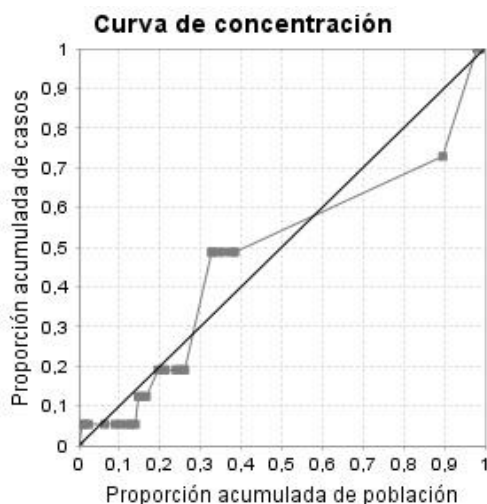
Se realiza análisis a través de Epidat versión 4.2; sin embargo, para los indicadores de razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en la niñez, tasa de mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años, se identifica una debilidad muy grande por el tamaño de la muestra y al intentar interpretar la curva de concentración con el índice de concentración no se obtiene información congruente que expliquen el modelo.

A continuación, se relacionan la información emitida por el software estadístico.

Razón de mortalidad materna

Al hacer el análisis, se encontró un índice de concentración de 0.038 en la curva de concentración de la razón de Mortalidad Materna según el porcentaje de NBI, por lo que hay una posible tendencia hacia la concentración de la razón de mortalidad materna en los municipios con mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Sin embargo, el valor relativamente bajo (cerca de cero) sugiere que la desigualdad podría no ser muy pronunciada.

Figura 49. Índice de concentración de la razón de mortalidad materna según el NBI del departamento, 2021



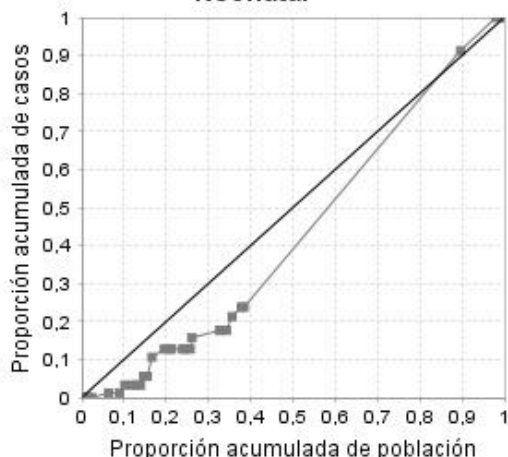
Fuente: SISPRO CUBO ASIS (CNPV y NBI DANE 2018) - Epidat 4.2

Tasa de mortalidad neonatal

Para el análisis de la mortalidad neonatal, se encontraron un índice de concentración de 0.134 lo que indica que hay una tendencia hacia la concentración de la tasa de mortalidad neonatal en los municipios con mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Sin embargo, la magnitud de 0.134 sugiere que la desigualdad puede no ser extremadamente pronunciada.

Figura 50. Índice de concentración del indicador de mortalidad neonatal según las NBI del Departamento del Meta, 2021

Curva de concentración Mortalidad Neonatal



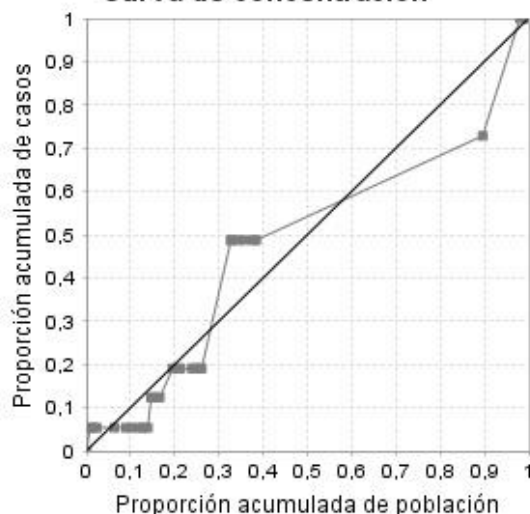
Fuente: SISPRO CUBO ASIS 2021 (CNPV y NBI DANE 2018) - Epidat 4.2

Tasa de mortalidad infantil

Para el análisis de la mortalidad infantil (menor de un año), se encontraron un índice de concentración de 0.085 lo que indica que hay una leve tendencia hacia la concentración de la tasa de mortalidad infantil en los municipios con mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Sin embargo, la magnitud de 0.134 sugiere que la desigualdad puede no ser extremadamente pronunciada.

Figura 51. Índice de concentración del indicador de mortalidad infantil según las NBI del Departamento del Meta, 2018.

Curva de concentración



Fuente: SISPRO CUBO ASIS 2021(CNPV y NBI DANE 2018) - Epidat 4.2

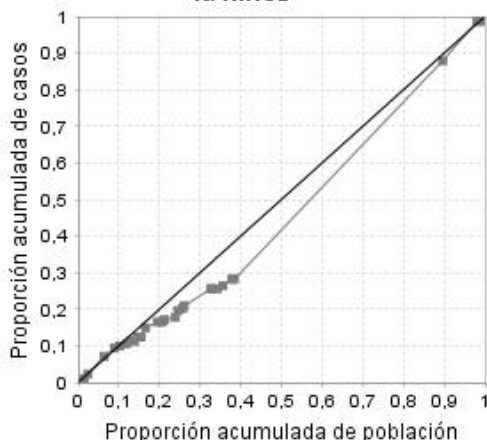
Tasa de mortalidad en la niñez

Para el análisis de la mortalidad en la niñez (menor de 5 años), se encontraron un índice de concentración de 0.091 lo que indica que hay una leve tendencia hacia la concentración de la tasa de mortalidad en la niñez en los municipios con mayor porcentaje de hogares con necesidades

básicas insatisfechas. Sin embargo, la magnitud de 0.134 sugiere que la desigualdad puede no ser extremadamente pronunciada

Figura 52. Índice de concentración del indicador de mortalidad en la niñez según las NBI del Departamento del Meta, 2021

Curva de concentración Mortalidad en la niñez



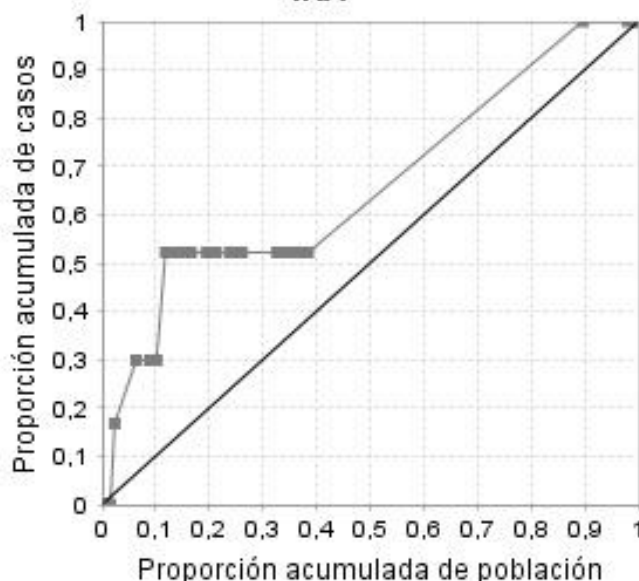
Fuente: SISPRO CUBO ASIS 2021 (CNPV y NBI DANE 2018) - Epidat 4.2

Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años

La tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años tiende a concentrarse en los municipios con un mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Se encontró un índice de concentración de -0,32 indica que la desigualdad es significativa y que la concentración es más pronunciada en los grupos socioeconómicos menos favorecidos. Aproximadamente el 60% de los casos se concentraron en los municipios con mayor proporción de hogares con NBI

Figura 53. Índice de concentración del indicador de mortalidad en por IRA en menores de 5 años según las NBI del Departamento del Meta, 2021

Curva de concentración Mortalidad por IRA



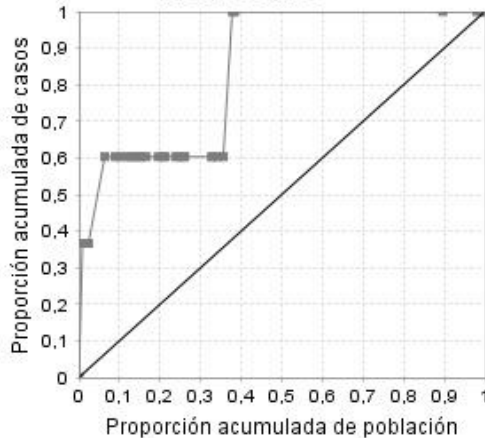
Fuente: SISPRO CUBO ASIS 2021 (CNPV y NBI DANE 2018) - Epidat 4.2

Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años

La tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años tiende a concentrarse en los municipios con un mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Se encontró un índice de concentración de -0,6 indica que la desigualdad es significativa y que la concentración es más pronunciada en los grupos socioeconómicos menos favorecidos. La curva de Lorenz indica que el 100% de la mortalidad por DNT en menores de cinco años se concentra en el 50% de la población con mayor NBI.

Figura 54. Índice de concentración del indicador de mortalidad en por EDA en menores de 5 años según las NBI del Departamento del Meta, 2021

Curva de concentración Mortalidad por EDA <5 años



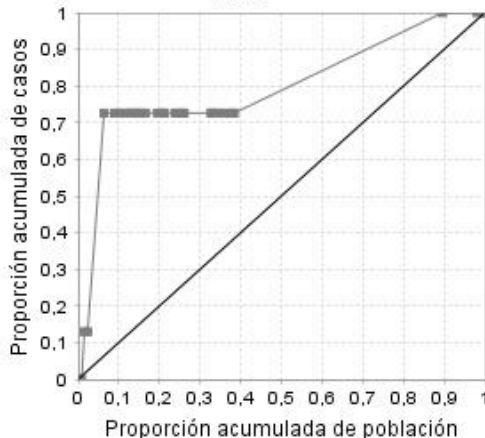
Fuente: SISPRO CUBO ASIS 2021 (CNPV y NBI DANE 2018) - Epidat 4.2

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

La curva de Lorenz indica que el 80% de la mortalidad por DNT en menores de cinco años se concentra en el 50% de la población con mayor NBI. Es decir que existe desigualdad en la concentración de lo mortalidad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados.

Figura 55. Índice de concentración del indicador de mortalidad en por DNT en menores de 5 años según las NBI del Departamento del Meta, 2021.

Curva de concentración Mortalidad por DNT



Fuente: SISPRO CUBO ASIS 2021 (CNPV y NBI DANE 2018) - Epidat 4.2

Conclusiones del ASIS cuantitativo

- ✚ Durante el año 2021 en el departamento del Meta, se observa el predominio de las enfermedades del sistema circulatorio y de las demás causas como causa de muerte, tanto para mujeres como para hombres; estas últimas en relación directa con la morbilidad por estas causas, debido al envejecimiento progresivo de la población, existencia de estilos de vida poco saludables, sedentarismo, entre otros.
- ✚ Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio el subgrupo que ocupa el primer lugar son las enfermedades isquémicas del corazón con mayor predominio en el sexo masculino y afectando en su mayoría a la población de 80 y más años.
- ✚ En el grupo de las causas externa se evidencia desde el año 2019 un aumento significativo en las agresiones (homicidios), situación que se presenta en mayor proporción en el sexo masculino y que ocupa el primer lugar en el subgrupo de las causas externas.
- ✚ En el Departamento del Meta para el año 2021, la diabetes mellitus reporta una tasa de mortalidad estadísticamente significativa superior a la cifra reportada en Colombia. Dicha causa ha sido históricamente en el Departamento el principal subgrupo en las demás causas de mortalidad.
- ✚ Los años de vida potencialmente perdidos, son una medida, que permite establecer los años que dejó de vivir un ser humano por alguna de las 7 grandes causas de mortalidad que han sido determinadas por la Organización Panamericana de la Salud; la causa que para el año 2021 ocasionó la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdido son las causas externas con el 27,1%.
- ✚ La principal causa de los años de vida potencialmente perdidos es la mortalidad por causas externas (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y otro tipo de accidentes), con un promedio en la tasa de AVPP de 3.677 por 100.000 habitantes entre los años 2006 a 2021. Para el año 2021, las causas externas presentaron una tasa de AVPP ajustada de 2.866 por 100.000 habitantes, se observa una tendencia descendente desde el año 2006 hasta el año 2019, con posterior aumento para los años 2020 y 2021.
- ✚ Para el año 2021, la mortalidad infantil (menores de un año) y la mortalidad en la niñez (menores de 5 años), estuvieron asociadas principalmente a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, seguido por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Por su parte, la mortalidad en menores de 1 a 4 años, estuvo asociada principalmente por causas externas de morbilidad y mortalidad, seguido por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- ✚ En la mortalidad infantil se observa una disminución progresiva en el indicador del 2005 al 2021, pasando de pasando de una tasa de 14,9 en el 2005 a 9,1 muertos por 1.000 nacidos vivos en el año 2021, con una reducción del 38,9% en la tasa.
- ✚ La mortalidad materna en el Departamento del Meta ha tenido un comportamiento fluctuante, con una tendencia a la disminución hasta el año 2019, año en el cual se presentaron 27,3 casos por cada 100.000 nacidos vivos, posteriormente para el año 2020 y 2021 se observa un incremento importante con 71,7 y 91,4 casos por cada 100.000 nacidos vivos respectivamente, para el año 2021 es la segunda razón más elevada del periodo analizado.
- ✚ La mortalidad por EDA y la mortalidad por Desnutrición Crónica (DNT), se encontraron significativamente asociadas a la mayor proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas, puesto que en los municipios con NBI superior al 50%, se concentraron el 100% de los casos de EDA y el 80% de los casos de DNT del 2021.

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

Las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio, se obtuvieron de múltiples maneras, desde el último bimestre de 2023 hasta marzo de 2024.

Los escenarios participativos para consolidar e integrar información cualitativa y cuantitativa que explique problemas y necesidades en salud, para la formulación del PTS 2024-2027, fueron los siguientes:

2.4.1 Espacios sectoriales e intersectoriales de 2023 y 2024

- ✚ En el primer espacio, presidido por el MSPS el 18 y 19 de diciembre, se convocaron actores sectoriales (representantes y delegados de las entidades territoriales de salud) de los 29 municipios del Departamento, con el propósito de fortalecer las capacidades en términos metodológicos para promover la reflexión e identificación comunitaria, a partir de representaciones gráficas y relaciones que dan cuenta de las dinámicas y necesidades territoriales en salud, desde los escenarios más cotidianos de las poblaciones y, nos permitió iniciar continuar con la comprensión del territorio recibiendo aportes calificados del 100% de los responsables municipales del sector salud.
- ✚ La segunda fase de los escenarios participativos, se realizó en conjunto con los diálogos comunitarios liderados por el Departamento Administrativo de Planeación Departamental (DAPD) en los 29 municipios del Departamento.

El procedimiento desarrollado permitía, en una plenaria, socializar el programa de gobierno “seguridad total” junto la metodología de participación que se materializaba con múltiples actores (servidores públicos del sector salud, EAPB, IPS, asociaciones de usuarios, usuarios, pueblos y comunidades, gremios, etc.), luego la Secretaría de Salud del Meta moderaba el espacio de participación puntual con el sector Salud, Educación y Deporte.

En las mesas, después de una presentación rápida de los participantes (nombre, sector, rol dentro del sector) se acordaban las reglas de participación. Posteriormente se precisaba la metodología, se incentivaba la participación (verbal y escrita) y se generaba confianza y visión de largo plazo. Luego se planteaban las preguntas orientadoras, se registraban las respuestas y se finalizaba validando las situaciones problemáticas junto con sus causas, las propuestas de solución y las potencialidades municipales a través de relatores comunitarios.

Las preguntas orientadoras que se trabajaron en los 28 municipios, fueron:

- ¿Qué situaciones se presentan en el municipio frente a salud? Y ¿A quiénes afecta (actores, personas, poblaciones)?
- ¿En dónde ocurren estas situaciones? Y ¿Qué origina esas situaciones?
- ¿Qué considera usted que se puede hacer al respecto?
- ¿Cuáles son las potencialidades del territorio?

Paralelamente, a la resolución de las preguntas orientadoras, se solicitaban iniciativas susceptibles de ser financiadas con el sistema general de regalías (por cada uno de los ejes: salud, educación, deporte), de manera concertada se definían los relatores para la socialización de los resultados en la plenaria y se priorizaban dos situaciones desfavorables junto con las posibles soluciones que espera la comunidad que se resuelvan durante el 2024-2027.

Los productos que soportaron el ejercicio de planeación y que se obtuvieron en los 28 municipios visitados fueron el registro de asistencia, el registro de las respuestas otorgadas a las preguntas orientadoras (digitalizado) y el listado de las iniciativas susceptibles de ser financiadas con regalías (digitalizado).

- ✚ La tercera fase de escenarios participativos permitió determinar, jerarquizar y priorizar las problemáticas y necesidades del sector salud e identificar alternativas de solución, con el fin de aproximarnos a la comprensión integral de los resultados en salud con las EAPB, las IPS y la ACADEMIA.

El espacio presencial tuvo lugar el viernes 22/03/2024, nos apoyamos en algunas de las herramientas y reglas de la metodología de planificación y moderación de grupos denominada “Metaplan” y, en consecuencia, usamos tarjetas de diferentes colores para que los participantes concedieran respuestas a las tres (3) preguntas orientadoras, las ubicamos en lugares visibles para todos los participantes y construimos cinco mapas (problemáticas y necesidades, causas que originan las situaciones, soluciones a las problemáticas priorizadas, contribuciones desde las EAPB, IPS y ACADEMIA e iniciativas susceptibles de financiación con el SGR).

En desarrollo del escenario participativo, se utilizaron las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cuáles son las principales problemáticas y necesidades en salud que se presentan en el departamento? Y ¿A quiénes afecta?
2. ¿En dónde ocurren esas situaciones? Y ¿Cuáles son las causas que originan esas problemáticas?

En medio de las preguntas 1 y 2, se generó un espacio para la jerarquización y priorización preliminar de las problemáticas y necesidades y posteriormente se resolvió el tercer interrogante:

3. ¿Qué considera usted que se puede hacer en procura de solucionar las problemáticas y necesidades priorizadas? Y ¿Cuáles son las potencialidades de su entidad para contribuir en la solución de esas problemáticas?

Antes y durante el proceso se desarrollaron los siguientes pasos:

1. Se prepararon las salidas gráficas del ASIS, la cartografía, en esta ocasión plotada, del Departamento, definimos las preguntas orientadoras y establecimos las reglas y el tiempo para la discusión.
2. Planteamos ordenadamente las primeras dos (2) preguntas orientadoras, incentivamos la generación de respuestas y los participantes escribieron sus ideas en las tarjetas (una idea por tarjeta) y las colocarán en los paneles destinados para cada una de ellas o las entregarán a los facilitadores del proceso.
3. Clasificamos y agrupamos las tarjetas en función de las similitudes, facilitamos la discusión entre los participantes sobre las ideas presentadas que no resultaron comprensibles y, concedimos un espacio para la jerarquización y priorización preliminar de las problemáticas.
4. Luego planteamos la tercera pregunta orientadora, los participantes escribieron sus ideas en las tarjetas, las colocaron en el panel destinado para tal fin y se clasificaron y agruparon tanto las soluciones y las potencialidades de las EAPB, IPS, ACADEMIA.
5. Resumimos los resultados, socializamos las conclusiones preliminares y digitalizamos las ideas de los participantes.

El espacio finalizó con una invitación encaminada a la construcción de los núcleos de inequidad de tres eventos de interés en salud pública dengue, salud mental y desnutrición y los productos obtenidos fueron cinco mapas con las respuestas a las preguntas orientadoras, tres relatos que nos ayudan a comprender qué sucede, cómo se caracteriza lo que sucede y por qué suceden los eventos sugeridos (dengue, salud mental y desnutrición), un listado de iniciativas susceptibles de ser financiadas con el sistema general de regalías y el registro digitalizado de las respuestas otorgadas a las preguntas orientadoras.

- ✚ La cuarta fase de escenarios participativos se realizó en los espacios liderados por el DAPD con pueblos y comunidades, mujeres, sectores y otras poblaciones por condición y/o situación, en las cuales se presentaba la oferta institucional, se concebían los espacios autónomos y se incorporaban los acuerdos a la cadena de valor del PDD y del PTS.
- ✚ La quinta fase, tuvo lugar de manera paralela a las fases dos y tres, y para ella se elaboraron dos formularios de Google a través de los cuales las personas podían realizar sus aportes al proceso de formulación del PDD (<https://plandesarrollo2024-2027.meta.gov.co/>) y del PTS (<https://forms.gle/6WaudGEuZCsJySGR8>) y se recibieron documentos escritos que ayudan a complementar el análisis y comprender el territorio, como por ejemplo, el aportado por Cordepaz con énfasis en municipios PEDET.

Desarrolladas las cinco fases de los escenarios participativos se obtuvo un kit de mapas con cartografía social, 2679 expresiones de problemas y necesidades de todas las dimensiones del desarrollo reportadas participativamente en 29 municipios, cinco mapas de metaplan construidos con los aportes de las EAPB, las IPS y la ACADEMIA, el diligenciamiento del formulario de Google para PDD por parte de 298 personas entre el 30/01/2024 y el 18/02/2024 y las respuestas dadas por 97 personas entre el 15 y 20 de marzo de 2024 a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las principales problemáticas en salud que se presentan en el municipio?
- ¿Cuáles son los factores que afectan la salud de la población?
- ¿Qué riesgos se identifican en el barrio, el centro poblado o la vereda que pueden afectar a corto o largo plazo la salud de la población?
- ¿Los oficios u ocupaciones, que predominan en el municipio, afectan la salud de los trabajadores?
- ¿Qué considera usted que se puede hacer para solucionar las problemáticas mencionadas?

2.4.2 Categorización y priorización de los problemas y necesidades expresadas en los escenarios participativos

Las más de 3000 manifestaciones problemáticas realizadas por los diferentes actores, acerca de las dimensiones del desarrollo en los escenarios participativos descritos, se agruparon en 16 categorías y, para analizar las respuestas de los diferentes actores, ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales, se priorizaron 12 grandes categorías como muy altas y con base en la docena priorizada se sintetizará la matriz que compila el capítulo IV del ASIS.

Para la síntesis del capítulo IV se tuvo en cuenta el anexo de la guía conceptual y metodológica del ASIS, pero sobre todo las consideraciones del DNP para el diligenciamiento de la MGA.

- ✚ La tabla con las 12 categorías priorizadas, como muy altas.
- ✚ Las respuestas que por competencia son posibles
- ✚ Los actores institucionales y sociales involucrados
- ✚ Los intereses o expectativas que puedan tener
- ✚ El rol del actor institucional o social respecto a la respuesta a la problemática
- ✚ La contribución que el actor puede realizar.

Tabla 54. Categorías de las problemáticas expresadas y priorización de las mismas

No.	CATEGORÍA DE LAS MANIFESTACIONES PROBLEMÁTICAS DE LAS DIMENSIONES DEL DESARROLLO	PRIORIDAD
1	Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	MUY ALTA
2	Alta incidencia de abuso sexual, maltrato, deserción escolar en NNA, aumento significativo del consumo de spa especialmente en la población joven.	MUY ALTA
3	Carencia de la garantía de derechos en las poblaciones vulnerables como víctimas, mujeres, indígenas, negros, discapacitados, adulto mayor, LGTBIQ+	MUY ALTA
4	Deficiencia en la comunicación de la cultura, creencias y costumbres de la población	MUY ALTA
5	Ausencia o deficiencia de servicios públicos que afecta principalmente a la población rural	MUY ALTA
6	Deficientes espacios para la recreación y el deporte y falta de apoyo a la educación y otras necesidades sociales de las comunidades	ALTA
7	Impacto negativo del conflicto armado y el orden público que afecta a la población general	MUY ALTA
8	Deficiente acceso físico, económico y social a los alimentos en cantidad y calidad, para el logro del estado de bienestar general especialmente en menores de 5 años y falta de estímulo para el desarrollo económico del territorio	MUY ALTA
9	Deficiente prestación de los servicios de salud que afecta a la población general	MUY ALTA
10	Ausencia de autoridad ambiental, desequilibrio del entorno y afectación social de la población general	MUY ALTA
11	Deficiente gestión integral del riesgo que afecta a la población general	MUY ALTA
12	Condiciones medio ambientales que favorecen el riesgo de sufrir situaciones de riesgo y desastre	MUY ALTA
13	Necesidades básicas insatisfechas, debido a deficiencia en el desarrollo de programas de saneamiento ambiental y falla en la formulación de políticas de infraestructura y saneamiento, no hay una trazabilidad de los procesos, verificación y no se realiza rendición de cuentas	ALTA
14	Deficiencias de políticas y programas de la población vulnerable que por falta de políticas que incentiven la soberanía sanitaria y programas específicos, limitan el acceso a servicios básicos, discriminación y estigmatización que dificultan la participación ciudadana, escasez de recursos, débil coordinación intersectorial para reconocer la cosmovisión y los saberes propios de los pueblos y comunidades	ALTA

15	Falta de apoyo gubernamental para el desarrollo cultural debido a escasas políticas que fomenten programas y espacios culturales, falencias en el conocimiento de los saberes culturales propios del pueblo	ALTA
16	Inestabilidad laboral	MUY ALTA

Fuente: Secretaría de Salud del Meta

Sobre la base de lo descrito, la siguiente tabla, propuesta por el MSPS para sintetizar el capítulo cuatro del ASIS, da cuenta del análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en nuestro Departamento.

Tabla 55. Síntetis de la capítulo cuatro del ASIS

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	<p>*Formulación, adopción e implementación del Plan Departamental de Seguridad Vial. *Socialización e implementación de la política pública de Seguridad Vial en cuatro (4) Municipios del Departamento del Meta.</p> <p>*Realización de intervenciones físicas contribuyendo con la reducción de la siniestralidad en algunos tramos de cuatro municipios priorizados Cumaral, Puerto Gaitán, Puerto López y San Martín.</p> <p>*Dotación de equipos tecnológicos para el control de la seguridad vial al instituto departamental de Tránsito y transporte del Meta en sus 3 sedes operativas. *Señalización de 40 km de vías urbanas en cuatro municipios del departamento del Meta. *Realización entre el 2019 y el 2023 de 120 controles operativos para la seguridad vial en las diferentes vías del Departamento del Meta. *Promoción de la seguridad vial en los diferentes modos de transporte y sus actores involucrados.</p>	N/A	Gobernación del Meta	Garantizar la seguridad vial y la salud de sus comunidades	Cooperante	<p>Fortalecer y articular los programas de cultura ciudadana existentes que favorezcan el aprendizaje de medidas de seguridad vial y peatonal en niños, jóvenes y adultos, en razón a que son aspectos que generalmente no se abordan en los diferentes contextos de la realidad local. Fomentar el conocimiento sobre los derechos y ejercicio de las responsabilidades ciudadanas en relación con el tema de la seguridad vial, a fin de impactar en uno de los factores que desde el componente del factor humano influyen en la accidentalidad vial. Mejorar las condiciones de infraestructura, el fortalecimiento de la educación en cultura ciudadana y la inclusión del enfoque social del riesgo.</p> <p>Incluir la educación comunitaria en los planes y proyectos de seguridad vial, fortalecer un sentido de comunidad y convivencia para reducir la morbilidad por accidentes de tránsito y mejorar la seguridad vial desde la salud pública y el enfoque sociológico, como complemento al enfoque conductual.</p>
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	<p>Desarrollo de programas y estrategias de educación y/o sensibilización en colaboración con instituciones del ente nacional, departamental, municipal y sector privado, además de implementación de políticas y regulaciones para la gestión de residuos sólidos, el fortalecimiento de la infraestructura y tecnologías para el tratamiento de aguas residuales, y la protección de áreas naturales, con el fin de promover el desarrollo sostenible y la protección del medio ambiente.</p>	N/A	Gobernación del Meta	Desarrollar acciones para la promoción de prácticas de reciclaje y la gestión adecuada de residuos, la conservación y uso sostenible de recursos naturales como el agua y la tierra, y la implementación de tecnologías y procesos que reduzcan el impacto ambiental.	Cooperante	<p>* Implementar y/o fortalecer políticas o programas efectivos sobre el manejo de residuos sólidos, recursos naturales y prácticas sostenibles. * Destinar recursos económicos para hacer uso de tecnologías renovables.</p>
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	<p>*Entre el 2019 y 2023 se ha realizado atención a poblaciones especiales: Se atendieron asociaciones de pequeños productores agropecuarios afro descendientes, aumentando sus ingresos mediante el fortalecimiento de soberanía alimentaria, para mejorar su calidad de vida. Se formularon proyectos que vincularon a 677 pobladores de estas comunidades, los cuales fueron beneficiados con proyectos productivos agropecuarios y asistencia técnica. Se atendieron 4.373 mujeres rurales con proyectos productivos agropecuarios y asistencia técnica. Se atendieron 2051 víctimas del conflicto con proyectos productivos agropecuarios y asistencia técnica. En las cuatro vigencias se beneficiaron de estos proyectos, 2428 jóvenes rurales entre 15 y 29 años, de los 29 municipios del Departamento del Meta. 27 comunidades indígenas del Departamento fueron beneficiadas por el Departamento del Meta, con proyectos cuyo objetivo principal fue lograr su soberanía alimentaria mediante el fortalecimiento de la producción local a través de la construcción de proyectos productivos agropecuarios que amplíen y diversifiquen la producción. *CADENAS PRODUCTIVAS: De manera permanente durante el cuatrienio se apoyaron tanto las cadenas productivas que cuentan con reconocimiento dentro del sector rural: cárnica, láctea, hortofrutícola, café, cacao y aquellas que iniciaron su conformación: Especies menores, cannabis, apícola, cultivos promisorios, cacay y guadua, brindando asistencia acompañamiento a aproximadamente 6.935 productores y agropecuarios. *AGROINDUSTRIA: Se llevó a cabo durante este período de gobierno la inversión más alta en equipamiento del sector rural, por valor de \$11.765.292.694, representada en motocultores, moto cargueros, beneficiando a 104 asociaciones de 26 municipios del Departamento. En equipos para transformación de productos agropecuarios, fue aprobado el proyecto "fortalecimiento a los procesos de transformación", por valor de \$4.638.862.536, el cual beneficia a 41 asociaciones de 18 municipios del Departamento. *COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL: Para</p>	N/A	Gobernación del Meta	Fortalecer el sector primario de la economía mejorando la sostenibilidad ambiental	Cooperante	<p>*Gestionar proyectos de inversión para el acompañamiento técnico en los pequeños y medianos empresarios, para la implementación de tecnologías renovables; así como ser el ente articulador para que las entidades financieras provean créditos asequibles a los pequeños empresarios.</p>

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	Fortalecimiento de políticas que forjen acciones a la protección a la población vulnerable, se requiere mejorar el impacto de las políticas de seguridad alimentaria y nutrición, política de primera infancia, infancia y adolescencia, política de construcción de paz y convivencia familiar, política de la mujer, equidad e igualdad de oportunidades con la finalidad de mitigar las necesidades de este grupo población.	N/A	Gobernación del Meta	Forjar políticas de protección y estrategias de liderazgo para comunidades que logren impactar a la población vulnerables en relación como lo determina.	Cooperante	*Implementar políticas que impacten de protección y estrategias de liderazgo para la población vulnerable.
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	Formulación y ejecución de políticas culturales que promuevan el mejoramiento de espacios culturales con el objetivo de orientar el desarrollo simbólico, una regulación colectiva que fortalece la creatividad, la democracia, la ciudadanía cultural, la diversidad de identidades, la equidad con el objetivo de responder a las necesidades culturales de la población.	N/A	Gobernación del Meta	Desarrollar políticas que incentiven los espacios culturales, el desarrollo integral y la educación por los artes y la diversidad cultural.	Cooperante	* Gestionar políticas que fortalezcan el ámbito cultural y la creación de espacios culturales
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	Uno de los pilares del Plan de Desarrollo del Departamento del Meta es el medio ambiente y el saneamiento básico, mejorando la continuidad en el servicio de acueducto, fomentando el aumento en el índice de continuidad de prestación del servicio de acueducto, haciendo obras de estabilización de la línea de aducción Villavicencio y la planta de tratamiento de aguas residuales STAR para reducir la contaminación de fuentes hídricas en el municipio de Villavicencio y mejorar la calidad de vida de los habitantes ribereños aguas abajo de los puntos de vertimiento del sistema	N/A	Gobernación del Meta	Mejorar el abastecimiento de agua y el saneamiento básico	Cooperante	* políticas de saneamiento. * Política pública sectorial de agua y saneamiento básico. * Programa de abastecimiento de agua potable.
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	N/A	Ha Participado en las diferentes actividades lideradas por las entidades territoriales en pro de mejorar la seguridad vial, y fortalecer el tejido social y la colaboración dentro de las mismas comunidades, haciendo que la seguridad vial sea una responsabilidad compartida y promoviendo un cambio cultural hacia prácticas de autocuidado más sólidas. Participación de los comités o grupos de seguridad vial convocadas por las ET; trabajando en conjunto con las autoridades locales para identificar problemas de seguridad vial y desarrollar soluciones.	Comunidad	Promover y desarrollar prácticas de autocuidado, entendiéndose al individuo como partícipe de una comunidad	Beneficiario	*Conocer y acatar las normas básicas de TRÁNSITO que rigen en el territorio. *Reconocerse como individuo que vive en comunidad, en la cual asume una responsabilidad como ciudadana.
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	Algunas IE dentro de sus proyectos educativos han integrado temas de seguridad vial, desde preescolar hasta la educación secundaria. Esto puede incluir conocimientos sobre las normas de tráfico, el significado de las señales viales, y la importancia de comportamientos seguros como peatones, pasajeros, y eventualmente como conductores. Realización de actividades prácticas y simulacros que enseñan a los estudiantes cómo comportarse de manera segura en las calles y carreteras. Estos pueden incluir el uso de pistas de educación vial donde los niños practican como peatones y ciclistas en un entorno controlado.	N/A	Instituciones Educativas	Reconocimiento y fortalecimiento de las conductas humanas que promuevan la sana convivencia en comunidad, a partir del reconocimiento de normas y reglas para tal fin.	Cooperante	*Implementación de proyectos educativos institucionales que promuevan el respeto, la honestidad, el amor propio, el altruismo y la cooperación de los estudiantes. *Articular con el ente gubernamental para el desarrollo de estrategias e implementación de proyectos pedagógicos en la población escolar, que propendan el desarrollo de competencias para evitar los siniestros viales (reconocer y moverse con seguridad y de forma idónea en las calles, valorar la movilidad, el riesgo y la vulnerabilidad de los diferentes actores viales, conocer y apropiarse la normatividad vigente) Entender a la población escolar como fuente de replicación de información en los hogares.

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	Promoción de prácticas sostenibles: Incentivar la adopción de prácticas sostenibles en diferentes sectores, como la agricultura orgánica, la movilidad sostenible (uso de transporte público, bicicletas, vehículos eléctricos), la eficiencia energética en edificaciones, el uso responsable del agua y la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero.	N/A	Alcaldía	Desarrollo de estrategias de mitigación que incluyan la adopción de energías renovables, la gestión sostenible de residuos, la protección de áreas naturales y la promoción de prácticas sostenibles relacionadas con el medio ambiente	Cooperante	Actualizar e implementar los planes de acciones de las entidades territoriales para hacer frente a los cambios climáticos, incluyendo las acciones para la reducción del efecto invernadero.
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	Implementación de leyes y regulaciones que fomenten la transparencia y el acceso a la información, el establecimiento de mecanismos de participación ciudadana como audiencias públicas y consultas ciudadanas, la creación de portales de transparencia en línea, la capacitación de funcionarios públicos en temas de transparencia y rendición de cuentas, la realización de campañas de concientización ciudadana y la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación para evaluar el desempeño de las instituciones públicas y sus funcionarios.	N/A	Alcaldía	Promover la transparencia en la toma de decisiones, el acceso a la información pública, la rendición de cuentas de los funcionarios públicos y la participación activa de la ciudadanía en los procesos de gobierno. Además, de buscar la creación y/o fortalecimiento de canales de comunicación efectivos que faciliten el diálogo entre las autoridades y la comunidad, promoviendo así una gestión pública más responsable y cercana a las necesidades y demandas de la sociedad.	Cooperante	Implementar mecanismos efectivos de transparencia y rendición de cuentas en la gestión pública, fortaleciendo la participación ciudadana, garantizando la comunicación abierta y honesta entre las instituciones y la comunidad.
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades	N/A	*Han Priorizado la contratación de mano de obra local, lo que no solo genera empleo directo en la comunidad, sino que también fomenta un sentido de pertenencia y compromiso con el sector agropecuario de la entidad *Búsqueda, indagación y en la medida de la posible implementación de medidas para el uso eficiente de recursos como el agua, la energía y las materias primas, buscando reducir costos operativos y minimizar el impacto ambiental.	Pequeños y grandes productores	Implementar procesos de producción rentables, sostenibles y eficientes - Generación de empleo en las comunidades - Desarrollo rural	Beneficiario	Desarrollar prácticas agrícolas y extractivas responsables, como la agricultura orgánica, la gestión forestal sostenible y la minería responsable; así como fomentar la conservación de los recursos naturales, promover la biodiversidad y adoptar tecnologías y procesos más eficientes y respetuosos con el medio ambiente.
Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades			Entidad territorial Municipal	Garantizar la distribución adecuada de las tierras en la población	Cooperante	La ANT es la máxima autoridad de tierras de la Nación, cuyo propósito es ejecutar la política de ordenamiento social de la propiedad rural. Artículo 10 del Acto Legislativo No. 01 de 1936. - Se garantizan la propiedad privada y los demás derechos adquiridos con justo título, con arreglo a las leyes civiles, por personas naturales o jurídicas, los cuales no pueden ser desconocidos ni vulnerados por leyes posteriores.

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
ALTA INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL, MALTRATO, DESERCIÓN ESCOLAR EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	Se ha implementado las rutas de violencia de la población identificada mediante la atención en la red prestadora, sin embargo, aun falla la articulación de actores para dar una atención integral a la paciente, lo que es más crítico en el área rural		Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)	Identificar oportunamente casos de las diferentes formas de violencia en la población asegurada y apoyar la educación para prevención mediante el componente educativo de las RIAS según curso de vida	Cooperante	Cumplimiento al componente educativo de las rutas de atención integral en salud según curso de vida para el fortalecimiento de pautas de crianza, derechos sexuales y reproductivos, proyecto de vida. Apoyar mediante los Programas de Intervenciones Colectivas, contenidos de enfoque en proyecto de vida, derechos sexuales y reproductivos, habilidades para la vida, en instituciones educativas del departamento. Así como fortalecer la educación sobre pautas de crianza en el entorno de hogar y comunitario. Garantizar el acceso efectivo y oportuno a la atención psicosocial de niños, niñas y adolescentes para el manejo oportuno de factores de riesgo de la salud mental. Garantizar el funcionamiento de la ruta de atención integral de todas las formas de violencia.
ALTA INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL, MALTRATO, DESERCIÓN ESCOLAR EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	Se cuenta con la línea de atención telefónica para salud mental. Se ha realizado fortalecimiento de capacidades en la atención de víctimas de violencia sexual y otros tipos de violencia.		Entidades territoriales municipales y departamental - secretarías de la salud, de la mujer, infraestructura y social	Prevenir todas las formas de violencia y vigilar el cumplimiento de las rutas de atención integral a víctimas	Cooperante	Apoyar mediante los Programas de Intervenciones Colectivas, contenidos de enfoque en proyecto de vida y habilidades para la vida en instituciones educativas del departamento. Así como fortalecer la educación sobre pautas de crianza en el entorno de hogar y comunitario. Realizar Inspección Vigilancia y Control a las aseguradoras y su red prestadora para el cumplimiento de las rutas de atención integral para todas las formas de violencia Gestión de inversión y trabajo intersectorial para la creación de centros de alojamiento temporal y de atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.
ALTA INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL, MALTRATO, DESERCIÓN ESCOLAR EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	N/A	La comunidad ha aumentado su sensibilización para el reporte de casos de violencia, el uso de las redes sociales como mecanismo de denuncia ha ayudado a la identificación de rumores y casos no reportados.	Comunidad	Reducción de los casos de violencia y atención integral sin barreras	Beneficiario	Reporte oportuno de los casos de violencias, cooperación comunitaria para la prevención de las mismas y adherencia a la ruta
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Se han venido adelantando actividades dirigidas a la población en condición de discapacidad, lo que permite su inclusión en cada uno de los escenarios tanto individuales como colectivos.	Continuar con la aplicación de la política pública de inclusión para las personas en condición de discapacidad, con el fin de lograr intervenciones integrales que cumplan con las necesidades reales de este grupo poblacional.	Entidad territorial departamental- Secretaría de Infraestructura	Garantizar la inclusión de la población en condición de discapacidad	Cooperante	Inversión en la infraestructura de espacios públicos, educativos, de salud, recreación y malla vial, para garantizar la inclusión de la población con discapacidad.
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Desde el nivel departamental se ha venido adelantando seguimiento a las IPS que han sido certificadas para prestar el servicio a la población en condición de discapacidad para su respectiva certificación.	Realizar acompañamiento continuo a las IPS del departamento para lograr prestar los servicios de salud con calidad a la población en condición de discapacidad relacionado con el proceso de certificación. Promover en la red prestadora la certificación de las IPS para la prestación del servicio de certificación de la población en condición de discapacidad.	Entidad territorial departamental- Secretaría de Salud	Fortalecer la identificación de las personas en condición de discapacidad para aumentar el acceso a los programas diferenciales	Cooperante	Garantizar la contratación permanente de un prestador para la certificación de discapacidad.

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Desde el nivel departamental existe una política pública de atención integral a la población adulta mayor. Se debe incluir la participación de las EAPB en la atención de la población adulta mayor.	Garantizar la participación de las EAPB para el cumplimiento de la política pública de atención a la población adulta mayor.	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)	Reducir el riesgo en salud de la población adulta mayor afiliada	Cooperante	Garantizar el cumplimiento de las acciones de atención integral en salud a la población adulta mayor. Dar cumplimiento a las estrategias para el acompañamiento en salud, al adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad y sin red de apoyo.
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Desde el nivel departamental y municipal se realizan actividades de intervención a la población adulta mayor las cuales están incluidas en los PIC. Se debe incluir que algunas de estas actividades se realicen en los centros vida.	Realizar acompañamiento a la construcción y desarrollo de los PIC municipales con el fin de que se incluyan actividades a la población adulta mayor de los centros vida.	Entidades territoriales municipales y departamental secretaria de salud y secretaria social o quien haga sus veces	Brindar bienestar a la población adulta mayor de los centros vida del territorio	Cooperante	Incluir a la población adulta mayor que hacen parte de los centros vida, en la programación de actividades educativas del PIC
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Incluir en la política pública la inversión en los centros vida, lo que permita garantizar una atención integral a la población adulta mayor que allí se encuentra.	Seguimiento a la inversión departamental y municipal de los centros vida.	Entidades territoriales municipales y departamental secretaria de salud y secretaria social o quien haga sus veces			Inversión en centros vida con disponibilidad suficiente en infraestructura, cobertura y talento humano, donde se brinde atención humanizada y se lleven cabo programas enfocados al bienestar de esta población, en todos los municipios del departamento.
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	NA	Se han agremiado como población discapacitada para hacer garantía de sus derechos	Comunidad	Contar con garantía efectiva de derechos para el bienestar	Beneficiario	Garantizar los cuidados y bienestar de la población vulnerable que hacen parte de la red familiar
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Ha llevado a cabo consultas extensas y diálogos con líderes y representantes de las comunidades indígenas para comprender sus necesidades, preocupaciones y perspectivas con respecto al SISPI. Así mismo ha facilitado la participación de estas comunidades en la formulación de políticas, capacitación y apoyo técnico para fortalecer sus capacidades en la gestión de la información para la conformación del SISPI.		Gobierno nacional - Ministerio del Interior	Desarrollar e implementar un sistema de salud con enfoque diferencial para la población indígena	Cooperante	Facilitar espacios y asesoría para que las comunidades indígenas del departamento y las entidades territoriales municipales y departamentales puedan concertar y aterrizar el SISPI en el territorio.

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	N/A	Reconocen la importancia de contar con un sistema de salud que funcione basado en su cultura, participan activamente en su monitoreo, defendiendo su autonomía y dignidad en el proceso. Sin embargo, se han tenido desacuerdos principalmente con la falta de consulta previa, la confidencialidad y control de la información, el uso de los datos y las preocupaciones sobre la tecnología y el acceso equitativo.	Autoridades indígenas asentamientos y resguardos	Contar con un Sistema Indígena Propio para la garantía de la atención integral en salud con enfoque diferencial	Beneficiario	Participar activamente de la concertación del SISPI, aportar conocimientos propios para su integración en el mismo y garantizar su apropiación en sus comunidades
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+			Autoridades indígenas asentamientos y resguardos		Beneficiario	Facilitar procesos de concertación con entidades territoriales para la implantación de planes de alimentación, saneamiento básico y vivienda con enfoque diferencial
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Realizaron estudios diagnósticos sobre la necesidad de proveer a la comunidad indígena con servicios de saneamiento básico. Sin embargo, no se han reportado proyectos para dar cumplimiento a esta necesidad	N/A	EDESA	Aumentar la cobertura del servicio de acueducto y alcantarillado en el territorio departamental	Cooperante	Gestionar proyectos de articulación y cooperación para dar cobertura del saneamiento básico en las comunidades indígenas
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Implantó proyectos de Vivienda de Interés Social con beneficios para la comunidad indígena. Sin embargo, no se han registrado proyectos de vivienda que estén diseñados específicamente en consonancia con su cultura y tradiciones	N/A	Entidad territorial departamental-Secretaría de Infraestructura	Garantizar derechos a comunidades indígenas por ser población vulnerable protegida	Cooperante	Desarrollar proyectos de inversión de recursos para construir viviendas en territorios indígenas con infraestructura basada en los usos y costumbres indígenas

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Ejecutó proyectos que incluyeron la provisión de insumos agropecuarios, además de la incorporación de miembros de la comunidad indígena en programas agrarios productivos y de seguridad alimentaria	N/A	Entidad territorial departamental - Agricultura y Desarrollo Rural	Garantizar derechos a comunidades indígenas por ser población vulnerable protegida	Cooperante	Desarrollar programas de alimentación en el territorio de la población indígena, previa concertación con las comunidades y con enfoque diferencial; que integre el desarrollo de la cadena productiva a través del apoyo de la producción de las zonas agrícolas, para su distribución en las zonas no productivas. Brindar capacitación y herramientas para la producción agrícola de acuerdo a las características del territorio
CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+	Se implementó una estrategia basada en crear entornos seguros para las mujeres y población con diversidad sexual	N/A	Entidad territorial departamental - Secretaría Mujer, la Familia y la Equidad de Género	Promover la inclusión de la población OSIGD en el territorio	Cooperante	Impulsar estrategias de articulación intersectorial para el reconocimiento e inclusión de la población OSIGD
DEFICIENCIA EN LA COMUNICACIÓN DE LA CULTURA, CREENCIAS Y COSTUMBRES DE LA POBLACIÓN	El IDERMETA y el instituto de cultura desarrollaron programas deportivos y culturales para la población, sin embargo, hace falta fortalecer la difusión, cobertura en área rural y permanencia de los programas	N/A	Entidad territorial departamental - Instituto departamental de deporte y recreación del Meta-Instituto de Cultura	Promover la cultura y el deporte en la población como estrategias para el sano esparcimiento	Cooperante	Liderar el trabajo intersectorial y la gestión de inversión para la creación de escenarios y programas culturales, deportivos y zonas para uso adecuado del ocio, en las áreas rurales y urbanas del departamento
DEFICIENCIA EN LA COMUNICACIÓN DE LA CULTURA, CREENCIAS Y COSTUMBRES DE LA POBLACIÓN	Mediante el PIC municipal, se desarrollaron actividades para la promoción de la actividad física como hábito saludable para la prevención de enfermedades, sin embargo, falta fortalecer la cobertura en áreas rurales, la permanencia y el enfoque diferencial	N/A	Entidades territoriales municipales y departamental - secretarías de la salud	Fomentar la salud mental y física de la población del departamento	Cooperante	Apoyar mediante los Programas de Intervenciones Colectivas, actividades culturales para la promoción de la salud mental y recreativas para la promoción de actividad física la alimentación saludable.
ALTA INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL, MALTRATO, DESERCIÓN ESCOLAR EN NNA, AUMENTO SIGNIFICATIVO DEL CONSUMO DE SPA ESPECIALMENTE EN LA POBLACIÓN JOVEN.	Implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, el cual fue aprobado en el marco de la Comisión Nacional de Estupefacientes, se busca reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas	Recepción de información relacionada con la política establecida	MSPS-Fuerza pública-gobernación del Meta- Alcaldías	Disminuir progresivamente la venta y consumo de SPA, construyendo espacios para la atención integral a los jóvenes	Cooperantes	Crear programas lúdico educativos en los territorios para ocupar los tiempos libres de los jóvenes y adolescentes. Articular con la fuerza pública para la identificación, control y eliminación de los sitios de micro tráfico como las casas de expendio. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación. Mejorar en las instituciones de educación los programas de psicorientación atención individual, incentivando hacia una sana convivencia, desarrollando habilidades que la fortalezcan afectiva y sexualmente, ejercitando la conciliación y el buen uso de las tecnologías de la comunicación además de caminar junto a ellos para que encuentren de manera acertada la forma de ocupar sus tiempos libres y su vocación profesional. Puesta en marcha de planes de atención a jóvenes para orientarlos en su autocuidado, sobre todo previniendo los embarazos, con el objetivo de aclarar todas las dudas de los adolescentes en relación a la sexualidad

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
ALTA INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL, MALTRATO, DESERCIÓN ESCOLAR EN NNA, AUMENTO SIGNIFICATIVO DEL CONSUMO DE SPA ESPECIALMENTE EN LA POBLACIÓN JOVEN.	Actividades educativas que resaltan los factores de riesgo están asociados a baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas, baja autoestima, entre otros; entre los factores familiares se encuentran: consumo de sustancias psicoactivas por parte de padres de familia o cuidadores, disciplina autoritaria, sobreprotección, falta de supervisión de los padres o cuidadores en las actividades de los hijos, violencia intrafamiliar, entre otros; entre los factores de riesgo social se encuentran: bajo apoyo de redes sociales, disponibilidad de las sustancias psicoactivas, uso de sustancias psicoactivas por parte de pares, violencias en el entorno escolar y social,	Influencia y control parental y escolar directo sobreuso de alcohol y drogas ilícitas entre adolescentes, la cual ha sido afectada por variables como la calidad de la relación padres-hijos (parental attachment), la naturaleza de la supervisión parental (parental monitoring) y las actitudes y hábitos de consumo de alcohol y drogas que tengan o hayan tenido los padres	Instituciones educativas-padres de familia, acudientes y/o tutores -secretaría de educación	Mejorar el programa de psicorientación en instituciones educativas en constante comunicación con padres de familia, acudientes y/o tutores	Beneficiarios y cooperantes	
ALTA INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL, MALTRATO, DESERCIÓN ESCOLAR EN NNA, AUMENTO SIGNIFICATIVO DEL CONSUMO DE SPA ESPECIALMENTE EN LA POBLACIÓN JOVEN.	Constante invitación y participación en actividades comunitarias, resaltando la normalidad respecto a las sustancias psicoactivas, el acceso a servicios de salud y educación, entre otros.	Mejorar la empatía, habilidades sociales, capacidad para afrontar problemas, entre otros; entre los factores familiares se encuentran el respeto, la confianza, las normas y reglas del hogar,	NNA	Asistir y cuidar los espacios que se creen para la atención integral a los NNA con el fin de mejorar sus habilidades para la vida	Beneficiarios	
AUSENCIA O DEFICIENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A LA POBLACIÓN RURAL	Atender las solicitudes de reclamación interpuesta por la comunidad en relación, con la deficiencia en la prestación de los servicios públicos	Realizar adecuaciones y/o actualizaciones de la red de prestación de los servicios públicos que se ven afectados	Gobernación del Meta-Alcaldías-Comacarena-empresa de recolección de basuras, residuos, agua y alcantarillado-empresa de energía, de telefonía y de internet	Mejorar la prestación de servicios de electricidad, telefonía e internet en la población rural, favorecer la restauración de los ecosistemas, y diseñar espacios urbanos agradables	Cooperante	Diseñar proyectos integrales para disponer de energía solar y eólica con la participación comunitaria. Se necesita invertir en redes de distribución y transmisión para garantizar que la energía eléctrica generada llegue a abastecer la demanda, especialmente en la población rural Diseñar proyectos integrales para mejorar la infraestructura de telecomunicaciones para el desarrollo de las TIC y para la consolidación del Ecosistema Digital. Diseñar proyectos integrales con participación comunitaria, para plantas de tratamiento de aguas residuales. Elaborar un proyecto que fomente la restauración de los ecosistemas a través de la siembra de especies nativas en los predios rurales que tengan uso agropecuario, velando por la salvaguarda del ecosistema, prohibiendo la explotación minera en estas áreas y otorgando fuentes de financiación para que los pobladores realicen una reconversión de sus actividades productivas. Diseñar espacios urbanos a través de la construcción de humedales, espacios verdes en los barrios, jardines infiltrantes, jardines en los tejados, biofiltración, con la incorporación de barriles y cisternas para lluvia.
AUSENCIA O DEFICIENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A LA POBLACIÓN RURAL	El gobierno nacional debe imponer las sanciones necesarias por el incumplimiento de las obligaciones de las empresas con sus usuarios, bien sea por una posible actuación irregular de la empresa o funcionario o por un cobro extra en los recibos.	Presentar quejas, reclamos y peticiones para manifestar las inconformidades en relación con la prestación del servicio en caso de que se haya presentado un mal trabajo o fallos.	Comunidad en general	Favorecer la participación comunitaria en los proyectos para el mejoramiento de los servicios públicos	Beneficiario	

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
DEFICIENTES ESPACIOS PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE Y FALTA DE APOYO A LA EDUCACIÓN Y OTRAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS COMUNIDADES	Falta de interés y recursos económicos para el mejoramiento de las necesidades sentidas por la comunidad estudiantil	Solicitar de forma reiterada el mejoramiento de las condiciones para mejorar la capacidad académica e intelectual de los jóvenes	Instituciones educativas-padres de familia, acudientes y/o tutores - estudiantes - secretaria de educación	Mejorar el transporte escolar. Mejorar, adecuar, dotar de Infraestructura a las instituciones educativas. Abrir espacios para la educación superior y creación de bibliotecas	Cooperantes	Asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible. Construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidad y las diferencias de género, y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos. Reducir considerablemente la proporción de población que no están empleados y no cursan estudios ni reciben capacitación. Adecuar las vías rurales con participación de la comunidad que las necesita. Proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad. Garantizar entornos deportivos seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos, que favorezca los estilos de vida saludable. Asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales. Garantizar instituciones de protección a los NNA y personas mayores seguros y eficaces para todos, que favorezca las condiciones de vida y desarrollo psicológico y emocional de las personas. Construir y adecuar instalaciones de protección que tengan en cuenta las necesidades de la población vulnerable.
DEFICIENTES ESPACIOS PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE Y FALTA DE APOYO A LA EDUCACIÓN Y OTRAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS COMUNIDADES	Falta de protección por parte de los entes gubernamentales por la capacitación de los líderes comunitarios	Favorecer y defender los derechos humanos con las pocas herramientas que tienen	Instituciones educativas- JAC	Capacitar a los dirigentes y líderes comunitarios con educación inclusiva y equitativa de calidad para que se promueva oportunidades de aprendizaje permanente para todos	Beneficiarios	
DEFICIENTES ESPACIOS PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE Y FALTA DE APOYO A LA EDUCACIÓN Y OTRAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS COMUNIDADES	Suministrar la cobertura de transporte público con las condiciones que tienen, sin observar mejoramiento tangible	Evidenciar las obsoletas condiciones de vías de acceso y del transporte público sobre todo en áreas rurales	Secretarías viales- empresas de transportes públicos	Mejorar el acceso a los sistemas de transporte para que sean sostenibles para todos buscando la seguridad vial	Cooperantes	
DEFICIENTES ESPACIOS PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE Y FALTA DE APOYO A LA EDUCACIÓN Y OTRAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS COMUNIDADES	Realización de algunos espacios y ambientes deportivos que se ven subutilizados por los consumidores de SPA	No utilización de los espacios creados, por la falta de seguridad en los sectores, en vista que se han utilizado para otras actividades ajenas al deporte y recreación.	Secretarías de gobierno-secretarías sociales	Mejorar los espacios y ambientes deportivos para que la comunidad, favoreciendo los estilos de vida saludables	Cooperantes	

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
DEFICIENTES ESPACIOS PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE Y FALTA DE APOYO A LA EDUCACIÓN Y OTRAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS COMUNIDADES	Falta de cobertura en la oferta de viviendas subsidiadas con servicios básicos adecuados	Participación en las convocatorias de vivienda subsidiada, sin ser beneficiados.	Secretaría de vivienda	Facilitar el acceso de la comunidad a viviendas con servicios básicos adecuados, seguros y asequibles mejorando las condiciones de vida	Cooperante	
DEFICIENTES ESPACIOS PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE Y FALTA DE APOYO A LA EDUCACIÓN Y OTRAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS COMUNIDADES	Ausencia de espacios para la atención integral del adulto mayor y protección de la vida de NNA, afectando al desarrollo físico, mental y emocional de esta población	Solicitud a los entes municipales de la creación de más espacios de protección a los NNA y adultos mayores en relación con atención integral	NNA- personas pertenecientes a la vejez - comunidad en general	Brindar espacios de protección a los NNA y adultos mayores en relación con atención integral y protección de la vida, mejorando las condiciones de la atención integral de la comunidad en general	Beneficiarios	
IMPACTO NEGATIVO DEL CONFLICTO ARMADO Y EL ORDEN PÚBLICO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Hostigamiento permanente a pesar de los diálogos de paz	Temor y miedo en la población, que ha sido sembrada a través de los años por los grupos ilegales	Grupos armados	Favorecer la falta de seguridad, garantías y demás delitos que constriñan a la población metense	Oponente	Fortalecer las instituciones militares, judiciales, comunitarias y de policía, para crear capacidad a todos los niveles para prevenir la violencia y combatir el terrorismo y la delincuencia. Brindar protección y asistencia a través de su proximidad con las víctimas en las áreas más afectadas por el conflicto armado es escasa la presencia de entes gubernamentales o de organizaciones de ayuda. Tener acceso a estas zonas es esencial para comprender y responder de forma integral a las necesidades humanitarias de todas las víctimas. Trabajar con Equipos multidisciplinarios del Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR- en zonas remotas para responder a las necesidades de protección y asistencia más sentidas de las víctimas. Este enfoque permite a las comunidades estabilizar su economía a través de proyectos productivos y tener un mejor acceso a los servicios esenciales como: la salud, la educación, el agua y el saneamiento; por ejemplo, a través de proyectos de infraestructura menor. Concertar operaciones conjuntas con la Cruz Roja Colombiana en asistencia individual a la población desplazada, en atención a las víctimas de contaminación por armas y otras actividades que buscan responder a los efectos que el conflicto armado causa entre la población civil o de desastres naturales en zonas conflictivas.
IMPACTO NEGATIVO DEL CONFLICTO ARMADO Y EL ORDEN PÚBLICO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Insuficiente manejo del orden público por parte de la fuerza pública que ayuda al conflicto armado	Asistencia de la fuerza pública a lugares donde se presentan hostigamientos y actos delictivos, en ocasiones sin obtener resultados favorables	Instituciones de la fuerza pública	Mejorar el orden público en el territorio, preservar el modelo constitucional de esta organización pública. Cumplir los fines del Estado y, principalmente, para mantener el orden constitucional y proteger y garantizar los derechos y libertades de toda la población	Cooperante	
IMPACTO NEGATIVO DEL CONFLICTO ARMADO Y EL ORDEN PÚBLICO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	No se reconoce la función del líder social, en la defensa de los derechos humanos	Zozobra y temor al defender los derechos humanos que pueda perjudicar la integridad física y emocional de los líderes sociales	Líderes sociales	Defender los derechos humanos individualmente o con otros, para promover o proteger los derechos humanos de manera pacífica, a nivel nacional e internacional."	Beneficiario	

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
IMPACTO NEGATIVO DEL CONFLICTO ARMADO Y EL ORDEN PÚBLICO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Falta de mediación por parte del gobierno, para que desaparezca el temor de que los comerciantes puedan trabajar libremente	Pago de recursos económicos (vacuna) a los grupos armados al margen de la ley para que los dejen ejercer el derecho al trabajo	Comerciantes	Favorecer el comercio en el territorio con el fin de mejorar el poder adquisitivo de los habitantes	Beneficiario	
IMPACTO NEGATIVO DEL CONFLICTO ARMADO Y EL ORDEN PÚBLICO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Incentivar la necesidad de acompañamiento de la fuerza pública, sobre todo en zonas de mayor conflicto armado.	Apoyar la fuerza pública en el desempeño de sus funciones para mejorar el orden público	Comunidad en general	Contribuir en la participación ciudadana en relación con la política de seguridad social, realizando las labores de vigilantes de la norma.	Beneficiario	
IMPACTO NEGATIVO DEL CONFLICTO ARMADO Y EL ORDEN PÚBLICO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Mejorar la contratación y asignación de personal de la fuerza pública que cubra las necesidades del departamento en cuanto a seguridad	Establecimiento de fuerza pública en zonas de mayor conflicto armado, para mejorar la seguridad	Gobernación-alcaldías-secretarías de gobierno	Formular y hacer cumplir con la política de seguridad que mejore el orden público en los territorios	Cooperante	
DEFICIENTE ACCESO FÍSICO, ECONÓMICO Y SOCIAL A LOS ALIMENTOS EN CANTIDAD Y CALIDAD, PARA EL LOGRO DEL ESTADO DE BIENESTAR GENERAL ESPECIALMENTE EN MENORES DE 5 AÑOS Y FALTA DE ESTÍMULO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DEL TERRITORIO	Duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los ganaderos y los pescadores.	Capacitar a los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los ganaderos y los pescadores.	Comunidad en general, Gobernación del Meta, Comunidad educativa, JAC-, Alcaldías, Padres de familia, NNA	La comunidad se organiza para ser capacitada	Beneficiario	Asegurar el acceso de los niños menores de 5 años a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año. Garantizar a las personas en situaciones de vulnerabilidad, los adolescentes, las mujeres embarazadas, lactantes, la tercera edad y los discapacitados una alimentación sana y suficiente. Duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los ganaderos y los pescadores. Lograr el acceso seguro y equitativo a las tierras, a otros recursos e insumos de producción y a los conocimientos, los servicios financieros, los mercados y las oportunidades para añadir valor y obtener empleos no agrícolas. Dotar de infraestructura a los proyectos en ejecución, apalancamiento financiero y recurso humano asistencial. Reducir considerablemente la corrupción y el soborno en todas sus formas. Invertir recursos, conocimientos y saberes comunitarios para mejorar significativamente las vías terciarias del departamento. Hacer un diagnóstico o línea de base del tejido empresarial que permita la promoción del sector de emprendimiento y el sector empresarial. Diseño y articulación interinstitucional de una plataforma tecnológica para publicitar la información turística y agregarle valor al turismo de la región

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
DEFICIENTE ACCESO FÍSICO, ECONÓMICO Y SOCIAL A LOS ALIMENTOS EN CANTIDAD Y CALIDAD, PARA EL LOGRO DEL ESTADO DE BIENESTAR GENERAL ESPECIALMENTE EN MENORES DE 5 AÑOS Y FALTA DE ESTÍMULO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DEL TERRITORIO	Lograr el acceso seguro y equitativo a las tierras, a otros recursos e insumos de producción y a los conocimientos, y las oportunidades para añadir valor y obtener empleos no agrícolas. Dotar de infraestructura a los proyectos en ejecución, apalancamiento financiero y recurso humano asistencial. Reducir considerablemente la corrupción y el soborno en todas sus formas	Lograr el acceso a los conocimientos, los servicios financieros, los mercados y las oportunidades. Reducir considerablemente la corrupción y el soborno en todas sus formas				
DEFICIENTE ACCESO FÍSICO, ECONÓMICO Y SOCIAL A LOS ALIMENTOS EN CANTIDAD Y CALIDAD, PARA EL LOGRO DEL ESTADO DE BIENESTAR GENERAL ESPECIALMENTE EN MENORES DE 5 AÑOS Y FALTA DE ESTÍMULO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DEL TERRITORIO	Invertir recursos para mejorar significativamente las vías terciarias del departamento	Invertir conocimientos y saberes comunitarios para mejorar significativamente las vías terciarias del departamento		La comunidad organizada pone su fuerza laboral y ejecuta los proyectos según sus saberes y necesidades	Cooperante	
DEFICIENTE ACCESO FÍSICO, ECONÓMICO Y SOCIAL A LOS ALIMENTOS EN CANTIDAD Y CALIDAD, PARA EL LOGRO DEL ESTADO DE BIENESTAR GENERAL ESPECIALMENTE EN MENORES DE 5 AÑOS Y FALTA DE ESTÍMULO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DEL TERRITORIO	Hacer un diagnóstico o línea de base del tejido empresarial que permita la promoción del sector de emprendimiento y el sector empresarial	Poner fin a todas las formas de malnutrición, logrando a 2025, las metas convenidas sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.		La comunidad vigila para que se cumpla estrictamente el suministro de alimentación a los niños en cantidad, calidad y oportunidad.	Cooperante y Beneficiario	

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
DEFICIENTE ACCESO FÍSICO, ECONÓMICO Y SOCIAL A LOS ALIMENTOS EN CANTIDAD Y CALIDAD, PARA EL LOGRO DEL ESTADO DE BIENESTAR GENERAL ESPECIALMENTE EN MENORES DE 5 AÑOS Y FALTA DE ESTÍMULO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DEL TERRITORIO	Diseño interinstitucional de una plataforma tecnológica para publicitar la información turística y agregarle valor al turismo de la región	Articulación a la plataforma tecnológica para publicitar la información turística y agregarle valor al turismo de la región		La comunidad participa en el diseño y usa la plataforma tecnológica para publicitar la información turística	Cooperante y Beneficiario	
DEFICIENTE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Mejoramiento de algunas IPS- centros de salud	Impacto positivo en los municipios donde se mejoró la infraestructura hospitalaria para la atención integral de la comunidad	IPS-centros de atención	Garantizar una atención oportuna, confiable y segura, a toda la población	Cooperante	Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario. Ampliación de las instituciones prestadoras de servicios y construir una red de Atención Primaria en Salud para todo el departamento Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. Fomentar estilos de vida saludable, ciclo paseos, actividad física, jornadas de vacunación. Mantener la adquisición de equipos de alta tecnología, de acuerdo a las necesidades de la población. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Realizar visitas programadas de seguimiento a cumplimiento a indicadores de calidad de las IPS públicas y privadas
DEFICIENTE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Jornadas de captación de población migrante para legalizar la afiliación al sistema de salud	Atender las convocatorias generadas por el departamento, para que integren y sean partícipes de la seguridad social	Población migrante	Avanzar en la legalización de la afiliación al sistema de seguridad social en salud	Cooperante	
DEFICIENTE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Falta de disponibilidad en infraestructura y tecnología para la atención en salud en los municipios (solo se invirtió en tecnología en HG y HDV)	Mejorar la adquisición de tecnología e infraestructura en los municipios, sobre todo los que mayor barrera geográfica	EPS	Contar con la disponibilidad de infraestructura y tecnologías necesarias para la atención en salud integral que requiera todo usuario, lo cual implica el deber de garantizar una red de prestación de servicios completa de sus afiliados.	Cooperante	
DEFICIENTE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Ser garantes de la buena utilización de la infraestructura hospitalaria establecida	Verificar con los líderes comunitarios, que la inversión en salud se realiza de forma asertiva.	Comunidad en general	Apoyar en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud, considerado como un medio de conseguir cooperación y recursos adicionales.	Beneficiario	

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
AUSENCIA DE AUTORIDAD AMBIENTAL, DESEQUILIBRIO DEL ENTORNO Y AFECTACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GENERAL	Dar ejecución a planes que cobijen las normas ambientales y la obligatoriedad en el cumplimiento de éstas	Ejecutar los planes establecidos para garantizar el cumplimiento de las normas ambientales	Gobernación del Meta	Garantizar la ejecución de la normatividad	Cooperante	Ajustar la normativa y fortalecer las entidades de las cuales depende la toma de decisiones en proyectos, cuidado de bosques, cambio climático y proyectos agroindustriales y pecuarios. Establecer un sistema de capacitación a la población en general en adaptaciones a los cambios climáticos y desastres naturales acorde con las zonas, regiones o municipios identificados o categorizados por la dependencia de gestión del riesgo.
AUSENCIA DE AUTORIDAD AMBIENTAL, DESEQUILIBRIO DEL ENTORNO Y AFECTACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GENERAL	Apoyar directamente la ejecución de proyectos según las normas ambientales	Realizar los proyectos que generen impacto ambiental	Entidad territorial Municipal	Garantizar la ejecución de la normatividad	Cooperante	
AUSENCIA DE AUTORIDAD AMBIENTAL, DESEQUILIBRIO DEL ENTORNO Y AFECTACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GENERAL	Supervisar el cumplimiento de la normatividad ambiental	Impacto ambiental positivo en las regiones	Autoridad ambiental	Garantizar la ejecución de la normatividad	Cooperante	
AUSENCIA DE AUTORIDAD AMBIENTAL, DESEQUILIBRIO DEL ENTORNO Y AFECTACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GENERAL	Ser parte del proceso de enseñanza de las normas ambientales y participar activamente en los proyectos	Participación activa de la comunidad educativa y adherencia a los procesos de mantenimiento y conservación del medio ambiente	Comunidad educativa	Participación activa en la ejecución de la normatividad	Beneficiario	
AUSENCIA DE AUTORIDAD AMBIENTAL, DESEQUILIBRIO DEL ENTORNO Y AFECTACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GENERAL	Participar en los proyectos ambientales y climáticos que afecten su comunidad y ser veedores de los mismo	Participación activa de la comunidad en general y adherencia a los procesos de mantenimiento y conservación del medio ambiente acorde con las necesidades presentes y sentidas	Comunidad en general	Participar activamente en la ejecución de la normatividad	Beneficiario	
DEFICIENTE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Garantizar recursos para la ejecución de los proyectos	Realizar los proyectos con la financiación necesaria para que generen impacto ambiental favorable a nivel departamental	Gobernación del Meta	Proveer los recursos económicos y talento humano para la ejecución de las actividades de competencia	Cooperante	Visitas programadas de seguimiento a cumplimiento en medidas frente al cambio climático - Financiar la gestión forestal- Coordinar con las dependencias que corresponda la conservación de las especies nativas.
DEFICIENTE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Garantizar recursos para la ejecución de los proyectos	Realizar los proyectos con la financiación necesaria para que generen impacto ambiental favorable a nivel municipal	Entidad territorial Municipal	Proveer los recursos económicos y talento humano para la ejecución de las actividades de competencia	Cooperante	
DEFICIENTE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Participar en la formulación de proyectos y vigilar que la realización este cobijada en la normatividad ambiental vigente	Impacto ambiental positivo en las regiones con una respuesta adecuada, eficaz y eficiente de las necesidades ambientales	Autoridad ambiental	Proveer los recursos económicos y talento humano para la ejecución de las actividades de competencia	Cooperante	

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
DEFICIENTE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	Participar en los proyectos ambientales y climáticos que afecten su comunidad y ser veedores de los mismo	Impacto ambiental positivo en las regiones con una respuesta adecuada, eficaz y eficiente de las necesidades ambientales e identificadas	Comunidad en general	Ejecutar la veeduría de las inversiones programadas en los proyectos	Beneficiario	
CONDICIONES MEDIO AMBIENTALES QUE FAVORECEN EL RIESGO DE SUFRIR SITUACIONES DE RIESGO Y DESASTRE	Garantizar obras, recursos y planes de acción que contribuyan a la mitigación del riesgo en situaciones de riesgos y desastres	Contar con los componentes necesarios para la atención integral de riesgo a nivel departamental	Gobernación del Meta	Formular y ejecutar el plan de acción	Cooperante	Desarrollar liderazgo para formular plan de acción que conlleve a realizar seguimiento a los eventos que ponen en riesgo la salud en coordinación con las demás dependencias de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Meta - Mejorar educación y sensibilización frente al cambio climático- Establecer un plan de simulacros en coordinación con las dependencias involucradas.
CONDICIONES MEDIO AMBIENTALES QUE FAVORECEN EL RIESGO DE SUFRIR SITUACIONES DE RIESGO Y DESASTRE	Garantizar obras, recursos y planes de acción que contribuyan a la mitigación del riesgo en situaciones de riesgos y desastres	Contar con los componentes necesarios para la atención integral de riesgo a nivel municipal	Entidad territorial Municipal	Formular y ejecutar el plan de acción	Cooperante	
CONDICIONES MEDIO AMBIENTALES QUE FAVORECEN EL RIESGO DE SUFRIR SITUACIONES DE RIESGO Y DESASTRE	Participar en la formulación de proyectos y vigilar que la realización este cobijada en la normatividad ambiental vigente, teniendo en cuenta la importancia de la mitigación del riesgo en muchas zonas de protección ambiental	Impacto positivo en la respuesta adecuada ante la mitigación de riesgo en las zonas de protección ambiental	Autoridad ambiental	Formular y ejecutar el plan de acción	Cooperante	
CONDICIONES MEDIO AMBIENTALES QUE FAVORECEN EL RIESGO DE SUFRIR SITUACIONES DE RIESGO Y DESASTRE	Ser parte del proceso de enseñanza de los riesgos y la prevención frente a desastres naturales y mitigación del riesgo, además participar activamente en los proyectos planteados dentro de sus comunidades	Participación activa de la comunidad educativa y adherencia a las acciones de prevención frente a los desastres naturales y mitigación del riesgo	Comunidad educativa	Asistir a las jornadas educativas y de sensibilización programadas	Beneficiario	
CONDICIONES MEDIO AMBIENTALES QUE FAVORECEN EL RIESGO DE SUFRIR SITUACIONES DE RIESGO Y DESASTRE	Participar activamente en los proyectos planteados dentro de sus comunidades	Impacto positivo en las regiones con una respuesta adecuada, eficaz y eficiente ante las situaciones de riesgo y desastres identificadas	Comunidad en general	Asistir a las jornadas educativas y de sensibilización programadas. Ejercer la veeduría de las acciones e inversión del plan de acción	Beneficiario	
Inestabilidad laboral	No se ha mejorado las formas de contratación de los profesionales de la salud, ni se ha mejorado los honorarios	Los profesionales de la salud deben trabajar en 2-3 lugares para completar un sueldo acorde a los gastos en sus hogares, a través de contratación de prestación de servicios, siendo este un factor clave para que la calidad en la atención disminuya	IPS-EPS	Mejorar la brecha salarial acorde a los decretos salariales normativos que rigen en el país y garantizar el tipo de contratación que incluya las prestaciones sociales como (seguridad social, pensiones, caja de compensación, ARL)	Cooperante	Diseñar un proyecto de tipos de contratación que favorezcan a los profesionales de la salud en cuanto a tipos de contratos y honorarios. Desarrollar un Programa de Capacitación interno, generando un impacto positivo de parte de los colaboradores que favorezca el crecimiento profesional y personal
Inestabilidad laboral	Se realizaron capacitaciones periódicas mejorando la humanización en la atención por parte de los profesionales de la salud	Ofrecen capacitaciones en horarios laborales o con mucha intensidad horaria, que no favorecen la asistencia masiva	Profesionales de la salud	Mejorar la atención a los usuarios en cuanto a humanización y calidad, se deben garantizar horarios de programación de capacitaciones que favorezca la asistencia masiva del personal de salud	Beneficiario	Realizar cronogramas de educación continuada del talento humano con el fin de que se mantenga a los empleados capacitados en todo momento, tendrá muchas más posibilidades de alcanzar el éxito en la atención humanizada.

CATEGORÍA DE LA PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR	INTERESES DEL ACTOR	POSICIÓN O ROL	CONTRIBUCIÓN / GESTIÓN DE CONFLICTOS
Inestabilidad laboral	Falta de garantías en la atención óptima y de calidad para los usuarios, en relación con oportunidad, calidad, pertinencia de los servicios de salud, sobre todo en el área rural.	Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de manera oportuna y de calidad, especialmente a la población del área rural	Comunidad en general	Por medio de los Comités de Usuarios se efectiviza el mecanismo de control social, de carácter permanente, cuyo espacio sirve para interlocutar entre los prestadores del servicio y los usuarios. Estos Comités se conforman libre y voluntariamente a fin de observar e incidir en la calidad de la prestación de los servicios de parte del Estado. El comité de usuarios tiene como funciones canalizar y representar los derechos e intereses de sus integrantes ante la comisión de usuarios a la que se integra, y realizar, por delegación de la junta de usuarios, las actividades de operación y mantenimiento de la infraestructura hidráulica sobre la cual se organiza.	Beneficiario	Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario. Desarrollo de capacidades que sea pertinente y de calidad, donde los profesionales puedan desarrollar sus habilidades basadas en sus necesidades, llevando a cabo medidas para ofrecer apoyo pedagógico para incrementar la oferta en las áreas rurales con remuneración más alta

Fuente: ASIS

2.5 CAPÍTULO V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio

Priorizar es seleccionar y ordenar objetos o situaciones. Este proceso es importante porque permite la reducción de desigualdades que conllevan o desencadenan inequidades en salud y por tanto la reducción de brechas en los resultados de salud.

2.5.1 Metodología de priorización aplicada para el capítulo V del ASIS

El propósito es priorizar las problemáticas del territorio a partir del ASIS participativo y cuantitativo; para orientar la planeación de estrategias y acciones que aporten a las soluciones integrales para el cuatrienio. Para ello se tuvo en cuenta la matriz de priorización Hanlon.

Metodologías como esta evitan la subjetividad de lo cualitativo, y requieren conocimientos generales y particulares de los problemas de salud detectados y cierta experiencia para ponderar cada uno de sus componentes y establecer las prioridades de salud, sobre todo por su objetividad y flexibilidad.

Es una herramienta metodológica que permite priorizar problemas de salud de acuerdo con su magnitud, trascendencia o severidad, eficacia de la intervención y por la factibilidad del problema. Hanlon establece cuatro componentes en su método, los cuales reciben una ponderación, sus componentes son $A + B (C \times D)$, donde A: Magnitud (número total de personas que tienen el problema), B: Severidad del problema (se establece de acuerdo con cuatro componentes que están determinados por la urgencia, la gravedad, la pérdida económica y el número de personas afectadas), C: Eficacia de la Solución (evalúa la capacidad para actuar sobre los problemas de salud, valora si los problemas se pueden controlar o erradicar) y D: Factibilidad del programa (en este componente evalúa si un programa o actividad en particular puede aplicarse y permite determinar si el problema tiene solución en donde se valora la pertinencia, factibilidad económica, disponibilidad de recursos, legalidad y aceptabilidad), con esta metodología fueron priorizados los siguientes eventos:

1. **DESNUTRICION:** La tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años es de .7 casos por cada 100.000 menores de 5 años. El porcentaje de bajo peso al nacer es de 6%. La tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años es de 5.7 casos por cada 100.000 menores de 5 años. El porcentaje de desnutrición crónica es del 23,4% y el de desnutrición aguda es del 3,5%. (Fuente: estudio año 2020).
2. **SALUD MENTAL:** La tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) es 6.3 casos por 100.000 habitantes. Es más grave el riesgo en los hombres con una tasa de 42,8 casos por cada 100.000 hombres, que supera el indicador en las mujeres. La tasa de incidencia de violencia intrafamiliar es de 52,1 casos por 100.000 habitantes y una tasa de incidencia de violencia contra la mujer de 203 casos por 100.000 mujeres. Se ha identificado que los grupos de edad con mayor riesgo para violencia de género están entre 10 a 24 años, donde las víctimas son principalmente mujeres. Los trastornos mentales y del comportamiento representan más del 80% de la morbilidad de todos los ciclos vitales, constituyendo la primera causa de morbilidad del departamento del Meta.
3. **INFRAESTRUCTURA EN LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (barreras geográficas)**
4. **ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES:** Las enfermedades del sistema circulatorio para el 2020 registraron una tasa de 181 muertes por cada 100.000 habitantes; y por subcausas, la enfermedad isquémica del corazón tuvo una tasa de mortalidad para el año 2020 de 104,1 casos por cada 100.000 habitantes y la cerebro vasculares tuvieron una tasa para el 2020 de 26.3 casos por cada 100.000 habitantes. Las EAPB del departamento del Meta realizaron 45 priorizaciones a la población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.

5. **INFECCIONES RESPIRATORIAS:** La tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años es de 7.9 casos por 100.000 menores de 5 años; además las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de morbilidad y mortalidad en el subgrupo de las condiciones transmisibles. Las mortalidades por IRA se presentaron en los municipios de Puerto Gaitán, Villavicencio, Granada y Puerto López.
6. **MUERTE MATERNA:** La razón de mortalidad materna promedio de los últimos 4 años fue de 57.5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, siendo la tasa más alta en los últimos tres años. Las EAPB del departamento del Meta realizaron 44 priorizaciones a la población en condición materno –perinatal.
7. **NECESIDADES BASICAS:** La cobertura de acueducto y alcantarillado ronda al 90% áreas urbanas. Sin embargo, en las zonas rurales el servicio se presta a tan solo el 28,8% de la población. En el 2023, 14 municipios NO cumplieron con las disposiciones normativas de calidad del agua para consumo humano.
8. **DENGUE (ETV):** La incidencia promedio de dengue para los últimos 5 años fue de 961 casos por cada 100.000 habitantes y la letalidad por dengue de 0.1%.

Al aplicar la metodología de priorización del ASIS participativo identificando los principales actores, realizando las diferentes mesas de participación con comunidades (población general, indígenas, organizaciones, asociaciones de usuarios, instituciones educativas, entidades promotoras de Salud, Instituciones prestadoras de servicios de salud, y los ejercicios comunitarios realizados desde las oficinas de planeación municipal y departamental) y reconociendo que, dichos actores cuentan con capacidades, habilidades y conocimiento en construcción de consensos y acuerdos con la comunidad. Se recolectó, como ya se mencionó, información importante la cual fue clasificada y categorizada en doce (12) problemas:

1. Alta incidencia de abuso sexual, maltrato, deserción escolar en NNA
2. Aumento significativo del consumo de spa especialmente en la población joven
3. Ausencia de autoridad ambiental, desequilibrio del entorno y afectación social de la población general
4. Deficiente gestión integral del riesgo que afecta a la población general
5. Ausencia o deficiencia de servicios públicos que afecta principalmente a la población rural
6. Deficientes espacios para la recreación y el deporte y falta de apoyo a la educación y otras necesidades sociales de las comunidades
7. Deficiente prestación de los servicios de salud que afecta a la población general
8. Impacto negativo del conflicto armado y el orden público que afecta a la población general
9. Carencia de la garantía de derechos en las poblaciones vulnerables como víctimas, mujeres, indígenas, negros, discapacitados, adulto mayor, LGTBIQ+
10. Deficiencia en la comunicación de la cultura, creencias y costumbres de la población
11. Deficiente acceso físico, económico y social a los alimentos en cantidad y calidad, para el logro del estado de bienestar general especialmente en menores de 5 años y falta de estímulo para el desarrollo económico del territorio
12. Impacto negativo de la organización del territorio en las comunidades.

Posteriormente, se realizó un ejercicio de ponderación de los indicadores cuantitativos con los cualitativos agrupándolos por problemática, a estos problemas se les sometió a un análisis, evaluación y ponderación teniendo en cuenta la magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia, factibilidad y viabilidad de la intervención según criterios del MSPS y desde la perspectiva de los diferentes actores del ente territorial para establecer concesos. A la par, estas problemáticas se clasificaron de acuerdo con los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y sus códigos de meta ODS obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 56. Matriz de priorización de problemáticas

ODS	COD. META ODS	No.	PROBLEMA IDENTIFICADO	MAGNITUD	PERTINENCIA SOCIAL E INTERCULTURAL	TRANSCENDENCIA	VIABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN	FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN PRIORIDAD (A+B+C) DXE
2-3 y 16	(2.1-2.2-2.3-3.2-16.5)	1	DEFICIENTE ACCESO FÍSICO, ECONÓMICO Y SOCIAL A LOS ALIMENTOS EN CANTIDAD Y CALIDAD, PARA EL LOGRO DEL ESTADO DE BIENESTAR GENERAL ESPECIALMENTE EN MENORES DE 5 AÑOS Y FALTA DE ESTIMULO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DEL TERRITORIO, DESNUTRICION: LA TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ES DE 5.7 CASOS POR CADA 100.000 MENORES DE 5 AÑOS. EL PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA ES DEL 23,4% Y EL DE DESNUTRICIÓN AGUDA ES DEL 3,5% (FUENTE: ESTUDIO AÑO 2020).	10	10	10	10	10	3000
1-3 -5 y16	(1.1-1.2-3.4-3.5-5.2-16.1-16.2-16.5)	2	ALTA INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL, MALTRATO, DESERCIÓN ESCOLAR EN NNA, AUMENTO SIGNIFICATIVO DEL CONSUMO DE SPA ESPECIALMENTE EN LA POBLACIÓN JOVEN. LA TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO): 6.3 CASOS POR 100.000 HABITANTES. ES MÁS GRAVE EL RIESGO EN LOS HOMBRES CON UNA TASA DE 42,8 CASOS POR CADA 100.000 HOMBRES, QUE SUPERA EL INDICADOR EN LAS MUJERES. LA TASA DE INCIDENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ES DE 52.1 CASOS POR 100.000 HABITANTES Y UNA TASA DE INCIDENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DE 203 CASOS POR 100.000 MUJERES. SE HA IDENTIFICADO QUE LOS GRUPOS DE EDAD CON MAYOR RIESGO PARA VIOLENCIA DE GÉNERO ESTÁN ENTRE 10 A 24 AÑOS DE EDAD, DONDE LAS VÍCTIMAS SON PRINCIPALMENTE MUJERES POSIBLEMENTE POR CONDICIONES DE POBREZA EXTREMA. LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO REPRESENTAN MÁS DEL 80% DE LA MORBILIDAD DE TODOS LOS CICLOS VITALES, CONSTITUYENDO LA PRIMERA CAUSA DEL DEPARTAMENTO DEL META.	10	10	10	7,5	10	2250
3	3.2 - 3.8 - 3C	3	DEFICIENTE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL-DEFICIENTE INFRAESTRUCTURA EN LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y BARRERAS DE ACCESO Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALMENTE DEL ÁREA RURAL (BARRERAS GEOGRÁFICAS)	10	10	10	7,5	5	1125
3-6 -7 -9 -11-12	(3.2-3.3-6.1-6.2-6.6-6.b-7.1-9.C-11.6-11.7-11.a-12.5)	4	AUSENCIA DE AUTORIDAD AMBIENTAL, DESEQUILIBRO DEL ENTORNO Y AFECTACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GENERAL, AUSENCIA O DEFICIENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A LA POBLACIÓN RURAL: COBERTURA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO NO ALCANZA AL 50% DE LA POBLACIÓN GENERAL. BRECHA ENTRE EL ACCESO EN LAS ZONAS URBANA Y RURAL BENEFICIANDO AL 28,8% DE LA POBLACIÓN. IRCA: 15,2%. - INFECCIONES RESPIRATORIAS: TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS ES DE 7.9 CASOS POR 100.000 MENORES DE 5 AÑOS, LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SON LA PRINCIPAL CAUSA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL SUBGRUPO DE LAS CONDICIONES TRANSMISIBLES. LAS MORTALIDADES POR IRA SE PRESENTARON EN LOS MUNICIPIOS DE PUERTO GAITÁN, VILLAVICENCIO, GRANADA Y PUERTO LÓPEZ. DENGUE (ETV): LA INCIDENCIA DE DENGUE FUE DE 295 CASOS POR CADA 100.00 HABITANTES Y LA DE DENGUE GRAVE DE 3 CASOS POR CADA 100.00 HABITANTES, SUPERANDO EL INDICADOR NACIONAL	10	10	10	7,5	5	1125

ODS	COD. META ODS	No.	PROBLEMA IDENTIFICADO	MAGNITUD	PERTINENCIA SOCIAL E INTERCULTURAL	TRANSCENDENCIA	VIABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN	FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN PRIORIDAD (A+B+C) DXE
4 - 8 y 15	(4.7-4.a-8.6-8.b-15.1-15.2-15.3-15.5-)	5	DEFICIENTES ESPACIOS PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE Y FALTA DE APOYO A LA EDUCACIÓN Y OTRAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS COMUNIDADES. LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO PARA EL 2020 REGISTRÓ UNA TASA DE 181 MUERTES POR CADA 100.000 HABITANTES; Y POR SUBCAUSAS, TIPO ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN CON UNA TASA DE MORTALIDAD PARA EL AÑO 2020 DE 104,1 CASOS POR CADA 100.000 HABITANTES Y CEREBRO VASCULARES CON UNA TASA PARA EL 2020 DE 26.3 CASOS POR CADA 100.000 HABITANTES. LAS EAPB DEL DEPARTAMENTO DEL META REALIZARON 45 PRIORIZACIONES A LA POBLACIÓN CON RIESGO O ALTERACIONES CARDIO – CEREBRO – VASCULAR – METABÓLICAS MANIFIESTAS.	10	10	10	5	5	750
1, 3,4,6,9,11, 13 y 16	(1.4-1.5-3.6-4.7-6.2-9.-9.4-11.5-11. B-16.5)	6	IMPACTO NEGATIVO DE LA ORGANIZACIÓN DEL TERRITORIO EN LAS COMUNIDADES Y DEFICIENTE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	10	10	10	5	5	750
3 - 5 - 8 - 10 Y 11	(3,1-3.7-5.1-5.6-5.c-8.5-10.2-11.2)	7	CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VÍCTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, DISCAPACITADOS, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+: -MUERTE MATERNA: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA DE 71,7 MUERTES MATERNAS POR CADA 100.000 NACIDOS VIVOS, SIENDO LA TASA DE EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS. LAS EAPB DEL DEPARTAMENTO DEL META REALIZARON 44 PRIORIZACIONES A LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN MATERNO –PERINATAL.	10	10	10	5	5	750
16	16.1-16.a	8	IMPACTO NEGATIVO DEL CONFLICTO ARMADO Y EL ORDEN PÚBLICO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	10	10	10	5	5	750
11	11.4	9	DEFICIENCIA EN LA COMUNICACIÓN DE LA CULTURA, CREENCIAS Y COSTUMBRES DE LA POBLACIÓN	5	5	1	5	5	275

2.6 CAPITULO VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022-2031 y el modelo de salud preventivo -predictivo fundamentado en la atención primaria en salud (APS)

El análisis de situación construido con la participación activa de los actores institucionales y comunitarios en el territorio, permitió identificar las problemáticas con una visión más amplia desde el sentir de las comunidades, así como la capacidad de respuesta que se ha tenido frente a las mismas. Ahora bien, entendiendo los acuerdos de la sociedad como un proceso de concertación dinámico, que parte de las realidades y debe permitir una construcción permanente, desde su conocimiento y experiencia como territorio, se hace necesario plantear sus propuestas de respuesta y recomendaciones en coherencia con el Modelo de salud Preventivo y predictivo.

Para sintetizar los resultados el MSPS diseño una matriz en cuyo contenido se encuentra:

- ✚ Pilar del modelo de salud relacionado
- ✚ Componente del modelo de salud
- ✚ Eje del PDSP 2022-2031
- ✚ Objetivo por eje estratégico
- ✚ Resultados esperados por eje del PDSP 2022-2031
- ✚ Propuesta de respuesta
- ✚ Recomendaciones

Tabla 57. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022-2031 y el modelo de salud preventivo -predictivo fundamentado en la atención primaria en salud

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, administración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Se proponen las siguientes actividades: 1. Capacitación y formación: Desarrollar programas de capacitación y formación dirigidos a los funcionarios de la entidad territorial en temas de gestión y liderazgo en salud pública, así como en la comprensión de las políticas y normativas relacionadas con la rectoría en salud. 2. Fortalecimiento institucional: Revisar y fortalecer la estructura organizativa y funcional de la entidad territorial para asegurar que cuente con los recursos humanos, financieros y tecnológicos necesarios para ejercer eficazmente la rectoría en salud. 3. Articulación intersectorial: Establecer mecanismos de coordinación y trabajo conjunto con otras entidades y sectores relevantes como educación, ambiente, desarrollo social, entre otros, para abordar de manera integral los determinantes de la salud y promover políticas intersectoriales. 4. Participación ciudadana: Promover la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y en la evaluación de las políticas y programas de salud, a través de mecanismos como consejos de salud, mesas de trabajo con organizaciones comunitarias, y consultas ciudadanas. 5. Monitoreo y evaluación: Implementar sistemas de monitoreo y evaluación para el seguimiento de indicadores clave de salud, la evaluación de la efectividad de las políticas y acciones implementadas, y la identificación de áreas de mejora en el ejercicio de la rectoría en salud. 6. Promoción de la investigación: Estimular la investigación en salud pública a nivel Departamental o Municipal apoyando proyectos de investigación, promoviendo la generación de evidencia científica para la toma de decisiones y fomentando la participación en redes de investigación. 7. Comunicación y difusión: Desarrollar estrategias de comunicación y difusión para informar a la población sobre los derechos en salud, los servicios disponibles, y las acciones que se están llevando a cabo para fortalecer la rectoría en salud a nivel departamental y municipal.	Se proponen las siguientes actividades: 1. Fortalecimiento del marco normativo y legal: Revisar y actualizar la legislación y normativas relacionadas con la salud pública para asegurar que proporcionen un marco sólido que permita una gestión eficaz y eficiente de los recursos en salud a nivel territorial. 2. Capacitación y desarrollo profesional continuo: Implementar programas de formación y actualización profesional para los funcionarios de salud en todos los niveles territoriales, centrando la capacitación en temas de gobernanza, planificación estratégica, gestión de crisis sanitarias, y políticas de salud pública. 3. Mejora de los sistemas de información en salud: Desarrollar y fortalecer sistemas de información y vigilancia que permitan a las entidades territoriales recopilar, analizar y utilizar datos de salud de manera eficiente para la toma de decisiones y la planificación sanitaria. 4. Aumento de la autonomía financiera: Trabajar en mecanismos que permitan a las entidades territoriales (Departamentales, Distritales) tener mayor autonomía y capacidad para gestionar los recursos financieros destinados a salud, incluyendo la posibilidad de generar sus propios ingresos o gestionar directamente los recursos asignados por el gobierno central. 5. Fomento de la cooperación interinstitucional: Promover la cooperación entre diferentes niveles de gobierno y entre diversas instituciones (educativas, sociales, económicas) para abordar determinantes sociales de la salud de manera integral. 6. Creación de mecanismos de rendición de cuentas: Establecer sistemas claros y transparentes de rendición de cuentas para supervisar y evaluar la gestión de los recursos en salud, asegurando que se cumplen los objetivos de política pública de manera efectiva y eficiente. 7. Incentivos para la innovación y la mejora continua: Desarrollar programas que incentiven la innovación en la prestación de servicios de salud y la implementación de buenas prácticas que puedan ser replicadas en diferentes regiones del país. 8. Participación comunitaria: Fortalecer la participación de la comunidad en la planificación y gestión de la salud local a través de consejos de salud, audiencias públicas y otros mecanismos que permitan a los ciudadanos influir directamente en las decisiones que afectan su bienestar. 9. Descentralización efectiva de servicios: Implementar una descentralización efectiva que no solo transfiera responsabilidades, sino que también dote a las entidades territoriales de las competencias, los recursos y el soporte necesario para gestionar eficazmente los servicios de salud.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Se proponen las siguientes actividades: 1. Revisión, adopción o adaptación del marco legal: Analizar y actualizar la normativa local y nacional para asegurar que la entidad territorial tenga las competencias y facultades necesarias como autoridad sanitaria, incluyendo aspectos como la vigilancia epidemiológica, control de enfermedades reguladas y coordinación intersectorial. 2. Desarrollo de un plan estratégico de salud pública (Plan Territorial de Salud): Elaborar un plan estratégico que defina objetivos claros, acciones prioritarias y metas medibles en materia de salud pública, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud y la participación de diferentes actores del territorio. 3. Capacitación y formación del personal: Implementar programas de capacitación continua para el personal de salud y de la entidad territorial en temas como epidemiología, gestión de emergencias, comunicación de riesgos, salud ambiental, entre otros, con el fin de fortalecer sus capacidades técnicas y de gestión. 4. Fortalecimiento de los sistemas de información: Mejorar los sistemas de información en salud para la recolección, análisis y difusión oportuna de datos epidemiológicos, estadísticas sanitarias, seguimiento de programas y evaluación de impacto, facilitando la toma de decisiones basadas en evidencia. 5. Promoción de la participación comunitaria: Establecer mecanismos efectivos de participación ciudadana en la planificación, implementación y evaluación de políticas y programas de salud pública, involucrando a la comunidad en la identificación de necesidades y soluciones. 6. Desarrollo de alianzas interinstitucionales: Establecer alianzas estratégicas con otras entidades locales, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y el sector privado para promover acciones coordinadas y complementarias en salud pública, aprovechando recursos y conocimientos disponibles. 7. Promoción de estilos de vida saludables: Implementar campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, enfocadas en la alimentación saludable, actividad física, prevención de adicciones, salud mental y otros aspectos que contribuyan al bienestar de la población. (En el marco de gestión de la salud pública y en plan de intervenciones colectivas). 8. Evaluación y seguimiento continuo: Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación periódica de las acciones y resultados en salud pública, con la participación de instancias técnicas, academia y sociedad civil, para retroalimentar y mejorar las estrategias implementadas.	Se proponen las siguientes actividades: 1. Fortalecimiento Institucional y Marco Legal: *Revisar y fortalecer el marco legal: Garantizar que la legislación actual apoye explícitamente el rol de las autoridades sanitarias locales, otorgándoles las competencias y herramientas necesarias para actuar eficazmente. *Clarificar roles y responsabilidades: Establecer claramente las funciones y responsabilidades de cada nivel de gobierno en la gestión de la salud pública para evitar superposiciones y asegurar una acción coordinada. 2. Capacitación y Desarrollo de Capacidades: * Programas de capacitación continua: Desarrollar programas de formación para el personal de la salud pública de los territorios en temas clave como epidemiología, salud ambiental, salud comunitaria, y gestión de emergencias sanitarias. * Intercambio de conocimientos y buenas prácticas: Facilitar plataformas de aprendizaje entre diferentes entidades para compartir experiencias y estrategias exitosas en la gestión de la salud pública. 3. Sistemas de Información en Salud: *Mejorar los sistemas de información sanitaria: Implementar y mejorar sistemas de información que permitan la recopilación, análisis y distribución eficiente de datos sanitarios para la toma de decisiones informada. *Capacitación en análisis de datos: Que el personal local esté capacitado para interpretar y utilizar los datos en la planificación y respuesta de salud pública. 4. Financiamiento y Recursos: *Asegurar financiamiento adecuado: Revisar los modelos de financiación de la salud pública para asegurar que las autoridades en los territorios dispongan de los recursos necesarios para cumplir sus funciones. *Incentivos para la mejora de la salud pública: Crear incentivos financieros y no financieros para fomentar la implementación de programas innovadores y efectivos en salud pública a nivel Departamental, Distrital y Municipal. 5. Participación Comunitaria e Intersectorial: *Fomentar la participación comunitaria: Establecer mecanismos que permitan a la comunidad participar activamente en la planificación y ejecución de las políticas de salud pública. *Promover la colaboración intersectorial: Incentivar la colaboración entre diferentes sectores (educación, vivienda, transporte, etc.) y niveles de gobierno para abordar de manera integral los determinantes de la salud. 6. Seguimiento y Evaluación: *Implementar sistemas de evaluación: Desarrollar e implementar sistemas de monitoreo y evaluación para medir el desempeño de las autoridades sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales en la gestión de la salud pública. *Transparencia y rendición de cuentas: Promover una cultura de transparencia donde las acciones y decisiones en salud pública sean accesibles y comprensibles para la población, asegurando la rendición de cuentas.
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participen e incidan de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	Se proponen las siguientes actividades: 1. Diálogos y mesas de trabajo inclusivas: Organizar diálogos y mesas de trabajo que incluyan la participación activa de representantes de pueblos y comunidades étnicas, campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones vulnerables. Lo anterior con el fin de permitir un intercambio de ideas y la co-creación de propuestas para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. 2. Consultas públicas y audiencias ciudadanas: Realizar consultas públicas y audiencias ciudadanas donde se escuchen las voces de las diferentes poblaciones sobre sus necesidades, preocupaciones y propuestas en relación con el derecho a la salud. Estas consultas deben ser inclusivas, transparentes y garantizar la participación de todos los sectores. 3. Creación de consejos consultivos: Continuar con los consejos consultivos o comités de participación ciudadana en salud, conformados por representantes de las poblaciones mencionadas, para que participen de manera regular en la revisión y seguimiento de políticas, planes y programas de salud. 4. Capacitación y fortalecimiento de capacidades: Brindar capacitación y apoyo técnico a las organizaciones y líderes de las poblaciones mencionadas, para fortalecer sus capacidades en la formulación de propuestas, seguimiento de políticas y participación efectiva en espacios de toma de decisiones en salud. 5. Generación de espacios seguros y accesibles: Garantizar que los espacios de participación sean seguros, inclusivos y accesibles para todas las personas, incluyendo medidas como la disponibilidad de traducción e interpretación, accesibilidad física, y respeto a la diversidad de opiniones y experiencias. 6. Promoción de la equidad de género y diversidad: Incorporar en todas las acciones un enfoque de equidad de género y diversidad, asegurando la inclusión de perspectivas y necesidades específicas de las mujeres, personas LGBTQ+ y otras poblaciones vulnerables. 7. Monitoreo participativo y evaluación continua: Implementar mecanismos de monitoreo participativo que permitan a las poblaciones involucradas en salud evaluar el impacto de las políticas y programas, proporcionando retroalimentación para ajustes y mejoras continuas. 8. Transparencia y rendición de cuentas: Garantizar la transparencia en la gestión de recursos y decisiones en salud, brindando información clara y accesible sobre el uso de fondos públicos y los resultados obtenidos, así como mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía.	Se proponen las siguientes actividades: *Diálogo intercultural y consultas públicas: Organizar espacios de diálogo intercultural donde las diferentes comunidades y poblaciones puedan expresar sus necesidades, preocupaciones y propuestas relacionadas con la salud. Realizar consultas públicas a nivel nacional para recabar la opinión de estas poblaciones en la formulación de políticas y estrategias de salud. *Desarrollo de políticas inclusivas: Diseñar políticas de salud inclusivas que contemplen las necesidades específicas de las poblaciones mencionadas, garantizando el acceso a servicios de salud culturalmente adecuados, sensibles al género y respetuosos de la diversidad sexual. *Incentivos para la participación: Diseñar incentivos y reconocimientos para las comunidades, líderes y organizaciones que participen activamente en los procesos de gobernanza en salud y que contribuyan de manera significativa a la mejora de la salud y el bienestar de sus poblaciones. *Monitoreo participativo: Implementar sistemas de monitoreo participativo que involucre a las comunidades en la evaluación de los servicios de salud, la identificación de barreras de acceso y la generación de soluciones para mejorar la calidad y la cobertura de la atención sanitaria.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	Asegurar que todas las políticas y programas desarrollados por los gobiernos departamentales, distritales y municipales incorporen la perspectiva de género y étnica en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación. Articular los programas departamentales existentes con los diferentes actores para la atención integral de poblaciones vulnerables, realizando seguimiento a su cumplimiento para ello, es necesario que lleven a cabo proceso de participación comunitaria y consulta con estos grupos poblacionales donde se consulte y se involucre activamente a los diversos grupos étnicos, comunidades campesinas, población OSIGD y otras poblaciones para identificar sus necesidades, prioridades y conocimientos tradicionales en salud, que se vean reflejados en la formulación de los planes, programas y estrategias en salud	Garantizar los procesos de participación comunitaria y consulta con grupos étnicos, campesinos, OSIGD, población en discapacidad y otros grupos que requieren un enfoque diferencial, para involucrarse activamente e identificar sus necesidades, prioridades y conocimientos tradicionales en salud, de manera que se nutra con ellos la formulación de políticas públicas en salud. Brindar capacitación y asistencia técnica a las entidades territoriales para fortalecer sus capacidades en el diseño e implementación de políticas y programas que incorporen enfoques interculturales y de género, así como en la integración de los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales.	Establecer mecanismos de coordinación efectivos entre los diferentes sectores gubernamentales (salud, educación, vivienda, trabajo, etc.) para abordar de manera integral las inequidades sociales y promover el desarrollo de respuestas intersectoriales y transectoriales. Desarrollar proyectos que garanticen el acceso geográfico de la población rural dispersa a los servicios de salud con el fin de reducir la brecha rural/urbana, tales como mejoramiento de vías terciarias, ambulancias, atención primaria efectiva en el territorio y fortalecimiento de las IPS públicas para dar una cobertura adecuada y una oferta de servicios acorde con las necesidades del territorio (rural/urbano) Desarrollar proyectos intersectoriales, transectoriales e interinstitucionales para reducir el impacto negativo de los determinantes sociales de la salud tales como: Alimentación, Saneamiento básico, Infraestructura para la atención en salud, Infraestructura para la cultura y la recreación, movilidad, conectividad, en pro de lograr la equidad entre áreas de residencia, etnia, edad, orientación sexual, etc.	Apoyo a las entidades territorial para adelantar investigaciones que lleven a un análisis exhaustivo de los contextos de inequidad social, étnica y de género en el departamento del Meta, identificando las poblaciones más vulnerables y las principales barreras que enfrentan en el acceso a los servicios de salud y otros servicios básicos.
				Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	Establecer alianzas estratégicas con organizaciones indígenas, afrodescendientes, campesinas y otras instituciones relevantes para trabajar de manera conjunta en el diseño e implementación de políticas y programas de salud que incorporen los enfoques mencionados. Como Gobernación del Meta, establecer alianzas estratégicas con organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros actores relevantes para impulsar acciones conjuntas orientadas a reducir las inequidades sociales, étnicas y de género en el departamento del Meta.	Establecer alianzas estratégicas con organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y otros actores relevantes para promover la inclusión de enfoques interculturales y de género en las políticas y programas de salud a nivel nacional.
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Garantizar los espacios de articulación y diálogo de saberes de la población indígena para avanzar en la construcción e implementación del SISPI. Promover la formación y contratación de personal de salud que provenga de las mismas comunidades étnicas y campesinas, así como el establecimiento de espacios de diálogo intercultural en los centros de salud para facilitar la comunicación y la comprensión mutua entre los proveedores de salud y los usuarios.	Apoyar las entidades territoriales para llevar a cabo investigaciones colaborativas con las comunidades étnicas, campesinas, mujeres, OSIGD y otras poblaciones por condición y/o situación con el fin de documentar sus saberes y prácticas tradicionales en salud, así como para integrar estos conocimientos en la planificación y ejecución de acciones de salud pública.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario. Mantener la adquisición de equipos de alta tecnología, de acuerdo a las necesidades de la población. Ampliación de las instituciones prestadoras de servicios. Mantener la adquisición de equipos de alta tecnología, de acuerdo a las necesidades de la población. Realizar visitas programadas de seguimiento a cumplimiento a indicadores de calidad de las IPS públicas y privadas	Duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los ganaderos y los pescadores. Lograr el acceso seguro y equitativo a las tierras, a otros recursos e insumos de producción y a los conocimientos, los servicios financieros, los mercados y las oportunidades para añadir valor y obtener empleos no agrícolas. Dotar de infraestructura a los proyectos en ejecución, apalancamiento financiero y recurso humano asistencial.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.	Asegurar el acceso de los niños menores de 5 años a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año. Garantizar a las personas en situaciones de vulnerabilidad, los adolescentes, las mujeres embarazadas, lactantes, la tercera edad y los discapacitados una alimentación sana y suficiente
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Fomentar estilos de vida saludable, ciclo paseos, actividad física, jornadas de vacunación	Invertir recursos, conocimientos y saberes comunitarios para mejorar significativamente las vías terciarias del departamento Hacer un diagnóstico o línea de base del tejido empresarial que permita la promoción del sector de emprendimiento
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	Dotar de infraestructura a los proyectos en ejecución, apalancamiento financiero y recurso humano asistencial. Reducir considerablemente la corrupción y el soborno en todas sus formas Diseño y articulación interinstitucional de una plataforma tecnológica para publicitar la información turística y agregarle valor al turismo de la región
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RISS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	Organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo, de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, ambientales, fundamentado en la Atención Primaria en Salud en todos los municipios del Departamento, con centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población	Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario. Ampliación de las instituciones prestadoras de servicios y construir una red de Atención Primaria en Salud para todo el departamento. Fomentar estilos de vida saludable, ciclo paseos, actividad física, jornadas de vacunación. Mantener la adquisición de equipos de alta tecnología, de acuerdo a las necesidades de la población. Lograr la cobertura sanitaria universal, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Realizar visitas programadas de seguimiento a cumplimiento a indicadores de calidad de las IPS públicas y privadas

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RISS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integradas e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.		
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.		
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.		
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RISS			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	Ampliación de las instituciones prestadoras de servicios. Mantener la adquisición de equipos de alta tecnología, los insumos y la dotación de acuerdo a las necesidades de la población. Realizar visitas programadas de seguimiento a cumplimiento a indicadores de calidad de las IPS públicas y privadas	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Ajustar la normativa y fortalecer las entidades de las cuales depende la toma de decisiones en proyectos, cuidado de bosques, cambio climático y proyectos agroindustriales y pecuarios. Establecer un sistema de capacitación a la población en general en adaptación a los cambios climáticos y desastres naturales acorde con las zonas, regiones o municipios identificados o categorizados por la dependencia de gestión del riesgo.	Incluir a todos los actores involucrados como la autoridad departamental, municipal, ambiental, comunidad educativa y comunidad en general
	Participación social en salud					
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Desarrollar liderazgo para formular plan de acción que conlleve a realizar seguimiento a los eventos que ponen en riesgo la salud en coordinación con las demás dependencias de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Meta - Mejorar educación y sensibilización frente al cambio climático- Establecer un plan de simulacros en coordinación con las dependencias involucradas. Realizar monitoreo permanente a las alertas generadas por las entidades nacionales e internacionales en relación con la presentación de eventos emergentes y reemergentes, comportamientos inusuales, y con tendencia al incremento que puedan generar pandemias.	Incluir a todos los actores involucrados como la autoridad departamental, municipal, ambiental, comunidad educativa y comunidad en general
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública					
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública.	Visitas programadas de seguimiento a cumplimiento en medidas frente al cambio climático - Financiar la gestión forestal- Coordinar con las dependencias que corresponda la conservación de las especies nativas. Garantizar los recursos financieros, operativos, talento humano e insumos requeridos para la atención de pandemias acorde con los planes de acción y de contingencias generados según la necesidad.	Incluir a todos los actores involucrados como la autoridad departamental, municipal, ambiental, comunidad educativa y comunidad en general

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades.	Enriquecer el marco investigativo para fomentar el conocimiento científico con la finalidad de que las comunidades reconozcan la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades.	Realizar la articulación con las academias y centros investigativos con el objetivo de fortalecer el campo investigativo y generar el espacio científico que logre impactar y brindar los saberes propios de las comunidades.
				Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública.	Promover el crecimiento, el desarrollo, la comunicación y la preservación del conocimiento dentro de las instituciones, al final la gestión conocimiento en salud posibilita el alcance de respuestas rápidas y asertivas en la toma de decisiones en el sector salud.	Fomentar las tecnologías de información y comunicación para difundir la gestión del conocimiento en salud para ser herramienta de fortalecimiento de habilidades al personal de la salud.
	Soberanía Sanitaria			Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	Instaurar las políticas de la soberanía sanitaria para fortalecer los sistemas de salud y garantizar el derecho fundamental a la salud y la vida. Fortalecer un marco regulatorio que es preciso ajustar y fortalecer para asegurar la equidad en la producción, distribución y acceso a los recursos esenciales para mejorar los modos de vida y de salud de las poblaciones.	Generar estrategias de utilización de recursos con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias individuales o colectivas y aplicación de tecnologías de salud estratégicas que fortalezcan la soberanía sanitaria.
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	Desarrollo de capacidades que sea pertinente y de calidad, donde los profesionales puedan desarrollar sus habilidades basadas en sus necesidades, llevando a cabo medidas para ofrecer apoyo pedagógico para incrementar la oferta en las áreas rurales con remuneración más alta. Diseñar un proyecto de tipos de contratación que favorezcan a los profesionales de la salud el en cuanto a tipos de contratos y honorarios. Desarrollar un Programa de Capacitación interno, genera un impacto positivo de parte de los colaboradores que favorezca el crecimiento profesional y personal	Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario, con un diseño específico para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces; y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Realizar cronogramas de educación continuada del talento humano con el fin de que se mantenga a los empleados capacitados en todo momento, tendrá muchas más posibilidades de alcanzar el éxito en la atención humanizada.	La capacitación, gratuita y de cobertura a nivel nacional del talento humano en salud, se desarrolla por fases, orientada con recursos educativos digitales y múltiples referencias que permitan reconocer las diferentes concepciones y enfoques de humanización, analizarlas para apropiación y formular una propuesta de aplicación en el entorno laboral, en la que las acciones propias de humanización favorezcan la atención en los servicios de salud, centrando los esfuerzos en la persona y la familia
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,	Propuesta para que el Ministerio del Trabajo de Colombia, a través de la Clasificación Única de Ocupaciones para Colombia (CUOC), organice y clasifique todos los empleos, cargos y oficios del mercado laboral. Esta clasificación abarca todos los sectores de la economía y niveles de cualificación existentes. Además, la creación de roles, oficios y ocupaciones por parte del SENA permitirá reconocer las prácticas ancestrales y garantizar una remuneración económica adecuada para quienes desempeñen estas funciones. Reconocimiento Legal y Protección de Sitios Sagrados: Implementar políticas públicas que reconozcan y protejan los sitios sagrados indígenas. Esto implica establecer mecanismos legales para su preservación y evitar su degradación. Desde el conocimiento ancestral de las poblaciones indígenas se generen estrategias de identificación y delimitación de estos lugares, respetando sus conocimientos tradicionales y su relación espiritual con el territorio. Educación y Sensibilización: Fomentar la comprensión profunda sobre la significación del territorio en las poblaciones indígenas. Esto puede lograrse a través de programas educativos, talleres y campañas de sensibilización. Promover la valoración de los sitios sagrados como patrimonio cultural y espiritual, no solo para las comunidades indígenas, sino para toda la sociedad. Promoción y Fortalecimiento de Huertas Medicinales: Diseñar e implementar huertas de plantas medicinales en las comunidades indígenas. Estas huertas deben concebirse desde el sistema cultural propio de cada pueblo indígena lo silvestre y lo doméstico, incluyendo plantas autóctonas y cultivadas. Capacitar a las comunidades en técnicas de cultivo, recolección y preservación de plantas medicinales. Esto garantiza la disponibilidad de insumos para la medicina tradicional	Las brigadas de salud deben realizarse teniendo en cuenta el enfoque diferencial, esto permitirá que sean culturalmente apropiadas y respetuosas con la cultura indígena: Diseño de Programas Culturalmente Sensibles: Crear programas específicos que consideren las particularidades culturales, creencias y prácticas de salud de las comunidades indígenas. Esto implica trabajar de manera colaborativa con líderes y sabios indígenas para adaptar las estrategias de promoción y prevención. Formación de Personal Sensibilizado: Capacitar a los profesionales de la salud y promotores comunitarios en la comprensión de la cosmovisión indígena. Esto les permitirá abordar las necesidades de salud desde una perspectiva culturalmente competente. Participación de las Comunidades Indígenas: Involucrar activamente a las comunidades indígenas en la planificación, implementación y evaluación de los programas. Esto garantiza que las estrategias sean relevantes y aceptadas por la población objetivo. Acceso Equitativo a Recursos y Servicios: Garantizar que las comunidades indígenas tengan acceso a servicios de salud, infraestructura y recursos necesarios para la promoción y prevención. Esto incluye la disponibilidad de insumos, personal capacitado y espacios adecuados. Crear programas y capacitación adaptados a las comunidades indígenas. Estos deben incluir conocimientos sobre medidas preventivas, primeros auxilios, evacuación y respuesta ante desastres. Involucrar a líderes y al personal de la medicina ancestral indígenas para impartir formación en sus propias lenguas y utilizando enfoques pedagógicos culturalmente apropiados. Vinculación de parteras a las EPS para que reciban bonificaciones y además se articulen con la enfermería. Capacitar a jóvenes indígenas en diferentes áreas de la medicina occidental para que trabajen en las comunidades. Contratar traductores indígenas que comprendan la cosmovisión, las creencias y las expresiones culturales de las comunidades indígenas. Esto facilita la comunicación efectiva entre los pacientes y los profesionales de la salud.

Fuente: ASIS

3 COMPONENTE II DEL PTS 2024-2027: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD

De conformidad con el capítulo II de la Resolución 100 de 2024 y el numeral 1.3.2 de los lineamientos de planeación integral para la salud en el ámbito territorial, expedidos por el MSPS, en febrero de 2024, se busca que a partir de la priorización dada por el ASIS se definan las propuestas de respuesta y las recomendaciones para la intervención del territorio.

A través de este proceso, se seleccionan los problemas o necesidades de salud a partir del ordenamiento, valoración y jerarquización de los mismos según los criterios de priorización en salud (magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia y capacidad de intervención).

Las prioridades en salud son las expresiones de problemas, situaciones y condiciones de salud y de calidad de vida de la población en un territorio, que se expresan en causalidades de diverso nivel jerárquico que generan daños, deterioros en la salud y la vida en personas y colectivos, vulnerando el derecho fundamental a la salud en los territorios.

Sobre la base de los resultados que en el capítulo V del ASIS obtuvo el grupo funcional de vigilancia en salud pública, se recalculó la ponderación siguiendo las disposiciones y los criterios de priorización en salud del artículo 19 de la Resolución 100 de 2024 y las orientaciones descritas en el anexo dos de los lineamientos de planeación integral para la salud.

Los resultados de la priorización recalculada utilizando los criterios de la Resolución y el anexo mencionado, son los consagrados en la siguiente tabla:

Tabla No.58. Priorización de problemas, sobre las base de los criterios del MSPS

No.	PROBLEMA IDENTIFICADO	M	P	T	V*	F*	PP	PRIORIDAD
1	DEFICIENTE ACCESO FÍSICO, ECONÓMICO Y SOCIAL A LOS ALIMENTOS EN CANTIDAD Y CALIDAD, PARA EL LOGRO DEL ESTADO DE BIENESTAR GENERAL ESPECIALMENTE EN MENORES DE 5 AÑOS Y FALTA DE ESTIMULO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DEL TERRITORIO, DESNUTRICION: LA TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ES DE 5.7 CASOS POR CADA 100.000 MENORES DE 5 AÑOS. EL PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA ES DEL 23,4% Y EL DE DESNUTRICIÓN AGUDA ES DEL 3,5% (FUENTE: ESTUDIO AÑO 2020).	4	4	4	2	2	16	MUY ALTA
2	ALTA INCIDENCIA DE ABUSO SEXUAL, MALTRATO, DESERCIÓN ESCOLAR EN NNA, AUMENTO SIGNIFICATIVO DEL CONSUMO DE SPA ESPECIALMENTE EN LA POBLACIÓN JOVEN. LA TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO): 6.3 CASOS POR 100.000 HABITANTES. ES MÁS GRAVE EL RIESGO EN LOS HOMBRES CON UNA TASA DE 42,8 CASOS POR CADA 100.000 HOMBRES, QUE SUPERA EL INDICADOR EN LAS MUJERES. LA TASA DE INCIDENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ES DE 52,1 CASOS POR 100.000 HABITANTES Y UNA TASA DE INCIDENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DE 203 CASOS POR 100.000 MUJERES. SE HA IDENTIFICADO QUE LOS GRUPOS DE EDAD CON MAYOR RIESGO PARA VIOLENCIA DE GÉNERO ESTÁN ENTRE 10 A 24 AÑOS DE EDAD, DONDE LAS VÍCTIMAS SON PRINCIPALMENTE MUJERES POSIBLEMENTE POR CONDICIONES DE POBREZA EXTREMA. LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO REPRESENTAN MÁS DEL 80% DE LA MORBILIDAD DE TODOS LOS CICLOS VITALES, CONSTITUYENDO LA PRIMERA CAUSA DEL DEPARTAMENTO DEL META.	4	4	4	1,5	2	15,5	MUY ALTA

3	DEFICIENTE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL-DEFICIENTE INFRAESTRUCTURA EN LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y BARRERAS DE ACCESO Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALMENTE DEL ÁREA RURAL (BARRERAS GEOGRÁFICAS)	4	4	4	1,5	1	14,5	MUY ALTA
4	AUSENCIA DE AUTORIDAD AMBIENTAL, DESEQUILIBRO DEL ENTORNO Y AFECTACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GENERAL, AUSENCIA O DEFICIENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A LA POBLACIÓN RURAL: COBERTURA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO NO ALCANZA AL 50% DE LA POBLACIÓN GENERAL. BRECHA ENTRE EL ACCESO EN LAS ZONAS URBANA Y RURAL BENEFICIANDO AL 28,8% DE LA POBLACIÓN. IRCA: 15,2%. -INFECCIONES RESPIRATORIAS: TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS ES DE 7.9 CASOS POR 100.000 MENORES DE 5 AÑOS, LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SON LA PRINCIPAL CAUSA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL SUBGRUPO DE LAS CONDICIONES TRANSMISIBLES. LAS MORTALIDADES POR IRA SE PRESENTARON EN LOS MUNICIPIOS DE PUERTO GAITÁN, VILLAVICENCIO, GRANADA Y PUERTO LÓPEZ. DENGUE (ETV): LA INCIDENCIA DE DENGUE FUE DE 295 CASOS POR CADA 100.00 HABITANTES Y LA DE DENGUE GRAVE DE 3 CASOS POR CADA 100.00 HABITANTES, SUPERANDO EL INDICADOR NACIONAL	4	4	4	1,5	1	14,5	MUY ALTA
5	DEFICIENTES ESPACIOS PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE Y FALTA DE APOYO A LA EDUCACIÓN Y OTRAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS COMUNIDADES. LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO PARA EL 2020 REGISTRÓ UNA TASA DE 181 MUERTES POR CADA 100.000 HABITANTES; Y POR SUBCAUSAS, TIPO ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN CON UNA TASA DE MORTALIDAD PARA EL AÑO 2020 DE 104,1 CASOS POR CADA 100.000 HABITANTES Y CEREBRO VASCULARES CON UNA TASA PARA EL 2020 DE 26.3 CASOS POR CADA 100.000 HABITANTES. LAS EAPB DEL DEPARTAMENTO DEL META REALIZARON 45 PRIORIZACIONES A LA POBLACIÓN CON RIESGO O ALTERACIONES CARDIO – CEREBRO – VASCULAR – METABÓLICAS MANIFIESTAS.	4	4	4	1	1	14	MUY ALTA
6	IMPACTO NEGATIVO DE LA ORGANIZACIÓN DEL TERRITORIO EN LAS COMUNIDADES Y DEFICIENTE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	4	4	4	1	1	14	MUY ALTA
7	CARENCIA DE LA GARANTÍA DE DERECHOS EN LAS POBLACIONES VULNERABLES COMO VICTIMAS, MUJERES, INDÍGENAS, NEGROS, DISCAPACITADOS, ADULTOR MAYOR, LGTBIQ+: -MUERTE MATERNA: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA DE 71,7 MUERTES MATEERNAS POR CADA 100.000 NACIDOS VIVOS, SIENDO LA TASA DE EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS. LAS EAPB DEL DEPARTAMENTO DEL META REALIZARON 44 PRIORIZACIONES A LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN MATERNO – PERINATAL.	4	4	4	1	1	14	MUY ALTA
8	IMPACTO NEGATIVO DEL CONFLICTO ARMADO Y EL ORDEN PÚBLICO QUE AFECTA A LA POBLACIÓN GENERAL	4	4	4	1	1	14	MUY ALTA
9	DEFICIENCIA EN LA COMUNICACIÓN DE LA CULTURA, CREENCIAS Y COSTUMBRES DE LA POBLACIÓN	2	2	1	1	1	7	MEDIA

Fuente: Construcción propia, a partir de la ponderación del Capítulo V del ASIS participativo

Adicionalmente, una vez conocido el capítulo V del ASIS y de reconocer que lo que predomina es el enfoque por eventos de interés en salud pública, se propuso y aprobó la realización de una priorización administrativa para los programas de inspección, vigilancia y control (IVC), salud pública y aseguramiento y prestación de servicios, los cuales hacen parte del manual de clasificación programático del gasto público del Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Para la priorización enfocada en los resultados administrativos que se han obteniendo en cada uno los grupos funcionales de las diferentes gerencias, se construyeron de manera colectiva situaciones problemáticas reconociendo los resultados obtenidos en las tres gerencias misionales de la Secretaría de Salud del Meta y posteriormente, se generó un formulario de Google (<https://forms.gle/tQjKU9Y4jpUiz7Vq5>) para la captura de información.

En la descripción del formulario, se les recordó a los servidores públicos que priorizar no es dejar de hacer, que la priorización con énfasis administrativos nos indicará donde intensificar las acciones (muy alto y alto),

donde consolidar la respuesta (medio) y donde mantener las actividades (bajo) y se explicaron los cuatro criterios de priorización descritos en la Resolución y los lineamientos:

1. Magnitud del 0 a 100 (tamaño de un problema o necesidad):
2. Pertinencia social e intercultural (grado de coincidencia, en términos de superar el problema o necesidad, entre la percepción de la comunidad, los actores del sistema y el grado de compromiso de la política pública)
3. Transcendencia (que tan duradero es el problema, por sus efectos a través del tiempo)
4. Capacidad de intervención. Se determina con dos categorías. 1) Factibilidad: costo – eficiencia de las actividades y 2. Viabilidad: capacidad de éxito que tiene la actividad.

Los escenarios problemáticos o resultados obtenidos en el programa de inspección, vigilancia y control, incorporados al formulario para efectos de priorización, fueron:

- ✚ Las condiciones de habilitación de los servicios de salud que se brindan en el Departamento son verificadas únicamente en el 55%, es decir que el 45% de los servicios que se le prestan a la población no son monitoreados por la autoridad sanitaria para constatar que se ajusten al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud
- ✚ La cobertura de las acciones de fiscalización sanitaria de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, no supera el 5% de los bienes y servicios de uso y consumo humano ni el 10% de los sujetos de inspección, vigilancia y control sanitario, razón para considerar que la mayoría de la población permanece expuesta, por ejemplo, a intoxicaciones por el consumo de alimentos.
- ✚ El laboratorio de salud pública solo alcanzó el 60% de su operatividad, durante el 2023, producto de la baja inversión realizada, lo que limitó el monitoreo de la inocuidad de los alimentos, la vigilancia de la calidad del agua y el fortalecimiento de las capacidades técnicas de la red de laboratorios del Departamento.
- ✚ La deficiente capacidad de la Secretaría de Salud del Meta, para ejercer el rol de autoridad sanitaria, tomar decisiones efectivas y gestionar soluciones con la participación de los diferentes actores y sectores, se traduce en el bajo estatus sanitario del departamento y la nula influencia del sector salud sobre los determinantes sociales de la salud.

Los escenarios problemáticos o resultados obtenidos en el programa de salud pública, incorporados al formulario para efectos de priorización, fueron:

- ✚ Las acciones de promoción de la salud, ejecutadas por los diferentes actores del sector, siguen sin lograr que las comunidades adopten estilos de vida saludable, mejoren sus entornos y, aún, no impactan significativamente en el bienestar de las personas.
- ✚ Las acciones de prevención, entre las que se destacan las actividades del plan ampliado de inmunizaciones, no alcanzaron coberturas mayores o iguales al 95% en los biológicos trazadores que hacen parte del esquema nacional y, por consiguiente, algunos menores permanecen expuestos a eventos prevenibles en salud.
- ✚ Los procesos de asistencia técnica realizados siguen sin alcanzar el fortalecimiento de las entidades territoriales asistidas, puesto que muy pocos municipios cuentan con capacidades y mecanismos para la gobernabilidad y gobernanza en la salud pública.
- ✚ La vigilancia en salud pública sigue sin apropiarse e implantar estrategias como la vigilancia basada en la comunidad, para la identificación de problemas y riesgos que pueden afectar la salud pública y, por lo tanto, algunas decisiones en salud pública no se fundamentan en información e investigación.

- ✚ El conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos que comprende el PIC, aún no logra la articulación con otros recursos disponibles en el territorio, de otros sectores, que concurran en la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud

Los escenarios problemáticos o resultados obtenidos en el programa de aseguramiento y prestación de servicios de salud, fueron:

- ✚ A corte de 31/12/2023 el MSPS reporta 17792 personas que figuran como población pobre no asegurada, el indicador de cobertura de afiliación del Meta (98.3%) es inferior a la cobertura del nivel nacional (98.9%) y, aunque la cobertura no garantiza una atención de calidad es evidente que el Departamento está en mora de cumplir la disposición legal.
- ✚ La población de las áreas rurales, los adultos mayores y las personas en condición de discapacidad, de los 29 municipios del Departamento, no se atienden de manera diferencial y tienen constantes barreras para acceder a los servicios de salud de forma fácil, oportuna y continua (valoraciones por especialistas, imágenes diagnosticas, dispensación de medicamentos, etc.).
- ✚ La población en general, de los 29 municipios del Departamento, es sometida a tiempos de espera prolongados antes de recibir atención médica especializada lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento y, cuando la reciben, es deshumanizada.
- ✚ Los espacios habilitados para la atención sanitaria de pacientes se concentran en la capital del Departamento, los puestos de salud construidos en las zonas rurales de algunos municipios se encuentran abandonados y las instituciones que prestan servicios de media y alta complejidad están saturados por la remisión de pacientes que debieron ser atendidos en los prestadores de baja complejidad.

El diligenciamiento del formulario y, en consecuencia, la participación en la priorización fue totalmente voluntaria y los criterios aplicados y los resultados que se obtuvieron se registran en las siguientes tablas.

Tabla No. 59 Criterios aplicados para la priorización administrativa

CRITERIOS	BAJO (1)	MEDIO (2)	ALTO (3)	MUY ALTO (4)
1. Magnitud	Cuartil (0-25%)	Cuartil (26-50%)	Cuartil (51-75%)	Cuartil (Mayor a 75%)
2. Pertinencia social e intercultural	Ponderación baja	Ponderación Media	Ponderación Alta	Ponderación Muy Alta
3. Trascendencia	Cuartil (0-25%)	Cuartil (26-50%)	Cuartil (51-75%)	Cuartil (Mayor a 75%)
4. Capacidad de intervención:				
4.1 Factibilidad (0,5 del criterio 4)	Ponderación baja	Ponderación Medio	Ponderación Alta	Ponderación Muy Alta
4.2 Viabilidad (0,5 del criterio 4)	Ponderación baja	Ponderación Medio	Ponderación Alta	Ponderación Muy Alta

Fuente: Anexo 2. Matriz de priorización de problemas (lineamientos de planeación, MSPS, febrero 2024)

Tabla No.60 Resultados del escenario participativo de priorización (competencias)

PROGRAMA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O DEL PRECARIO RESULTADO OBTENIDO	PONDERACIÓN	PRIORIDAD
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	Las condiciones de habilitación de los servicios de salud que se brindan en el Departamento son verificadas únicamente en el 55%, es decir que el 45% de los servicios que se le prestan a la población no son monitoreados por la autoridad sanitaria para constatar que se ajusten al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud	2,81875	ALTO
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	La cobertura de las acciones de fiscalización sanitaria de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, no supera el 5% de los bienes y servicios de uso y consumo humano ni el 10% de los sujetos de inspección, vigilancia y control sanitario, razón para considerar que la mayoría de la	2,54375	ALTO

	población permanece expuesta, por ejemplo, a intoxicaciones por el consumo de alimentos.		
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	El laboratorio de salud pública solo alcanzó el 60% de su operatividad, durante el 2023, producto de la baja inversión realizada, lo que limitó el monitoreo de la inocuidad de los alimentos, la vigilancia de la calidad del agua y el fortalecimiento de las capacidades técnicas de la red de laboratorios del Departamento.]	2,575	ALTO
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	La deficiente capacidad de la Secretaría de Salud del Meta, para ejercer el rol de autoridad sanitaria, tomar decisiones efectivas y gestionar soluciones con la participación de los diferentes actores y sectores, se traduce en el bajo estatus sanitario del departamento y la nula influencia del sector salud sobre los determinantes sociales de la salud.	2,84375	ALTO
SALUD PÚBLICA	Las acciones de promoción de la salud, ejecutadas por los diferentes actores del sector, siguen sin lograr que las comunidades adopten estilos de vida saludable, mejoren sus entornos y, aún, no impactan significativamente en el bienestar de las personas.	2,5875	ALTO
SALUD PÚBLICA	Las acciones de prevención, entre las que se destacan las actividades del plan ampliado de inmunizaciones, no alcanzaron coberturas mayores o iguales al 95% en los biológicos trazadores que hacen parte del esquema nacional y, por consiguiente, algunos menores permanecen expuestos a eventos prevenibles en salud.	2,6375	ALTO
SALUD PÚBLICA	Los procesos de asistencia técnica realizados siguen sin alcanzar el fortalecimiento de las entidades territoriales asistidas, puesto que muy pocos municipios cuentan con capacidades y mecanismos para la gobernabilidad y gobernanza en la salud pública.	2,6625	ALTO
SALUD PÚBLICA	La vigilancia en salud pública sigue sin apropiarse e implantar estrategias como la vigilancia basada en la comunidad, para la identificación de problemas y riesgos que pueden afectar la salud pública y, por lo tanto, algunas decisiones en salud pública no se fundamentan en información e investigación.	2,60625	ALTO
SALUD PÚBLICA	El conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos que comprende el PIC, aún no logra la articulación con otros recursos disponibles en el territorio, de otros sectores, que concurran en la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud	2,63125	ALTO
ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS	A corte de 31/12/2023 el MSPS reporta 17792 personas que figuran como población pobre no asegurada, el indicador de cobertura de afiliación del Meta (98.3%) es inferior a la cobertura del nivel nacional (98.9%) y, aunque la cobertura no garantiza una atención de calidad es evidente que el Departamento está en mora de cumplir la disposición legal.	2,70625	ALTO
ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS	La población de las áreas rurales, los adultos mayores y las personas en condición de discapacidad, de los 29 municipios del Departamento, no se atienden de manera diferencial y tienen constantes barreras para acceder a los servicios de salud de forma fácil, oportuna y continua (valoraciones por especialistas, imágenes diagnósticas, dispensación de medicamentos, etc.).	2,86875	ALTO
ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS	La población en general, de los 29 municipios del Departamento, es sometida a tiempos de espera prolongados antes de recibir atención médica especializada lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento y, cuando la reciben, es deshumanizada.	2,9625	ALTO

ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS	Los espacios habilitados para la atención sanitaria de pacientes se concentran en la capital del Departamento, los puestos de salud construidos en las zonas rurales de algunos municipios se encuentran abandonados y las instituciones que prestan servicios de media y alta complejidad están saturados por la remisión de pacientes que debieron ser atendidos por los prestadores de baja complejidad.	2,9875	ALTO
--	---	---------------	-------------

Fuente: Respuestas enviadas al formulario de Google <https://forms.gle/tQjKU9Y4jpUiz7Vq5>

La puntuación y ponderación alcanzada, producto de la participación de 20 servidores públicos, no mostró diferencias sustanciales, sin embargo la situación que mayor ponderación obtuvo fue: “Los espacios habilitados para la atención sanitaria de pacientes se concentran en la capital del Departamento, los puestos de salud construidos en las zonas rurales de algunos municipios se encuentran abandonados y las instituciones que prestan servicios de media y alta complejidad están saturados por la remisión de pacientes que debieron ser atendidos por los prestadores de baja complejidad” (2,9875 sobre 4).

4 COMPONENTE III DEL PTS. COMPONENTE ESTRATÉGICO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL

Según el capítulo III de la Resolución 100 de 2024 y el numeral 1.3.3 de los lineamientos de planeación integral para la salud en el ámbito territorial expedidos por el MSPS, el componente estratégico está orientado a construir la visión prospectiva de la salud en el territorio, los objetivos, las metas y las estrategias del PTS 2024-2027 vinculándolas a los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031, en armonía con el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la APS.

En consecuencia, para construir la visión prospectiva y vincular el PTS a la estructura programática del PDSP, consideramos necesario transcribir los fines, el objetivo general y las metas estratégicas del PDSP, luego precisar el contenido de la matriz que sintetiza el componente estratégico, posteriormente realizar las asociaciones con los objetivos de desarrollo sostenible, con las transformaciones del PND, con las políticas públicas transversales del departamento del Meta y la estructura programática del PDD y, finalmente incorporar la matrices del componente estratégico y de inversión plurianual.

4.1 Fines, objetivo general, ejes y metas estratégicas del PDSP 2022-2031

La Resolución 2367 de 2023 contempla como fines de la salud pública para el próximo decenio los siguientes:

1. Garantizar del derecho fundamental a la salud mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto para la generación de impactos positivos en los determinantes sociales de la salud.
2. Mejorar las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de las personas, familias y comunidades que habitan en el territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos.
3. Reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en los años de vida saludables.
4. Garantizar el goce efectivo de un ambiente sano y la mejora de la salud ambiental mediante la acción intersectorial para la protección de los ecosistemas y la generación de territorios, entornos y comunidades saludables, resilientes y sostenibles.
5. Implementar el abordaje del sistema propio de salud de los pueblos reconociendo las dinámicas del territorio y las condiciones socioculturales que contribuyan a la toma de decisiones en salud.

El numeral 5.3 del anexo técnico para la implementación del PDSP consagra como objetivo general:

Avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano, mediante el reconocimiento de sus necesidades y particularidades contextuales, culturales y sociales, la gestión y operación de los determinantes sociales de la salud a partir de la acción territorial, institucional, intersectorial, interseccional, y social de forma articulada, diferencial y sostenible.

Los ejes estratégicos del PDSP, normado por las Resoluciones 1035 de 2022 y 2367 de 2023 son:

1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública.
2. Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, genero – diversidades, condiciones y situaciones.
3. Determinantes sociales de la salud (DSS).
4. Atención primaria en salud (APS).
5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias.
6. Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria.
7. Personal en salud.

Las metas sanitarias del PDSP se agruparon en las tablas 12 y 13 del numeral 10.4 del capítulo 10 del anexo técnico para la implementación del PDSP y se dividieron en metas estratégicas y metas de resultado en salud.

Tabla No. 61 Metas estratégicas del PDSP 2022-2031

1	METAS ESTRATEGICAS DE GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA
1,1	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.
1,2	A 2031 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.
1,3	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.
1,4	A 2031 el 100% de las entidades territoriales departamentales y distritales contarán con una participación de organizaciones de base comunitaria y estructuras o formas de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de pueblos y comunidades étnicas como parte de la red integral e integrada territorial de salud según disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social.
1,5	A 2031 el 100% de los escenarios de participación existentes en los departamentos, distritos y municipios inciden en la gestión y la toma de decisiones en la inversión pública del sector salud y la garantía del derecho fundamental a la salud.
2	METAS ESTRATEGICAS DE PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS, MUJERES, POBLACIÓN CAMPESINA, LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICIÓN Y/O SITUACIÓN.
2,1	A 2031 el 100% de entidades territoriales departamentales, distritales y municipales que tienen en su territorio pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom han establecido acuerdos para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.
2,2	A 2031 el 100% de entidades territoriales departamentales, distritales y municipales que tienen en su territorio pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom integran en sus planes territoriales de salud los acuerdos resultantes para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.
2,3	A 2031 el 100% de entidades territoriales departamentales, distritales y municipales han implementado la Estrategia de Transversalización del Enfoque de Género en la Planeación Integral en Salud.
2,4	A 2031 el 100% de los espacios e instancias intersectoriales incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas.
2,5	A 2031 el 100% de los gobiernos departamentales, distritales y municipales lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de desventaja social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales.
2,6	A 2031 el 100% de las entidades territoriales departamentales, distritales han implementado las medidas de atención para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.
2,7	A 2031 el 100% de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales han adoptado la Política de Salud Plena para las mujeres que garantice el goce pleno de sus derechos.

2,8	A 2031 el 100% de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales han adoptado los lineamientos para la superación de barreras de acceso y atención para el ejercicio del derecho a la salud de las personas OSIGD-LGBTI.
2,9	A 2031 el 100% de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales han adoptado la estrategia sectorial de lucha contra la trata.
2,10	A 2031 los centros de atención sociosanitaria para personas habitantes de la calle, personas mayores, mujeres víctimas de violencia, se encuentran inscritos en el registro de entidades prestadores de servicios socio-sanitarios, REPSO.
2,11	A 2031 los centros de larga estancia cuentan con estándares mínimos de funcionamiento para la garantía de los derechos de las personas mayores.
2,12	A 2031 las entidades territoriales implementan el plan de atención sectorial a población migrante colombianos retomados y comunidades de acogida.
2,13	A 2031 el 100% de las entidades territoriales implementan la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC) en los territorios
3	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
3,1	A 2031 el 100% de los departamentos, distritos y municipios del País integran en sus planes de desarrollo territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.
3,2	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
4	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
4,1	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.
4,2	A 2031 se fortalecerá por lo menos el 50 % de la infraestructura pública en salud que se identifique y priorice para incrementar la oferta equitativa de servicios de baja, mediana y alta complejidad fortaleciendo la atención primaria en salud.
4,3	A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud — RIITS conforme al modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud — APS
4,4	A 2031 operarán en el territorio nacional el 100% de los equipos básicos interdisciplinarios proyectados con base en las dinámicas poblacionales y territoriales para el fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria.
4,5	A 2031 los servicios de salud de mediana y alta complejidad han mejorado la eficiencia, efectividad y oportunidad de la atención en salud como dimensiones de la calidad en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo.
5	CAMBIO CLIMÁTICO, EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS
5,1	A 2031 se establecerán en el 100% de los departamentos y distritos, sistemas de alerta temprana para la identificación del riesgo por el cambio climático y la posible vulnerabilidad de la población desde un enfoque territorial.
5,2	A 2031 se fortalecerán en el 100% de los departamentos y distritos, las capacidades de los profesionales del sector salud en lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático.
5,3	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)

6	CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA
6,1	A 2031 se fortalecerá en el 100% de los territorios la apropiación social del conocimiento en salud pública y el desarrollo de investigaciones que den respuesta a las necesidades en salud de cada territorio
6,2	A 2031 se fortalecerán en el 100% de los departamentos y distritos las capacidades técnicas y de investigación en salud pública del personal de salud.
6,3	A 2031 en el 100% de los departamentos y distritos se fortalecerá la generación, recuperación y divulgación de conocimientos científicos, conocimientos tradicionales y saberes ancestrales.
6,4	A 2031 estarán en producción el 80 % de las tecnologías estratégicas en salud (TES) para enfermedades desatendidas, huérfanas, tropicales, y transmitidas por vectores, entre otras priorizadas.
6,5	A 2031 se logrará el abastecimiento del 80% de las tecnologías estratégicas en salud de difícil consecución.
7	PERSONAL DE SALUD
7,1	Aumentar la densidad a 44,5 profesionales de la salud por 10.000 habitantes en municipios con alta dispersión descritos en la resolución 2809 de 2022
7,2	Reducir a la mitad la brecha de ingresos entre profesionales de la salud que realizan actividades en municipios con alta dispersión con respecto a zonas urbanas y entre los géneros.
7,3	Reducir en un 50% la brecha territorial del THS entre áreas urbanas y rurales
7,4	Incrementar al doble el número de cargos de planta de las entidades territoriales de orden departamental, distritales y municipales contribuyendo al fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la salud pública
7,5	Incrementar al doble el número de cargos de planta para el Talento Humano en Salud que realiza la prestación de los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado
7,6	Se contará con al menos un promotor de salud por cada equipo básico de salud reconocidos por las comunidades, formados y vinculados en el marco del fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria en salud.
7,7	Lograr que el 100% de las secretarías de salud departamentales y distritales establezcan una estructura organizacional para la planificación y gestión estratégica del THS
7,8	Implementación del 100% de los acuerdos regionales para la definición de los mínimos de formación del THS, enfoques pedagógicos con énfasis en la educación interprofesional y prácticas formativas acordes con realidades y necesidades de las poblaciones en el marco de la estrategia nacional de formación territorial, intercultural de APS, salud pública y salud colectiva.

Fuente: Resolución 2367 de 2023

Tabla No.62 Metas de resultado en salud del PDSP 2022-2031

No.	METAS DE RESULTADO PDSP 2022-2031 (RES. 2397 DE 2023)	LINEA DE BASE	AÑO
1	A 2031, reducir a 32 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna	50,7	2019
2	A 2031, reducir a 13,5 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad perinatal	15	2020
3	A 2031, reducir a 6 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad neonatal	6,7	2020
4	A 2031, mantener en < 9% la proporción de bajo peso al nacer	9,1	2020
5	A 2031, reducir a 15,3 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	17,34	2019

6	A 2031, se logra reducir la tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por cada 1.000 nacidos vivos	2,8 por mil nacidos vivos (incluidos los mortinatos)	2020
7	A 2031, se logra mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH al 2% o menos, en niños y niñas menores de 2 años	2%	2018
8	A 2031, reducir en 50% la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	13,4	2019
9	A 2031, reducir en 50% la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	5,91	2019
10	A 2031, reducir a 5 por cada 100.000 menores de 5 años la tasa de mortalidad asociada a desnutrición aguda.	6,75 por 100.000 menores de 5 años	2020
11	A 2031, reducir a 10,3 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 5 años	14,6 preliminar	2022
12	A 2031, el 40% de los niños menores de 6 meses tienen lactancia materna exclusiva	36,10%	2015
13	A 2031, contar con 600 entidades públicas y empresas que según la Ley 1823 de 2007, adaptan espacios para la implementación de las salas de lactancia materna en el entorno laboral.	348	2021
14	A 2031, disminuir 20% la prevalencia por retraso en talla en menores de 5 años.	10,8	2015
15	A 2031, reducir en un 20% la prevalencia de anemia en los niños, niñas menores de 5 años	24,7	2015
16	A 2031, Colombia logrará coberturas útiles de vacunación (95% - biológicos trazadores).	Niños y niñas recién nacidos con Hepatitis B: 88,6%. Niños y niñas menores de un año tercera dosis de pentavalente: 93.5%. Niños y niñas de 12 a 23 meses primera dosis de triple viral: 94,5%. Niños y niñas de 5 años segundo refuerzo de DPT: 89,1%	2019
17	Al 2031, Colombia mantendrá la implementación de los planes orientados a la erradicación de Poliomiélitis, eliminación de Sarampión y Rubéola, control y eliminación de eventos inmunoprevenibles, Síndrome de Rubéola Congénita, Tétanos Neonatal, Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meningea, Hepatitis A, B y C, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Meningococo, diarreas por Rotavirus, Tos ferina, Parotiditis e Influenza, eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.	1	2021
18	A 2031, Colombia aumentará a un 90%, la cobertura de vacunación de VPH en niños y niñas de 9 años de edad	Cobertura de niñas de 9 años: 34,1. Cobertura de niños de 9 años: Sin dato	2019
19	A 2031, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 10 a 14 años a cero nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años.	2,21	2020
20	A 2031, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a menos de 40 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años.	54,42	2020
21	A 2031, Colombia reducirá a menos del 14 % el porcentaje de embarazos subsiguientes en adolescentes de 15 a 19 años.	24	2020

22	A 2031, la prevalencia del uso actual de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en mujeres de 13 a 49 años será superior al 25 %.	14%	2015
23	A 2031, el 70% de las mujeres entre 25 y 29 años son tamizadas para cáncer de cuello uterino con citología cervicouterina.	51.13%	2020
24	A 2031, el 55% de hombres entre 50 y 75 años son tamizados para cáncer de próstata	En procesamiento	2021
25	A 2031, el 40% de personas entre 50 y 75 años son tamizadas para cáncer de colon y recto con sangre oculta en heces por inmunoquímica	1.8 (adultez). En procesamiento Resolución 202/21 – RIPS (vejez)	2020
26	A 2031 incrementar a 60% la proporción de casos de cáncer de mama detectados en estadios tempranos I a IIA	Estadio I y II: 49.38%	2020
27	A 2031, el 70% de las mujeres de 30 a 65 años son tamizadas para cáncer de cuello uterino con pruebas de ADN-VPH	En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020
28	A 2031, el 70% de las mujeres de 50 a 69 años son tamizadas para cáncer de mama con mamografía bienal.	23.87% (adultez). En procesamiento Resolución 202/21 – RIPS (vejez)	2020
29	A 2031, incrementar por encima del 35% la proporción de casos de cáncer de colon y recto diagnosticados en estadios tempranos	30,82	2020
30	A 2031, aumentar al 80% las personas diabetes controladas	54.18%	2020
31	A 2031, aumentar en un 70% el porcentaje de captación de personas con hipertensión arterial.	55%	2020
32	A 2031 garantizar la supervivencia global en niños, niñas y adolescentes con leucemias por encima del 70%.	57.7	2012-2016
33	A 2031 garantizar la supervivencia global en niños, niñas y adolescentes con linfoma por encima del 85%	84.1	2012-2016
34	A 2031 garantizar la supervivencia global en niños, niñas y adolescentes con cáncer infantil del sistema nervioso central por encima de 60%.	51.9	2012-2016
35	A 2031, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de colon y recto transcurran en promedio 30 días o menos	42,35 días	2020
36	A 2031, garantizar la oportunidad de acceso al tratamiento en 5 días en los menores de 18 años con diagnóstico de LAP.	23,4 días	2020
37	A 2031 incrementar a 69% la proporción de casos de cáncer de próstata diagnosticados en estadios tempranos	LB: 67,46 CAC (estadios I y II)	2020
38	A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de colon y recto transcurran en promedio 30 días o menos	61,64 días	2020
39	A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de colon y recto a 5 por 100.000 habitantes	6,6 x 100.000 hab.	2020
40	A 2031, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de cuello uterino transcurran en promedio 30 días o menos	En procesamiento	2020
41	A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de cuello uterino transcurran en promedio 30 días o menos	79,13 días	2020
42	A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 por 100.000	7,04 x 100.000 mujeres	2020

43	A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de mama transcurran en promedio 30 días o menos	70,25 días	2020
44	A 2031, mantener la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama en 14 por 100.000	14,42 x 100.000 hab.	2020
45	A 2031, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de próstata transcurran en promedio 30 días o menos	En procesamiento	2020
46	A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de próstata transcurran en promedio 30 días o menos	Tasa ajustada para la edad LB: 87,66 días CAC	2020
47	A 2031, reducir a 10,9 casos por 100.000 habitantes la mortalidad de cáncer de próstata	13,8 x 100.00hab.	2020
48	A 2031, mantener la tasa ajustada de mortalidad por melanoma en 0,7 por 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad 0,75	2019
49	A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de pulmón a 7 por 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón: 9,16	2019
50	A 2031, se reducirá la tasa ajustada de mortalidad por cáncer infantil a menos de 4,00 x 100000 niños, niñas y adolescentes	4,41x100.000 hab.	2020
51	A 2031, reducir la mortalidad ajustada por cáncer de estómago a 8 por 100.000 habitantes	9.13	2021
52	A 2031, garantizar al 50% que las personas con cáncer accedan a consulta inicial de cuidado paliativo	138.000 casos nuevos	2020
53	A 2031 garantizar la supervivencia global en niños, niñas y adolescentes con leucemias por encima del 70%.	57,7	2012-2016
54	A 2031, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% en la población de 30 a 70 años.	238,76x100.000 hab.	2020
55	A 2031, reducir la prevalencia de consumo de tabaco en población general de 12 a 65 años por debajo de 6%	9,75% en población entre 12 y 65 años	2019
56	A 2031, triplicar los impuestos específicos indexados al IPC para productos de tabaco y sus derivados.	\$2.800 por cajetilla de 20 unidades.	2021
57	A 2031, Colombia aumentará la edad de inicio de consumo de sustancias ilícitas a más de 14 años en población en edad escolar.	13.6 años	2016
58	A 2031, Colombia aumentará la edad inicio de consumo de alcohol a más de 14 años en población en edad escolar.	12.85 años	2016
59	A 2031, Colombia reducirá en 10% la prevalencia de último año el consumo de marihuana en población escolar	7,97	2016
60	A 2031, Colombia disminuirá en 10% la prevalencia año del consumo de alcohol en población escolar.	59,59	2016
61	A 2031, la prevalencia de caries se reduce al menos en 10 puntos porcentuales en primera infancia, en infancia y en adolescencia.	ENSAB IV 2013-2014. 33,84% Primera Infancia 37,45 Infancia (12 años) 44,49 Adolescencia (15 años)	2014
62	A 2031, las personas sin pérdida dental (dentición permanente) por enfermedad bucodental prevenible, se incrementa en 5 puntos porcentuales (mínimo) en las edades de 20-34 años; 35-44 años; 45-64 años y 65-79 y más años	ENSAB IV 2013-2014 Prevalencia de pérdida dental: 20-34 años: 45,49% 35-44 años: 82,69% 45-64 años: 95,32% 65-79 años: 98,90%	2014

63	A 2031 el 30% de los niños y niñas entre 3 y 5 años cumplen las recomendaciones de actividad física a través del juego activo	25,60%	20,15
64	A 2031, incrementar el 10% de los niños y niñas entre 6 y 12 años cumplan las recomendaciones de actividad física	31,10%	20,15
65	A 2031, el 17.3% de los adolescentes cumplen las recomendaciones de actividad física	13,40%	20,15
66	A 2031, el 25% de la población entre 18 y 64 años cumple las recomendaciones de actividad física en tiempo libre	22,50%	2015
67	A 2031, el 100% de las entidades territoriales habrán implementado la Política Integral de Salud Ambiental (PISA)	0	2022
68	A 2031, el 80% de los municipios contará con la Certificación Sanitaria expedida mediante el Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano-SIVICAP	41%	2020
69	A 2031, el 100% de las DTS departamentales, distritales y municipios habrán implementado las estrategias de Entornos Saludables	0	2022
70	A 2031, se formularán acciones de adaptación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aporten a reducir los casos de enfermedades sensibles al clima en el 100% de las Entidades Territoriales en el sector salud, del nivel departamental, distrital y estarán implementadas en un 40% de éstas.	0	2022
71	A 2031, en el 100 % de las entidades territoriales departamentales y distritales implementarán el Plan Nacional de Gestión Enfermedades Huérfanas/Raras	0	2022
72	A 2031, el 15% de municipios logran condiciones de eliminación de enfermedad de Chagas congénito acorde a los lineamientos emitidos por la OPS	0	2021
73	A 2031 se alcanzarán coberturas de desparasitación masiva para el complejo teniasis/cisticercosis en la población en riesgo de cada foco priorizado, de al menos el 80% en cada ronda anual de tratamiento.	0	2021
74	A 2031, se reducirá la letalidad acumulada (2022- 2031) por dengue a menos del 0,1%.	0,13%	2012-2020
75	A 2031, se reduce 20% la letalidad acumulada (2022- 2031) por enfermedad de Chagas agudo.	7,50%	2012-2021
76	A 2031, 130 municipios han logrado la certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T. cruzi por vectores domiciliados acorde a los lineamientos emitidos por la OPS.	66 municipios	2021
77	A 2031 departamentos y distritos con población en riesgo, logran alcanzar y mantener las coberturas anuales de desparasitación antihelmíntica iguales o superiores al 75%, en niños elegibles en edad preescolar y escolar.	Escolar de 5 a 14 años 54,77%. Preescolares (1 a 4 años): 0%	2019
78	A 2031, el 100% de las IPS de mediana y alta complejidad, implementan las estrategias de prevención y control de las IAAS y RAM, en todos sus componentes.	20%	2021
79	A 2031, 50% de las personas que son confirmadas por banco de sangre para HTLV, VIH, Hepatitis B y C, enfermedad de Chagas y sífilis acceden a la atención integral en salud.	0% de HTLV: 321 casos; VIH: 903 casos; Hep B:193 casos; Hep C: 77 casos; Enfermedad de Chagas: 590 casos	2021
80	A 2031, el 20% de los municipios de los focos de leishmaniasis visceral logran condiciones de eliminación como problema de salud pública acorde a los lineamientos emitidos por la OPS.	0 de 47 municipios	2021

81	A 2031, se reduce el 15% los casos de Leishmaniasis cutánea acumulados (2022-2031) en menores de 10 años de edad.	9,50%	2012-2019
82	A 2031, se logra disminuir en un 50% la tasa de discapacidad grado severo en las personas con diagnóstico nuevo de lepra.	0,58 x 1,000.000 hab	2021
83	A 2031, se logra disminuir en un 50% la tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen	0,07 x 10,000 hab	2021
84	A 2031, se reduce en 40% las muertes por malaria en el periodo 2022- 2031.	196 muertes	2012-2020
85	A 2031, 15% de municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 4 a 3	Los municipios clasificados con: Estrato 1: 377 municipios, Estrato 2: 77 municipios sin población a riesgo de malaria, Estrato 3: 206 municipios, Estrato 4: 390 municipios, Estrato 5: 72 municipios	2021
86	A 2031, 30% de Departamentos desarrollan acciones de control relacionadas con la rabia humana asociada a los linajes del ciclo silvestre	0 departamentos y municipios	2021
87	A 2031, 25% de municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 5 a 4	72 municipios: riesgo 5; 390 municipios: riesgo 4	2021
88	A 2031, el 100% de las DTS departamentales, distritales y municipios categorías especial, 1, 2 y 3 a riesgo, implementan los planes estratégicos para la vigilancia y control de zoonosis (brucelosis bovina, toxoplasmosis congénita y gestacional, accidente ofídico).	10% implementación de planes estratégicos en DTS departamentales y distritales	2012-2021
89	A 2031, el 100% de los departamentos endémicos realizan la caracterización epidemiológica y serológica del pian y se realizan intervenciones.	0	2020
90	A 2031, 50% de departamentos y distritos logran condiciones de eliminación de la rabia transmitida por perros.	0 departamentos y municipios	2021
91	A 2031, el 100% de las entidades territoriales departamentales, endémicas para tracoma, logran cada año coberturas de administración masiva de azitromicina iguales o superiores al 80% según lineamiento nacional	0%	2021
92	A 2031, se reducirá el 20% la prevalencia anual acumulada de personas con Triquiasis Tracomatosa (TT)	0,29 x 1000 hab	2021
93	A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis	71%	2020
94	A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia.	1,93 x 100,000 habitantes	2020
95	A 2031, mantener la tasa de mortalidad de suicidio por debajo de 5	5,5 por 100.000 habitantes	2020
96	A 2031, disminuir la tasa de homicidios a 16,4 por 100.000 habitantes.	24,37 x 100.000 habitantes	2020
97	A 2031, disminuir la tasa de violencia interpersonal a 230 por 100.000 habitantes	240 por 100.000 Habitantes	2021

Fuente: Resolución 2367 de 2023

4.2 Asociaciones del PTS con los ODS, el PND, las políticas públicas de orden departamental, con la estructura programática del PDD y con pueblos y comunidades

Las acciones del PTS se asocian con los siguientes ODS:

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



El PTS se asocia con las siguientes transformaciones del Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia Mundial de la Vida”:



El PTS se asocia con las siguientes políticas públicas de orden departamental:

Tabla 63. Políticas públicas de orden departamental con las que se asocian las acciones del PTS

No.	POLÍTICA PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL META
1	Política pública de derechos humanos, derecho internacional humanitario y paz para el departamento del Meta
2	Política pública de envejecimiento y vejez del departamento del Meta
3	Política pública de equidad de género para las mujeres del Meta
4	Política pública de seguridad alimentaria y nutricional para el departamento del Meta
5	Política pública diferencial étnica para la comunidad afrometense
6	Política pública discapacidad e inclusión social del departamento del Meta
7	Política pública indígena del departamento del Meta

8	Política pública infancia y adolescencia
9	Política pública intergeneracional de juventud del Meta
10	Política pública para la inclusión de población LGBTI del departamento del Meta
11	Política pública para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas se declara la política pública de control de control a la oferta de sustancias psicoactivas en el Departamento

Fuente: Base de datos de políticas públicas de orden departamental

El PTS se asocia con la estructura programática del PDD 2024-2027, de la siguiente manera:

Tabla No.64. Asociación del PTS 2024-2027, con la estructura programática del PDD

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	NOMBRE DEL PILAR, DEL EJE, DE LA LÍNEA O DEL PROGRAMA
PILAR DE GOBIERNO No.4	Desarrollo social para la unidad del Meta
4.1 EJE ESTRATÉGICO 4	Primero lo Social
4.1.7 LÍNEA ESTRATÉGICA	Salud para el Meta
4.1.7.1 PROGRAMA	Inspección, vigilancia y control para mejorar la salud
4.1.7.2 PROGRAMA	Salud pública para mejorar la salud de las poblaciones
4.1.7.3 PROGRAMA	Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud para mejorar la salud

Fuente: PDD puesto en consideración de la Asamblea departamental

El PTS contempla asociaciones diferenciales con:

Tabla No.65 Pueblos y comunidades y otras poblaciones por condición y/o situación

No.	POBLACIÓN	ASOCIACIÓN
1	Población campesina	Directa
2	Población con discapacidad	Directa
3	Población en situación de calle	Directa
4	Población indígena	Directa
5	Población OSEIGD	Directa
6	Población migrante	Directa
7	Población víctima del conflicto armado	Directa
8	Prioridades de política pública en mujeres	Directa
9	Población afrodescendiente	Directa

Fuente: Resolución 2367 de 2023 (PDSP 2022-2031)

4.3 Subcomponente estratégico del PTS 2024-2027

El propósito es definir las apuestas del sector salud a corto y mediano plazo y sintetizarlas en la matriz denominada “componente estratégico”, la cual contiene la siguiente información:

- ✚ La descripción de la transformación esperada del territorio.
- ✚ La relación de las intervenciones requeridas con los ejes, el objetivo, los resultados, las estrategias y las metas de los ejes estratégicos del PDSP.
- ✚ La relación de las intervenciones requeridas con los pilares y componentes del modelo de salud preventivo y predictivo.

- ✚ La visión, los objetivos, las estratégicas y las metas estratégicas del PTS y su asociación con las metas estratégicas del PDSP.
- ✚ Las metas de resultado del PTS, el indicador, la línea base y los valores esperados durante el cuatrienio y, su asociación con las metas de resultado en salud del PDSP

En consecuencia, antes de incorporar la matriz del componente estratégico se describe la visión, los principios y objetivos, las metas estratégicas y las metas de resultado en salud del PTS 2024-2027.

4.3.1 Visión, principios, objetivos y metas estratégicas y de resultados en salud del PTS

Visión del PTS 2024-2027:

Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y en mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.

Principios del PTS 2024-2027:

El PTS acoge los principios descritos en la Ley 1751 de 2015, los consagrados en la Resolución 2367 de 2023 y, entre ellos, destaca los siguientes:

1. Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
2. Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.
3. Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.
4. Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.
5. Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud
6. Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal
7. Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población
8. Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global

9. Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)
10. Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Objetivos estratégicos del PTS 2024-2027

- ✚ Implementar un plan integral, contemplando indicadores específicos, para fortalecer las capacidades de la Secretaría de Salud del Meta en la rectoría, gobernabilidad y gobernanza en salud pública, con el fin de consolidar su rol como autoridad sanitaria.
- ✚ Apropiar el modelo de salud preventivo y predictivo, fundamentado en los principios y elementos de la atención primaria de salud y centrado en las personas, las familias y comunidades, para garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento
- ✚ Incrementar los servicios de salud que cumplen las condiciones de habilitación y fiscalizar a los demás actores del SGSSS, para garantizar la integridad del sector y brindar acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad a los habitantes del Departamento.
- ✚ Fiscalizar con enfoque de riesgo los bienes y servicios de uso y consumo humano y contribuir en el aseguramiento sanitario de las cadenas productivas, para reducir la carga de enfermedad atribuible a dichos factores y mejorar el estatus sanitario del Departamento.
- ✚ Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
- ✚ Ampliar, remodelar y dotar la infraestructura hospitalaria, desde los centros de atención primaria en salud hasta la alta complejidad, para incrementar disponibilidad, accesibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud de manera articulada con los actores del SGSSS.
- ✚ Acordar y transferir oportunamente los recursos del sistema, para garantizar la prestación de servicios a la población por condición y/o situación, para eventos trazadores y para financiar la investigación en salud.

Metas estratégicas del PTS 2024-2027

1. A 2027, la gobernación del Meta habrá fortalecido sus capacidades para el ejercicio de la rectoría en salud, la gobernanza en salud pública y la gestión del conocimiento.
2. A 2027, la gobernación del Meta junto con los demás actores del sistema garantiza el primer contacto en salud, de los habitantes del Departamento, a través de equipos básicos de salud.
3. A 2027, la gobernación del Meta incrementará los espacios habilitados para la atención sanitaria de pacientes en la red pública de prestadores de servicios de salud y habrá apoyado dos procesos de acreditación.
4. A 2027, la gobernación del Meta reducirá la carga de enfermedad atribuible a factores ambientales y los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana.

5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.
6. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y generará respuestas inter y transectoriales en beneficio de pueblos y comunidades étnicas y otras poblaciones por situación y/o condición.
7. A 2027, la gobernación del Meta avanzará en la transformación de circunstancias injustas relacionadas con los peores resultados de salud y materializará acciones sectoriales e intersectoriales que reduzcan brechas sociosanitarias.
8. A 2027, la gobernación del Meta logrará prestar más y mejores servicios de salud, de mayor requerimiento tecnológico y talento humano especializado, en la red pública de prestadores de servicios de salud.
9. A 2027, la gobernación del Meta contribuirá, desde el marco de sus competencias, en el desarrollo de mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua y, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.

Metas de resultado en salud del PTS 2024-2027

Tabla No.66. Metas de resultado en salud del PTS 2024-2027

No.	META DE RESULTADO ADAPTADA AL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028	UNIDAD MEDIDA	LÍNEA BASE	AÑO BASE	META A 2027 (CUATRIENIO)
1	A 2027; Mantener menor o igual a 46,6 la razón de mortalidad materna	100,000 nacidos vivos	46,6	Promedio años 2017 a 2023	≤ a 46,6
2	A 2027; Mantener menor o igual a 9,2 la tasa de mortalidad infantil	1.000 nacidos vivos	9,2	Promedio años 2020 a 2023	≤ a 9,2
3	A 2027; Reducir a 2 la tasa de incidencia de sífilis congénita	1.000 nacidos vivos	3,3	Promedio años 2015 a 2023	2
4	A 2027; Reducir a 15 la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	100.000 niños menores de 5 años	16,7	Promedio años 2018 a 2023	15
5	A 2027; Mantener menor o igual a 2,4 la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	100.000 niños menores de 5 años	2,4	2023	≤ a 2,4
6	A 2027; Reducir a 5 la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en niños menores de 5 años	100.000 niños menores de 5 años	8,7	Promedio años 2019 a 2023	5
7	A 2027; Mantener menor o igual a 12,6 la tasa de mortalidad en menores de 5 años	1.000 niños menores de 5 años	12,6	Promedio años 2020 a 2023	≤ a 12,6
8	A 2027; Reducir a 12 la prevalencia por desnutrición crónica	Porcentaje	23,5	2020	12
9	A 2027; Alcanzar mínimo el 95% de las coberturas de vacunación en los biológicos trazadores que hacen parte del esquema nacional	Porcentaje	87	2023	≥ a 95
10	A 2027; Reducir a 17 el porcentaje de embarazos subsiguientes de 15 a 19 años	Porcentaje	0,229	Promedio años 2015 a 2023	0,17

No.	META DE RESULTADO ADAPTADA AL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028	UNIDAD MEDIDA	LÍNEA BASE	AÑO BASE	META A 2027 (CUATRIENIO)
11	A 2027; Incrementar a 60 la proporción de casos de cáncer de mama detectados en estadios tempranos I a IIA	Porcentaje	49,38	2020 nivel Nacional	60
12	A 2027; Incrementar a 50 la proporción de mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino con pruebas de ADN-VPH	Porcentaje	SLB	No aplica	50
13	A 2027; Incrementar a 50 la proporción de mujeres tamizadas para cáncer de mama con mamografía bienal	Porcentaje	0,2387	2020 nivel Nacional	50
14	A 2027; Incrementar al 70% la personas diabetes controlada	Porcentaje	0,542	2023	0,7
15	A 2027; Incrementar al 70% el porcentaje de captación de personas con hipertensión arterial	Porcentaje	0,55	2020 nivel Nacional	0,7
16	A 2027; Reducir a 10 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	100.000 mujeres	13,5	Promedio años 2016 a 2023	10
17	A 2027; Disminuir al 6% la prevalencia de consumo de tabaco en la población general	Porcentaje	0,098	2019	0,06
18	A 2027; Mantener menor o igual a 4,5% la prevalencia de consumo de marihuana en la población escolar	Porcentaje	4,5	2016	≤ a 4,5
19	A 2027; Mantener menor o igual a 32,8 la prevalencia del consumo de alcohol en la población escolar	Porcentaje	32,8	2020	≤ a 32,8
20	A 2027; Mantener menor o igual a 7,2 la tasa de mortalidad de suicidio	100.000 habitantes	7,2	2023	≤ a 7,2
21	A 2027; Reducir a 230 la tasa de violencia de genero e intrafamiliar	100.000 habitantes	237	2023	230
22	A 2027; Mantener menor o igual a 0,11 % la letalidad anual por Dengue	Porcentaje	0,0011	2023	≤ a 0,11%
23	A 2027; Reducir a 3.0 la tasa de mortalidad por tuberculosis	100.000 habitantes	3,4	Promedio años 2016 a 2023	3
24	A 2027; Incrementar al 100% la proporción de IPS con estrategias de prevención y control de IAAS y RAM	Porcentaje	20	2023	100
25	A 2027; Mantener menor o igual al 2% la transmisión materno infantil del VIH	Porcentaje	2	Promedio años 2016 a 2023	≤ a 2%
26	A 2027; Aumentar 6 puntos porcentuales la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos de larga duración reversibles en mujeres de 13 a 49 años	Porcentaje	0,14	2015	0,2
27	A 2027; Aumentar al 50% la cobertura de desparasitación antihelmintica, en niños elegibles en edad preescolar y escolar	Porcentaje	0,15	2023	0,5
28	A 2027; Mantener en cero (0) la mortalidad por Malaria	Número	0	2023	0

No.	META DE RESULTADO ADAPTADA AL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2028	UNIDAD MEDIDA	LÍNEA BASE	AÑO BASE	META A 2027 (CUATRIENIO)
29	A 2027; Reducir a 230 la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en la población de 30 a 70 años	100.000 habitantes	238	2023	230
30	A 2027; Mantener en cero la letalidad por rabia	Número	0	2023	0
31	A 2027; Reducir a 3,5 la tasa de neumonía asociada a la ventilación	Incidencia por cada 1000 días de uso de ventilador mecánico	3,8	2023	3,5

Fuente: Secretaría de Salud del Meta

4.4 Subcomponente de inversión plurianual de salud del PTS 2024-2027

Según el párrafo del artículo 22 de la Resolución 100 de 2024 y el numeral 1.3.3.2 de los lineamientos de planeación integral para la salud en el ámbito territorial expedidos por el MSPS, el componente de inversión plurianual está orientado a proyectar los recursos para el cuatrienio, de manera coherente y consistente con el plan financiero territorial de salud, hace parte integral del plan plurianual de inversiones del PDD y se consolida en la matriz denominada “componente de inversión plurianual del PTS”, la cual contiene la siguiente información:

- ✚ El programa, subprograma y las metas de producto (columna adicionada para asociar la matriz del MSPS con la cadena de valor del PDD).
- ✚ La proyección de recursos para financiar el cuatrienio, la programación de la inversión en cada uno de los años y la fuente de los recursos.

4.5 Matrices de síntesis del componente estratégico y de inversión plurianual del PTS 2024-2027

El contenido de las matrices se estableció en la Resolución 100 de 2024 y el diseño y socialización lo realizó el MSPS en febrero de 2024. En consecuencia, la estructura es diferente a la definida por el DAPD para consolidar la cadena de valor del PDD.

Sobre la base de lo descrito, es necesario mencionar que, en la matriz del componente estratégico se incorporaron dos columnas asociando las metas de resultado y producto del PDD y en la matriz del componente plurianual se incorporó una columna asociando la meta de resultado del PDD sobre la cual se proyectaron las inversiones por realizar.

Tabla No.67 Matriz del componente estratégico del PTS 2024-2027

No.	4. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO	5. EJES ESTRATÉGICOS DEL PDSP 2022-2031	6. OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	7. RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	8. ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
1	Fortalecimiento y cumplimiento de los lineamientos y normatividad vigente para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones, por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en articulación con aliados estratégicos que permita alcanzar resultados en salud.	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la rectoría en salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.
2	Gestión territorial que reconozca las condiciones de salud de las personas, familias y comunidades y las transformaciones sociales, con el desarrollo de estrategias de promoción del autocuidado y conocimiento de riesgos por curso de vida en los diferentes entornos, que permita mejorar las condiciones de salud de la población del Departamento.	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el sistema de salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.	Conformación y operación de equipos básicos de salud o equipos de salud territoriales.
3	Fortalecimiento y cumplimiento de los lineamientos y normatividad vigente para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones, por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en articulación con aliados estratégicos que permita alcanzar resultados en salud.	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la rectoría en salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.
4	Fortalecimiento y cumplimiento de los lineamientos y normatividad vigente para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones, por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en articulación con aliados estratégicos que permita alcanzar resultados en salud.	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la rectoría en salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.

No.	4. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO	5. EJES ESTRATÉGICOS DEL PDSP 2022-2031	6. OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	7. RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	8. ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
5	Cumplimiento de las competencias del Laboratorio de Salud Pública de acuerdo al decreto 2323 de 2006 bajo estándares de calidad requeridos según la resolución 1619 de 2015 y con la cobertura de pruebas que permiten una vigilancia adecuada según resolución 1646 de 2018, para llevar a cabo una vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de calidad e investigación.	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades
6	RECUPERAR LA GOBERNANZA Y AUTORIZADA SANITARIA POR MEDIO DE RECURSO HUMANO CAPACITADO, IDONEO CON CAPACIDAD DE DECIDIR E IMPARTIR LINEAMIENTOS CLAROS - IMPLEMENTANDO LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.
7	RECUPERAR LA GOBERNANZA Y AUTORIZADA SANITARIA POR MEDIO DE RECURSO HUMANO CAPACITADO, IDONEO CON CAPACIDAD DE DECIDIR E IMPARTIR LINEAMIENTOS CLAROS IMPARTIDOS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.
8	Reducción de la morbilidad por ETV en el departamento del Meta, mediante intervenciones de promoción, prevención, control y de las ETV acorde a las metas proyectadas.	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.

No.	4. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO	5. EJES ESTRATÉGICOS DEL PDSP 2022-2031	6. OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	7. RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	8. ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
9	El fortalecimiento del sistema de vigilancia de Salud Pública en los municipios, mediante el desarrollo de capacidades, asignación de recursos adecuados y apoyo técnico sólido. Esto llevaría a una mejora en la detección, notificación y respuesta a eventos de interés en salud pública, aumentando la capacidad de proteger la salud de la población y prevenir la propagación de enfermedades y riesgos para la salud pública.	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial.
10	municipios del departamento del Meta con transversalización del enfoque diferencial para la gestión integral en salud pública y prestación de servicios de salud que permitan el diseño de acciones interculturales que mejoren las condiciones de salud de acuerdo con sus particularidades y necesidades.	GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la rectoría en salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.
11	En los 29 municipios del departamento del Meta estará implementado el componente de atención psicosocial dirigido a víctimas del conflicto armado- PAPSIVI	PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS, POBLACIÓN CAMPESINA, GENERO – DIVERSIDADES, CONDICIONES Y SITUACIONES	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas	Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades en la planeación y la respuesta en salud.
12	El Departamento del Meta tendrá al menos el 60% de personas con discapacidad certificadas.	PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS, POBLACIÓN CAMPESINA, GENERO – DIVERSIDADES, CONDICIONES Y SITUACIONES	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas	Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud.
13	Población Indígena del Departamento del Meta con el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI)	PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS, POBLACIÓN CAMPESINA, GENERO – DIVERSIDADES, CONDICIONES Y SITUACIONES	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas	Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud.

No.	4. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO	5. EJES ESTRATÉGICOS DEL PDSP 2022-2031	6. OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	7. RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	8. ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
14	Contribuir con la implementación de estrategias a la disminución de la prevalencia de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas en el Departamento del Meta.	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Agentes del sistema que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoque familiar y comunitario con acciones universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la APS.	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.
15	Que a 2027 se fortalezca la gestión de los servicios de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo físico, químico y biológico que afectan la salud humana en los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª del Departamento del Meta	GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades
16	Mantener por debajo de 237,2 x 100 mil habitantes la tasa de violencia intrafamiliar en el Departamento	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Aporte en la generación de competencias sociales para la resolución no violenta de conflictividades comunitarias y la construcción de paz territorial que conlleve a mejores resultados en salud.
17	Reducción de la morbilidad por ETV en el departamento del Meta, mediante intervenciones de promoción, prevención, control y de las ETV acorde a las metas proyectadas.	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Agentes del sistema que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoque familiar y comunitario con acciones universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la APS.	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.
18	Que a 2027 se fortalezca la gestión de los servicios de promoción y prevención de los factores de riesgo físico, químico y biológico que afectan la salud humana en los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª del Departamento del Meta	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático	Gestión de los mecanismos para adoptar soluciones alternativas de cuidado integral en saneamiento básico, agua potable, calidad del aire, la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicos, la movilidad segura, saludable y sostenible y economías sociales y populares de cuidado comunitario en salud teniendo en cuenta los factores socioculturales del territorio.

No.	4. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO	5. EJES ESTRATÉGICOS DEL PDSP 2022-2031	6. OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	7. RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	8. ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
19	Ampliación de las coberturas de aseguramiento al sistema de salud mediante el desarrollo de estrategias de afiliación de la población pobre del departamento.	GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la rectoría en salud.	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.
20	Reducción de la morbilidad por ETV en el departamento del Meta, mediante intervenciones de promoción, prevención, control y de las ETV acorde a las metas proyectadas.	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Agentes del sistema que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoque familiar y comunitario con acciones universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la APS.	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.
21	Mantener por debajo de 237,2 x 100 mil habitantes la tasa de violencia intrafamiliar en el Departamento	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Aporte en la generación de competencias sociales para la resolución no violenta de conflictividades comunitarias y la construcción de paz territorial que conlleve a mejores resultados en salud.
22	Disminución de la incidencia de estos eventos asociados a la atención en salud en las IPS priorizadas del Departamento del Meta.	GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.
23	Fortalecimiento en la prestación de los servicios de salud a la comunidad en estado de Urgencias, Emergencias y Desastres en el departamento	CAMBIO CLIMÁTICO, EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas, por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Nivel nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Garantizar el derecho fundamental a la salud a las personas que han sido o pueden ser potencialmente afectadas por situaciones de urgencia, emergencias, desastres, brotes y epidemias, comprende la operación y fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE, los Sistemas de Emergencias Médicas y las acciones de conocimiento, reducción del riesgo y manejo de desastres en salud.

No.	4.TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO	5. EJES ESTRATÉGICOS DEL PDSP 2022-2031	6. OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	7. RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	8. ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
24	Desarrollo y fortalecimiento de las redes de prestación de servicios de salud, para garantizar disponibilidad, continuidad e integralidad en la atención.	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el sistema de salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.	Fortalecimiento de la infraestructura pública en salud con condiciones de accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia sociocultural.
25	Reducir a 15 la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años en el departamento del Meta Mantener menor o igual a 2,9 la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años en el departamento del Meta mediante el Desarrollo y fortalecimiento de acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población especialmente en menores de 5 años.	GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.
26	Desarrollar un plan de asistencia técnica a municipios, IPS -EAPB para la puesta en marcha de acciones de promoción, prevención, control en marco de la resolución 227 de 2220 y el plan estratégico hacia el fin de la tuberculosis y competencias territoriales	GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.

No.	4. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO	5. EJES ESTRATÉGICOS DEL PDSP 2022-2031	6. OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	7. RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	8. ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
27	<p>Garantizar el acceso equitativo a servicios y tecnologías en salud que promuevan la salud sexual y reproductiva de todas las personas, en especial de las mujeres, los adolescentes y jóvenes, se enfocará en abordar las diversas necesidades y desafíos relacionados con la salud sexual y reproductiva. A través del fortalecimiento de capacidades al recurso humano en salud, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la asistencia técnica a las entidades territoriales, el seguimiento a la implementación del modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual, el monitoreo y evaluación de indicadores de cobertura de servicios y el desarrollo de acciones interinstitucionales e intersectoriales para maximizar los recursos y la efectividad de las intervenciones en salud sexual y reproductiva.</p>	<p>GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA</p>	<p>Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.</p>	<p>Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.</p>	<p>Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.</p>
28	<p>Disminuir en 0,5 la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en niños menores de 5 años mediante el desarrollo de capacidades a los actores del SGSSS de los 29 municipios del Departamento del Meta, para mejorar la adherencia a las intervenciones nutricionales definidas en Rutas de Atención Integral en salud y sus lineamientos técnicos, así como la implementación de proyectos, planes, estrategias y políticas en el marco de la atención nutricional en menor de 5 años.</p>	<p>GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA</p>	<p>Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.</p>	<p>Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.</p>	<p>Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.</p>
29	<p>Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios de los pueblos y comunidades.</p>	<p>CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA</p>	<p>Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.</p>	<p>Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios de los pueblos y comunidades.</p>	<p>Desarrollo de estrategias de comunicación, educación para el cambio de comportamiento y de acción colectiva que favorezcan la transformación de la cultura de seguridad social en salud y promover los entornos saludables y protectores.</p>

No.	4. TRANSFORMACIÓN ESPERADA DEL TERRITORIO	5. EJES ESTRATÉGICOS DEL PDSP 2022-2031	6. OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	7. RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP 2022-2031	8. ESTRATEGIAS POR RESULTADOS ESPERADOS
30	Apoyar con recursos financieros para prestación de servicios de salud a Población sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud que residen en el Departamento del Meta	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	Gestionar los mecanismos administrativos, financieros y de pertinencia sociocultural, para disminuir las barreras de acceso en salud respecto a la atención a los niños, niñas y adolescentes, en particular en escenarios de vulnerabilidad socioeconómica para la permanencia escolar que incluya los pueblos y comunidades de acuerdo con sus planes de vida o el que haga sus veces.
31	Para el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en el departamento del Meta se pretende establecer mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención, con oportunidad y pertinencia siendo siempre humanizada, integral y continua de acuerdo con los estándares establecidos con el compromiso de los prestadores de servicios de salud cumpliendo a cabalidad las competencias de inspección vigilancia, control, asesoría y asistencia técnica por parte de la entidad territorial.	GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades

No.	9. METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	10. PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	11. COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	12. VISIÓN COMPARTIDA EN SALUD DEL TERRITORIO	13. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD
1	A 2031 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
2	A 2031 operarán en el territorio nacional el 100% de los equipos básicos interdisciplinarios proyectados con base en las dinámicas poblacionales y territoriales para el fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria.	REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO CON EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD Y CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
3	A 2031 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
4	A 2031 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
5	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	4. Fiscalizar con enfoque de riesgo los bienes y servicios de uso y consumo humano y contribuir en el aseguramiento sanitario de las cadenas productivas, para reducir la carga de enfermedad atribuible a dichos factores y mejorar el estatus sanitario del Departamento.

No.	9. METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	10. PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	11. COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	12. VISIÓN COMPARTIDA EN SALUD DEL TERRITORIO	13. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD
6	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
7	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
8	A 2031 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	SOBERANÍA SANITARIA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
9	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.

No.	9. METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	10. PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	11. COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	12. VISIÓN COMPARTIDA EN SALUD DEL TERRITORIO	13. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD
10	A 2031 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	4. Fiscalizar con enfoque de riesgo los bienes y servicios de uso y consumo humano y contribuir en el aseguramiento sanitario de las cadenas productivas, para reducir la carga de enfermedad atribuible a dichos factores y mejorar el estatus sanitario del Departamento.
11	A 2031 el 100% de entidades territoriales departamentales, distritales y municipales que tienen en su territorio pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom han establecido acuerdos para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
12	A 2031 el 100% de las entidades territoriales implementan la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC) en los territorios	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
13	A 2031 el 100% de entidades territoriales departamentales, distritales y municipales que tienen en su territorio pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom han establecido acuerdos para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	4. Fiscalizar con enfoque de riesgo los bienes y servicios de uso y consumo humano y contribuir en el aseguramiento sanitario de las cadenas productivas, para reducir la carga de enfermedad atribuible a dichos factores y mejorar el estatus sanitario del Departamento.
14	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	SOBERANÍA SANITARIA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.

No.	9. METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	10. PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	11. COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	12. VISIÓN COMPARTIDA EN SALUD DEL TERRITORIO	13. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD
15	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	4. Fiscalizar con enfoque de riesgo los bienes y servicios de uso y consumo humano y contribuir en el aseguramiento sanitario de las cadenas productivas, para reducir la carga de enfermedad atribuible a dichos factores y mejorar el estatus sanitario del Departamento.
16	A 2031 el 100% de los departamentos, distritos y municipios del País integran en sus planes de desarrollo territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
17	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	SOBERANÍA SANITARIA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
18	A 2031 el 100% de los departamentos, distritos y municipios del País integran en sus planes de desarrollo territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.	REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
19	A 2031 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	CALIDAD E INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	7. Acordar y transferir oportunamente los recursos del sistema, para garantizar la prestación de servicios a la población por condición y/o situación, para eventos trazadores y para financiar la investigación en salud.

No.	9. METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	10. PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	11. COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	12. VISIÓN COMPARTIDA EN SALUD DEL TERRITORIO	13. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD
20	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	CALIDAD E INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
21	A 2031 el 100% de los departamentos, distritos y municipios del País integran en sus planes de desarrollo territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
22	A 2031 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollan mecanismos para el fortalecimiento de la rectoría en salud en su territorio, conforme a las competencias establecidas.	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	SOBERANÍA SANITARIA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
23	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)	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	SOBERANÍA SANITARIA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	6. Ampliar, remodelar y dotar la infraestructura hospitalaria, desde los centros de atención primaria en salud hasta la alta complejidad, para incrementar disponibilidad, accesibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud de manera articulada con los actores del SGSSS.
24	A 2031 se fortalecerá por lo menos el 50 % de la infraestructura pública en salud que se identifique y priorice para incrementar la oferta equitativa de servicios de baja, mediana y alta complejidad fortaleciendo la atención primaria en salud.	REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD FORTALECIDAS PARA EL TRABAJO EN RIISS	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	6. Ampliar, remodelar y dotar la infraestructura hospitalaria, desde los centros de atención primaria en salud hasta la alta complejidad, para incrementar disponibilidad, accesibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud de manera articulada con los actores del SGSSS.

No.	9. METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	10. PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	11. COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	12. VISIÓN COMPARTIDA EN SALUD DEL TERRITORIO	13. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD
25	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
26	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
27	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.

No.	9. METAS ESTRATÉGICAS POR EJE DEL PDSP 2022-2031	10. PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	11. COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO	12. VISIÓN COMPARTIDA EN SALUD DEL TERRITORIO	13. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD
28	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL, GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD	GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
29	A 2031 se fortalecerá en el 100% de los territorios la apropiación social del conocimiento en salud pública y el desarrollo de investigaciones que den respuesta a las necesidades en salud de cada territorio	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	SOBERANÍA SANITARIA	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	5. Fortalecer los procesos para la gestión de la salud pública, en pro de que se adopten estilos de vida saludable, se disminuyan eventos mórbidos por enfermedades prevenibles, se superen inequidades y se afecte positivamente los determinantes sociales de la salud.
30	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	Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad	Participación social en salud	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	7. Acordar y transferir oportunamente los recursos del sistema, para garantizar la prestación de servicios a la población por condición y/o situación, para eventos trazadores y para financiar la investigación en salud.
31	A 2031 el 100 % de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.	INTEGRIDAD EN EL SECTOR SALUD	CALIDAD E INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable.	3. Incrementar los servicios de salud que cumplen las condiciones de habilitación y fiscalizar a los demás actores del SGSSS, para garantizar la integridad del sector y brindar acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad a los habitantes del Departamento.

No.	14. ESTRATEGIA PTS	15. METAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	Meta de resultado del PTS 2024-2027	16. INDICADOR DE META ESTRATÉGICA (MR) PTS	17. LINEA BASE	18. VALOR ESPERADO CUATRIENIO	19. VALOR ESPERADO AÑO 1	20. VALOR ESPERADO AÑO 2	21. VALOR ESPERADO AÑO 3	22. VALOR ESPERADO AÑO 4
1	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la gobernanza y rectoría en salud	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Alcanzar mínimo el 95% de las coberturas de vacunación en los biológicos trazadores que hacen parte del esquema nacional, en el Departamento	Cobertura de vacunación en los biológicos trazadores del programa ampliado de inmunizaciones	85,6	Alcanzar cobertura \geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%
2	Fortalecimiento del cuidado integral de la salud de personas y familias por curso de vida en los diferentes entornos en el marco de la estrategia de APS a través de los Equipos Básicos en Salud.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Alcanzar mínimo el 95% de las coberturas de vacunación en los biológicos trazadores que hacen parte del esquema nacional, en el Departamento	Cobertura de vacunación en los biológicos trazadores del programa ampliado de inmunizaciones	85,6	Alcanzar cobertura \geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%
3	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la gobernanza y rectoría en salud	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Alcanzar mínimo el 95% de las coberturas de vacunación en los biológicos trazadores que hacen parte del esquema nacional, en el Departamento	Cobertura de vacunación en los biológicos trazadores del programa ampliado de inmunizaciones	85,6	Alcanzar cobertura \geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%
4	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la gobernanza y rectoría en salud	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Alcanzar mínimo el 95% de las coberturas de vacunación en los biológicos trazadores que hacen parte del esquema nacional, en el Departamento	Cobertura de vacunación en los biológicos trazadores del programa ampliado de inmunizaciones	85,6	Alcanzar cobertura \geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%	\geq al 95%

No.	14. ESTRATEGIA PTS	15. METAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	Meta de resultado del PTS 2024-2027	16. INDICADOR DE META ESTRATÉGICA (MR) PTS	17. LINEA BASE	18. VALOR ESPERADO CUATRIENIO	19. VALOR ESPERADO AÑO 1	20. VALOR ESPERADO AÑO 2	21. VALOR ESPERADO AÑO 3	22. VALOR ESPERADO AÑO 4
5	<p>Gestión integral que asegure la asignación efectiva de los recursos destinado al laboratorio. Esto incluye la revisión periódica de los procesos administrativos y financieros para identificar oportunidades de mejora y lograr la ejecución del recurso dispuesto para lograr la operatividad del LSP</p> <p>2. Fortalecer las capacidades del talento humano del Laboratorio de Salud Pública y la Red de Laboratorios del departamento. Esto puede incluir las asistencias técnicas, capacitaciones, conferencias, transferencia de conocimientos, talleres y cursos especializados, así como la promoción de un ambiente de aprendizaje colaborativo y de intercambio de conocimientos.</p>		<p>Apoyar el 100% del monitoreo de las condiciones sanitarias de los objetos y sujetos de interés sanitario que se demande en los 29 municipios del Departamento</p>	Municipios con monitoreo sanitario	29	29	29	29	29	29
6	<p>Realizar Acompañamiento y rectoría en asistencia técnica a los Municipios del Departamento del Meta</p>	<p>5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.</p>	<p>Asistir a los 29 municipios en los procesos de gestión en salud pública</p>	Asistencias técnicas	29	29	29	29	29	29
7	<p>Realizar Acompañamiento y rectoría en asistencia técnica a los Municipios del Departamento del Meta</p>	<p>5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.</p>	<p>Asistir a los 29 municipios en los procesos de gestión en salud pública</p>	Asistencias técnicas	29	29	29	29	29	29

No.	14. ESTRATEGIA PTS	15. METAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	Meta de resultado del PTS 2024-2027	16. INDICADOR DE META ESTRATÉGICA (MR) PTS	17. LINEA BASE	18. VALOR ESPERADO CUATRIENIO	19. VALOR ESPERADO AÑO 1	20. VALOR ESPERADO AÑO 2	21. VALOR ESPERADO AÑO 3	22. VALOR ESPERADO AÑO 4
8	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo y predictivo.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Asistir a los 29 municipios en los procesos de gestión en salud pública	Asistencias técnicas	29	29	29	29	29	29
9	Capacidades para el personal de salud en los municipios, adaptadas a las necesidades específicas de cada territorio. Establecer mecanismos eficientes para garantizar la asignación adecuada de recurso humano Destinados al fortalecimiento de la vigilancia en Salud Pública en los municipios. Establecer mesas de trabajo que involucren a entidades de salud, gobierno local, organizaciones comunitarias y otros actores relevantes. Implementar sistemas de monitoreo y evaluación que permitan medir el impacto de las acciones de Vigilancia	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Asistir a los 29 municipios en los procesos de gestión en salud pública	Asistencias técnicas	29	29	29	29	29	29
10	Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud	6. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y generará respuestas inter y transectoriales en beneficio de pueblos y comunidades étnicas y otras poblaciones por situación y/o condición.	Asistir a los 29 municipios en los procesos de gestión en salud pública	Asistencias técnicas	29	29	29	29	29	29

No.	14. ESTRATEGIA PTS	15. METAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	Meta de resultado del PTS 2024-2027	16. INDICADOR DE META ESTRATÉGICA (MR) PTS	17. LINEA BASE	18. VALOR ESPERADO CUATRIENIO	19. VALOR ESPERADO AÑO 1	20. VALOR ESPERADO AÑO 2	21. VALOR ESPERADO AÑO 3	22. VALOR ESPERADO AÑO 4
11	establecer y poner en marcha las estrategias que faciliten la implementación, seguimiento y monitoreo del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) del Departamento del Meta, de conformidad con los lineamientos del MSPS.	6. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y generará respuestas inter y transectoriales en beneficio de pueblos y comunidades étnicas y otras poblaciones por situación y/o condición.	Mejorar en 20% la satisfacción y la percepción de calidad de los usuarios de los servicios de salud	Porcentaje de satisfacción y percepción de calidad	ND	20	5	10	15	20
12	Apoyo a la implementación procedimiento de certificación de discapacidad y el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad en el departamento del Meta	6. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y generará respuestas inter y transectoriales en beneficio de pueblos y comunidades étnicas y otras poblaciones por situación y/o condición.	Mejorar en 20% la satisfacción y la percepción de calidad de los usuarios de los servicios de salud	Porcentaje de satisfacción y percepción de calidad	ND	20	5	10	15	20
13	Vincular a los actores del SGSSS, las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de medicina ancestral y de las estructuras propias de salud de las comunidades indígenas del Departamento del Meta, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y la comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud con el objetivo de generar una atención diferenciada y pertinente a los pueblos indígenas, de conformidad con la guía metodológica del MSPS.	6. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y generará respuestas inter y transectoriales en beneficio de pueblos y comunidades étnicas y otras poblaciones por situación y/o condición.	Mejorar en 20% la satisfacción y la percepción de calidad de los usuarios de los servicios de salud	Porcentaje de satisfacción y percepción de calidad	ND	20	5	10	15	20

No.	14. ESTRATEGIA PTS	15. METAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	Meta de resultado del PTS 2024-2027	16. INDICADOR DE META ESTRATÉGICA (MR) PTS	17. LINEA BASE	18. VALOR ESPERADO CUATRIENIO	19. VALOR ESPERADO AÑO 1	20. VALOR ESPERADO AÑO 2	21. VALOR ESPERADO AÑO 3	22. VALOR ESPERADO AÑO 4
14	Gestión territorial para el cuidado de la salud implementando estrategias para la prevención de las enfermedades infecciosas desatendidas en población priorizada.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Aumentar al 50% la cobertura de desparasitación antihelmíntica, en niños elegibles en edad preescolar y escolar, en el departamento	Cobertura de desparasitación antihelmíntica	15	0,5	0,1	0,2	0,3	0,5
15	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades	A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria	Fiscalizar en 26 municipios los objetos y sujetos de interés sanitario	Municipios fiscalizados sanitariamente	25	26	26	26	26	26
16	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica para el abordaje de la convivencia social y la salud mental, de forma sectorial e intersectorial, en el marco de los lineamientos nacionales.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Mantener menor o igual a 7,2 la tasa de mortalidad de suicidio en el departamento	Tasa de mortalidad de suicidio	7,2	≤ a 7,2	≤ a 7,2	≤ a 7,2	≤ a 7,2	≤ a 7,2
17	Gestión territorial para el cuidado de la salud implementando estrategias para la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores en población priorizada.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Mantener en cero (0) la mortalidad por Malaria en el departamento	Número de casos de mortalidad por malaria	0	0	0	0	0	0

No.	14. ESTRATEGIA PTS	15. METAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	Meta de resultado del PTS 2024-2027	16. INDICADOR DE META ESTRATÉGICA (MR) PTS	17. LINEA BASE	18. VALOR ESPERADO CUATRIENIO	19. VALOR ESPERADO AÑO 1	20. VALOR ESPERADO AÑO 2	21. VALOR ESPERADO AÑO 3	22. VALOR ESPERADO AÑO 4
18	Gestión de los mecanismos para adoptar soluciones alternativas de cuidado integral en saneamiento básico, agua potable, calidad del aire, la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicos, la movilidad segura, saludable y sostenible y economías sociales y populares de cuidado comunitario en salud teniendo en cuenta los factores socioculturales del territorio	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Mantener en cero la letalidad por rabia	letalidad por rabia	0	0	0	0	0	0
19	Desarrollar jornadas de afiliación en articulación con los entes territoriales municipales con cobertura inferior al 80%.	7. A 2027, la gobernación del Meta avanzará en la transformación de circunstancias injustas relacionadas con los peores resultados de salud y materializará acciones sectoriales e intersectoriales que reduzcan brechas sociosanitarias.	Mantener la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mayor o igual a 96% de la población DANE reportada para el departamento del Meta.	Personas afiliadas al régimen subsidiado	597042	17792	4448	4448	4448	4448
20	Implementación de acciones del programa de promoción, prevención y control de vectores.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Mantener menor o igual a 0,11 % la letalidad anual por Dengue en el departamento de Meta	Letalidad de dengue	0,11	Mantener \leq a 0,11% la letalidad anual por dengue	\leq a 0,11%	\leq a 0,11%	\leq a 0,11%	\leq a 0,11%
21	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica para el abordaje de la convivencia social y la salud mental, de forma sectorial e intersectorial, en el marco de los lineamientos nacionales.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Reducir a 230 x 100 mil habitantes la tasa de violencia de género e intrafamiliar en el Departamento	Tasa de violencia de género e intrafamiliar	237	Reducir a 230 *100 mil habitantes la tasa de violencia de género e intrafamiliar	Reducir a 237 *100 mil habitantes la tasa de violencia de género e intrafamiliar	Reducir a 235 *100 mil habitantes la tasa de violencia de género e intrafamiliar	Reducir a 230 *100 mil habitantes la tasa de violencia de género e intrafamiliar	Reducir a 230 *100 mil habitantes la tasa de violencia de género e intrafamiliar

No.	14. ESTRATEGIA PTS	15. METAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	Meta de resultado del PTS 2024-2027	16. INDICADOR DE META ESTRATÉGICA (MR) PTS	17. LINEA BASE	18. VALOR ESPERADO CUATRIENIO	19. VALOR ESPERADO AÑO 1	20. VALOR ESPERADO AÑO 2	21. VALOR ESPERADO AÑO 3	22. VALOR ESPERADO AÑO 4
22	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Reducir a 3,5 la tasa de neumonía asociada a la ventilación - NAV en el Departamento	Mantener la tasa de incidencia de neumonía asociada a la ventilación por debajo de 3,5 casos por cada 1000 días de uso de ventilador mecánico.	3,8	Reducir a 3,5 la tasa de incidencia	3,8	3,7	3,6	3,5
23	Realizar estudio de preinversión para formular el plan de reordenamiento físico y funcional del CRUE departamental que permita su construcción, dotación e implementación con el fin de mejorar la prestación de servicios en eventos de urgencias, emergencias y desastres.	8. A 2027, la gobernación del Meta logrará prestar más y mejores servicios de salud, de mayor requerimiento tecnológico y talento humano especializado, en la red pública de prestadores de servicios de salud.	Mejorar en 20% la satisfacción y la percepción de calidad de los usuarios de los servicios de salud	Porcentaje de satisfacción y percepción de calidad	ND	20	5	10	15	20
24	Fortalecer la Infraestructura y dotación de los hospitales y sedes de baja, mediana y alta complejidad del departamento.	8. A 2027, la gobernación del Meta logrará prestar más y mejores servicios de salud, de mayor requerimiento tecnológico y talento humano especializado, en la red pública de prestadores de servicios de salud.	Mejorar en 20% la satisfacción y la percepción de calidad de los usuarios de los servicios de salud	porcentaje de satisfacción y percepción de calidad	ND	20	5	10	15	20
25	Desarrollo de capacidades en el talento humano en Salud mediante asistencias técnicas y seguimiento a las atenciones integrales en el programa de IRA EDA.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Reducir a 15 la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años en el departamento del Meta	Tasa de mortalidad en menores de cinco años por ira	16,7	Reducir a 15 la tasa de mortalidad por IRA	16,2	15,8	15,4	15
26	Prevención y atención integral centrada en las personas afectadas por las enfermedades transmisibles	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Reducir a 3.0 la tasa de mortalidad por tuberculosis en el Departamento del Meta	Tasa de mortalidad por tuberculosis	3,42	Reducir a 3,0 la tasa de mortalidad por tuberculosis	3,42	3,3	3,2	3

No.	14. ESTRATEGIA PTS	15. METAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	Meta de resultado del PTS 2024-2027	16. INDICADOR DE META ESTRATÉGICA (MR) PTS	17. LINEA BASE	18. VALOR ESPERADO CUATRIENIO	19. VALOR ESPERADO AÑO 1	20. VALOR ESPERADO AÑO 2	21. VALOR ESPERADO AÑO 3	22. VALOR ESPERADO AÑO 4
27	Diseño e implementación de estrategias para la transversalización de los enfoques diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria y psicosocial para pueblos y comunidades.	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Mantener menor o igual a 46,6 la razón de mortalidad materna en el departamento del Meta	Razón de mortalidad materna	46,6 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos	Mantener menor o igual a 46,6 la razón de mortalidad materna	≤ a 46,6	≤ a 46,6	≤ a 46,6	≤ a 46,6
28	Desarrollo de capacidades en el Talento humano en salud mediante asistencia técnica y seguimiento a los actores del SGSSS	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Reducir a 5 la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en niños menores de 5 años, en el departamento	Tasa de mortalidad por desnutrición aguda en niños menores de 5 años	8,7	Reducir a 5,0 la tasa de mortalidad por desnutrición	8,7	7,7	6,7	5
29	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios de los pueblos y comunidades	5. A 2027, la gobernación del Meta desarrollará acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en los entornos donde las personas y colectivos pasan su tiempo.	Reducir a 230 la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en la población de 30 a 70 años del departamento de Meta	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en población entre 30 y hasta 70 años	238 x 100.000 habitantes	Reducir a 230 la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	237	235	233	230
30	Realizar afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a la población Pobre No Afiliada PPNA, y la regulación de la población Migrante.	7. A 2027, la gobernación del Meta avanzará en la transformación de circunstancias injustas relacionadas con los peores resultados de salud y materializará acciones sectoriales e intersectoriales que reduzcan brechas socio-sanitarias.	Transferir el 100% de los recursos en los términos establecidos	Transferencias oportunas	100	100	100	100	100	100
31	Se implementará la programación de asistencia técnica y asesorías a lo largo del territorio para que, con esto, se obtengan mejores resultados.	3. A 2027, la gobernación del Meta incrementará los espacios habilitados para la atención sanitaria de pacientes en la red pública de prestadores de servicios de salud y habrá apoyado dos procesos de acreditación.	Verificar que el 70% de los prestadores de servicios de salud cumplan los estándares y criterios para la habilitación de los servicios de la salud del SOGCS	Visitas de verificación	55	70	60	65	70	70

Fuente: Construcción propia, en instrumentos diseñados por el MSPS

Tabla No.68 Matriz del componente plurianual de inversiones del PTS 2024-2027

23. PROGRAMA	24. SUBPROGRAMAS	Metas de producto del PTS 2024-2027	26. PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRENO	27. AÑO 1	28. AÑO 2	29. AÑO 3	30. AÑO 4	31. FUENTES DE RECURSOS	32. RESPONSABLES
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.1 Subprograma Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control a las entidades del sector salud	Realizar asistencia técnica al 100% de las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público que notifiquen al interés de iniciar la implementación del sistema único de acreditación en salud	97.112.868,90	0,00	30.624.000,00	32.338.944,00	34.149.924,90	Ingresos Corrientes de libre destinación (MAF)	Gerencia de Calidad, Inspección y Vigilancia de los Servicios
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.1 Subprograma Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control a las entidades del sector salud	Realizar inspección, vigilancia y auditoría a 14 entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) habilitadas en el Departamento del Meta.	1.023.231.119,00	320.000.000,00	221.760.000,00	234.178.560,00	247.292.559,00	Ingresos Corrientes de libre destinación (MAF)	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.1 Subprograma Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control a las entidades del sector salud	Realizar 2800 visitas de verificación, de las condiciones de habilitación, a los servicios de salud del Departamento	1.309.015.820,10	435.000.000,00	275.616.000,00	291.050.496,00	307.349.324,10	SGP - Salud Publica	Gerencia de Calidad, Inspección y Vigilancia de los Servicios
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.2 Subprograma Fiscalización sanitaria de bienes y servicios de uso y consumo humano	Garantizar al 100% la operatividad del laboratorio de salud pública, para el cubrimiento de las pruebas establecidas en la Resolución 1646 de 2018 y los propósitos según Decreto 2323 de 2006	8.060.916.100,00	1.684.895.484,00	2.042.787.170,23	1.964.200.411,66	2.369.033.034,11	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.2 Subprograma Fiscalización sanitaria de bienes y servicios de uso y consumo humano	Realizar 400 asistencias técnicas para fortalecer las capacidades técnicas de la red departamental de laboratorios del Meta.	5.082.730.000,00	1.167.000.000,00	1.258.330.000,00	1.303.700.000,00	1.353.700.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.2 Subprograma Fiscalización sanitaria de bienes y servicios de uso y consumo humano	Prestar en los 26 municipios, categoría 4, 5 y 6 del Departamento, el servicio de inspección, vigilancia y control sanitario de bienes y servicios de uso y consumo humano	3.177.439.723,00	854.377.223,00	834.812.500,00	744.125.000,00	744.125.000,00	Ingresos Corrientes de libre destinación (MAF), SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.2 Subprograma Fiscalización sanitaria de bienes y servicios de uso y consumo humano	Prestar en 29 municipios el servicio de inspección, vigilancia y control de los establecimientos inscritos que comercializan productos farmacéuticos en el Departamento	1.340.290.000,00	238.000.000,00	342.090.000,00	380.100.000,00	380.100.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Calidad, Inspección y Vigilancia de los Servicios
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.2 Subprograma Fiscalización sanitaria de bienes y servicios de uso y consumo humano	Adquirir el 100% de los medicamentos de control especial, monopolio del Estado, y los recetas oficiales para su prescripción	1.601.754.715,05	564.313.177,00	327.151.386,14	345.471.863,77	364.818.288,14	Fondo Rotatorio de Estupefacientes, Recursos del Balance Fondo Rotatorio de Estupefacientes	Gerencia de Calidad, Inspección y Vigilancia de los Servicios
4.1.7.1 PROGRAMA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.1.3 Subprograma Enfermedades transmitidas por vectores	Realizar en los 26 municipios, categoría 4, 5 y 6 del Departamento, acciones de promoción, prevención y control de vectores	9.609.852.267,10	4.119.860.218,30	1.706.611.322,34	2.073.504.244,39	1.709.876.482,07	Ingresos Corrientes de libre destinación, Ingresos Corrientes de libre destinación (MAF), SGP - Salud Publica, Recursos del Balance SGP - Salud Publica, Campañas Directas - ETV	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.1 Subprograma Modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la atención primaria en salud	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica, a los actores del SGSSS, en las normas, los planes, programas, proyectos, lineamientos y estrategias vigentes en salud	1.469.798.408,00	353.298.408,00	346.500.000,00	385.000.000,00	385.000.000,00	SGP - Salud Publica,	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.1 Subprograma Modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la atención primaria en salud	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del modelo preventivo y predictivo, del PTS, del PIC y de la estrategia de APS	6.409.392.417,00	2.825.622.417,00	2.181.170.000,00	1.201.300.000,00	201.300.000,00	SGP - Salud Publica, SGR -Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.2 Subprograma Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	Implementar una estrategia con enfoque intercultural, étnico y territorial, en los municipios que resulten priorizados, para incrementar las coberturas de vacunación en el Departamento	2.182.000.000,00	432.000.000,00	450.000.000,00	650.000.000,00	650.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.2 Subprograma Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	Implementar dos estrategias para la promoción de derechos sexuales y reproductivos y la prevención de violencia sexual en el Departamento	3.135.335.908,00	823.273.687,00	632.557.961,00	770.806.753,00	908.697.507,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.2 Subprograma Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	Implementar una estrategia para la prevención y el control de las enfermedades infecciosas desatendidas, en los 29 municipios del Departamento	953.015.847,00	233.015.847,00	210.000.000,00	240.000.000,00	270.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.2 Subprograma Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	Implementar dos estrategias para la promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar e interpersonal y la conducta suicida en el Departamento	3.341.124.325,00	910.000.000,00	478.000.000,00	843.124.325,00	1.110.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención

23. PROGRAMA	24. SUBPROGRAMAS	Metas de producto del PTS 2024-2027	26. PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRENIÓ	27. AÑO 1	28. AÑO 2	29. AÑO 3	30. AÑO 4	31. FUENTES DE RECURSOS	32. RESPONSABLES
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.2 Subprograma Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	Implementar dos estrategias para la prevención de las ETV, con participación comunitaria, en municipios endémicos de categoría 4, 5 o 6	2.710.370.310,00	610.370.310,00	800.000.000,00	600.000.000,00	700.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.2 Subprograma Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	Implementar dos estrategias de IEC para la promoción de los tres mensajes clave para IRA_EDA en los entornos educativos, comunitario y hogar en el Departamento	2.869.338.722,00	700.000.000,00	650.000.000,00	800.000.000,00	719.338.722,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.2 Subprograma Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	Implementar dos estrategias para el fomento de una alimentación saludable y, la promoción y protección de la práctica de lactancia materna en el entorno hogar y colectivo del Departamento	3.185.230.243,00	703.950.000,00	650.000.000,00	850.233.581,00	981.046.662,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.2 Subprograma Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	Implementar cuatro estrategias de IEC para la promoción y prevención de las ECNT y sus alteraciones en salud bucal, visual y auditiva, las enfermedades huérfanas/raras y autoinmunes (AR y LES) en el departamento del Meta	2.858.335.541,00	589.000.000,00	654.781.898,00	742.540.232,00	872.013.411,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.3 Subprograma Vigilancia en Salud Pública	Implementar en 10 municipios procesos de asistencia técnica para la implementación de la vigilancia basada en la comunidad e identificar los problemas y riesgos que pueden afectar la Salud Pública	400.000.000,00	200.000.000,00	50.000.000,00	50.000.000,00	100.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.3 Subprograma Vigilancia en Salud Pública	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en el funcionamiento del sistema de vigilancia de salud pública del Departamento	6.080.280.000,00	1.500.600.000,00	1.421.280.000,00	1.579.200.000,00	1.579.200.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.3 Subprograma Vigilancia en Salud Pública	Elaborar tres documentos sobre la base de procesos sistemáticos de recolección y análisis de datos, que integre información epidemiológica, demográfica y socioeconómica; permita identificar tendencias, patrones y asociaciones con los determinantes sociales de la salud y, soporten la toma de decisiones e intervenciones estratégicas en salud	3.000.000,00	0,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.4 Subprograma Promoción y prevención de los factores de riesgo físico, químico y biológico	Prestar en 26 municipios, categoría 4, 5 y 6 del departamento, el servicio de promoción y prevención de los factores de riesgo físico, químico y biológico.	3.253.212.684,00	631.606.684,00	840.000.000,00	831.606.000,00	950.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.5 Subprograma Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en los componentes del programa de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos	1.448.325.000,00	305.000.000,00	354.825.000,00	394.250.000,00	394.250.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.6 Subprograma Salud y nutrición	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica, a los actores del SGSSS, en la adherencia a las intervenciones nutricionales definidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud	2.745.577.221,00	528.577.221,00	689.000.000,00	739.000.000,00	789.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.7 Subprograma Salud mental	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica para el abordaje de la convivencia social y la salud mental, de forma sectorial e intersectorial, en el marco de los lineamientos nacionales.	11.886.535.695,16	4.542.880.000,00	2.943.655.695,16	2.350.000.000,00	2.050.000.000,00	SGP - Salud Publica, SGR - Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en el marco de los lineamientos del programa ampliado de inmunización (PAI)	2.796.950.000,00	1.129.550.000,00	655.400.000,00	506.000.000,00	506.000.000,00	SGP - Salud Publica, Recursos del Balance SGP - Salud Pública	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles	Realizar 29 encuestas, anualmente, de evaluación de coberturas de vacunación, según metodología y lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los municipios del Departamento	450.000.000,00	30.000.000,00	140.000.000,00	140.000.000,00	140.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.7 Subprograma Salud mental	Formular, adoptar, implementar y hacer seguimiento adoptar la pública de sustancias psicoactivas en el departamento del Meta	49.000.000,00	0,00	49.000.000,00	0,00	0,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención

23. PROGRAMA	24. SUBPROGRAMAS	Metas de producto del PTS 2024-2027	26. PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRENIOS	27. AÑO 1	28. AÑO 2	29. AÑO 3	30. AÑO 4	31. FUENTES DE RECURSOS	32. RESPONSABLES
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles	Adecuar anualmente el centro de acopio departamental, junto con sus equipos y áreas físicas, y la red de frío de los 29 municipios para asegurar la conservación del 100% de los inmunobiológicos que se reciben desde el MSPS, se almacenan en la Secretaría y se dispersan hacia los municipios	260.000.000,00	20.000.000,00	80.000.000,00	80.000.000,00	80.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en las disposiciones del programa de enfermedades transmitidas por vectores y, de otras enfermedades transmisibles	1.657.340.000,00	339.000.000,00	409.140.000,00	454.600.000,00	454.600.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles	Implementar en cinco entidades, que prestan servicios de salud de alta y media complejidad, procesos de asistencia técnica en la implementación del programa de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	325.215.782,00	50.000.000,00	100.215.782,00	85.000.000,00	90.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en los lineamientos técnicos y operativos del programa IRA, EDA en el Departamento	574.300.000,00	148.000.000,00	132.300.000,00	147.000.000,00	147.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles	Implementar en 29 municipios procesos de asistencia técnica en los lineamientos técnicos de tuberculosis y lepra incluyendo las metas de programación, la captación de sintomáticos respiratorios, la detección y éxito terapéutico de los casos de Tuberculosis y Lepra	2.650.204.838,06	621.042.071,00	713.242.367,10	674.299.805,67	641.620.594,29	SGP - Salud Publica, Campaña Antituberculosis y Control TBC, Control Lepra	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.9 Subprograma Estilos de vida saludable y abordaje de enfermedades no transmisibles con enfoque diferencial	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en los componentes de modos condiciones y estilos de vida saludables; el abordaje en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones en salud bucal, visual y auditiva y, las enfermedades huérfanas/raras y autoinmunes (AR y LES)	6.224.000.000,00	1.634.000.000,00	1.540.000.000,00	1.500.000.000,00	1.550.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.10 Subprograma Poblaciones vulnerables con atención diferencial	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica para que formulen y ejecuten acciones con enfoque diferencial en salud pública para las poblaciones vulnerables (infancia, vejez, género, discapacidad, víctimas, indígenas, NARP, habitante de calle)	2.580.402.736,00	646.102.736,00	600.300.000,00	667.000.000,00	667.000.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.11 Subprograma Salud indígena propia y diferencial en el Departamento	Construir seis documentos de la Fase 2 del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), uno en cada uno de los municipios de: Lejanías, Mesetas, Puerto López, La Macarena, Villavieco y Uribe	2.030.000.000,00	50.000.000,00	500.000.000,00	540.000.000,00	940.000.000,00	Ingresos Corrientes de libre destinación (MAF)	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.12 Subprograma Atención a la población con discapacidad	Garantizar para 42865 personas con discapacidad el servicio de certificación de discapacidad	6.929.989.855,00	459.909.855,00	2.407.905.000,00	2.407.905.000,00	1.654.270.000,00	Ingresos Corrientes de libre destinación (MAF), SGR - Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.13 Subprograma Atención psicosocial a víctimas	Garantizar a 2000 personas el componente de atención psicosocial del programa dirigido a víctimas del conflicto armado-PAPSIVI	450.000.000,00	50.000.000,00	150.000.000,00	100.000.000,00	150.000.000,00	Ingresos Corrientes de libre destinación (MAF)	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.2 PROGRAMA. SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.14 Subprograma Respuesta ante emergencias sobrevinientes	Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en la implementación de los planes de gestión del riesgo de desastres	185.025.000,00	48.000.000,00	42.525.000,00	47.250.000,00	47.250.000,00	SGP - Salud Publica	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.1 Subprograma Fortalecimiento de la afiliación al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud	Afiliar 17792 personas y mantener el aseguramiento de la población sin capacidad de pago al régimen subsidiado del SGSSS	332.257.023.134,26	82.061.450.370,27	78.897.774.414,38	83.316.049.781,08	87.981.748.568,53	Rentas Cedidas - Cervezas, Rentas Cedidas - Cervezas SSF, Recursos del Balance Rentas Cedidas - Cervezas, Impuesto por Juegos y Apuestas Permanentes Salud SSF, Recursos del Balance Impuesto Juegos y Apuestas Salud, Impuesto Premios de Loterías - Salud SSF, Recursos del Balance Impuesto Premios Loterías Salud, Premios no cobrados SSF, Impuesto de Loterías Foráneas - Salud SSF, Recursos del Balance Impuesto de Loterías Foráneas - Salud, Coljugos Premios No Cobrados SSF, IVA - Tabaco - Salud , IVA - Tabaco - Salud SSF, Rentas Cedidas - Licores, Rentas Cedidas - Licores SSF, Recursos del Balance Rentas Cedidas - Licores, ETESA , ETESA SSF, Recursos del Balance ETESA, Recursos del Balance Impuesto de Juegos de Suerte y Azar	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud

23. PROGRAMA	24. SUBPROGRAMAS	Metas de producto del PTS 2024-2027	26. PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRENIOS	27. AÑO 1	28. AÑO 2	29. AÑO 3	30. AÑO 4	31. FUENTES DE RECURSOS	32. RESPONSABLES
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.2 Subprograma Aseguramiento y prestación de servicios de salud en el régimen subsidiado y a la población no afiliada	Garantizar el saneamiento de la deuda con las diferentes instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS) que brindaron servicios de salud a la Población Pobre No Afiliada PPNÁ y No PBS del departamento del Meta.	31.760.308.564,36	7.303.708.690,36	7.712.251.973,00	8.144.138.084,00	8.600.209.817,00	Rentas Cedidas - Cervezas, Rentas Cedidas - Licores	Gerencia Administrativa de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.3 Subprograma Garantía de la atención en salud a la población migrante no regularizada	Garantizar a 5.000 personas migrantes no regularizadas en el Departamento del Meta, la prestación servicios de salud	1.503.037.279,90	422.880.903,00	340.621.271,65	359.696.062,86	379.839.042,38	Ingresos Corrientes de libre destinación (MAF), Rentas Cedidas - Licores	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.4 Subprograma Apoyo financiero para la atención en salud de la población	Garantizar a 600 personas con discapacidad el acceso a productos de apoyo que no se encuentran cubiertos por el Plan Básico en Salud	450.000.000,00	0,00	100.000.000,00	100.000.000,00	250.000.000,00	Ingresos Corrientes de libre destinación	Gerencia de Promoción y Prevención
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.4 Subprograma Apoyo financiero para la atención en salud de la población	Transferir a las 15 ESEs de la red pública los recursos de la Estampilla Pro Hospitales para mejorar la prestación del servicio de salud	69.803.400.249,36	19.607.167.926,85	15.829.101.092,64	16.715.530.753,83	17.651.600.476,04	Estampilla prohospitalares, centros de salud y puestos de salud, Recursos del Balance Estampilla prohospitalares, centros de salud y puestos de salud	Gerencia Administrativa de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.4 Subprograma Apoyo financiero para la atención en salud de la población	Acordar con las cuatro ESEs, en calidad de únicas oferentes de los servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios, en 20 municipios, la transferencia de los recursos del SGP-Salud - CFS	37.474.644.693,88	8.962.534.495,13	8.991.134.470,03	9.494.638.000,35	10.026.337.728,37	SGP - Salud - Oferta CSF, Recursos del Balance SGP Salud - Oferta	Gerencia Administrativa de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.5 Subprograma Infraestructura hospitalaria para una atención segura, oportuna y de calidad	Realizar cuatro estudios de preinversión para formular el plan de reordenamiento físico y funcional del Hospital Departamental de Villavieja y Granada, el CRUE y la sede para la Secretaría de Salud, del departamento del Meta	7.600.000.000,00	6.000.000.000,00	1.000.000.000,00	600.000.000,00	0,00	SGR - Asignación para la Inversión Regional	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.5 Subprograma Infraestructura hospitalaria para una atención segura, oportuna y de calidad	Ampliar, remodelar y mejorar los hospitales, centros y puestos de salud de baja complejidad, junto con la Secretaría de Salud y la construcción del CRUE, del Departamento del Meta	84.821.956.715,40	40.666.474.480,36	7.000.000.000,00	10.000.000.000,00	27.155.482.235,04	Recursos del Balance Desahorro FONPET Nación - Inversión, Recursos del Balance Margen de Comercialización, SGR - Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.5 Subprograma Infraestructura hospitalaria para una atención segura, oportuna y de calidad	Ampliar, remodelar y mejorar los hospitales de mediana complejidad del departamento del Meta	12.414.734.600,98	3.414.734.600,98	4.000.000.000,00	3.000.000.000,00	2.000.000.000,00	SGR -Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.5 Subprograma Infraestructura hospitalaria para una atención segura, oportuna y de calidad	Ampliar, remodelar y mejorar los hospitales de alta complejidad del departamento del Meta.	12.000.000.000,00	0,00	0,00	5.000.000.000,00	7.000.000.000,00	SGR -Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.6 Subprograma Gestión del conocimiento y la investigación en salud	Realizar transferencia a Minciencias del 7% del recaudo de rentas cedidas para financiar la investigación en salud en Colombia.	10.473.057.419,47	2.408.308.271,00	2.543.173.534,18	2.685.591.252,09	2.835.984.362,21	Impuesto por Juegos y Apuestas Permanentes Salud, Impuesto Premios de Loterías - Salud, Impuesto de Loterías Foráneas - Salud	Gerencia Administrativa de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.7 Subprograma Dotación y renovación de tecnología de la red hospitalaria	Dotar a 15 sedes con equipos biomédicos e industriales hospitalarios, junto con el equipamiento para el CRUE, para mejorar el servicio de salud	21.159.909.835,00	9.159.909.835,00	5.000.000.000,00	0,00	7.000.000.000,00	SGR -Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.7 Subprograma Dotación y renovación de tecnología de la red hospitalaria	Dotar a 15 ESEs públicas con ambulancias y unidades móviles terrestres para mejorar el servicio de salud	2.000.000.000,00	0,00	0,00	0,00	2.000.000.000,00	SGR -Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud

23. PROGRAMA	24. SUBPROGRAMAS	Metas de producto del PTS 2024-2027	26. PROYECCIÓN DE RECURSOS PARA FINANCIAR CUATRENIOS	27. AÑO 1	28. AÑO 2	29. AÑO 3	30. AÑO 4	31. FUENTES DE RECURSOS	32. RESPONSABLES
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.8 Subprograma Fortalecimiento tecnológico para los procesos de atención de la unidad de servicios de cáncer del hospital departamental de Villavicencio E.S.E.	Adquirir un (1) acelerador lineal para la unidad de cáncer del Hospital Departamental de Villavicencio y mejorar la infraestructura para su instalación.	9.000.000.000,00	0,00	9.000.000.000,00	0,00	0,00	SGR -Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud
4.1.7.3 PROGRAMA ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORAR LA SALUD	4.1.7.3.9 Subprograma Componentes sanguíneos suficientes y de calidad para la atención de la población	Adquirir tres equipos para la producción del banco de sangre del Hospital Departamental de Villavicencio y mejorar la infraestructura para su instalación.	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00	0,00	0,00	0,00	SGR -Asignaciones Directas 20%	Gerencia de Prestación de Servicios de Salud

Fuente: Matriz estratégica y componente plurianual de inversiones del PDD 2024-2027

Conclusiones:

El Plan Territorial de Salud es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud y hace parte integral del Plan de Desarrollo del gobierno de la unidad, 2024-2027.

- ✚ El PTS refleja un firme compromiso del gobierno de la unidad para garantizar el derecho fundamental a la salud de todos los residentes, en línea con los principios de universalidad, equidad, continuidad y oportunidad.
- ✚ El PTS se centra en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de un modelo preventivo y predictivo basado en la atención primaria en salud, que busca abordar las necesidades de las personas, las familias y las comunidades de manera integral.
- ✚ El PTS reconoce la importancia de la participación ciudadana y el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y promover la acción coordinada entre diferentes sectores para mejorar la salud de la población.
- ✚ El PTS aumentará la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud, asegurando la integridad del sistema y brindando atención oportuna y eficaz a los habitantes del Departamento.
- ✚ El PTS se compromete a garantizar la sostenibilidad fiscal y la eficiencia en el uso de los recursos, lo que asegura la continuidad de los servicios de salud y maximiza el impacto de las inversiones en salud pública,
- ✚ El PTS tendrá un impacto significativo en el sistema de salud del Departamento del Meta, mejorando la calidad de vida de los habitantes, reduciendo las brechas de salud y promoviendo un enfoque integral e intersectorial en la prestación de los servicios de salud.
- ✚ El PTS fortalecerá las capacidades de la Secretaría de Salud del Meta en la rectoría, gobernabilidad y gobernanza en salud pública.

“Para el año 2027, el gobierno de la unidad habrá avanzado en garantizar el derecho fundamental a la salud y en mejorar la calidad de vida en el Departamento. Esto se logrará mediante la gestión efectiva del modelo preventivo y predictivo cimentado en la atención primaria en salud, fortaleciendo las redes integrales e integradas de servicios, promoviendo la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentando la participación, el enfoque diferencial y la adopción de hábitos saludables para hacer del Meta un lugar más saludable”

Abril, 2024