



**CERTIFICACIÓN DISTRITO DE CARTAGENA  
EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD-DADIS**

De conformidad con las competencias normativas de la Ley 715 de 2001, artículo 43, que dispone entre otras, que a las entidades territoriales les corresponde dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia y que deben establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación.

Además, con la expedición de la resolución 100 de 2023 en su artículo 13, **Responsables de la construcción del Análisis de la Situación de Salud en el territorio, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal son las responsables de construir el Análisis de la Situación de Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual deberán gestionar la participación de los actores definidos en el artículo 10 de la presente resolución y podrán apoyarse en la academia, organizaciones y agremiaciones del sector salud y afines, con observancia de la gestión de conflictos de interés.**

**CERTIFICA QUE:**

Fue actualizado el documento para el Distrito de Cartagena vigencia 2023 y el presente aval da cuenta que cumple los siguientes criterios:

- (I) Que el ASIS se desarrolló bajo los lineamientos metodológicos y las directrices emitidas por el Ministerio de Salud.
- (II) Certificar que el documento cuenta con la calidad y coherencia técnica requeridos, toda vez que utilizó la información enviada para su actualización.
- (III) Que la autoridad de la Entidad Territorial autoriza al Ministerio de Salud y Protección Social la publicación del documento en el Repositorio Institucional Digital – RID con el fin de que el ASIS sea consultado por los usuarios internos y externos entre ellos los órganos de control y demás interesados.

Atentamente,

**ALEX ALBERTO TEJADA NUÑEZ**

Director Departamento Administrativo Distrital De Salud- DADIS  
Alcaldía Mayor De Cartagena de Indias  
direcciondadis@dadiscartagena.gov.co  
Getsemaní Cra. 10b #25-10, Casa Fatima

VoBo: Heyliana Sofia Guzmán López - Subdirectora DADIS  
Sabrina Vanleenden Granados- Jefe de Planeación DADIS  
Mónica Jurado Márquez- Directora Operativa de Salud Pública DADIS

Proyectó: Mercy Muñoz Marrugo Líder de Programa



Alcaldía Mayor de  
Cartagena de Indias



**DADXS**



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

# **Análisis de Situación de Salud con el modelo de Determinantes Sociales de Salud 2023 Distrito de Cartagena de Indias**

**Departamento Administrativo Distrital de Salud**

**DADXS**

**DUMEK TURBAY PAZ  
ALCALDE MAYOR DE CARTAGENA**

**ALEX TEJADA NUÑEZ  
DIRECTOR DADIS**

**MONICA JURADO MARQUEZ  
DIRECTORA OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA**

**MALKA IRINA PIÑA BERDUGO  
DIRECTORA OPERATIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO**

**EVA MASIEL PEREZ TORRES  
LÍDER DE PROGRAMA  
VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA**

**MERCY MUÑOZ MARRUGO  
LÍDER PROGRAMA  
GESTIÓN DEL PLAN Y PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE SALUD PÚBLICA – PICSP**

**ELABORADO POR:**

**ETHEL MARINA HADECHNI MEZA  
EPIDEMIÓLOGA  
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**

**DARLING M. MARTINEZ HURTADO  
EPIDEMIÓLOGA  
EPIDEMIOLOGY PROGRAM –FETP COLOMBIA- INS. EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO/FIELD  
DIRECCIÓN OPERATIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**ELIANA SALGADO ARENA  
GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD  
GESTIÓN DEL PLAN Y PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE SALUD PÚBLICA – PICSP**

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD – DADIS  
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C 2024.**



# Análisis de Situación de Salud con el modelo de Determinantes Sociales de Salud 2023

**Distrito de Cartagena de Indias**



**DADXS**

¡Unidos por una salud  
digna y humanizada!

## Tabla de Contenido

Lista de Tablas .....	6
Lista de Figuras .....	9
Lista de Ilustración .....	12
Lista de Mapas .....	13
PRESENTACIÓN .....	14
INTRODUCCIÓN .....	15
METODOLOGÍA .....	16
ACTORES IDENTIFICADOS .....	17
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES .....	18
SIGLAS .....	19
1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO .....	21
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL .....	21
1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica .....	21
1.1.2. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio .....	30
1.2. CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRÁFICO .....	82
1.2.1. Estructura demográfica .....	91
1.2.2. Dinámica demográfica .....	96
1.2.3. Movilidad forzada .....	99
1.2.4. Población LGBTIQ+ .....	100
1.2.5. Población habitante de calle .....	100
1.2.6. Población migrante .....	101
1.2.7. Población Campesina .....	112
1.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD .....	115
1.3.1. Servicios habilitados IPS .....	117
1.3.2. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Cartagena .....	138
1.4. GOBIERNO Y GOBERNANZA EN EL SECTOR SALUD .....	139
2. CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONOMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES .....	145
2.1. PROCESOS ECONÓMICOS Y CONDICIONES DE TRABAJO DEL TERRITORIO .....	145
2.2. CONDICIONES DE VIDA DEL TERRITORIO .....	153
3. CAPÍTULO III. SITUACION DE SALUD Y DE CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO. .....	170
3.1. Análisis de la morbilidad .....	170
3.1.1. Principales causas y subcausas de morbilidad .....	170



3.1.2 Morbilidad Específica en Salud Mental.....	180
3.1.3. Eventos de alto costo, Distrito de Cartagena. ....	185
3.1.4. Morbilidad de eventos precursores.....	187
3.1.5. Eventos de notificación.....	188
3.1.6. Análisis de la población en condición de discapacidad .....	200
3.2. Análisis de la mortalidad. ....	205
3.2.1 Mortalidad general por grandes causas (Ajuste de tasas por edad). ....	205
3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo.....	212
3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	226
3.2.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	232
3.3. Núcleos de inequidades.....	256
3.3.1 Morbilidad Materna, Mortalidad Materna y Perinatal .....	256
3.3.2. Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida .....	257
3.3.3 Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles.....	258
3.3.4. Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.....	258
3.3.5. Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inmunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.....	259
3.3.6. Entornos laborales de la economía popular y comunitaria .....	260
3.3.7. Deficiente acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva.....	261
3.3.8. Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles .....	262
3.3.9. Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático .....	263
3.3.10. Limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena. ....	265
4. CAPITULA IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTES LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	267
5. CAPITULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO .....	278
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 ATENCION PRIMARIA EN SALUD .....	286

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Distribución del distrito de Cartagena por extensión territorial y área de residencia, 2022.....	22
<b>Tabla 2.</b> Organización territorial del Distrito de Cartagena, 2023.....	23
<b>Tabla 3.</b> Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde los corregimientos hacia el área urbana del Distrito, 2021. ....	29
<b>Tabla 4.</b> Tipo de amenazas por localidades, zona rural y zona insular, Cartagena de Indias. 2022 .....	41
<b>Tabla 5.</b> Descripción del nivel de frecuencia de las amenazas.....	43
<b>Tabla 6.</b> Nivel de intensidad del fenómeno .....	43
<b>Tabla 7.</b> Niveles de afectación del territorio. ....	44
<b>Tabla 8.</b> Consolidado de las amenazas identificadas.....	44
<b>Tabla 9.</b> Variables de evaluación de vulnerabilidad física.....	46
<b>Tabla 10.</b> Variables de análisis de vulnerabilidad económica .....	47
<b>Tabla 11.</b> Vulnerabilidad ambiental. ....	48
<b>Tabla 12.</b> Variables de análisis de vulnerabilidad social .....	49
<b>Tabla 13.</b> Calificación de vulnerabilidad total. ....	49
<b>Tabla 14.</b> Matriz de amenaza y vulnerabilidad para estimación del nivel de riesgo. ....	50
<b>Tabla 15.</b> Consolidado de vulnerabilidad por localidades, zona rural e insular de Cartagena de Indias.....	51
<b>Tabla 16.</b> Consolidado tipo de amenazas y calificación del riesgo por localidades, zona rural e insular. ....	52
<b>Tabla 17.</b> Amenazas del Cambio Climático: Situación Actual y Futura en Cartagena de Indias.....	55
<b>Tabla 18.</b> Puntos críticos, evento asociado y clasificación de riesgo temporada de lluvias, localidad Histórica y del Caribe Norte Distrito de Cartagena, 2021.....	58
<b>Tabla 19.</b> Puntos críticos, evento asociado y clasificación de riesgo temporada de lluvias, localidad de la Virgen y Turística Distrito de Cartagena, 2022. ....	59
<b>Tabla 20.</b> Puntos críticos, evento asociado y clasificación de riesgo temporada de lluvias, localidad Industrial Y de la Bahía Distrito de Cartagena, 2022. ....	60
<b>Tabla 21.</b> Registro de análisis históricos de huracanes que afectaron el Distrito de Cartagena.....	64
<b>Tabla 22.</b> Causas y puntos críticos de inundación en el Distrito de Cartagena. 2020. ....	68
<b>Tabla 23.</b> Tsunamis ocurridos en el Caribe.....	73
<b>Tabla 24.</b> Niveles de riesgo estimativo y sectores susceptibles a fenómenos de remoción en masa en Cartagena de Indias D.T.C.....	74
<b>Tabla 25.</b> Niveles de Riesgo estimativo y sectores en los que se manifiesta el Diapirismo de lodos en Cartagena de Indias D.T.C.....	77
<b>Tabla 26.</b> Evento de origen tecnológico en la Zona Industrial de Mamonal. ....	79
<b>Tabla 27.</b> Población por área de residencia Distrito de Cartagena 2023. ....	82
<b>Tabla 28.</b> Hechos victimizantes, desagregados 2015 a 2023 Cartagena. ....	84
<b>Tabla 29.</b> Distribución étnográfica en el Distrito de Cartagena.....	86
<b>Tabla 30.</b> Proporción de la población por curso edad Distrital de Cartagena 2015, 2023 y 2026.....	92
<b>Tabla 31.</b> Otros indicadores de estructura demográfica en el Distrito de Cartagena, 2015, 2023, 2025 .....	96
<b>Tabla 32.</b> Otros indicadores de la dinámica de la población del Distrito de Cartagena 2022. ....	98
<b>Tabla 33.</b> Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Distrito de Cartagena, 2015 a 2023 .....	100
<b>Tabla 34.</b> Población Habitantes de Calle Distrito Cartagena años 2021-2023 .....	101
<b>Tabla 35.</b> Distribución de personas extranjeras atendidas según país de procedencia del Distrito de Cartagena, Colombia, 2022.....	103
<b>Tabla 36.</b> Distribución de tipo de atención a personas extranjeras atendidas en el Distrito de Cartagena, Colombia, 2022 .....	103
<b>Tabla 37.</b> Distribución de tipo de atención en salud población migrante en el Distrito de Cartagena, Colombia, 2022 ..	104
<b>Tabla 38.</b> Distribución según dominio geográfico de la población de 15 años y más que se identifica como campesina y	

no, Total Cabeceras y Centros poblados y rural disperso Trimestre móvil noviembre 2023 - enero 2024 Dominio	
Proporción % .....	113
<b>Tabla 39.</b> Tasa global de participación, tasa de ocupación y tasa de desocupación para la población campesina y no campesina Total nacional Trimestre móvil noviembre 2023 - enero 2024.....	114
<b>Tabla 40.</b> Servicios habilitados IPS, Distrito de Cartagena. 2015-2022.....	118
<b>Tabla 41.</b> Otros Indicadores de sistema sanitario en el Distrito de Cartagena, 2022. ....	138
<b>Tabla 42.</b> Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud por EPS en el Distrito de Cartagena.....	139
<b>Tabla 43.</b> Indicadores de SGRL, Distrito de Cartagena – 2023.....	150
<b>Tabla 44.</b> Distribución de Educación para jóvenes, Adultos y Mayores en el distrito de Cartagena 2023. ....	156
<b>Tabla 45.</b> Tasa de Cobertura por Niveles Distrito de Cartagena 2022 Vs 2023.....	157
<b>Tabla 46.</b> Otros indicadores de ingreso, del Distrito de Cartagena 2018.....	158
<b>Tabla 47.</b> Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Distrito de Cartagena, 2021. ....	159
<b>Tabla 48.</b> Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Distrito de Cartagena, 2013-2022.....	160
<b>Tabla 49.</b> Resumen por EAPB de trazador hasta Diciembre del 2023 en el Distrito de Cartagena.....	162
<b>Tabla 50.</b> Principales causas de morbilidad, por curso de vida, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022. ....	172
<b>Tabla 51.</b> Morbilidad atendida por curso de vida en hombres en el Distrito de Cartagena, 2009 – 2022. ....	173
<b>Tabla 52.</b> Morbilidad atendida por curso de vida en Mujeres, en el Distrito de Cartagena, 2009 – 2022.....	174
<b>Tabla 53.</b> Morbilidad específica por condiciones transmisibles y nutricionales, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022. ....	175
<b>Tabla 54.</b> Morbilidad específica por condiciones maternas perinatales, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.....	176
<b>Tabla 55.</b> Morbilidad por enfermedades no transmisibles, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.....	177
<b>Tabla 56.</b> Morbilidad específica Lesiones, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022. ....	178
<b>Tabla 57.</b> Morbilidad por Los signos y síntomas mal definidos, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.....	179
<b>Tabla 58.</b> Morbilidad por Salud mental, con las 10 primeras causas de consultas en población general, del Distrito de Cartagena 2013-2022.....	182
<b>Tabla 59.</b> Morbilidad por Trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias Psicoactivas del Distrito de Cartagena 2013-2022. ....	184
<b>Tabla 60.</b> Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo, Distrito de Cartagena, 2009-2022. ....	186
<b>Tabla 61.</b> Eventos precursores del Distrito de Cartagena, 2016 -2022 .....	188
<b>Tabla 62.</b> Comportamiento de los eventos de notificación obligatoria en aumento, el Distrito de Cartagena, a semana epidemiológica 52 del 2022. ....	199
<b>Tabla 63.</b> Categoría de Discapacidad, Distrito de Cartagena, año 2023 .....	202
<b>Tabla 64.</b> Nivel del SISBEN de personas con discapacidad del distrito de Cartagena .....	203
<b>Tabla 65.</b> Enfoque diferencial grupo poblacional, de personas con discapacidad del distrito de Cartagena.....	204
<b>Tabla 66.</b> Semaforización de los porcentajes de Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal del Distrito de Cartagena 2005-2020.....	220
<b>Tabla 67.</b> Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del Distrito de Cartagena 2005-2021.....	226
<b>Tabla 68.</b> Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, menores de 1 año según la lista de las 67 causas del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.....	227
<b>Tabla 69.</b> Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, en niños menores de 1 año según la lista de las 67 causas del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.....	228
<b>Tabla 70.</b> Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, en niñas menores de 1 año según la lista de las 67 causas del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.....	228
<b>Tabla 71.</b> Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, menores de 1 a 4 año según la lista de las 67 causas del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.....	229
<b>Tabla 72.</b> Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años, por cada 100.000 niños entre 1 y 4 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.....	229
<b>Tabla 73.</b> Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años, por cada 100.000 niñas entre 1 y 4 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.....	230
<b>Tabla 74.</b> Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, por cada 100.000 menores de 5 años según la lista de	



los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021. ....	231
<b>Tabla 75.</b> Tasas específicas de mortalidad en niños menores de 5 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021. ....	231
<b>Tabla 76.</b> Tasas específicas de mortalidad en niñas menores de 5 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021. ....	232
<b>Tabla 77.</b> Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Distrito de Cartagena 2005- 2021. .	233
<b>Tabla 78.</b> Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia Distrito de Cartagena, 2009 – 2021. ....	234
<b>Tabla 79.</b> Indicadores de Razón de mortalidad materna por área de residencia Distrito de Cartagena, 2010 – 2021. ...	235
<b>Tabla 80.</b> Tasa de mortalidad neonatal por etnia del Distrito de Cartagena, 2009 – 2021. ....	237
<b>Tabla 81.</b> Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia en el Distrito de Cartagena, 2009 – 2021. ....	238
<b>Tabla 82.</b> Análisis de las respuestas de los diferentes actores antes las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio .....	267
<b>Tabla 83.</b> Priorización ASIS Cartagena 2023. ....	281
<b>Tabla 84.</b> Priorización ASIS Cartagena 2023. ....	282
<b>Tabla 85.</b> Matriz de Priorización .....	283

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Promedio Mensual de Lluvias en los Últimos 10 años (en mm) Distrito de Cartagena 2022. ....	57
<b>Figura 2.</b> Población por pertenencia étnica, Cartagena 2018. ....	87
<b>Figura 3.</b> Porcentaje de población por pertenencia étnica, según distribución por área de residencia Cartagena 2018. .	88
<b>Figura 4.</b> Población por pertenencia étnica, según Población por grupo étnico que habla su lengua nativa Cartagena 2018.....	89
<b>Figura 5.</b> Población indígena, según pueblo al que pertenece Cartagena 2018. ....	89
<b>Figura 6.</b> Pirámide poblacional de Cartagena, 2015, 2023 y 2026 .....	91
<b>Figura 7.</b> Cambio en la proporción de la población por grupo etarios del Distrito de Cartagena, 2015, 2023 y 2026. ....	93
<b>Figura 8.</b> Población por sexo y grupo de edad del Distrito de Cartagena – 2023.....	93
<b>Figura 9.</b> Esperanza de vida al Nacer Bolívar incluyendo Cartagena, por sexo 2015-2030 .....	94
<b>Figura 10.</b> Esperanza de vida al Nacer Bolívar incluyendo Cartagena- Colombia 2005-202.....	95
<b>Figura 11.</b> Comparación entre las tasas de crecimiento natural, y las tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del Distrito de Cartagena 2005 a 2022.....	97
<b>Figura 12.</b> Comparación entre las tasas crecimiento Natural y tasas brutas de natalidad y mortalidad, Distrito de Cartagena en el 2022. ....	97
<b>Figura 13.</b> Comportamiento de las tasas de fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años y 15 a 19 del Distrito de Cartagena 2005 a 2022 .....	99
<b>Figura 14.</b> Pirámide población extranjera del Distrito de Cartagena, Colombia, 2022. ....	102
<b>Figura 15.</b> Extranjeros asegurados en Salud en Cartagena (2017 – 2022).....	105
<b>Figura 16.</b> Atenciones en salud: Consulta externa y Urgencias (2017 – 2022).....	106
<b>Figura 17.</b> Atenciones en salud: Hospitalización (2017-2022) .....	107
<b>Figura 18.</b> Atenciones en salud: Procedimientos en salud .....	107
<b>Figura 19.</b> Gestantes extranjeras atendidas en salud en Cartagena (2020 – 2022).....	108
<b>Figura 20.</b> Nacimientos de hijos de mujeres migrantes procedentes de Venezuela atendidos en los servicios de salud frente a las gestantes atendidas – Cartagena de Indias (2020 – 2022).....	108
<b>Figura 21.</b> Eventos de Interés en salud pública en población migrante – Cartagena de Indias (2021).....	109
<b>Figura 22.</b> Clasificación socioeconómica de campesinos en el Distrito de Cartagena de Indias.....	114
<b>Figura 23.</b> Distribución de población Campesina en el Distrito de Cartagena.....	115
<b>Figura 24.</b> Coberturas comparativas de vacunación de biológico trazadores Cartagena y Nacional a diciembre de 2023. ....	162
<b>Figura 25.</b> Morbilidad Atendida por Curso de Vida 2022 y cambios proporcionales 2022 – 2021 Distrito de Cartagena .....	170
<b>Figura 26.</b> Principales causas de Consultas por subgrupo de Causas -Distrito de Cartagena 2022 .....	180
<b>Figura 27.</b> Número de personas atendidas en Cartagena de indias debido a problemas y trastornos mentales 2013-2022 .....	181
<b>Figura 28.</b> Progresión de enfermedad renal crónica del Distrito de Cartagena, 2021-2022.....	187
<b>Figura 29.</b> Pirámide de la población en condición de discapacidad, 2023.....	201
<b>Figura 30.</b> Autoreconocimiento étnico de población con discapacidad Distrito de Cartagena .....	202
<b>Figura 31.</b> Orientación sexual de la población con discapacidad del Distrito de Cartagena .....	203
<b>Figura 32.</b> Reconocimientos de los derechos en el sector educativo, de la población con discapacidad, Cartagena....	204
<b>Figura 33.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021. ....	206
<b>Figura 34.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	207
<b>Figura 35.</b> Tasa de Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del Distrito de Cartagena 2005 –2021. ....	207
<b>Figura 36.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades del sistema circulatorio, por EAPB de afiliación en el Distrito de Cartagena en el 2021.....	208
<b>Figura 37.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad por todas las demás causas, por EAPB de afiliación en el Distrito de Cartagena en el 2021. ....	209
<b>Figura 38.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad por Neoplasias causas, por EAPB de afiliación en el Distrito de	

Cartagena en el 2021.....	209
<b>Figura 39.</b> Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas, Distrito de Cartagena 2005 a 2021.....	210
<b>Figura 40.</b> Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos, por grandes causas, en hombres, Distrito de Cartagena 2005 a 2021.....	211
<b>Figura 41.</b> Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos, por grandes causas, en mujeres, Distrito de Cartagena 2005 a 2021.....	212
<b>Figura 42.</b> Tasa de mortalidad ajustadas por edad para las enfermedades transmisibles general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	213
<b>Figura 43.</b> Tasas de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	214
<b>Figura 44.</b> Tasas de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	214
<b>Figura 45.</b> Tasa de mortalidad ajustadas por edad para las neoplasias general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	216
<b>Figura 46.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	216
<b>Figura 47.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	217
<b>Figura 48.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en población general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	218
<b>Figura 49.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	219
<b>Figura 50.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	219
<b>Figura 51.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en población en general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	222
<b>Figura 52.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	222
<b>Figura 53.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	223
<b>Figura 54.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en población general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	224
<b>Figura 55.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	224
<b>Figura 56.</b> Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.....	225
<b>Figura 57.</b> Principales causas de mortalidad, Cartagena 2021.....	232
<b>Figura 58.</b> Razón de mortalidad materna, del Distrito de Cartagena, 2005 –2021.....	234
<b>Figura 59.</b> Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.....	235
<b>Figura 60.</b> Indicadores de razón de mortalidad materna por área de residencia Distrito de Cartagena, 2010 – 2020...	236
<b>Figura 61.</b> Mortalidad Neonatal, del Distrito de Cartagena, 2005 -2021.....	236
<b>Figura 62.</b> Tasa de mortalidad neonatal por etnia del Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.....	237
<b>Figura 63.</b> Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia en el Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.....	238
<b>Figura 64.</b> Tasa de mortalidad infantil, Distrito de Cartagena, 2005-2021.....	239
<b>Figura 65.</b> Tasa de mortalidad por EDA, del Distrito de Cartagena, 2005- 2021.....	240
<b>Figura 66.</b> Tasa de mortalidad por IRA del Distrito de Cartagena, 2005- 2021.....	240
<b>Figura 67.</b> Tasa de mortalidad por desnutrición, del Distrito de Cartagena, 2005- 2021.....	241
<b>Figura 68.</b> Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal.....	256
<b>Figura 69.</b> Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención,	



detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida .....	257
<b>Figura 70.</b> Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles .....	258
<b>Figura 71.</b> Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud. ....	259
<b>Figura 72.</b> Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones Inmunoprevenible) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores. ....	260
<b>Figura 73.</b> Incremento de riesgos laborales en la población trabajadora de la economía popular y comunitaria: Falta de control en el ambiente laboral. ....	261
<b>Figura 74.</b> Deficiencia al acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva.....	262
<b>Figura 75.</b> Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles .....	263
<b>Figura 76.</b> Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático .....	264
<b>Figura 77.</b> Limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena. ....	265



## Lista de Ilustración

<b>Ilustración 1.</b> Esquema análisis del riesgo .....	46
<b>Ilustración 2.</b> Impacto del cambio climático bajo el escenario pesimista para el año 2040. ....	56
<b>Ilustración 3.</b> SEQ Ilustración \* ARABIC 5. Trayectoria y escala de intensidad de las Tormentas Tropicales .....	63
<b>Ilustración 4.</b> Zonas de generación de sismos tsunamigénico en el Océano Pacífico y el Mar Caribe. ....	72
<b>Ilustración 5.</b> Estructura piramidal de la población víctima del conflicto .....	83
<b>Ilustración 6.</b> Propuesta de mapa de procesos de desarrollo económico .....	147



## Lista de Mapas

<b>Mapa 1.</b> División político-administrativa y límites del Distrito de Cartagena de Indias.....	22
<b>Mapa 2.</b> Jerarquía Vial actual - urbana .....	28
<b>Mapa 3.</b> Relieve Distrito Cartagena de Indias .....	32
<b>Mapa 4.</b> Cuencas hidrográficas rurales y urbanas que drenan al Distrito de Cartagena de Indias .....	35
<b>Mapa 5.</b> Localización de principales emergencias por localidad Distrito de Cartagena .....	61
<b>Mapa 6.</b> Amenaza Inundación Rural y Urbana, Distrito De Cartagena 2021.....	66
<b>Mapa 7.</b> Relieve hidrografía, zonas de riesgo en el Distrito de Cartagena.....	81
<b>Mapa 8.</b> Población por área de residencia del Distrito de Cartagena, 2023.....	83
<b>Mapa 9.</b> Reconocimiento Étnico Por Manzanas Censales Zona Urbana distrito de Cartagena. 2018.....	90

## PRESENTACIÓN

El ASIS recoge una serie de procesos sistemáticos y analíticos que permiten caracterizar, medir y explicar el proceso salud enfermedad del individuo, las familias y las comunidades. Es un instrumento que genera una mirada comprehensiva de las diversas dimensiones del proceso salud - enfermedad en el Distrito de Cartagena, como insumo para orientar la construcción de políticas que se desarrollan a través de acciones concretas con ordenadores definidos sectoriales e intersectoriales, que contribuyen a modificar la situación de salud de los individuos, familia y comunidad, traducido en bienestar.

En Colombia el proceso de Análisis de Situación de Salud se lleva a cabo en los ámbitos nacional, departamental, Distrital y municipal. Este documento se logra definir mediante una metodología estandarizada y difundida ampliamente entre las entidades territoriales a través de la Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales cuya aplicación ha permitido avanzar exitosamente en la identificación de los principales efectos en salud que deben ser considerados durante el Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido este, como el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud.

El Departamento Administrativo de Salud Distrital de Cartagena DADIS, se permite poner a consideración especialmente al alcalde, Secretarios de Gobierno y sus equipos, sociedad civil, academia y demás, los resultados del análisis de la situación de salud para 2024, esperando que facilite tanto la preparación de Análisis Sectoriales útiles para la toma de decisiones, como la adecuada aplicación de éstas a través de acciones, planes y programas enmarcados en agendas de cambio sostenibles, capaces de mejorar la situación de salud y el desempeño de los sistemas de servicios de salud del Distrito de Cartagena para que se logre minimizar las desigualdades y las inequidades sociales generadoras de inequidades en salud.

## INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) constituye un proceso analítico-sintético que incluye, a su vez, diversos tipos de análisis, los cuales favorecen la caracterización, medición y explicación del concepto de salud-enfermedad de una población, abarcando problemas de salud y los determinantes sociales involucrados, sean competencia del sector salud o de otros sectores, generando información confiable, medible y factible para la toma de decisiones y, de esta forma, poder facilitar la conducción, gerencia y construcción de intervenciones y estrategias de promoción y prevención, que contribuyan al control de los eventos en salud que se prioricen.

Se elabora con el objetivo de comprender y abordar las necesidades de salud de la población de Cartagena de Indias, teniendo en cuenta sus determinantes sociales y epidemiológicos. El ASIS proporciona una visión integral de la situación de salud de la población, identificando inequidades, desigualdades y factores de riesgo que afectan su bienestar. El pilar fundamental para la construcción de los Planes Territoriales de Salud Pública es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS, razón por la cual, el Ministerio de Salud y Protección, por medio de la Dirección de Epidemiología y Demografía, elaboró la Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del documento ASIS, de manera que se la construcción del documento sea armónica en todos los territorios y se involucre a los diferentes sectores públicos y comunitarios.

El ASIS se enmarca en el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud, que reconoce la influencia de factores sociales, económicos, culturales y ambientales en la salud de las poblaciones. Este enfoque permite identificar las causas subyacentes de las inequidades en salud y diseñar estrategias para abordarlas de manera integral y efectiva. En este sentido, el ASIS no solo se centra en la descripción de la situación de salud, sino también en la identificación de soluciones y la formulación de recomendaciones para mejorar el bienestar de la población. Su alcance abarca tanto el ámbito político y gubernamental como el comunitario, familiar y personal, ya que busca promover la salud y el bienestar en todos los niveles de la sociedad.

Para la elaboración del documento ASIS se recurre a diversas fuentes de información, que aun cuando formarán parte de un sólo sistema de información, son el producto de la articulación de diferentes actores sectoriales e intersectoriales. Dichas fuentes de información se consolidan en nuestro Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, de manera que todos tengamos acceso a los datos para la construcción de indicadores y reportes.

Basados en la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social, el documento se organizó en seis grandes capítulos, siendo el primero Configuración del territorio, segundo Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales, tercero Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. Capítulo cuatro Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. El quinto capítulo, Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio, por medio de núcleos de inequidad sociosanitaria y el sexto capítulo, Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.

El presente ASIS de la ciudad de Cartagena de Indias, permitirá la identificación de los principales eventos en salud que afectan a la población local a través de la descripción del comportamiento de la mortalidad y morbilidad, así como también desde la influencia de las características sociales, territoriales y demográficas propias del territorio, de modo que se puedan aprovechar los recursos de la mejor manera, orientando los procesos de planificación, sirviendo como línea de base para las políticas públicas, la toma de decisiones y las acciones de regulación y de Inspección, Vigilancia y Control.

## METODOLOGÍA

Para la construcción del documento ASIS del Distrito de Cartagena de Indias se adopta la metodología propuesta por el Ministerio de salud y Protección social (MSPS), así como las fuentes de información dispuesta por dicha entidad, entendiendo los rezagos de información propia de cada base de datos consultada, con el objetivo de obtener datos con criterios homologados, lo que permite al nivel nacional realizar comparaciones entre las entidades territoriales.

Los resultados presentados en este documento, corresponden a información recolectada de datos primarios y secundarios. La mayoría de indicadores proceden del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, muchos alojados en los diferentes cubos, bodegas de datos y observatorios. A continuación, se detalla las fuentes utilizadas para el desarrollo de los diferentes capítulos.

Para la configuración del territorio se obtuvo información del área de Planeación, participación, UMATA, así como del Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud más recientes. Las fuentes de información utilizadas para el componente poblacional y demográfico fueron las proyecciones de la población de los Censos Nacionales 2005 y 2018 actualización Post COVID 19, proyección 2020 -2035 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Para la movilidad forzada se obtuvo información del Registro Único de Víctimas -RUV, y en cuanto a la población migrante, se utilizaron los registros del reporte de las atenciones a población extranjera de la Circular 029 de 2017, extrayendo información de los cubos SISPRO.

El contexto institucional y sectorial de salud, así como los procesos económicos y sociales surgió de los diferentes diálogos y la articulación intersectorial y de búsqueda de información en DANE y el Departamento Nacional de Planeación, además de apoyarnos de fuentes como el Sistema de Vigilancia de Salud Pública -SIVIGILA y el Instituto Nacional de Medicina Legal para los indicadores sobre violencia. Adicionalmente, se integraron los principales indicadores relacionados a los determinantes sociales en salud obtenidos de los cubos y bodega de datos SISPRO, así como de fuentes secundarias de coberturas de servicios, del Ministerio de Educación y de diversas encuestas nacionales.

Para el análisis de desenlaces de morbilidad, se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia y letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia; se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS dispuestos en los cubos SISPRO, la plataforma HIGIA de la Cuenta de Alto Costo para estos eventos y precursores, el SVIGILA del Instituto Nacional de Salud para lo correspondiente a los eventos de notificación obligatoria y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad para la caracterización de esta población, lo cual también está contenido en el correspondiente cubo SISPRO. En cuanto a la mortalidad, se utilizó la información del periodo entre el 2012 al 2022, de acuerdo a los registros de Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por DANE y dispuestas en los cubos SISPRO. Las tasas ajustadas fueron tomadas del Sistema de Gestión de Datos (SGD) o Bodega de Datos de SISPRO.

Dando cumplimiento a los nuevos lineamientos de la resolución 100 del 17 de enero del 2024 y a la resolución 2367 de 2023, se implementó el ejercicio de participación y cartografía social, recolectando las diferentes necesidades y problemas en salud de la población, identificando los núcleos de inequidad socio sanitaria, realizando posteriormente el ejercicio de priorización y relación con los ejes del PDSP 2022-2031.

## ACTORES IDENTIFICADOS

La participación social en salud es esencial para fortalecer los sistemas de atención médica y mejorar la salud de la comunidad. En el distrito de Cartagena, la importancia de identificar actores clave para la participación social se fundamenta en las políticas de salud a nivel distrital. Estos actores, que pueden incluir líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales, profesionales de la salud y la propia comunidad, desempeñan un papel crucial en la implementación efectiva de políticas de salud que aborden las necesidades y preocupaciones específicas de la población local.

La comunicación entre la comunidad y las autoridades de salud, permitiendo la retroalimentación directa sobre la efectividad de las políticas y programas de salud. Además, estos actores pueden actuar como defensores y facilitadores en la promoción de la salud, contribuyendo a la concienciación y educación de la comunidad sobre prácticas saludables. La participación social no solo fortalece la rendición de cuentas y la transparencia en el sistema de salud, sino que también fomenta un enfoque colaborativo que tiene en cuenta las realidades locales y promueve la equidad en la prestación de servicios de salud

- ❖ **Gobierno Distrital:** Alcaldía distrital de Cartagena de Indias junto con sus secretarías, Consejo y Organismos Descentralizados.
- ❖ **Instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS):** son entidades fundamentales dentro del sistema de atención médica, ya que ofrecen una amplia gama de servicios de salud directamente a la población. Estas IPS pueden incluir hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios médicos y cualquier otra instalación que proporcione atención médica y servicios relacionados.
- ❖ **Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB):** son organizaciones encargadas de asegurar y administrar los servicios de salud para sus afiliados en un departamento específico. Estas entidades juegan un papel crucial en el sistema de salud al gestionar la prestación de servicios y garantizar el acceso a la atención médica para los usuarios afiliados a sus planes de beneficio.
- ❖ **Organizaciones de base comunitaria y líderes comunitarios:** Estas organizaciones y líderes están compuestas por miembros de la comunidad que comparten intereses y objetivos comunes en materia de salud y bienestar. Su enfoque se centra en abordar las necesidades específicas de la comunidad a la que sirven, trabajando de manera colaborativa para mejorar las condiciones de vida y promover la salud y el bienestar.
- ❖ **Universidades:** Su participación en la planificación y evaluación de políticas de salud es fundamental, ya que estas instituciones cuentan con expertos en diversas disciplinas relacionadas con la salud, como la medicina, la epidemiología, la salud pública, la biología, entre otras. A través de investigaciones y estudios, estas instituciones pueden proporcionar datos valiosos y análisis críticos que respalden la toma de decisiones informadas en materia de políticas de salud.
- ❖ **ONGs:** En el contexto de políticas de salud en el nivel distrital en el distrito de Cartagena, las ONGs pueden colaborar estrechamente con las autoridades locales para complementar los esfuerzos gubernamentales y abordar problemáticas específicas de la comunidad. Pueden implementar programas de educación, realizar campañas de concientización, proporcionar servicios de atención médica y apoyar iniciativas para mejorar las condiciones de vida de poblaciones desfavorecidas.
- ❖ **La cooperación con Organizaciones Internacionales y Agencias de Cooperación** también puede abrir oportunidades para la participación en programas conjuntos, intercambio de experiencias y capacitación del personal de salud local. En última instancia, esta colaboración contribuye a la construcción de sistemas de salud más robustos y sostenibles en el distrito.

- ❖ **Los Grupos Vulnerables y Minoritarios:** abarcan una amplia gama de poblaciones que, debido a diversas razones, pueden enfrentar desafíos particulares en el ámbito de la salud. Esto incluye a comunidades indígenas, personas con necesidades y capacidades diferentes (discapacidad), personas de la comunidad LGTBIQ+ y otras minorías étnicas y culturales como los Rrom. Es esencial abordar las necesidades específicas de estos grupos para garantizar la equidad y la justicia en la prestación de servicios de salud.
- ❖ **Medios de comunicación:** desempeñan un papel esencial en la difusión de información y en la educación sobre temas de salud en la sociedad. Su influencia y alcance masivo los convierten en poderosos aliados para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la concienciación sobre diversas cuestiones médicas. A través de diferentes canales, como la televisión, la radio, los periódicos, las revistas y las plataformas en línea, los medios pueden llegar a audiencias diversificadas

## **AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES**

Dra Heyliana Sofía Guzman López

Dra. Malka Piña Berdugo: Director de Prestación de Servicios

Dra. María Paulina Osorio Cortina: Director Operativo de Vigilancia y Control

Dr. William Jurado. Director Operativo de Aseguramiento.

Dr. Sabrina Vanleenden Granados: Jefe oficina asesora de Planeación y Desarrollo

Dr. Álvaro Cruz Quintero: Coordinador del Centro Regulador del emergencias y desastres – CRUED

Lic. Nacira Consuegra: Líder de programa Participación Social y atención al Usuario

Dr. Santiago Elías Fadul Pérez: Líder del programa Tuberculosis y Lepra

Dr. César Gavalo Herrera: Líder del programa Salud Mental

Lic. Edelia Pájaro Martínez: Líder del programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

Dr. Wilson Ortega Hernández: Profesional especializado Ambiente y Salud -Enfermedades transmitidas por Vectores ETV

Dr. Gustavo Orozco Lorduy: Líder del programa Medicamentos y Alimentos

Dra. Claudia Velásquez Aguas: Líder del programa Salud Sexual y Reproductiva SSR

Dra. María Cristina Ricardo: Líder de programas Infancia e Infección Respiratoria Aguda-RA

Dra. Patricia Isabel Buelvas Castellar: Líder de Programa Nutrición

Lic. Claudia María Vázquez Cabeza: Líder de programa Crónicas no transmisibles

Dra. Dayana Icela Paternina Tamara- P.U. Programa de Gestión

Proyecto de apoyo integral al sistema de salud en migración:

Dra. Mayelis Guerrero Gómez - Coordinadora Territorial Bolívar

Dra. Diana Paola Lozada Profesional Apoyo Social

Dr. Hernán Vega Domínguez – Gestor Territorial Programa Comunidades Saludable USAID

Dr. José Leonardo Osorio vega – Asesor Externo – Oficina de promoción social DADIS

## SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social NBI: Necesidades Básicas

Insatisfechas

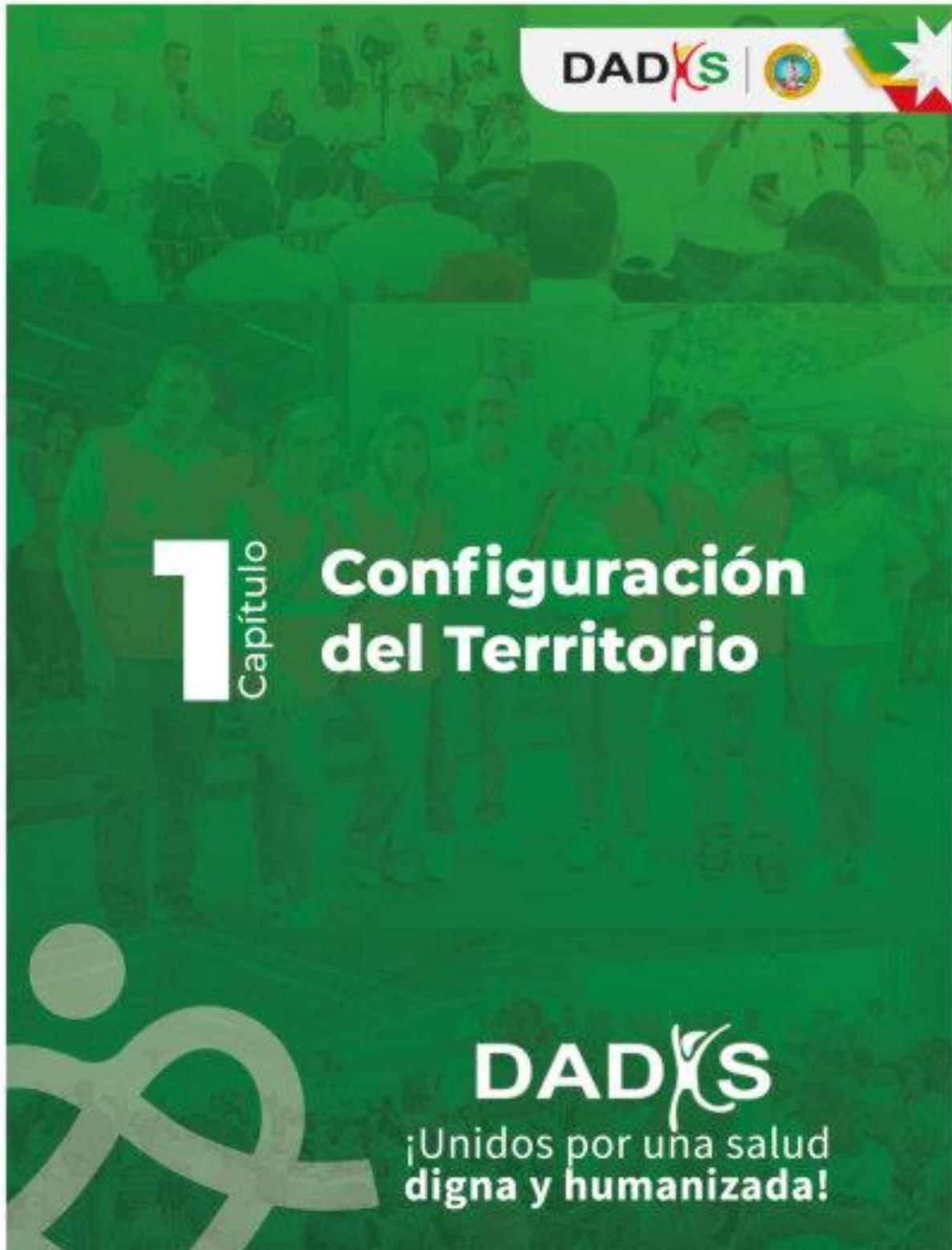
No: Número

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio OMS: Organización Mundial de la Salud OPS Organización Panamericana de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano



## 1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

### 1.1. CONTEXTO TERRITORIAL

#### 1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica

##### 1.1.1.1. Localización

Está localizada al norte de la República de Colombia, sobre el Mar Caribe, dentro de las coordenadas 10 Grados 25'30" de latitud norte y 75 Grados 33' 50" de longitud oeste, a una altitud de 5 metros sobre el nivel del mar. Es la capital del Departamento de Bolívar, se encuentra a una distancia de 600 kilómetros y por carretera de 1.204 km de Bogotá, Capital de Colombia.

- **Aspectos generales de ubicación**

Limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el municipio de San Onofre, al Este con Santa Catalina, Santa Rosa, Turbaco y Turbana y al Oeste con el Mar Caribe.

Cartagena cuenta con un área de 63.982,33 ha, de las cuales 60.885,82 ha corresponden a la zona continental y 3.096,51 ha a la zona insular; correspondiendo a estas últimas el 4,83% del área total. Con base en estos mismos datos, se estimó que 7.583,47ha correspondían a suelo urbano consolidado y 56.398,86 ha a suelo rural, dentro del cual se identificaban a su vez 30 centros poblados, 8 de los cuales se localizan en territorio insular. El área total, de 623 Km<sup>2</sup>, equivale a 2.3% del total de la extensión del departamento de Bolívar (24.978 Km<sup>2</sup>). El punto más elevado de la ciudad es el cerro de la Popa con una altitud máxima en su parte sur de 155 msnm, en la base del cerro se ubican barrios y asentamientos humanos que hacen parte de esos patrones de concentración territorial de pobreza urbana en el Distrito de Cartagena, borde de la ciénaga de la virgen y zona sur occidental en el área del cerro de Albornoz

El régimen climático de la región donde se encuentra Cartagena de Indias está bajo la influencia de los desplazamientos Norte – Sur de la Zona de Convergencia Intertropical (Z.C.I.). Cartagena de Indias tiene un clima tropical semiárido influenciado por fenómenos climatológicos como los vientos Alisios entre diciembre y marzo, con períodos de lluvia y períodos secos. La temperatura promedio es de 27, 9° (EPA 2020), suavizadas por los vientos marinos del noreste; la humedad relativa promedio es del orden del 90% y las lluvias están distribuidas durante el año en dos períodos, entre abril y mayo; y de septiembre a noviembre, alternados con épocas secas como el denominado “Veranillo de San Juan”. Las tierras están comprendidas en el piso térmico cálido.

El Distrito de Cartagena presenta un piso térmico cálido, de planicie aluvial cuenta con seis estaciones meteorológicas De acuerdo con el Centro de Investigaciones oceanográficas e hidrográficas (CIOH, 2020). Aunque el clima tiende a ser caluroso, generalmente todo el año, siempre es ventoso, de lo que resulta un clima soportable e incluso confortable. Los meses de noviembre a febrero son los más ventosos del año, resultado en un extra-enfriamiento, a las temperaturas de esos meses del invierno boreal. El carácter e identidad turística y cultural con el agua que tiene Cartagena dada por la gran cuenca del Mar Caribe, la cual define la morfología de su territorio, el Parque Natural Corales e islas y archipiélago del Rosario y San Bernardo; las islas de Tierra bomba y Barú, su litoral, la histórica Bahía de Cartagena, la Bahía de Barbacoas y el Canal del Dique; la Ciénaga de La Virgen, el acuífero de Arroyo Grande, y el sistema de caños y lagos internos, la hace altamente vulnerable al cambio y a la variabilidad climática.

Cartagena de Indias, aunque es una ciudad caribeña marítima, muy raras veces es tocada por huracanes que si afectan a otras ciudades del Caribe como La Habana, Santo Domingo, Cancún, Kingston, San Juan. La razón de ello es que la ciudad se encuentra al sur de la ruta de los huracanes. (Tabla 1 y mapa 1).

**Tabla 1.** Distribución del distrito de Cartagena por extensión territorial y área de residencia, 2022.

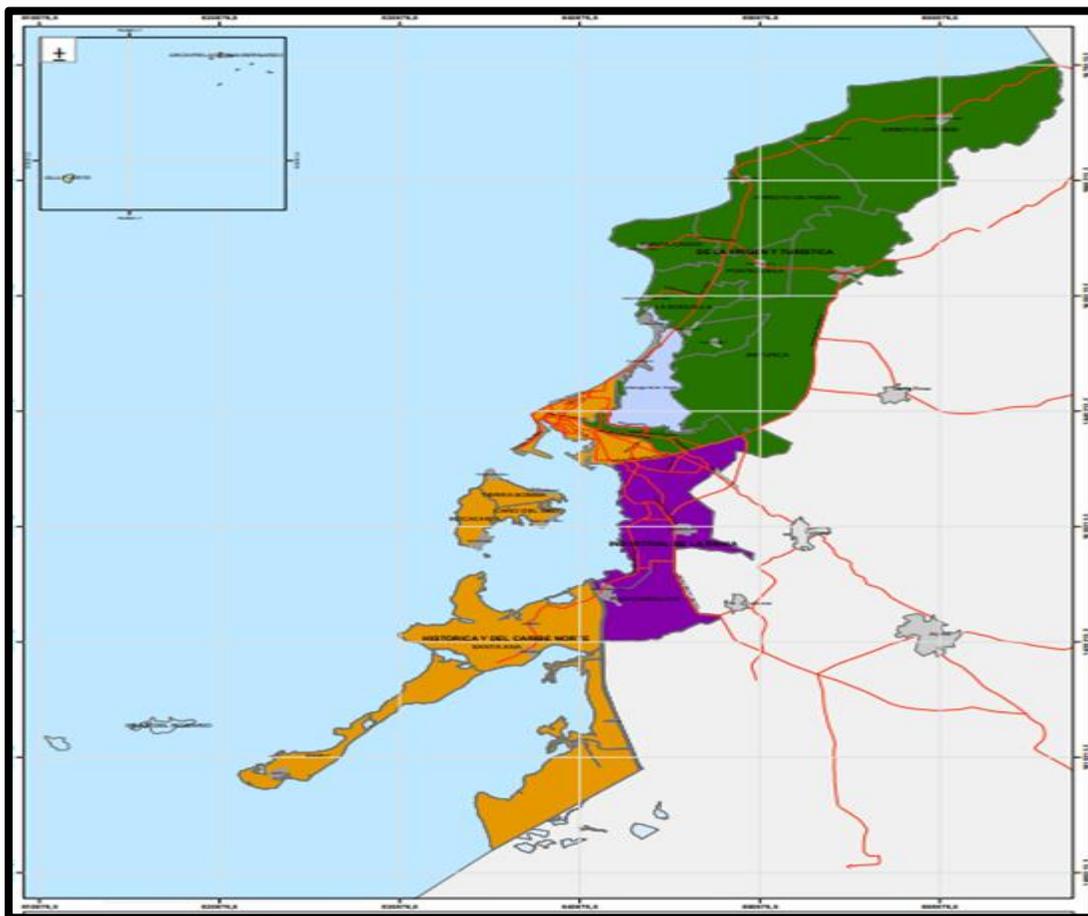
Distrito	Extensión Urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
<b>CARTAGENA</b>	<b>76,0 Km</b>	<b>12.19%</b>	<b>547 Km</b>	<b>87.81%</b>	<b>623 Km</b>	<b>100%</b>

Fuente: Proyección DANE 2018 – 2070

La expresión cartográfica de la división político-administrativa actual del Distrito de Cartagena por localidades se presenta a continuación en el Mapa 1.

Para el caso de Colombia las localidades son divisiones político-administrativas de los Distritos Especiales en términos de poseer homogeneidad relativa desde el punto de vista geográfico, cultural, social y económico (Ley 768 de 2002).

**Mapa 1.** División político-administrativa y límites del Distrito de Cartagena de Indias



Fuente: Alcaldía mayor de Cartagena de Indias, secretaría de planeación Distrital

- **Organización actual territorial del Distrito de Cartagena**

La estructura político-administrativa del Distrito de Cartagena de Indias, está actualmente organizada en tres (3) Localidades: Localidad Histórica y del Caribe Norte (Localidad N°1), Localidad de la Virgen y Turística Localidad N.º 2) y la Localidad Industrial de la Bahía (Localidad N.º 3). A su vez, las tres localidades están divididas en quince Unidades Comuneradas de Gobierno Urbanas y en doce Unidades Comuneradas de Gobierno Rurales.

Las Unidades Comuneradas de Gobierno Rurales corresponden a: Arroyo Grande, Arroyo de Piedra, Punta Canoa, Pontezuela, Bayunca, La Boquilla, Bocachica, Caño del Oro, Tierra Bomba, Pasacaballos, Barú y Santa Ana. Dentro de la jurisdicción del Distrito, además de la cabecera hay 30 centros poblados, de los cuales 15 están ubicados en la zona norte, 7 en la zona sur y 8 están en zona insular (Tabla 2).

**Tabla 2. Organización territorial del Distrito de Cartagena, 2023**

Localidades	Unidades Comuneradas de Gobierno (UCG)		Barrios	
	Rurales	Urbanas	Urbanos	Rurales
Histórica y del Caribe Norte Área 162 km2		UCG # 1	UCG # 1: Castillo Grande - El Laguito - Bocagrande - Centro - Chambacú - La Matuna - Getsemaní - San Diego - El Cabrero - Marbella - Crespo - Pie de la Popa - Manga	
	Tierra Bomba Bocachica Caño del Oro Santa Ana Isla Fuerte Islas del Rosario Islas San Bernardo Barú	UCG # 2	UCG # 2: Pie del Cerro – El Espinal - Lo Amador - Nariño- Torices- Pedro Salazar - San Pedro y Libertad - Los Comunerados - Petare - Pablo VI I y II - República del Caribe - Loma Fresca - Palestina - La Paz-Paraíso-San Bernardo de Asís- Virgen del Carmen	Tierra Bomba Bocachica Caño del Oro Santa Ana Isla Fuerte Islas del Rosario
		UCG # 3	UCG # 3: Canapote - Daniel Lemaitre - Santa María - Siete de Agosto - San Francisco - San Bernardo	
		UCG # 8	UCG # 8: Zaragocilla - El Cairo -Escallón Villa - La Campiña – Los Calamares-Urb. Los almendros, Urb. Camagüey - Los Ángeles - Urb. Barlovento-Urb. Los Laureles-Urb. Britania-Conj. Res. Santilla de los Patios- Urb. El Country- La Troncal - Buenos Aires - Los Ejecutivos – Tacarigua-Villa Sandra 1- Villa Sandra 2- Urb. Cavipetrol- Las Delicias- El Carmen- El Rubí- Urb. La Gloria	
		UCG # 9	UCG # 9: Barrio Chino - Martínez Martelo - El Prado – Bruselas- Ambéres - España - Juan XXIII- Paraguay – Junín-La Gloria- Las Brisas- Urb. Nueva Granada- Nueve de Abril- José A. Galán-Piedra de Bolívar-Armenia	

		UCG # 10	UCG #10: El Bosque - Alto Bosque - Los Cerros - San Isidro - República de Chile - Altos de San Isidro - Nuevo Bosque - Bosquecito	
De la Virgen y Turística Área 371 km2	Arroyo Grande Arroyo de Piedra Pontezuela Bayunca	UCG # 4	UCG # 4: La María - La Quinta -Barrio Obrero- La Esperanza - La Candelaria - Alcibia – Las Delicias-Boston.	Arroyo Grande Arroyo de Piedra Pontezuela Bayunca
		UCG # 5	UCG # 5: Tesca viejo- Tesca nuevo- República del Libano - Chiquinquirá - Olaya Herrera (COM 5)- Villa Olímpica	
Punta canoa La Boquilla	Punta canoa La Boquilla	UCG # 6	UCG # 6: Olaya Herrera - Fredonia - Nuevo Paraiso -Las Américas- El Pozón - Villa Estrella-Villas de la Candelaria- Colombiatón-Ciudad Bicentenario-Flor del Campo	Punta canoa La Boquilla
		UCG # 7	UCG # 7: Trece de Junio - República de Venezuela -Las Gaviotas- La Floresta - Chipre- La Castellana - Los Alpes - El Gallo - Viejo Porvenir- Nuevo Porvenir- Las Palmeras- Chapacua- San Antonio	
Industrial de la Bahía Área 89 km2		UCG # 11	UCG #11: Ceballos – Urb. Santa Clara - Policarpa - Albornoz - Arroz Barato - Puerta de Hierro - Bellavista - El Libertador- Villa Barraza- Veinte de Julio Sur– Villa Rosa-Antonio José de Sucre	
		UCG # 12	UCG #13: Santa Lucía - La Concepción - El Recreo - Ternera - San José de los Campanos - Villa Rosita - La Providencia – Anita-Ciudad Sevilla-La Princesa-La Carolina	
	Pasacaballos	UCG # 13	UCG #13: Santa Lucía - La Concepción - El Recreo - Ternera - San José de los Campanos - Villa Rosita - La Providencia – Anita-Ciudad Sevilla-La Princesa-La Carolina	Pasacaballos
		UCG # 14	UCG #14: Alameda La Victoria - San Fernando - Urb. Simón Bolívar- Ciudadela 11 de noviembre-Villa Rubia- Jorge Eliecer Gaitán- María Cano- Camilo Torres- La Florida- Nueva Delhi- La Esmeralda I- La Esmeralda II- Los Santanderes- El Nazareno-El Silencio- Nueva Jerusalén- Nueva Villa Fanny- Sectores Unidos- La Sierrita- Nelson Mandela-Villa Hermosa- Rosedal-Ciudadela 2000- Cesar Flórez	NA
		UCG # 15	UCG #15: Vista Hermosa -Urb. Luis Carlos Galán - Urb. Cooperativo - San Pedro Mártir -El Reposo - La Victoria - Los Jardines - La Consolata - El Educador - Jaime Pardo Leal - Henequén - Manuela Vergara de Curí	

Fuente: Propuesta de Nuevas Localidades para el Distrito de Cartagena de Indias a partir del enfoque ecosistémico. 2016.

## Territorios y Microterritorios

Gestión territorial corresponde al conjunto de procesos y acciones que realiza el ente territorial en salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación del cuidado de la salud que reconozca las prioridades en relación con el derecho a la salud, alimentación y nutrición, y demás derechos; las particularidades de los contextos y elementos propios del desarrollo de la población y el territorio. Comprende la gestión de la política, la gestión intersectorial, Gestión intercultural, la adecuación de la arquitectura institucional, la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de los actores del Sistema de Salud (8)

Para la gestión territorial de la atención primaria en salud, el MSPS (9) propone cuatro (4) acciones simultáneas e interdependientes, como son: (i) compresión y planeación de la respuesta en salud en el territorio; (ii) abordaje territorial de la salud; (iii) continuidad de la atención en la red integral e integrada territorial de salud, y, (iv) seguimiento a la gestión territorial del cuidado de la salud basado en APS; es importante

**Territorio:** Espacio territorial en donde se comparten dinámicas geográficas, poblacionales, y factores socio ambientales y culturales que inciden en las condiciones de salud y configuran zonas de riesgos y de impacto. Un territorio estará conformado por un rango de variables, entre 3 a 10 microterritorio dependiendo del nivel de dispersión geográfica y densidad poblacional, de modo que un territorio puede abarcar hasta 5.000 familias, siendo recomendable configurar territorio con máximo de 2.000 familias.

Este nivel se configura como el espacio de intervenciones permanente, sistemática e integrada de los equipos de salud territorial (EST), para ejecución de intervenciones colectivas e individuales dirigida a las familias.

**Microterritorio:** Espacio territorial y social conformado por un grupo de familias, que podrán ajustarse dependiendo de la concentración o dispersión poblacional variando de 60 familias o menos en zonas de alta dispersión hasta 500 familias en zonas de alta concentración como capitales y municipios conurbano. Incluye tanto hogares como dinámicas comunitarias, ambientales e institucionales, considerándose la unidad mínima de intervención sociosanitarias ejecutada por equipos de salud territorial.

Teniendo en cuenta lo anterior en el Distrito de Cartagena se conformaron 116 territorios y 499 micro territorios de los cuales se distribuyeron:

- Localidad 1 Histórica y del Caribe Norte : 142 microterritorio
- Localidad 2 Localidad de la Virgen y Turística Localidad: 190 microterritorio
- Localidad 3 Industrial y de la Bahía: 167 microterritorio

### 1.1.1. 2. Accesibilidad geográfica

- **Medios de transporte**

El Distrito de Cartagena de Indias ha realizado esfuerzos para el mejoramiento de vías, principales y alternas; En promedio, entre 2015 y 2020, el 56% de la malla vial fue de tipo rígido. Luego, el 32% fue tipo afirmado, el 12% en afirmado y menos del 1% en adoquín. A 2020, casi el 30% de la malla vial de Cartagena se encontraba en mal o regular estado. Se resalta un poco, que en los últimos años ha aumentado ligeramente el porcentaje de malla vial en buen estado: paso del 67,6% en 2015 al 71,6% en 2020. Según el Maratón Cartagena realizado en la vigencia 2019 entre los meses de junio y julio en la ciudad existen al menos 87 rutas que se distribuyen en los cuatro modos de transporte mapeados: 30 de colectivos (taxis, jeeps, particulares), 28 rutas de buses convencionales (buses y busetas), 22 rutas de Transcribe y 7 rutas de transporte acuático (lanchas). Son aproximadamente 83,1 km la suma de todos los tramos en los que se trasladan

Transcribe y las rutas del transporte convencional. La ciudad se une con el resto del país por el río Magdalena, Canal del Dique, por la carretera de la costa y a través del aeropuerto de la ciudad conocido como Aeropuerto Internacional Rafael Núñez de Cartagena.

Existen áreas de la ciudad que tienen gran dificultad de cobertura de modos de transporte, como son las zonas ubicadas cerca de las faldas de la popa, y en cercanía a la ciénaga de la virgen, lo que acentúa la necesidad de otros modos informales, e irregulares como el fototaxismo para el tránsito entre barrios y sectores de manera transversal. Barrios ubicados en la localidad 3 tienen mejores coberturas de transporte público mejorando la accesibilidad a la oferta de la institucional estructural que satisface sus necesidades básicas, exceptuando barrios como la central, Villa Barraza. Los documentos diagnósticos establecen que la ciudad posee un patrón vial muy poco organizado, sumándole las vías que aún carecen de pavimentación y los perfiles urbanos que no se ajustan a un escenario prospectivo soñado.

### **Transcribe**

TRANSCARIBE S.A. es el titular del Sistema integrado de Transporte Masivo de la ciudad de Cartagena, Transcribe y en tal calidad le compete la planeación, gestión, implementación y control del Sistema. Los servicios troncales del Sistema Transcribe circulan por la Avenida Pedro de Heredia, que es la columna vertebral de la ciudad, Avenida Venezuela, Avenida Blas de Lezo, Bocagrande por la Avenida San Martín con retorno por la Avenida Tercera y de Crespo por la Avenida Santander y carrera 70, con proyección a una ampliación de cobertura de rutas en Zona Norte, Castillogrande-Laguito, Parque Heredia, Zona Industrial de Mamonal y sus alrededores. En la actualidad, son 70 mil usuarios en promedio durante un día hábil quienes utilizan este servicio, las rutas con mayor demanda son la x105 con 5.500 pasajeros diarios y la T103 con 4500 pasajeros diarios seguida de las alimentadoras A117 y A114 con 2500 y 2000 pasajeros al día.

Los diferentes servicios operan desde las 4:30 am en alimentadoras y 5:00 am en troncal hasta las 11 de la noche para días hábiles. Sin embargo, como la oferta del servicio se planea con base en la demanda, entendiendo su variación en los periodos pico y valles del día, así como su variación entre días laborales y feriados e incluso en épocas como vacaciones y teniendo en cuenta que el sistema es dinámico se programan los intervalos y frecuencias a lo que requiera la ciudad.

El Conpes que autorizó la implementación del sistema integrado de transporte masivo para la ciudad de Cartagena, Transcribe, contempló la integración del 100% de la demanda de la ciudad hoy hay zonas de la ciudad que no quedaron integradas al sistema, sobre todo algunos corregimientos que hacen parte de la jurisdicción de Cartagena, en la actualidad, la cobertura del sistema está a la fecha del presente informe en un 55 % aproximadamente, con relación a las rutas del sistema.

### **Terminales Terrestres.**

El Distrito de Cartagena actualmente cuenta con dos (2) terminales de transporte de las cuales solo una (1) se encuentra en funcionamiento. Esta terminal se localiza dentro del área urbana específicamente en la localidad Industrial y de la Bahía, en la unidad comunera de gobierno 13 en la zona oriental de la ciudad, está rodeada por los barrios Ciudad Jardín, Villas de la Candelaria, La Carolina, Villa estrella y El Pozón. Actualmente es la terminal terrestre que interconecta al Distrito con el resto del País.

El Distrito también cuenta con la nueva “terminal satélite del norte” misma que actualmente se encuentra lista en funcionamiento. Operando parcial.

### **Malla Vial**

Los documentos de análisis de la Malla Vial de la ciudad de Cartagena concluyen que el Distrito de Cartagena dentro de su complejidad no posee un amplio portafolio de vías arteriales y complementarias disponibles, limitándose a un flujo constante y de mayor frecuencia sobre solo unas cuantas vías principales para el traslado y circulación dentro un casco urbano muy poco organizado, con señalizaciones y semaforización ajustada y estricta a una red vial con poca equidad en cuanto a movilidad; entre las vías principales se destacan la avenida Pedro Heredia como principal Eje arterial, el Corredor

de Carga, la Transversal 54, la Avenida del Lago, la Avenida Pedro Romero, la Avenida San Martín y la Avenida Santander, entre otras.

La Avenida Pedro de Heredia es uno de los corredores urbanos más importantes que tiene la ciudad, la cual atraviesa la ciudad de suroriente a nor - occidente, constituyéndose en el corredor principal del Distrito. Por esta avenida circulan casi en su totalidad los buses de servicio público y alrededor de ella se da la actividad Mixta, mezclando usos de suelo de tipo residencial, comercial, entre otros. De igual forma se identifica el Corredor de Acceso Rápido a la Variante de Cartagena, como un corredor de carga que permite el acceso a la zona industrial y a los puertos de la ciudad desde la Variante Mamonal – Cambote, la Vía a Mamonal, la Transversal 54 y otras vías urbanas del subsistema arterial

La accesibilidad para la ciudad de Cartagena a través del sistema vial se limita sobre 4 puntos específicos como son la vía con conexión directa Cartagena-Barranquilla al norte de la ciudad, la vía con conexión Cartagena-Bayunca al oriente de la ciudad, la vía con conexión Cartagena-Turbaco en la zona Suroriental de la ciudad y hacia el sur la vía a Gambote; todas las anteriores consideradas de carácter nacional. La red de vías urbanas se ha constituido a partir de las tradicionales vías nacionales de acceso a la ciudad. Su interrelación con la malla vial urbana no se ajusta física y estructuralmente con las especificaciones de diseño para hacer un empalme gradual de tal manera que se mitiguen los impactos urbanos generados sobre la malla vial local y sobre la accesibilidad a los predios contiguos a la vía.

De acuerdo con el componente de movilidad del POT (Artículos 66 y 133), el Distrito de Cartagena cuenta con un sistema vial que articula el área urbana, área rural y su integración con los sistemas regionales. De esta manera, se definieron dos grandes sistemas viales: Sistema Estructurante (A) y Sistema Complementario (B).

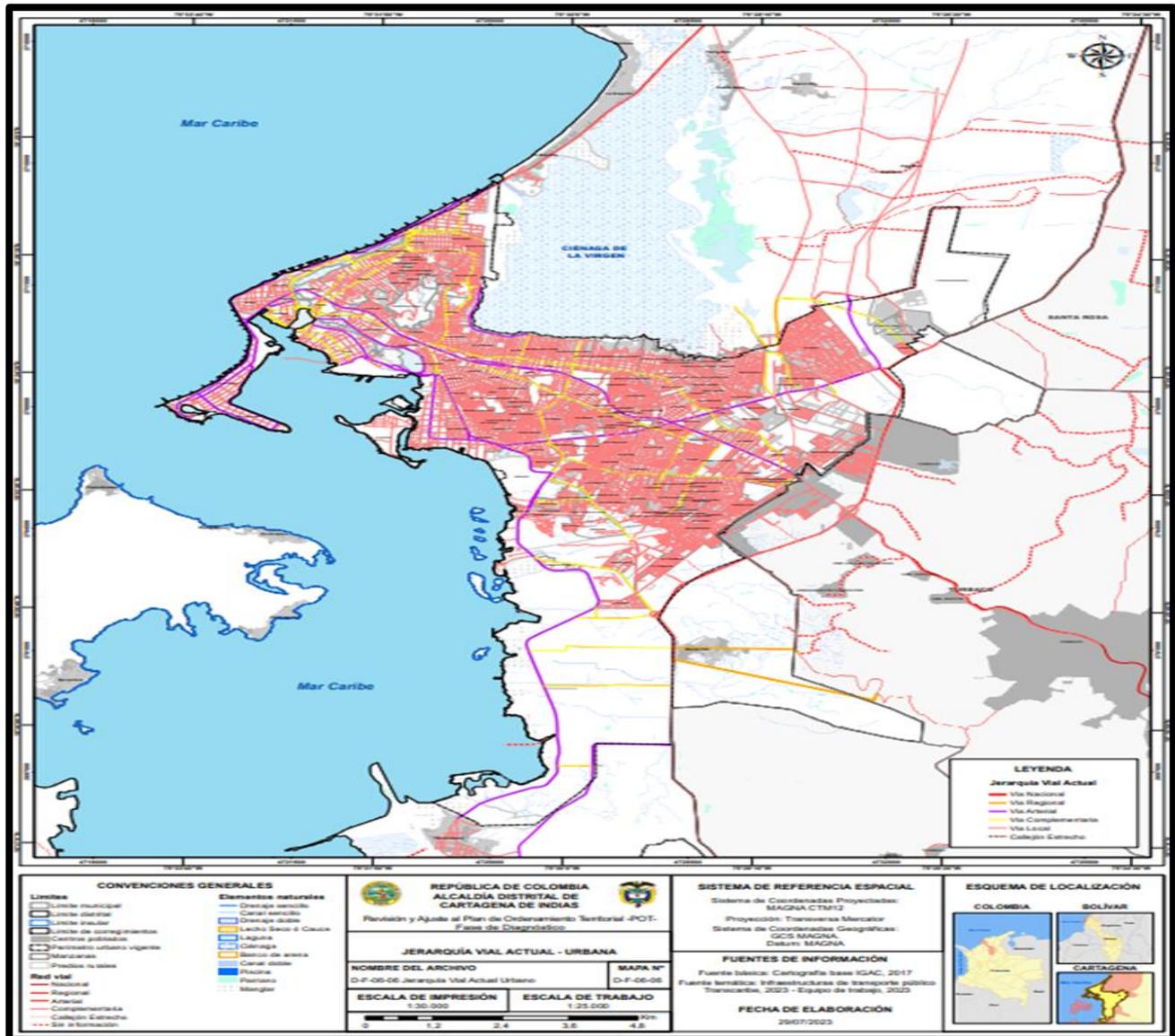
Vías Estructurantes: Vías Nacionales, Regionales y Subregionales

El Sistema de Vías Estructurantes, Vías Nacionales, Regionales y Subregionales lo conforman las Vías Nacionales 90 y 90ª y las variantes Cartagena y Gambote – Mamonal, en las cuales están conformadas por las siguientes carreteras:

Carretera de la Cordialidad (Ruta 90, Nacional). Hace parte de la transversal o Troncal del Caribe que conecta entre sí a la región Caribe Colombiana (Paraguachón límite con Venezuela, Maicao, Riohacha, Santa Marta, Barranquilla, y Cartagena). Entra al Distrito por el norte y a la ciudad por el barrio el Pozón, en donde se conecta con la Variante Cartagena. Es el sistema más importante en cuanto a la integración del Distrito con la región y con el país, se identifican en el territorio tres tramos:

Vía Variante Gambote – Mamonal (Ruta 90 Nacional). Parte de la Troncal de Occidente, a la altura del corregimiento de Gambote (Municipio de Arjona), pasa por el municipio de Turbana y finalmente llega a la zona industrial de Mamonal. Esta vía, alterna a la Troncal de Occidente tiene como función principal conducir el transporte de carga y el que tiene como destino la Zona Industrial en forma rápida sin entrar al centro urbano de la ciudad de Cartagena. (Mapa 2)

Mapa 2. Jerarquía Vial actual - urbana



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital, 2023.

Vía Variante Cartagena (Ruta 90, Nacional). Conecta la variante Gambote – Mamonal con La Cordialidad, formando un arco vial en la zona sur oriental del Distrito. Por esta vía circulan los vehículos provenientes del sur de la región que se dirigen hacia la Cordialidad o hacia la Terminal de Transporte. Cordialidad, Ruta 90, Nacional. El tramo tres de la Carretera está localizado entre El Pozón y Bayunca, que es el límite Distrital.

- Vía del Mar (Ruta 90A, Nacional). Sirve de enlace con Barranquilla. Ésta vía entra a la ciudad por la zona norte, pasando por el corregimiento de La Boquilla. El uso de la vía es para tráfico ligero.

- Vía Perimetral de la Ciénaga de la Virgen (90-90A, Nacional). La Vía Perimetral de la Ciénaga de la Virgen o terminación de la Ruta 90A que empalma con la Ruta 90 (Carretera de la Cordialidad). La vía perimetral o marginal de la Ciénaga de la Virgen se plantea para realizarse por etapas. Es la principal obra del plan vial propuesta por el Plan de Ordenamiento

Territorial.

Vía Troncal de Occidente (Ruta 25, Nacional). Con dirección norte sur, conecta al Distrito con los municipios del centro de Bolívar y con los Departamentos de Sucre, Córdoba y Antioquia. La construcción del tramo desde Ternera hasta Turbaco corresponde al proyecto denominado “Autopista Cartagena – Turbaco”. Esta vía, al entrar a Cartagena, empalma con la avenida Pedro de Heredia.

Variante 90A-BOL 01. Corresponde al tramo que parte del anillo vial y conecta con los corregimientos de Bayunca y Pontezuela. Conecta la Vía 90 con la 90A.

Vía Santa Rosa/Villanueva (Departamental), conecta a la Cordialidad en las afueras de Cartagena con la región del Canal del Dique en su parte norte. (Tabla 3)

**Tabla 3.** *Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde los corregimientos hacia el área urbana del Distrito, 2021.*

Corregimientos	Población Total – 2018	Distancia en Kilómetros del corregimiento hasta el área Urbana	Tiempo de llegada del corregimiento hasta el área Urbana en tiempo	Tipo de transporte del corregimiento hasta el área Urbana
<b>BOQUILLA</b>	9.086	3.58	15 Minutos	<b>Terrestre</b>
<b>BAYUNCA</b>	6.739	13.42	45 Minutos	<b>Terrestre</b>
<b>PASACABALLOS</b>	9.877	3.16	35 Minutos	<b>Terrestre</b>
<b>ISLA FUERTE</b>	<b>751</b>	<b>150</b>	<b>5 horas</b>	<b>Acuático</b>

Fuente: Planeación Distrital

### **Red de vías utilizadas y niveles de congestión**

De acuerdo al diagnóstico del plan de desarrollo 2020 – 2023 Salvemos Juntos a Cartagena, la malla vial local se ha desarrollado a partir de las vías nacionales de acceso a la ciudad, esta se ha generado dentro del proceso de desarrollo urbanístico formal e informal, razón por la cual en algunos casos, las vías no presentan condiciones de continuidad y la ciudad carece de conexiones locales de norte a sur, lo cual le genera deficiencias en materia de movilidad en los llamados puntos críticos como lo son: Intersección semafórica del SAO, Bomba del Gallo, Bomba del amparo, Sector de los 4 vientos, Mercado de Bazurto, India Catalina, la “y” de Olaya intersección avenida Pedro Romero con transversal 54 y la troncal de occidente sector cárcel de ternera.

Cartagena exhibe patrones de tráfico significativamente concentrados hacia la zona noroccidental, donde el Centro Histórico, Bocagrande y la zona de marinas y puertos, concentran los servicios turísticos, los estratos altos (la oferta de Vista y mar) y gran parte de los equipamientos de servicios, educación y gestión pública. Ello, resulta en una estructura de tráfico hacia la zona y desde el resto de la ciudad y la región, que incrementa la longitud y el tiempo de viaje y que minimiza los servicios de conectividad por la malla vial, restringiendo el tráfico a las vías principales; esto sin mencionar que la frecuente utilización de la infraestructura vial de la ciudad, sin opciones de una circulación dispersa, conlleva al desgaste físico de las mismas generando los malos estados de los que padece.

### **Transporte aéreo**

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena cuenta con una terminal aérea denominada como el “Aeropuerto Internacional Rafael Núñez”, localizado al Norte de la ciudad específicamente en el barrio Crespo de la localidad 1 Histórica y del Caribe Norte, en la unidad comunera de gobierno número 1, dentro del suelo urbano de acuerdo al plan de ordenamiento territorial vigente; lo que quiere decir que cuenta con la infraestructura vial y está dentro del perímetro de servicios públicos domiciliarios.

El Aeropuerto Internacional Rafael Núñez, está compuesto por el Edificio Terminal con un área de 25.400 m<sup>2</sup>, zonas públicas de 15.000 m<sup>2</sup> y una plataforma principal con 84.300m<sup>2</sup> que tiene una capacidad para transportar hasta de 5 millones de pasajeros y una capacidad de transporte de carga de casi 3,2 millones de kilogramos, según informe de la Sociedad Aeroportuaria de la Costa S.A para el 2019 registro un total de 4.747.926 pasajeros movilizados y un total de 3.145.638 kilogramos de carga transportados, incluyendo vuelos Nacionales e Internacionales para un total de 43.866 operaciones realizadas, manejando hasta un total de 7 destinos directos de rutas Nacionales (Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga, Pereira, Montería y San Andrés) y 11 destinos directos de rutas Internacionales (Lima, Ciudad de Panamá, Miami, Fort Lauderdale, Atlanta, New York, Toronto, Montreal, Ámsterdam, Orlando y México). Para el año 2020, las operaciones bajaron significativamente debido a la pandemia COVID-19.

## **1.1.2. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio**

### **1.1.2.1. Características físicas del territorio**

#### **Clima**

El régimen climático de la región donde se encuentra Cartagena de Indias está bajo la influencia de los desplazamientos Norte – Sur de la Zona de Convergencia Intertropical (Z.C.I.). Cartagena de Indias tiene un clima tropical semiárido influenciado por fenómenos climatológicos como los vientos Alisios entre diciembre y marzo, con períodos de lluvia y períodos secos. La temperatura promedio es de 27, 9° (EPA 2020), suavizadas por los vientos marinos del noreste; la humedad relativa promedio es del orden del 90% y las lluvias están distribuidas durante el año en dos períodos, entre abril y mayo; y de septiembre a noviembre, alternados con épocas secas como el denominado “Veranillo de San Juan”. Las tierras están comprendidas en el piso térmico cálido.

El Distrito de Cartagena presenta un piso térmico cálido, de planicie aluvial cuenta con seis estaciones meteorológicas De acuerdo con el Centro de Investigaciones oceanográficas e hidrográficas (CIOH, 2020). Aunque el clima tiende a ser caluroso, generalmente todo el año, siempre es ventoso, de lo que resulta un clima soportable e incluso confortable. Los meses de noviembre a febrero son los más ventosos del año, resultado en un extra-enfriamiento, a las temperaturas de esos meses del invierno boreal. El carácter e identidad turística y cultural con el agua que tiene Cartagena dada por la gran cuenca del Mar Caribe, la cual define la morfología de su territorio, el Parque Natural Corales e islas y archipiélago del Rosario y San Bernardo; las islas de Tierra Bomba y Barú, su litoral, la histórica Bahía de Cartagena, la Bahía de Barbaças y el Canal del Dique; la Ciénaga de La Virgen, el acuífero de Arroyo Grande, y el sistema de caños y lagos internos, la hace altamente vulnerable al cambio y a la variabilidad climática.

Cartagena de Indias, aunque es una ciudad caribeña marítima, muy raras veces es tocada por huracanes que si afectan a otras ciudades del Caribe como La Habana, Santo Domingo, Cancún, Kingston, San Juan. La razón de ello es que la ciudad se encuentra al sur de la ruta de los huracanes.

Frente al cambio climático, El Distrito de Cartagena es la décima ciudad con mayor afectación relativa de riesgo climático (cerca de un 30%), dentro de los fenómenos asociados al cambio climático se evidencia aumento de la temperatura promedio a 2040 en 29. 1° lo que puede tener consecuencias y correlación positiva con el comportamiento de las enfermedades transmitidas por vectores en el territorio. Además de otras vulnerabilidades actuales que pueden agravarse

(TCNCC) (PNUD, MADS, 2017), en la seguridad alimentaria por pérdida de productividad agrícola, el abastecimiento de agua y los servicios ecológicos así mismo aumento del nivel del mar, el cual se estima un aumento de hasta 250 mm para el año 2100.

Es por ello que desde el ordenamiento ambiental los esfuerzos territoriales apuntan como está expresado en el documento diagnóstico del POT a la protección de ecosistemas de alto valor ambiental, zonas de recarga de acuíferos, humedales y zonificación de riesgos en el que la amenaza alta entra como suelo de protección entre otros, también se les da un manejo integrado a las zonas ambientales costeras en el que también se incluyen las comunidades.

## Relieve

EL Distrito de Cartagena se ubica en el costado noroccidental del departamento de Bolívar en la zona costera y su área es principalmente colinada se encuentra en una zona relativamente plana, dominada por depósitos cuaternarios y escasez de procesos de remoción en masa, compuesta principalmente por formaciones irregulares y accidentadas, así como zonas planas. Cerca de las costas no es común ver formaciones de montañas o elevaciones, sin embargo, en el Distrito se evidencian áreas abundantes en relieves positivos importantes conformados por material rocoso, como el sector nororiental del Distrito, al norte del centro poblado de Bayunca, o como el cerro de La Popa que alcanza una altura de 155m en su lado sur, localizado cerca de la costa y al pie de la Ciénaga de La Virgen. El cerro de La Popa, junto con el cerro de Alborno y Marion que superan una altura de más de 55m, son áreas importantes dentro de la Estructura Ecológica Principal Urbana, por lo cual son consideradas áreas importantes para reforestación.

El relieve de Cartagena se caracteriza principalmente por dos zonas, una plana y la otra quebrada. (mapa 3)

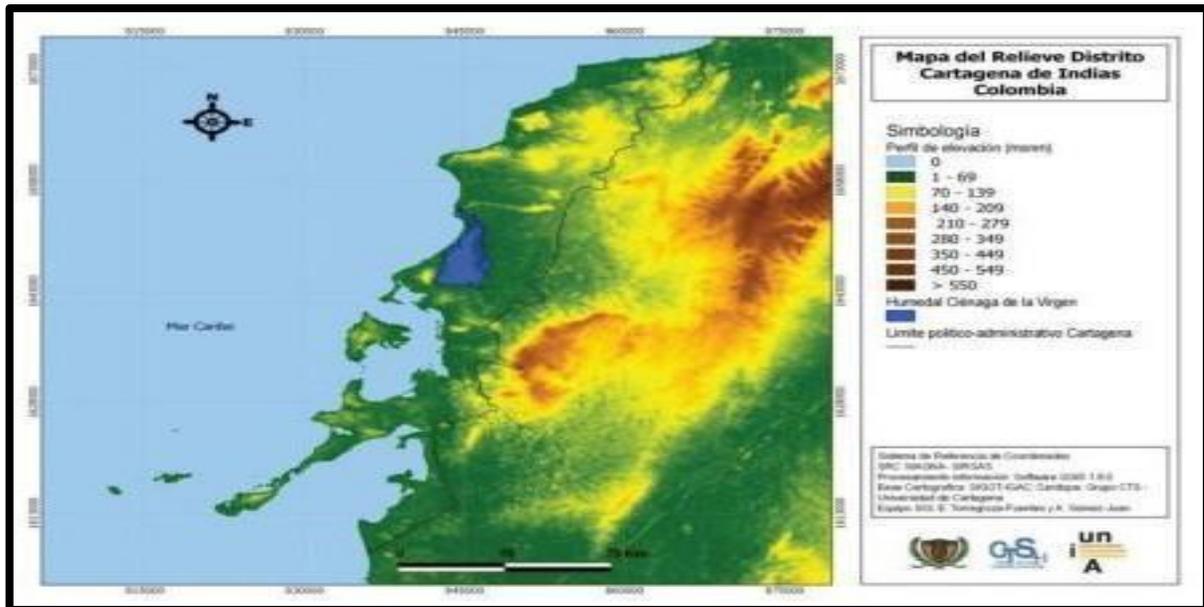
**Las zonas planas y bajas de Cartagena** se localizan cerca al litoral en las playas marinas y las zonas fluvio-marinas. Se caracterizan por la presencia de dunas, manglares bajos- altos y diques. Los depósitos que se encuentran sobre la zona costera de Cartagena permiten la formación a su vez de espigones, cordones litorales y deltas. Los suelos cuentan con altos contenidos de arenas finas, concentraciones de arcillas orgánicas y sedimentos de color ocre y rocas sedimentarias en las zonas pantanosas inundables.

Entre las formaciones destacadas del relieve de las zonas planas de Cartagena se hallan las islas de Tierra Bomba y Barú, así como las Bahías de Bocachica y Bocagrande.

**Las zonas quebradas** que hacen parte del relieve en Cartagena se ubican hacia algunas zonas del Distrito, aunque en las costas suelen haber algunas elevaciones, pero son generalmente de baja altura. Estas áreas se caracterizan por la presencia de colinas alargadas, pendientes fuertes y medias, cárcavas, escarpes, acantilados y abanicos aluviales.

Se presentan colinas y lomas, que son ondulaciones a con alturas variables entre 10 y 150 m, entre las cuales se destacan las de la Cuchilla de Canalete, las Lomas de Guayacana, el Cerro de Púa y el Cerro de la Venta, los Morros y en el área Mariones y Alborno, en Barú se presentan la Loma de Coquito, Loma Mohán y la Cuchilla El Barranco y en Tierra Bomba los cerros de Guanqui, Picón y la loma La Vigía. Se encuentran también plataformas de abrasión elevadas, formadas por la acción abrasiva del mar en el pasado, como los sectores de los Barrios Lemaitre y Alto Bosque; además las características que terminan en acantilados hacia el oeste de Punta Canoas y las de Tierra Bomba y Barú al noroeste de la Ciénaga de Mohán y al sur de la Punta del Varadero.

Mapa 3. Relieve Distrito Cartagena de Indias



Fuente: Propuesta de Nuevas Localidades para el Distrito de Cartagena de Indias a partir del enfoque ecosistémico. 2016.

## Hidrografía

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias es un ente territorial con diversidad geográfica extrema, la máxima extensión de su territorio se encuentra ubicado en la zona rural y de esta, un número muy representativo lo conforman, además de las zonas costeras las islas e islotes que tiene su jurisdicción. La ciudad está sobre una franja de 193 km de costa, la cual puede tener un ancho desde 17km en la zona norte (Punta Canoas) y menos de un kilómetro en algunas partes de la bahía de Cartagena y Barbacoas. Con 122,25 km de línea de costa que componen la zona insular. El sistema hídrico se conforma principalmente por todas aquellas aguas afluentes de la gran cuenca del Mar Caribe, sistema de Arroyos y Acuífero del norte, las Bahías de Cartagena y Barbacoas; El Canal del Dique del Río Magdalena del cual se capta agua para el acueducto de la ciudad, La cuenca del Humedal o Ciénaga de la Virgen; el Sistema de Caños y Lagos Internos de la ciudad. El área de influencia es supramunicipal, trasciende el territorio de la jurisdicción del DT y Cultural de Cartagena de Indias y por tanto es parte de la Unidad Ambiental Costera del Río Magdalena y Canal del Dique (UAC-RMCD) y del Departamento de Bolívar.

Más allá del concepto de ciudad bahía, Cartagena es una gran llanura a nivel del mar, dominada por el Cerro de la Popa, bañada en toda su parte nororiental por el Mar Caribe, e internamente circundada por numerosos cuerpos de agua, dentro del cual se destaca la Ciénaga de la Virgen que tiene un área superficial total de 2.204,69 Ha. un área de influencia además del DTC de Cartagena, los municipios de Santa Rosa, Villanueva y Turbaco; con línea de costa entre Punta Arena, Bocagrande, Marbella y La Boquilla hasta Manzanillo del Mar. Se comunica con la Ciénaga Juan Polo; el ancho máximo es de 4,5km, y longitud de unos 7km, un espejo de agua de unos 22,5km<sup>2</sup> y profundidades de hasta 1,2m, separada del mar por el cordón de arenas (barra de arena de 400 – 800 m de ancho) de La Boquilla, se comunica con el mar por la Bocana y caños de la Boquilla. Recibe afluentes como son los de Arroyo Grande y Cucumán desde Turbaco, y otros cuerpos de agua como son las canalizaciones de diversos cursos de agua de la ciudad. La cuenca de la ciénaga de La Virgen tiene una extensión aproximada de 500 km<sup>2</sup> con arroyos que llevan agua dulce al sistema en épocas de lluvia. Su ubicación y esa extensión han hecho pensar en la posibilidad de un sistema interno de transporte masivo basado en la conectividad de estos cuerpos de agua.

La Bahía de Cartagena tiene una superficie aproximada de 82 km<sup>2</sup>, una profundidad máxima de 30 metros y media de 16 metros es uno de los puertos más importantes del Caribe colombiano. El crecimiento de la ciudad ha estado relacionado con los cuerpos hídricos afectando su estructura ecológica toda vez que se han ocupado rondas hídricas, especialmente acentuadas en las orillas de la ciénaga de la virgen y en las faldas de los cerros.

Los cuerpos de agua corresponden de manera importante a la estructura principal del distrito, por ser lugares que cuentan con mayor integridad ecológica y por tal razón están asociados a las áreas de conservación y protección ambiental de Cartagena. Se establecen un total de 551.473,21 Ha de elementos naturales que conforman la Estructura Ecológica Principal de distrito, distinguidas en las zonas de jurisdicción rural con una extensión territorial de 550.329,61 Ha y urbana con 1.143,6 Ha.

Según el observatorio ambiental de Cartagena de Indias del Establecimiento Público Ambiental, EPA, El área del Laguito en Cartagena ha experimentado cambios significativos en su morfología a lo largo del tiempo, según lo revela un informe sobre la sedimentación en la boca del Laguito y la Bahía de Cartagena. Estos cambios datan desde la fundación de la ciudad, con alteraciones notables a partir del año 1640. En ese año, una nave y dos galeones de la armada portuguesa encallaron en los bajos de una barra que se estaba formando en el Canal de Bocagrande. Este incidente provocó una rápida sedimentación de arenas en la boca, lo que inicialmente unió a Bocagrande con Tierra Bomba.

A pesar de la reapertura posterior de la boca conocida como Bocagrande, en 1771 se cerró de forma artificial mediante un relleno y la construcción de una escollera que hasta el día de hoy obstruye el Canal de Bocagrande. Esta obra alteró la dinámica del área, generando una calma hidráulica en el lado sur que propició el surgimiento del actual sector del Laguito y la formación de las playas en el sector sur de Bocagrande. Además de estos cambios morfológicos, la construcción del Canal del Dique también ha transformado las características fisicoquímicas de las aguas de la Bahía, lo que ha impactado negativamente en el desarrollo de los arrecifes coralinos.

Estos acontecimientos han dado lugar a la formación de algunos de los barrios más emblemáticos de la ciudad. Sin embargo, también han generado consecuencias como la sedimentación en sectores como el Laguito, donde la boca se ha abierto y cerrado en ciclos temporales. Estos cambios en la línea de costa, los rellenos y los trabajos de ingeniería, incluidos los espolones para la protección de las playas, han moldeado significativamente el paisaje y la geografía de la zona a lo largo de los años.

La Ciénaga de la Virgen, también conocida como Ciénaga de Tesca, es un humedal con la tipología de laguna costera y se clasifica como un humedal marino/costero de estuario. Con una forma triangular, una longitud de aproximadamente 7 km, una anchura máxima de 4.5 km y un espejo de agua de 22.5 km<sup>2</sup>, presenta una profundidad de 1.1 metros. La ciénaga está bordeada por manglares del tipo *Rhizophora mangle*, excepto en la zona sur y suroeste. Recibe aportes de aguas dulces provenientes de arroyos en los municipios cercanos de Santa Catalina, Santa Rosa y Turbaco.

A pesar de su importancia ecológica, la Ciénaga de la Virgen enfrenta presiones constantes debido a las actividades humanas en sus alrededores. Recibe aguas residuales de arroyos, drenajes pluviales urbanos, conexiones ilegales de alcantarillado, vertimientos de estaciones de servicio y residuos sólidos de las comunidades circundantes. Antes de la instalación del emisario submarino, recibía entre el 60% y 78% de las aguas residuales de la ciudad.

Diversos proyectos, como la Bocana Estabilizada de Mareas (BEM), se han planteado para la recuperación de la Ciénaga de la Virgen. Estos proyectos buscan depurar las aguas afectadas por procesos antropogénicos, utilizando métodos como la oxigenación y dilución. La recuperación de este cuerpo de agua es fundamental debido a su importancia ambiental, social y eco sistémico.

La Ciénaga de la Quinta desempeña un papel fundamental en el sistema hídrico marino-lagunar de la ciudad, siendo su dinámica hídrica crucial para el funcionamiento general. Su conexión directa con el mercado de Bazurto y el flujo que recibe, aunque a una velocidad de aproximadamente 0,06 m/s, se convierte en un componente esencial. No obstante, esta

velocidad se revela insuficiente para lograr una dispersión efectiva de los contaminantes presentes en el agua.

Lamentablemente, la Ciénaga de la Quinta ha sido utilizada como punto final para la disposición de desechos procedentes del mercado de Bazurto. Esta práctica ha tenido consecuencias negativas, dando lugar a la acumulación de sedimentos y provocando una contaminación significativa causada por residuos tanto líquidos como sólidos. La acumulación de contaminantes en este cuerpo de agua plantea riesgos ambientales y de salud para la región, subrayando la necesidad de adoptar medidas adecuadas para abordar esta problemática y preservar la integridad del ecosistema.

Los cambios en la Ciénaga de la Virgen, motivados por diversas actividades humanas, tienen un impacto significativo en la vida y la salud de los pobladores locales. La recepción de aguas residuales de arroyos, drenajes pluviales urbanos, conexiones ilegales de alcantarillado, vertimientos de estaciones de servicio y residuos sólidos de las comunidades cercanas contribuye a la degradación del ecosistema de la ciénaga.

Estas presiones constantes afectan la calidad del agua y la salud del entorno acuático, comprometiendo la biodiversidad y generando condiciones desfavorables para la vida marina y los ecosistemas circundantes. Además, la contaminación hídrica resultante de estas prácticas humanas puede tener consecuencias directas en la salud de las personas que dependen de los recursos acuáticos de la ciénaga para su sustento.

Antes de la instalación del emisario submarino, la Ciénaga de la Virgen recibía una carga significativa de aguas residuales de la ciudad, lo que agravaba aún más su estado. La implementación de proyectos de recuperación, como la Bocana Estabilizada de Mareas (BEM), busca contrarrestar estos impactos negativos y restaurar la salud del ecosistema. Sin embargo, es esencial abordar de manera integral las prácticas y fuentes de contaminación para garantizar la sostenibilidad a largo plazo de este importante humedal y proteger la salud de la comunidad circundante.

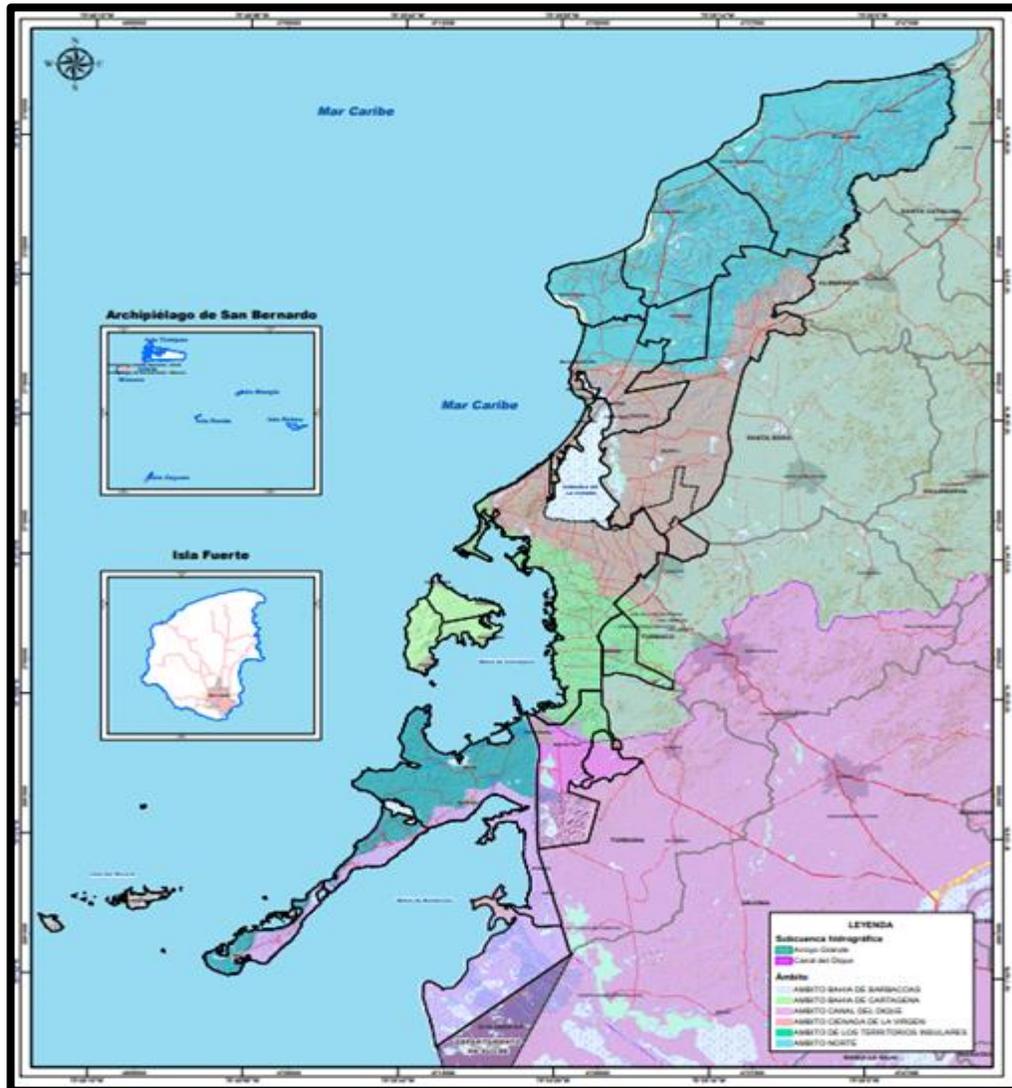
Los cambios en la boca de El Laguito, identificados por un estudio de la Universidad de Cartagena, tienen un impacto directo en la vida y la salud de los pobladores. La inestabilidad de la entrada costera de El Laguito requiere trabajos de dragado periódicos y otras alternativas para conservarla abierta. El fenómeno de sedimentación en la zona, evidenciado por capas de sedimentos de 1 a 2 metros de espesor, afecta la navegación y la calidad del agua en la región (Universidad de Cartagena, 1997; 2004).

Además de la sedimentación, existe una preocupación adicional relacionada con la contaminación del agua en El Laguito. Según el informe del INVEMAR en 2002, las aguas de la bahía se ven afectadas por la presencia de coliformes fecales debido a las descargas de aguas negras a través del alcantarillado sanitario de la ciudad y las descargas directas. Este problema ambiental no solo impacta el ecosistema acuático, sino que también plantea riesgos para la salud de los residentes locales que dependen de estas aguas para diversas actividades y recursos. La gestión adecuada de la sedimentación y la contaminación es esencial para garantizar un entorno saludable y sostenible en El Laguito.

Los cambios en la Ciénaga de la Quinta, influenciados por diversas condiciones, han resultado en emisiones de olores desagradables, la propagación de vectores y la generación de una problemática social significativa en su entorno. La acumulación de desechos líquidos y sólidos, sumada a la falta de un adecuado sistema de gestión ambiental, ha contribuido a estas condiciones adversas.

Con el objetivo de evaluar el estado ambiental actual de la Ciénaga, se llevó a cabo un estudio exploratorio que se centró en el uso de indicadores fisicoquímicos y microbiológicos. Estos indicadores fueron empleados para analizar las características del agua y evaluar su calidad. Este enfoque científico busca proporcionar una comprensión objetiva de la situación actual, permitiendo así identificar áreas específicas de intervención para abordar los problemas ambientales y mejorar las condiciones de vida de los pobladores en la zona circundante a la Ciénaga de la Quinta.

**Mapa 4.** Cuencas hidrográficas rurales y urbanas que drenan al Distrito de Cartagena de Indias



Fuente: D-A-04-01 Hidrografía y áreas hidrográficas rural, Secretaria de planeación Distrital, 2022.

## Aire

En el contexto de Cartagena, la industria, especialmente la petroquímica, química y plástica, desempeña un papel significativo en la economía de la ciudad. En el año de diseño del sistema, se registraron más de 136 empresas grandes y medianas en esta categoría. La presencia de estas industrias requiere un monitoreo constante de la calidad del aire, y para ello se implementó un Sistema de Vigilancia de Calidad del Aire (SVCA).

El SVCA se estableció como una medida para evaluar y seguir de cerca los posibles impactos ambientales generados por estas actividades industriales. El análisis ambiental se convierte, entonces, en una herramienta esencial para garantizar que las emisiones y actividades industriales no afecten negativamente la calidad del aire en la ciudad. Este enfoque proactivo busca mantener un equilibrio entre el desarrollo económico y la preservación del entorno ambiental para el bienestar de la población.

El Sistema de Vigilancia de la Calidad del Aire (SVCA) del distrito de Cartagena cuenta con cuatro (4) estaciones, ubicadas considerando la cobertura sobre las áreas de contaminación atmosférica significativa de la ciudad de Cartagena y configuradas para realizar medición de tres contaminantes criterio: PM2.5, PM10 y ozono (O3).

El comportamiento diario del contaminante PM2,5 en lo que va del año 2023 ha sido monitoreado en varias estaciones, y los resultados muestran que la calidad del aire se mantiene en niveles aceptables según los límites establecidos. A continuación, se presenta un resumen de la situación en diferentes estaciones de monitoreo:

**Estación Cardique:** Los promedios diarios de concentraciones de PM2,5 se mantienen dentro del límite máximo permisible diario, establecido en 25  $\mu\text{/m}^3$ . Esto indica que la calidad del aire en esta estación ha estado en niveles aceptables durante el período evaluado.

**Estación Zona Franca:** A pesar de que se observa que algunos promedios diarios de concentraciones están dentro del límite máximo permisible diario, existe una proporción mayor que también se mantiene dentro de estos límites. Esto sugiere que, en general, la calidad del aire en esta estación sigue siendo aceptable, aunque puede haber variaciones diarias.

**Estación Policía:** Los promedios diarios de concentraciones de PM2,5 se encuentran dentro del límite máximo permisible diario de 25  $\mu\text{/m}^3$ . Esto indica que la calidad del aire en la estación de la Policía se mantiene en niveles aceptables según la normativa.

**Estación Bocana:** Aunque se observa que algunos promedios diarios de concentraciones superan el límite máximo permisible, la mayoría se mantiene dentro de estos límites. En esta estación, se observa que los promedios diarios de concentraciones de PM10 se encuentran en mayor proporción dentro del límite máximo permisible diario, establecido en 50  $\mu\text{/m}^3$ . Esto indica que la calidad del aire en esta estación ha experimentado niveles que superan los límites permitidos en varias ocasiones.

**Estación Zona Franca:** Los promedios diarios de concentraciones de PM10 en esta estación se encuentran en mayor proporción por encima del límite máximo permisible de 50  $\mu\text{/m}^3$ . Esto sugiere que la calidad del aire en esta área ha experimentado niveles que exceden los estándares establecidos con frecuencia durante el período evaluado.

**Estación Cardique:** Similar a la estación Zona Franca, en Cardique se observa que los promedios diarios de concentraciones de PM10 se encuentran en mayor proporción por encima del límite máximo permisible de 50  $\mu\text{/m}^3$ . Esto indica que la calidad del aire en esta estación también ha experimentado niveles que superan los estándares permitidos en varias ocasiones.

**Estación Policía:** En esta estación, los promedios diarios de concentraciones de PM10 se mantienen dentro del límite máximo permisible diario de 50  $\mu\text{/m}^3$  durante el inicio del tercer y cuarto trimestre. Esto sugiere que, en esos períodos específicos, la calidad del aire en la estación de la Policía estuvo dentro de los límites permitidos.

El análisis mensual del año 2023 en varias estaciones de monitoreo proporciona una visión detallada de los niveles de contaminación, especialmente para los contaminantes PM10 y PM2, 5. Aquí se resumen los comportamientos observados en algunas estaciones clave:

**Estación Zona Franca: PM10:** Se registraron picos máximos en los horarios de 9:00 am a 5:00 pm, con concentraciones promedio de 58.3  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Estos comportamientos se observaron entre los días martes a sábado durante los meses de marzo y mayo, superando en algunos días el límite máximo permisible anual de 50  $\mu\text{/m}^3$  establecido por la Resolución 2254 de 2017.

**PM2, 5:** Se registraron concentraciones promedio de 16.6  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  durante los mismos períodos y días mencionados anteriormente.

**Estación Cardique: PM10:** Picos máximos en los horarios de 9:00 am a 5:00 pm, con concentraciones promedio de 55.1

$\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Estos comportamientos se mantuvieron entre los días miércoles a viernes con fluctuaciones a lo largo del año, siendo marzo y diciembre los meses con los mayores niveles de concentraciones. PM<sub>2,5</sub>: Concentraciones promedio de 16.1  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  durante los períodos y días mencionados.

Estación Policía: PM<sub>10</sub>: Picos máximos en los horarios de 9:00 am a 5:00 pm, con concentraciones promedio de 49.7  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Estos comportamientos se observaron entre los días martes a sábado durante los meses de febrero a junio, disminuyendo considerablemente durante el tercer trimestre, donde se registraron los menores niveles de concentraciones. PM<sub>2,5</sub>: Concentraciones promedio de 8.2  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  durante los períodos y días mencionados.

Estación Bocana: PM<sub>10</sub>: Picos máximos en los horarios de 9:00 am a 3:00 pm, con concentraciones promedio de 37.5  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Estos comportamientos se mantuvieron entre los días miércoles a viernes durante los meses de enero a mayo, superando en algunos días el límite máximo permisible anual de 50  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

Es fundamental reconocer que los cambios observados en la calidad del aire, especialmente en relación con el contaminante PM<sub>10</sub>, tienen un impacto significativo en la vida y la salud de los habitantes de la ciudad. La evaluación continua de este contaminante en diversas estaciones de monitoreo revela patrones preocupantes que requieren atención inmediata.

La superación de los límites máximos permisibles plantea riesgos para la salud pública y destaca la urgencia de implementar medidas correctivas. Es esencial llevar a cabo un monitoreo constante y una evaluación detallada de los factores contribuyentes a estas concentraciones elevadas. Identificar las fuentes específicas de emisión y comprender los patrones de dispersión del contaminante son pasos cruciales para desarrollar estrategias efectivas de mitigación.

La salud y el bienestar de la población están directamente vinculados a la calidad del aire que respiran. Las autoridades locales, en colaboración con expertos en medio ambiente y salud pública, deben trabajar de manera proactiva para abordar las causas subyacentes de la contaminación del aire. Implementar políticas ambientales más estrictas, promover prácticas industriales sostenibles y fomentar la conciencia pública sobre la importancia de la calidad del aire son acciones clave para salvaguardar la salud de la comunidad.

## Riesgos medioambientales

**Deforestación:** Actualmente hay implicaciones peligrosas en la reducción de los bosques naturales; la pérdida de la cobertura vegetal por efecto de la explotación de canteras, la expansión de la frontera urbana, la quema incontrolada, la falta de alternativas de producción en la población, entre otras, provocan efectos graves sobre el recurso hídrico, la estabilidad del suelo y la pérdida de la biodiversidad. La deforestación también puede afectar directamente la salud de la población. La pérdida de bosques puede aumentar la exposición a enfermedades transmitidas por vectores, como malaria y enfermedades transmitidas por garrapatas, al eliminar los hábitats naturales de los organismos portadores. Además, la degradación ambiental asociada con la deforestación puede contribuir a la contaminación del aire y del agua, afectando la salud respiratoria y causando enfermedades relacionadas con la calidad del agua.

Abordar la deforestación requiere enfoques integrales que promuevan la conservación de los bosques, la gestión sostenible de los recursos naturales y la adopción de prácticas agrícolas y urbanas respetuosas con el medio ambiente. Además, es esencial involucrar a las comunidades locales y promover alternativas económicas que reduzcan la presión sobre los bosques, contribuyendo así a la preservación del medio ambiente y al bienestar de la población.

**Erosión:** La pérdida de vegetación y la erosión del suelo aumentan el riesgo de eventos extremos como inundaciones y deslizamientos de tierra. Estos eventos pueden representar amenazas directas para la vida y la seguridad de las comunidades, así como generar pérdidas materiales significativas.

Impacto en la Salud Respiratoria: La erosión del suelo puede contribuir a la liberación de partículas finas en el aire,

especialmente en áreas donde se practica la quema de vegetación o se realizan actividades de construcción. Estas partículas pueden tener efectos negativos en la salud respiratoria de las personas, aumentando el riesgo de enfermedades respiratorias.

Para abordar los problemas asociados con la erosión del suelo, es crucial implementar prácticas de manejo sostenible de la tierra, como la reforestación, la adopción de técnicas agrícolas que reduzcan la erosión y la promoción de prácticas de conservación del suelo. Además, se deben desarrollar políticas y programas que fomenten la conciencia ambiental y la participación comunitaria para garantizar la preservación a largo plazo de los recursos naturales y la salud de la población.

**La sedimentación excesiva de cuerpos de agua:** provoca la acumulación de sedimentos, lo que puede afectar negativamente la calidad del agua. La presencia de altas concentraciones de sedimentos puede enturbiar el agua, disminuir la penetración de la luz solar y afectar la oxigenación, lo que a su vez puede tener impactos en la vida acuática y la calidad del agua potable. **Erosión del Suelo:** La explotación de canteras y la deforestación pueden contribuir a la erosión del suelo. La remoción de la cobertura vegetal y la extracción de materiales pueden dejar el suelo expuesto, aumentando la vulnerabilidad a la erosión hídrica y eólica. La acreción de playas, o el depósito de sedimentos en las áreas costeras, puede alterar los ecosistemas costeros, incluidos los hábitats de manglares y las zonas de anidación de tortugas marinas. Estos cambios afectan la biodiversidad y la funcionalidad de los ecosistemas marinos. Los cambios en la dinámica costera pueden tener implicaciones para la salud pública. Por ejemplo, la acumulación de sedimentos en áreas recreativas o de pesca puede introducir contaminantes y afectar la seguridad alimentaria de las comunidades que dependen de los recursos marinos.

**Inadecuada Explotación minera:** En casos extremos, los cambios en la dinámica costera pueden contribuir al desplazamiento de comunidades costeras a medida que la línea costera evoluciona. Esto plantea desafíos significativos para la planificación urbana y la adaptación al cambio climático. Para abordar estos problemas, es esencial implementar prácticas de manejo sostenible de la tierra y de cuencas hidrográficas, así como medidas de conservación costera. La reforestación, la implementación de técnicas de conservación del suelo y la gestión adecuada de cuencas son enfoques clave para mitigar los impactos negativos de la sedimentación y la acreción. Además, la educación ambiental y la participación comunitaria son fundamentales para promover la conciencia sobre la importancia de la conservación de los ecosistemas acuáticos y costeros. La presencia de contaminantes en el agua y el suelo debido a la explotación minera puede exponer a los pobladores a riesgos para la salud. La ingestión de agua contaminada o la exposición dérmica a sustancias químicas pueden tener efectos adversos. **Problemas Respiratorios:** La generación de polvo durante la explotación de canteras y actividades mineras puede contribuir a problemas respiratorios en las comunidades cercanas. La inhalación de partículas finas puede afectar la salud pulmonar.

La contaminación en Cartagena, generada principalmente por el manejo deficiente de residuos y las actividades industriales, presenta riesgos significativos para la salud de la población y afecta los ecosistemas acuáticos. Aquí se exploran los aspectos clave relacionados con la contaminación en la región:

### **Contaminantes y Riesgos para la Salud:**

**Contaminantes Químicos, Físicos, Orgánicos y Microbiológicos:** Las actividades económicas, industriales y urbanas introducen una variedad de contaminantes en el ambiente, incluyendo químicos tóxicos, residuos sólidos, desechos orgánicos y contaminación microbiológica. Estos pueden representar riesgos para la salud humana a través del consumo de agua y alimentos contaminados, así como la inhalación de aire contaminado.

**Riesgos en la Producción Pesquera:** La contaminación afecta la capacidad de los cuerpos de agua para soportar la vida acuática, impactando la producción pesquera. El consumo de pescado contaminado puede representar un riesgo directo para la salud de las comunidades locales que dependen de esta fuente de alimento.

### **Impacto en Ecosistemas Acuáticos:**

**Bahías, Ciénagas y Estuarios Afectados:** Los sistemas naturales como bahías, ciénagas y estuarios, que son esenciales para la biodiversidad y la crianza de especies, se ven comprometidos por la contaminación. Esto afecta la capacidad biológica de estos ecosistemas para sostener la vida marina y contribuye a la pérdida de recursos naturales.

**Limitación de Actividades Productivas:** La contaminación impone restricciones a las actividades productivas y al uso de los recursos naturales. La sobrecarga de contaminantes puede afectar la calidad del suelo, el agua y el aire, limitando el desarrollo de actividades agrícolas y otras formas de subsistencia.

**Riesgos en el Desarrollo Portuario e Industrial:** Riesgos Asociados al Uso Portuario: Aunque el acceso portuario potencia el desarrollo industrial y comercial, también introduce riesgos elevados de contaminación. La falta de control efectivo sobre los vertimientos y la debilidad en las estrategias de contingencia contribuyen a la contaminación de los cuerpos de agua circundantes.

**Uso Excesivo de Agroquímicos:** La práctica de monocultivos conlleva a la degradación del suelo y el uso intensivo de agroquímicos, lo que contamina el entorno. Esto afecta negativamente la calidad del suelo y puede tener impactos a largo plazo en la salud del ecosistema.

**Necesidad de Controles y Normativas Ambientales:** Desconocimiento de la Capacidad de Carga: La falta de comprensión sobre la capacidad de carga de los ecosistemas impide el establecimiento de normas y controles efectivos para evitar la explotación excesiva de los recursos naturales y la superación de los niveles de tolerancia de impacto.

**Déficits en Controles y Estrategias:** La referencia a sistemas deficientes de control y estrategias de contingencia destaca la necesidad urgente de fortalecer las regulaciones ambientales y mejorar la gestión de residuos para mitigar los riesgos asociados con la contaminación.

Abordar estos desafíos requerirá un enfoque integral que incluya la implementación de medidas de control de contaminación, la promoción de prácticas sostenibles en la industria y la agricultura, y la participación activa de la comunidad en la preservación de los recursos naturales. Además, es crucial establecer normativas ambientales sólidas que guíen el desarrollo y protejan la salud de la población y los ecosistemas locales. El impacto en la Calidad del Aire Las emisiones industriales y la quema de residuos pueden contribuir a la contaminación del aire. La inhalación de partículas y gases contaminantes presenta riesgos para la salud respiratoria de la población, y la contaminación del Agua y Riesgos Asociados: La presencia de contaminantes en cuerpos de agua, ya sea por vertimientos industriales o mala gestión de residuos líquidos, puede afectar la calidad del agua potable y representar riesgos para la salud de quienes consumen estos recursos, el abordaje de estos desafíos requiere una acción coordinada entre el gobierno, la industria y la comunidad. La implementación de medidas preventivas y correctivas es esencial para salvaguardar la salud de los ciudadanos y preservar los recursos naturales de Cartagena.

**Acelerados procesos de urbanización:** El acelerado proceso de urbanización en Cartagena, impulsado por el crecimiento de los asentamientos humanos y el aumento de la población, tiene consecuencias significativas para la salud de los habitantes. Aquí se abordan algunos de los impactos asociados con este fenómeno:

**Calidad del Aire:** El aumento de actividades industriales, comerciales y de transporte en entornos urbanos puede resultar en una mayor emisión de contaminantes atmosféricos. La mala calidad del aire, caracterizada por altos niveles de partículas y gases contaminantes, afecta la salud respiratoria de la población.

**Calidad del Agua:** La urbanización puede dar lugar a la contaminación de fuentes de agua por desechos industriales, domésticos y urbanos. Las aguas residuales no tratadas y la escorrentía de superficies urbanas pueden introducir sustancias nocivas en los cuerpos de agua.

**Problemas de Salud Pública:** Enfermedades Respiratorias: La contaminación del aire, especialmente en entornos urbanos con tráfico vehicular y actividades industriales intensas, está vinculada a un mayor riesgo de enfermedades

respiratorias como asma y bronquitis.

**Enfermedades Transmitidas por Agua:** La contaminación del agua puede dar lugar a la propagación de enfermedades transmitidas por el agua, como gastroenteritis y otras infecciones gastrointestinales.

**Deterioro de Ecosistemas y Servicios Ecosistémico Pérdida de Biodiversidad:** La expansión urbana a menudo implica la degradación y pérdida de hábitats naturales. Esto contribuye a la pérdida de biodiversidad, afectando a las especies locales y los servicios ecosistémico que proporcionan.

**Alteración de Ciclos Hidrológicos:** La pavimentación y la urbanización pueden alterar los ciclos naturales del agua, aumentando el riesgo de inundaciones y afectando la recarga de acuíferos.

**Demandas de Agua y Energía:** El crecimiento urbano impone una mayor demanda de recursos naturales, como agua y energía. La sobreexplotación de estos recursos puede tener impactos negativos en la disponibilidad y sostenibilidad a largo plazo.

**Acceso Limitado a Servicios de Salud:** El rápido crecimiento poblacional puede ejercer presión sobre los servicios de salud, resultando en un acceso limitado a atención médica de calidad.

**Desafíos en Saneamiento Básico:** El rápido desarrollo urbano a veces supera la capacidad de proporcionar servicios básicos de saneamiento, lo que puede contribuir a problemas de contaminación y salud pública.

**Desigualdades Sociales y Vulnerabilidad y marginación de Comunidades:** En algunos casos, el desarrollo urbano puede resultar en la marginación de comunidades de bajos ingresos, exponiéndose a entornos menos saludables y limitando su acceso a servicios esenciales, la gestión sostenible del crecimiento urbano es esencial para mitigar estos impactos negativos. Planificación urbana adecuada, regulaciones ambientales efectivas, inversión en infraestructuras resilientes y medidas para mejorar la calidad de vida de los residentes son fundamentales para abordar los desafíos asociados con la urbanización acelerada.

**La inseguridad alimentaria** en Cartagena se ve agravada por varios factores asociados al abandono de los sistemas de producción y los cambios en el uso del territorio, lo que tiene implicaciones directas en la oferta de alimentos y, por ende, en la salud y bienestar de la población. Aquí se describen algunos de los aspectos clave relacionados con este problema:

**Disminución de la Oferta Agropecuaria:** Los cambios en el uso del territorio, como la expansión urbana y la conversión de tierras agrícolas, contribuyen al abandono de sistemas de producción agropecuaria. Esto resulta en una reducción gradual de la oferta de alimentos producidos localmente.

**Dependencia de Mercados Externos:** La disminución de la producción local aumenta la dependencia de los mercados externos para satisfacer la demanda alimentaria. Esto hace que la ciudad sea más vulnerable a las fluctuaciones en los precios de los alimentos y a posibles interrupciones en la cadena de suministro.

**Ampliación de la Frontera Urbana:** La expansión de la frontera urbana presiona a los pequeños propietarios de tierras. La competencia por el acceso a extensiones de tierra puede resultar en desplazamiento de la economía campesina, afectando negativamente a quienes dependen de la agricultura para su subsistencia.

**Impacto en la Economía Campesina:** El desplazamiento de la economía campesina puede tener consecuencias socioeconómicas significativas. La pérdida de tierras y la disminución de la producción agrícola afectan los ingresos y la estabilidad económica de las comunidades rurales.

**Consecuencias para la Salud de la Población:** Desnutrición y Dietas No Saludables: La inseguridad alimentaria puede dar lugar a la falta de acceso a alimentos nutritivos, contribuyendo a problemas de desnutrición y a la adopción de dietas no saludables. Esto, a su vez, está asociado con diversas enfermedades y problemas de salud.

**Aumento de Enfermedades Relacionadas con la Alimentación:** La dependencia de alimentos procesados y la falta de acceso a productos frescos pueden contribuir al aumento de enfermedades relacionadas con la alimentación, como la diabetes y la obesidad.

**Necesidad de Estrategias de Seguridad Alimentaria y promoción de Agricultura Sostenible:** Se requieren estrategias que promuevan la agricultura sostenible y la preservación de tierras agrícolas. Esto implica políticas que protejan las áreas de producción alimentaria y fomenten prácticas agrícolas respetuosas con el medio ambiente.

**Apoyo a Comunidades Rurales:** Es fundamental proporcionar apoyo a las comunidades rurales, incluyendo acceso a recursos, capacitación y tecnologías que mejoren la productividad agrícola y fortalezcan la resiliencia económica.

**Educación Nutricional:** Iniciativas educativas que promuevan la nutrición adecuada y la importancia de dietas equilibradas pueden contribuir a mejorar la salud de la población.

La inseguridad alimentaria no solo se trata de la disponibilidad de alimentos, sino también de la equidad en el acceso a alimentos nutritivos y culturalmente apropiados. Enfrentar este desafío requiere enfoques integrales que aborden tanto las dimensiones económicas como las de salud y bienestar de la población.

### Tipos de amenazas

En el marco de los aspectos físico-ambientales (geología, rasgos estructurales, geomorfología, hidrografía, fisiografía), variables climatológicas, aspectos socioculturales y económicos del Distrito de Cartagena, se producen diferentes fenómenos naturales, socio-naturales y antrópicos, con distinta potencialidad destructiva y nivel de recurrencia que constituyen una amenaza para la población y sus medios de vida, tales como huracanes, vendavales, inundaciones, mar de leva, Ceráunica (rayos), sismos, tsunamis, remoción en masa, erosión costera, Diapirismo de lodos, incendios forestales, degradación de recursos naturales, contaminación, aglomeraciones en público, redes eléctricas, accidentes aéreos, derrames, fugas, explosiones e incendios estructurales.

Los planes de gestión del riesgo se constituyen en una herramienta para priorizar programas y ejecutar acciones en el marco de los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y manejo del desastre, de igual manera se debe realizar la priorización de las amenazas que se identifiquen en el Distrito, teniendo en cuenta su frecuencia, intensidad y el territorio afectado.

La identificación del tipo de amenazas existentes corresponde a una de las actividades primordiales para el análisis del riesgo dentro de la elaboración del Plan Distrital de Gestión del Riesgo de Cartagena de Indias, pues de esta manera se tiene un panorama general del Distrito frente a situaciones internas o externas que ponen en peligro la vida, infraestructura y bienes de la población. Para la identificación de las amenazas es necesario tener en cuenta la clasificación de las mismas (Tabla 4).

**Tabla 4.** Tipo de amenazas por localidades, zona rural y zona insular, Cartagena de Indias. 2022

CONSOLIDADO TIPO DE AMENAZAS IDENTIFICADAS PARA CARTAGENA D.T.C					
Tipos De Amenazas	Localidad 1 Histórica y del Caribe	Localidad 2 De La Virgen y Turística	Localidad 3 Industrial y de La Bahía	Zona Rural Corregimientos Continetales	Zona Insular
<b>NATURALES: HIDROMETEOROLÓGICAS</b>					



Huracanes y vendavales	X	X	X	X	X
Inundaciones	X	X	X	X	X
Mar de leva	X	-	X	X	X
Cerámica	-	-	-	-	X
<b>NATURALES: GEOLÓGICAS</b>					
Sismos	X	X	X	X	X
Tsunamis	X	-	X	X	X
Remoción en masa	X	X	X	X	X
Erosión costera	X	-	X	X	X
Diapirismo de lodos	-	-	-	X	<b>X</b>
<b>SOCIO-NATURALES</b>					
Incendios Forestales	-	X	-	X	-
Degradación RN	-	-	X	X	-
<b>ANTRÓPICAS</b>					
Contaminación	-	X	X	X	-
Aglomeraciones de Publico	X	X	X	X	-
Redes eléctricas	-	X	-	-	X
Accidentes aéreo	-	X	-	-	-
<b>TECNOLÓGICAS</b>					
Derrames	X	X	X	X	X
Fugas	X	X	X	-	-
Explosiones	-	X	X	X	-
<b>Incendios</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD.

En la siguiente tabla se presenta la descripción del nivel de frecuencia de las amenazas: (Tabla 5).

**Tabla 5.** Descripción del nivel de frecuencia de las amenazas.

<b>FRECUENCIA</b>		
<u>Descripción</u>	<u>Valor</u>	<u>Frecuencia</u>
<u>Evento que se presenta más de una vez en el año o por lo menos una vez en un periodo de uno a tres años.</u>	<u>3</u>	<u>ALTA</u>
<u>Evento que se presenta por lo menos una vez en un periodo de tiempo entre 3 y 5 Años.</u>	<u>2</u>	<u>MEDIA</u>
<u>Evento que se presenta al menos una vez en un periodo de tiempo entre 5 a 20 años.</u>	<u>1</u>	<u>BAJA</u>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD.

En la siguiente tabla se presenta la descripción de las características para determinar el nivel de intensidad de un fenómeno: (Tabla 6)

**Tabla 6.** Nivel de intensidad del fenómeno

<b>INTENSIDAD</b>		
<b>Descripción</b>	<b>Valor</b>	<b>Intensidad</b>
Muchas personas fallecidas, gran cantidad de personas lesionadas, afectación de grandes extensiones del territorio, afectaciones graves en los recursos naturales, suspensión de servicios públicos básicos y de actividades económicas durante varios meses, pérdidas económicas considerables, graves afectaciones en la Infraestructura Distrital y un gran número de viviendas destruidas.	3	<b>ALTA</b>
Pocas personas fallecidas, varias personas lesionadas de mínima gravedad, afectación moderada del territorio, afectación moderada de los recursos naturales, afectaciones moderadas en las redes de servicios públicos, suspensión temporal de actividades económicas, afectación moderada en la infraestructura Distrital, pocas viviendas destruidas y varias viviendas averiadas.	2	<b>MEDIA</b>
Sin personas fallecidas, muy pocas personas lesionadas de mínima gravedad, mínima afectación en el territorio, sin afectación en las redes de servicios públicos, no hay interrupción en las actividades económicas, sin afectación en infraestructura Distrital, no hay daños en viviendas.	1	<b>BAJA</b>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD.

En la tabla 7 se presenta la descripción de los niveles de afectación del territorio, análisis que se realizó para cada una de las amenazas identificadas: (Tabla 7).

**Tabla 7. Niveles de afectación del territorio.**

TERRITORIO AFECTADO		
Descripción	Valor	Territorio Afectado
Más del 80% de su territorio se encuentra afectado	3	ALTA
Entre el 50% y 80% del territorio presenta afectación	2	MEDIA
Menos del 50% del territorio presenta algún tipo de afectación	1	BAJA

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD

En la Tabla 8, se presenta el consolidado de las amenazas identificadas y priorizadas para el Distrito de Cartagena, con su calificación correspondiente de acuerdo a la valoración obtenida en alta, media o baja: Consolidado de amenazas por localidad, zona urbana y zona insular, Cartagena de Indias. (Tabla 8).

**Tabla 8. Consolidado de las amenazas identificadas**

CALIFICACIÓN DE AMENAZA TOTAL PARA CARTAGENA D.T.C					
Tipos De Amenazas	Localidad 1 Histórica Y Del Caribe	Localidad 2 De La Virgen Y Turística	Localidad 3 Industrial Y De La Bahía	Zona Rural Corregimientos Continetales	Zona Insular
<b>NATURALES: HIDROMETEOROLÓGICAS</b>					
Huracanes y vendavales	Media	Media	Media	Media	Media
Inundaciones	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Mar de leva	Media	-	Media	Media	Alta
Cerámica	-	-	-	-	Baja
<b>NATURALES: GEOLÓGICAS</b>					
Sismos	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja
Tsunamis	Baja	-	Baja	Baja	Baja
Remoción en masa	Media	Media	Media	Media	Media
Erosión costera	Alta	-	Baja	Alta	Alta
Diapirismo de lodos	-	-	-	Media	Media
<b>SOCIO-NATURALES</b>					

<b>Incendios forestales</b>	-	Baja	-	Baja	-
<b>Degradación RN</b>	-	-	Media	Media	-
<b>ANTRÓPICAS</b>					
<b>Contaminación</b>	-	Media	Media	Media	-
<b>Aglomeraciones de público</b>	Alta	Alta	Media	Media	-
<b>Redes eléctricas</b>	-	Media	-	-	<b>Media</b>
<b>Accidente aéreo</b>	-	Baja	-	-	-
<b>TECNOLÓGICAS</b>					
<b>Derrames</b>	Media	Media	Media	Media	<b>Media</b>
<b>Fugas</b>	Media	Media	Media	-	-
<b>Explosiones</b>	-	Media	Media	Media	-
<b>Incendios</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD.

Las principales amenazas que se presentan en el Distrito de Cartagena, considerando su frecuencia, intensidad y territorio afectado son:

**Amenazas naturales de origen Hidrometeorológico:** Con una calificación de amenaza alta se identificaron las inundaciones y con una calificación de amenaza media los huracanes, los vendavales y el mar de leva.

Amenazas naturales de origen geológico: Con una calificación alta se identificó la erosión costera, mientras que la remoción en masa y el Diapirismo de lodos obtuvieron una calificación de amenaza media.

Amenazas socio-naturales: Con una calificación media se consideró la degradación de recursos naturales.

Amenazas antrópicas: Con una calificación de amenaza media-alta se encuentra la aglomeración en público, seguida por una calificación de amenaza media para la contaminación y los eventos asociados con redes eléctricas.

**Amenazas tecnológicas:** Los fenómenos antrópicos de origen tecnológico como derrames, fugas, explosiones e incendios, fueron calificados con un nivel de amenaza medio.

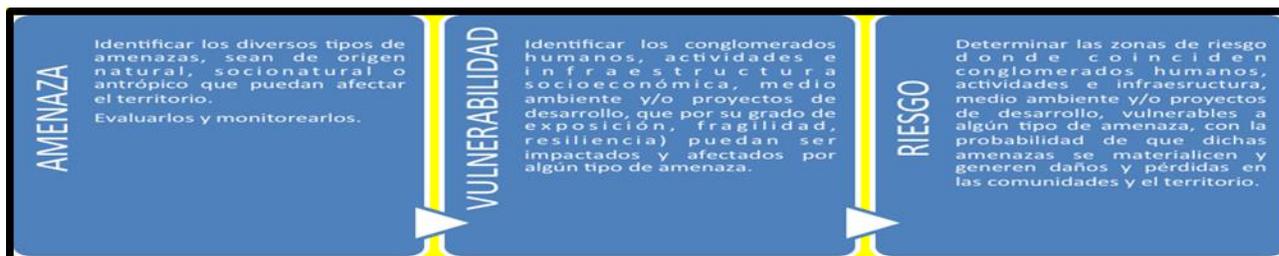
### **Análisis de Vulnerabilidad.**

Vulnerabilidad: "Susceptibilidad o fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional que tiene una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos en caso de que un evento físico peligroso se presente. Corresponde a la predisposición a sufrir pérdidas o daños de los seres humanos y de sus medios de subsistencia, así como de sus sistemas físicos, sociales, económicos y de apoyo que pueden ser afectados por eventos físicos peligrosos" (Ley 1523 de 2012). Para el análisis de la vulnerabilidad se realizó la identificación y caracterización de los elementos que se encuentran expuestos en el Distrito y los efectos desfavorables de una amenaza. Para lo cual se combinó información estadística y científica con el conocimiento de la sociedad civil y de los demás actores del territorio.

Es un factor esencial para el análisis del riesgo en el territorio, dado que implica el estudio de efectos de un fenómeno sobre los elementos y/o componentes necesarios para el funcionamiento de la sociedad, existen muchas variables de

vulnerabilidad que pueden considerarse, para la formulación del plan se tuvieron en cuenta aquellas que involucran aspectos económicos, sociales, ambientales y físicos; la Ilustración 1 presenta una breve descripción de cada una de ellas. Tener claridad acerca del panorama de la vulnerabilidad permite definir medidas más apropiadas y efectivas para reducir el riesgo.

**Ilustración 1. Esquema análisis del riesgo**



Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD (2012).

### Vulnerabilidad física.

Está relacionada con la calidad o tipo de material utilizado y el tipo de construcción de las viviendas, establecimientos económicos (comerciales e industriales) y de servicios (salud, educación, instituciones públicas) e infraestructura socioeconómica (centrales hidroeléctricas, vías, puentes y sistemas de riego), para asimilar los efectos de los fenómenos que constituyen una amenaza (Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD, 2012). (Tabla 9).

**Tabla 9. Variables de evaluación de vulnerabilidad física.**

VULNERABILIDAD FISICA			
Variable	Valor De Vulnerabilidad		
	Baja	Media	Alta
	1	2	3
<b>Antigüedad de la edificación</b>	Menos de 5 años	Entre 6 y 20 años	Mayor de 20 años
<b>Materiales de Construcción</b>	Estructura con materiales de muy buena calidad, adecuada técnica constructiva y buen estado de conservación	Estructura de madera, concreto, adobe, bloque o acero, sin adecuada técnica constructiva y con un estado de deterioro moderado	<b>Estructuras de adobe, madera u otros materiales, en estado precario de conservación</b>
<b>Cumplimiento de la normatividad vigente</b>	Se cumple de forma estricta con las leyes	Se cumple medianamente con las leyes	<b>No se cumple con las leyes</b>

<b>Características geológicas y tipo de suelo</b>	Zonas que no presentan problemas de estabilidad en el terreno, con buena cobertura	Zonas con indicios de inestabilidad y con poca cobertura vegetal	<b>Zonas con problemas de estabilidad evidentes, llenos antrópicos, sin cobertura vegetal</b>
	Vegetal		
<b>Localización de las edificaciones con respecto a zonas de retiro a fuentes de agua y zonas de riesgo</b>	<b>Muy alejada</b>	<b>Medianamente cerca</b>	<b>Muy cercana</b>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD (2012).

### Vulnerabilidad económica

Constituye el acceso que tiene la población de un determinado conglomerado urbano a los activos económicos (tierra, infraestructura de servicios, empleo, entre otros) y se refleja en la capacidad de responder de manera adecuada ante un desastre. Está determinada por el nivel de ingresos o la capacidad de satisfacer las necesidades básicas por parte de la población (Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD, 2012). La población en situaciones de pobreza y de bajos niveles de ingresos, a los que no le es posible satisfacer sus necesidades básicas, constituye el sector más vulnerable de la sociedad; la misma que por falta de acceso a viviendas en zonas seguras, invaden áreas ubicadas en zonas no aptas para la construcción, estos “desarrollos” carecen de servicios básicos elementales y presentan precarias condiciones sanitarias; de igual manera, esta población carece de una buena alimentación y del acceso a servicios de salud y de educación. Dichas carencias, condicionan la capacidad de preparación y de respuesta ante los peligros de su entorno y en caso de ser afectados por un fenómeno adverso el daño será mayor, así como su capacidad de recuperación. (Tabla 10).

**Tabla 10.** Variables de análisis de vulnerabilidad económica

<b>VULNERABILIDAD ECONÓMICA</b>			
<b>Variable</b>	<b>Valor de Vulnerabilidad</b>		
	<b>Baja</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Situación de pobreza y seguridad alimentaria</b>	Población sin pobreza y con seguridad alimentaria	Población por debajo de la línea de pobreza	<b>Población en situación de pobreza extrema</b>
<b>Nivel de ingresos</b>	Alto nivel de ingresos	El nivel de ingresos cubre las necesidades básicas	<b>Ingresos inferiores para suplir las necesidades básicas</b>
<b>Acceso a los servicios públicos</b>	Total cobertura de servicios públicos básicos	Regular cobertura de servicios públicos básicos	<b>Muy escasa a nula cobertura de servicios públicos básicos</b>

<b>Acceso al mercado laboral</b>	<b>La oferta laboral es mayor que la demanda</b>	<b>La oferta laboral es igual a la demanda</b>	<b>La oferta laboral es mucho menor que la demanda</b>
----------------------------------	--	--	--

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD (2012).

### Vulnerabilidad ambiental.

Se refiere al grado de resistencia del medio natural y de los seres vivos que conforman un determinado ecosistema, ante la presencia de la variabilidad climática. Igualmente está relacionada con el deterioro del medio ambiente (calidad del aire, agua y suelo), la deforestación, la explotación irracional de los recursos naturales, exposición a contaminantes tóxicos, pérdida de biodiversidad y la ruptura de la auto recuperación de los sistemas ecológicos (Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD, 2012). (Tabla 11).

**Tabla 11. Vulnerabilidad ambiental.**

Variable	Valor de Vulnerabilidad		
	Baja	Media	Alta
	1	2	3
<b>Condiciones atmosféricas</b>	Niveles de temperatura y/o precipitación promedio normales	Niveles de temperatura y/o precipitaciones ligeramente superiores al promedio normal	<b>Niveles de temperatura y/o precipitaciones muy superiores al promedio normal</b>
<b>Composición y calidad del aire</b>	Sin ningún grado de Contaminación	Con un nivel moderado de contaminación	<b>Alto grado de contaminación, niveles perjudiciales para la salud</b>
<b>Composición y calidad del agua</b>	Sin ningún grado de contaminación	Con un nivel moderado de contaminación	<b>Alto grado de contaminación, niveles perjudiciales para la salud</b>
<b>Condiciones de los recursos naturales</b>	Nivel moderado de explotación de los recursos naturales, nivel de contaminación leve, no se practica la deforestación	Alto nivel de explotación de los recursos naturales, niveles moderados de deforestación y de contaminación	Explotación indiscriminada de los recursos naturales, incremento acelerado de la deforestación y de la contaminación

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de planes departamentales para la gestión del riesgo PNUD 2012

### Vulnerabilidad social.

Esta variable se analizó a partir del nivel de organización y participación que tiene una comunidad para prevenir y responder ante situaciones de emergencia. La población organizada, formal e informalmente puede superar más fácilmente las consecuencias de un desastre, debido a su capacidad para prevenir y dar respuesta ante una situación de emergencia es mucho más efectiva y rápida (Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD, 2012). (Tabla 12).

**Tabla 12. Variables de análisis de vulnerabilidad social**

<b>VULNERABILIDAD SOCIAL</b>			
<b>Variable</b>	<b>Valor de Vulnerabilidad</b>		
	<b>Baja</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Nivel de Organización</b>	Comunidad totalmente Organizada	Comunidad medianamente organizada	Comunidad sin ningún tipo de organización
<b>Participación</b>	Participación activa de la Comunidad	Escasa participación de la comunidad	Nula participación de la comunidad
<b>Grado de relación entre las organizaciones comunitarias y las Instituciones</b>	Fuerte relación entre las organizaciones comunitarias y las Instituciones	Relaciones débiles entre las organizaciones comunitarias y las instituciones	No existen relaciones entre las organizaciones comunitarias y las Instituciones
<b>Conocimiento comunitario del riesgo</b>	La comunidad tiene total conocimiento de los riesgos presentes en el territorio y asume su compromiso frente al tema	La comunidad tiene poco conocimiento de los riesgos presentes y no tiene un compromiso directo frente al tema	Sin ningún tipo de interés frente al tema

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD (2012).

### Calificación de la vulnerabilidad

El riesgo solo puede existir al presentarse una amenaza en determinadas condiciones de vulnerabilidad, en un espacio y tiempo específico. No puede existir el riesgo sin la existencia de una amenaza y de una sociedad vulnerable. De hecho, amenazas y vulnerabilidades se encuentran mutuamente condicionadas, por lo tanto, al aumentar la resiliencia, una comunidad reducirá sus condiciones de vulnerabilidad y por lo tanto disminuirá su nivel de riesgo (Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD, 2012).

El valor que se obtuvo se utilizó para determinar el nivel de vulnerabilidad (baja, media o alta), con base en los lineamientos que se encuentran en la Guía Metodológica para la Elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo, desarrollada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres y la Unión Europea (Tabla 13).

**Tabla 13. Calificación de vulnerabilidad total.**

<b>GRADO</b>	<b>DESCRIPCIÓN/CARACTERÍSTICAS</b>	<b>INTERVALO</b>
<b>VB (Vulnerabilidad Baja)</b>	Viviendas asentadas en terrenos seguros, con materiales sismo resistentes, en buen estado de conservación, población con un nivel	<b>16-26</b>
	Ingreso medio y alto, con estudios y cultura de prevención, con cobertura de servicios públicos básicos, con un buen nivel de organización, participación y articulación entre las instituciones y organizaciones existentes.	

<b>VM (Vulnerabilidad Media)</b>	Sectores que presentan inundaciones muy esporádicas, construcciones con materiales de buena calidad, en regular y buen estado de conservación, población con un nivel de ingreso económico medio, cultura de prevención, con cobertura parcial de servicios básicos, con facilidades de acceso para atención de emergencia. Población organizada, con participación de la mayoría, medianamente relacionados e integración parcial entre las instituciones y organizaciones existentes.	<b>27-37</b>
<b>VA (Vulnerabilidad Alta)</b>	Edificaciones en materiales precarios, en mal y regular estado de construcción, con procesos de hacinamiento y tugurización. Población de escasos recursos económicos, sin conocimientos y cultura de prevención, cobertura parcial a inexistente de servicios públicos básicos, accesibilidad limitada para atención de emergencias; así como escasa a nula organización, participación y relación entre las instituciones y organizaciones existentes.	<b>38-48</b>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD (2012).

### Análisis del Riesgo

Riesgo de desastres: “Corresponde a los daños o pérdidas potenciales que pueden presentarse debido a los eventos físicos peligrosos de origen natural, socio natural, tecnológico, biosanitario o humano no intencional, en un período de tiempo específico y que son determinados por la vulnerabilidad de los elementos expuestos; por consiguiente, el riesgo de desastres se deriva de la combinación de la amenaza y la vulnerabilidad” (Ley 21523 de 2012).

El análisis del riesgo consiste en identificar y evaluar posibles daños y pérdidas como consecuencia del impacto de una amenaza sobre una unidad social en condiciones vulnerables (GTZ, 2010). Investiga los factores y procesos generadores del riesgo como base para determinar las medidas a tomar para reducir el riesgo existente y evitar la generación de nuevas condiciones de vulnerabilidad y riesgo. (Ilustración 1).

El cálculo del riesgo correspondió a un análisis y combinación de datos teóricos y empíricos con respecto a la probabilidad de ocurrencia de las amenazas identificadas, así como el análisis de la vulnerabilidad en cada una de las localidades, incluyendo las zonas rural e insular. De acuerdo con la Guía Metodológica para la Elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo, desarrollada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres y la Unión Europea, 2012.

Este criterio se basa en el uso de una matriz de doble entrada (Tabla 14), con ambos resultados se interrelaciona, por un lado (vertical) el valor y nivel estimado de la amenaza; y por otro (horizontal), el nivel de vulnerabilidad total determinado para cada una de estas amenazas, en la intersección de ambos valores se estima el nivel de riesgo esperado. (Tabla 15).

**Tabla 14. Matriz de amenaza y vulnerabilidad para estimación del nivel de riesgo.**

<b>Amenaza Alta</b>	<b>Riesgo Medio</b>	<b>Riesgo Alto</b>	<b>Riesgo Alto</b>
<b>Amenaza Media</b>	<b>Riesgo Bajo</b>	<b>Riesgo Medio</b>	<b>Riesgo Alto</b>
<b>Amenaza Baja</b>	<b>Riesgo Bajo</b>	<b>Riesgo Bajo</b>	<b>Riesgo Medio</b>
	<b>Vulnerabilidad Baja</b>	<b>Vulnerabilidad Media</b>	<b>Vulnerabilidad Alta</b>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD (2012).

**Tabla 15.** Consolidado de vulnerabilidad por localidades, zona rural e insular de Cartagena de Indias.

<b>CALIFICACIÓN DE VULNERABILIDAD TOTAL PARA CARTAGENA D.T.C</b>					
<b>TIPOS DE AMENAZA</b>	<b>LOCALIDAD 1 HISTÓRICA Y DEL ARIBE</b>	<b>LOCALIDAD 2 DE LA VIRGEN Y TURÍSTICA</b>	<b>LOCALIDAD 3 INDUSTRIAL Y DE LA BAHÍA</b>	<b>ZONA RURAL CORREGIMIENTOS CONTINENTALES</b>	<b>ZONA INSULAR</b>
<b>NATURALES: HIDROMETEOROLÓGICAS</b>					
Huracanes y vendavales	Alta	Alta	Alta	Alta	<b>Alta</b>
Inundaciones	Media	Media	Media	Alta	<b>Alta</b>
Mar de leva	Media	-	Media	Media	<b>Media</b>
Ceraunica	-	-	-	-	<b>Media</b>
<b>NATURALES: GEOLÓGICAS</b>					
Sismos	Media	Media	Media	Media	<b>Media</b>
Tsunamis	Alta	-	Alta	Alta	<b>Alta</b>
Remoción en masa	Alta	Alta	Alta	Alta	<b>Alta</b>
Erosión costera	Alta	-	Media	Alta	<b>Alta</b>
Diapirismo de lodos	-	-	-	Alta	<b>Alta</b>
<b>SOCIO-NATURALES</b>					
Incendios forestales	-	Media	-	Media	-
Degradación RN	-	-	Media	Media	-
<b>ANTRÓPICAS</b>					
Contaminación	-	Media	Media	Media	-
Aglomeraciones de	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	-
Público					
Redes eléctricas	-	Media	-	-	<b>Media</b>
Accidente aéreo	-	Alta	-	-	-
<b>TECNOLÓGICAS</b>					
Derrames	Media	Media	Media	Media	<b>Media</b>

<b>Fugas</b>	Media	Media	Media	-	-
<b>Explosiones</b>	-	Media	Media	Media	-
<b>Incendios</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD.

En el Distrito de Cartagena de Indias, el riesgo está intrínsecamente ligado a la interacción entre factores de amenaza y vulnerabilidad, en espacios y territorios específicos. Se destaca que el riesgo surge de la conjunción de estas variables, y su reducción o prevención requiere intervenir en los elementos que generan vulnerabilidad en la sociedad o mitigar las amenazas en el territorio. Es crucial comprender que las amenazas y las vulnerabilidades se influyen mutuamente, lo que implica que al fortalecer la resiliencia de una comunidad, se disminuyen sus niveles de vulnerabilidad y riesgo. Este enfoque integral permite identificar y abordar de manera efectiva los puntos críticos que pueden llevar a desastres o emergencias.

De acuerdo con el análisis realizado, se identifican eventos de alto riesgo en el Distrito de Cartagena de Indias, que incluyen huracanes, vendavales, inundaciones, remoción en masa, erosión costera y aglomeración de público. Estos eventos pueden tener un impacto significativo en la seguridad y el bienestar de la población, así como en la infraestructura y los recursos naturales de la región.

Por otro lado, se identifican eventos de riesgo medio, como el mar de leva, tsunamis, degradación de recursos naturales, contaminación, derrames, fugas, explosiones e incendios. Aunque estos eventos pueden no representar una amenaza inmediata en comparación con los de alto riesgo, aún requieren atención y medidas preventivas para evitar posibles consecuencias negativas.

En conclusión, el análisis resalta la importancia de comprender la dinámica del riesgo en el Distrito de Cartagena de Indias y la necesidad de implementar estrategias de gestión del riesgo que aborden tanto las amenazas identificadas como las vulnerabilidades de la sociedad. Esto puede incluir medidas de preparación, mitigación y respuesta, así como la promoción de la resiliencia comunitaria y la protección de los recursos naturales y la infraestructura crítica. (Tabla 16).

**Tabla 16.** Consolidado tipo de amenazas y calificación del riesgo por localidades, zona rural e insular.

<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO POR TIPO DE AMENAZA PARA CARTAGENA D.T.C</b>					
<b>TIPOS DE AMENAZAS</b>	<b>LOCALIDAD 1 HISTÓRICA Y DEL CARIBE</b>	<b>LOCALIDAD 2 DE LA VIRGEN Y TURÍSTICA</b>	<b>LOCALIDAD 3 INDUSTRIAL Y DE LA BAHÍA</b>	<b>ZONA RURAL CORREGIMIENTOS CONTINENTALES</b>	<b>ZONA INSULAR</b>
<b>NATURALES: HIDROMETEOROLÓGICAS</b>					
<b>Huracanes y vendavales</b>	Alto	Alto	Alto	Alto	<b>Alto</b>
<b>Inundaciones</b>	Alto	Alto	Alto	Alto	<b>Alto</b>
<b>Mar de leva</b>	Medio	-	Medio	Medio	<b>Alto</b>
<b>Cerámica</b>	-	-	-	-	<b>Bajo</b>
<b>NATURALES: GEOLÓGICAS</b>					

<b>Sismos</b>	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	<b>Bajo</b>
<b>Tsunamis</b>	Medio	-	Medio	Medio	<b>Medio</b>
<b>Remoción en masa</b>	Alto	Alto	Alto	Alto	<b>Alto</b>
<b>Erosión costera</b>	Alto	-	Bajo	Alto	<b>Alto</b>
<b>Diapirismo de lodos</b>	-	-	-	Alto	<b>Alto</b>
<b>SOCIO-NATURALES</b>					
<b>Incendios forestales</b>	-	Bajo	-	Bajo	-
<b>Degradación RN</b>	-	-	Medio	Medio	-
<b>ANTRÓPICAS</b>					
<b>Contaminación</b>	-	Medio	Medio	Medio	-
<b>Aglomeraciones de Público</b>	Alto	Alto	Medio	Medio	-
<b>Redes eléctricas</b>	-	Medio	-	-	<b>Medio</b>
<b>Accidente aéreo</b>	-	Medio	-	-	-
<b>TECNOLÓGICAS</b>					
<b>Derrames</b>	Medio	Medio	Medio	Medio	<b>Medio</b>
<b>Fugas</b>	Medio	Medio	Medio	-	-
<b>Explosiones</b>	-	Medio	Medio	Medio	-
<b>Incendios</b>	<b>Medio</b>	<b>Medio</b>	<b>Medio</b>	<b>Medio</b>	<b>Medio</b>

Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo. PNUD (2012).

### Cambio climático

La interacción entre los fenómenos climáticos, el desarrollo socioeconómico y la salud de la población en Cartagena de Indias. Las variaciones climáticas, como las elevaciones del nivel del mar, las lluvias torrenciales y los eventos extremos, tienen un impacto directo en la salud y el bienestar de la población, así como en la infraestructura y la actividad económica de la ciudad.

En primer lugar, Cartagena de Indias es una ciudad expuesta a fenómenos climáticos debido a su ubicación costera, lo que la hace vulnerable a eventos como la erosión costera, inundaciones y otros desastres naturales. Estos eventos climáticos extremos pueden tener consecuencias directas en la salud de la población, como el aumento de enfermedades relacionadas con el agua, la pérdida de viviendas e infraestructuras esenciales para la atención médica, y el estrés psicológico causado por la incertidumbre y la pérdida de seguridad.

La gestión territorial frente al cambio climático ha sido una prioridad en Cartagena, con la implementación del Plan 4C, que busca adaptar la ciudad a los impactos del cambio climático y reducir su vulnerabilidad. Sin embargo, se destaca que si no se toman medidas de adaptación adicionales, se espera que un gran porcentaje de la población se vea afectada por eventos climáticos extremos para el año 2040, lo que tendría graves consecuencias para la salud pública y el desarrollo económico de la ciudad.

En conclusión, el párrafo resalta la importancia de abordar los riesgos asociados al cambio climático desde una perspectiva de salud pública, tomando en cuenta las vulnerabilidades de la población y la necesidad de implementar medidas de adaptación y mitigación para proteger la salud y el bienestar de los habitantes de Cartagena de Indias.

En un escenario pesimista el aumento del nivel del mar debido al cambio climático planteado para Cartagena de Indias en el año 2040; es notorio que las zonas aledañas a la ciénaga de la Virgen, la zona turística de la ciudad (Bocagrande, Castillo grande, El Laguito, Centro Histórico) y la zona portuaria e industrial serían los más afectados por el ascenso del nivel del mar. Los barrios más expuestos son Olaya Herrera (39.649 habitantes), el Pozón (2.122), Manga (6.052), Bocagrande (13.296), Crespo (14.710) y Castillo grande (6.759).

Esta situación se hace más compleja si se tiene en cuenta que el 59,74% de la zona costera de Cartagena de Indias presenta una alta y muy alta amenaza por erosión costera. Con el cambio climático se agravarán los problemas a los que se ven enfrentados actualmente los habitantes, así como de la infraestructura, de la isla de Tierra Bomba, la zona turística de la ciudad, la zona portuaria e industrial, Playetas y Punta Gigante en Isla Barú, los archipiélagos del Rosario y San Bernardo e Isla Fuerte.

De no tomarse ninguna medida de adaptación, para el 2040 uno de cada cinco cartageneros se podría ver afectado por mareas altas; así mismo el 27,5% de la población y el 26,2% de las viviendas se inundaron y la base natural se afectaría. Esto tendría implicaciones graves sobre la competitividad de la ciudad, el desarrollo económico y el bienestar social de sus habitantes.

La relación entre el nivel socioeconómico y las consecuencias del cambio climático en la salud de los cartageneros es crucial para comprender el impacto desproporcionado que enfrentan ciertos grupos de la población. En el contexto de las Islas de Cartagena de Indias, se observa que las comunidades con menores recursos económicos enfrentan una mayor vulnerabilidad frente a los efectos del cambio climático.

Los datos revelan que aproximadamente 2.121 personas se verán afectadas directamente en toda el área insular, lo que implica que cerca de 478 hogares en 410 viviendas podrían sufrir pérdidas totales o parciales. Es importante destacar que el mayor número de población afectada estará concentrado en comunidades como Ararca, Santana y Barú, donde residen 1.466 personas distribuidas en 345 hogares y 301 viviendas. Además, en el Islote, más de la mitad de la población se verá afectada, lo que representa un impacto significativo en términos de vivienda, seguridad alimentaria y bienestar general.

Esta situación se agrava aún más al observar que en Isla Fuerte, aunque el número de viviendas afectadas es menor (8 viviendas con 34 personas), estas comunidades también enfrentarán desafíos importantes en términos de adaptación al cambio climático y la protección de sus medios de vida.

La necesidad de que el distrito y las comunidades trabajen conjuntamente en acciones de adaptación a corto plazo es urgente, ya que la oferta natural, que es crucial para la competitividad de la ciudad en términos de turismo, seguridad alimentaria y desarrollo social, está en riesgo. La tabla que presenta el perfil de vulnerabilidad para las Islas destaca la situación crítica en lugares como el Islote, Múcura, Isla Grande e Isla Fuerte, donde las comunidades enfrentan mayores dificultades para hacer frente a los impactos del cambio climático.

En resumen, el nivel socioeconómico juega un papel fundamental en la capacidad de las comunidades para enfrentar los desafíos del cambio climático. Las comunidades con menos recursos enfrentan una mayor vulnerabilidad y pueden



experimentar consecuencias más graves en términos de salud, seguridad alimentaria y bienestar general. Por lo tanto, es crucial implementar medidas de adaptación y mitigación que aborden las necesidades específicas de estas comunidades y promuevan la equidad en la respuesta al cambio climático, ver (Tabla 17) e (Ilustración 2).

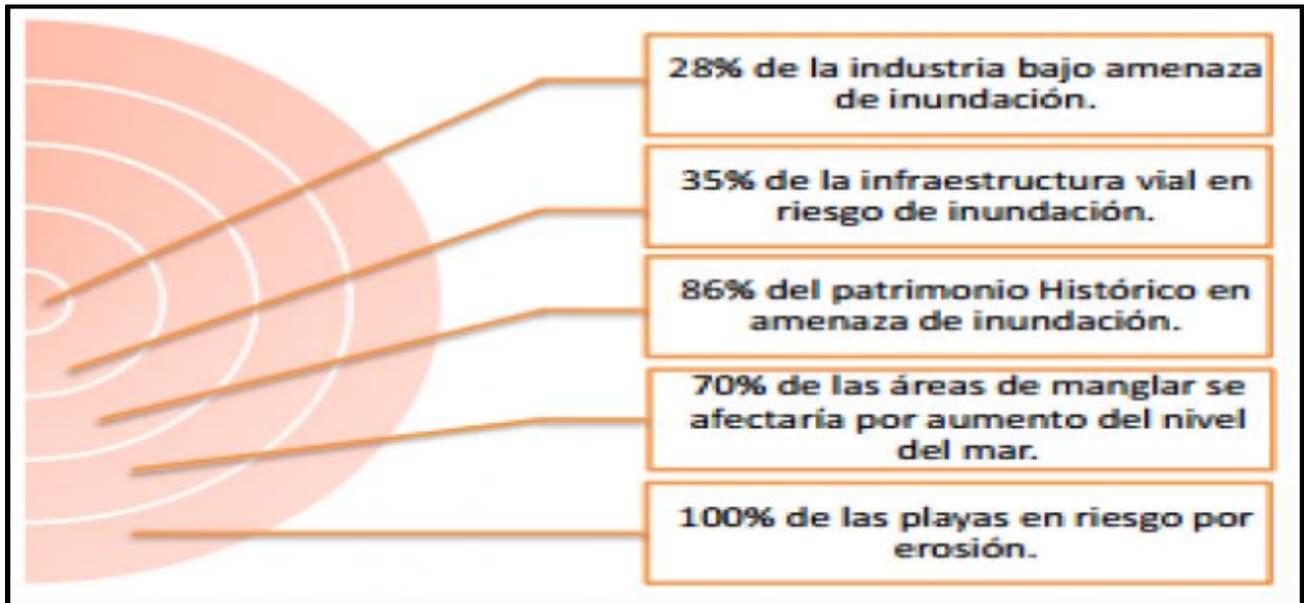
**Tabla 17. Amenazas del Cambio Climático: Situación Actual y Futura en Cartagena de Indias.**

FENÓMENOS CLIMÁTICOS	AÑO 2040	CONSECUENCIAS
Incremento de los meses con eventos lluviosos extremos	30%	Continuará la tendencia al aumento en las probabilidades de ocurrencia e intensidad de eventos extremos sugeridos por el IPCC (2007): lluvias más intensas y frecuentes, olas de calor, mayor frecuencia de huracanes en el Caribe.
	36 meses con	
	lluvias extremas	
Aumento de la temperatura	29,1°C	- Redistribución de ecosistemas y especies, y posible alteración de los servicios ambientales.
		- Duplicación de casos de enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y la leptospirosis.
		- Afectación de actividades productivas como la pesca.
Aumento en el nivel medio del mar	15-20 cm	- Aumento del orden de 2 a 5 mm constantes por año.
		- Pérdida paulatina de grandes áreas de terreno y extensión de las inundaciones ocurridas durante los periodos invernales.
		- Pérdida del patrimonio ecológico y retroceso de playas.
		- Daños en viviendas, patrimonio histórico y cultural, infraestructura vial, portuaria e industria.

Fuente: Plan4C Cartagena, 2018.

Fuente: Plan 4C, Cartagena de Indias, Competitiva y Compatible con el Clima

**Ilustración 2.** Impacto del cambio climático bajo el escenario pesimista para el año 2040.



Fuente: Plan 4C, Cartagena de Indias, Competitiva y Compatible con el Clima

Teniendo en cuenta los principales fenómenos climáticos que amenazan permanentemente el Distrito de Cartagena de Indias incluyendo la elevación del nivel del mar, y eventos extremos como mar de leva, lluvias torrenciales trayendo como consecuencias inundaciones, como también se presentan veranos intensos, los cuales todo esto históricamente han causado desastres y daños en las comunidades, a las actividades económicas y al patrimonio histórico. Según el Panel Intergubernamental de cambio climático, se espera que aumente la frecuencia e intensidad de dichos fenómenos, De acuerdo con INVEMAR, basado en las variaciones del nivel del mar registradas en la ciudad de Cartagena de Indias (registran ascensos de 15 a 22 cm en los últimos 100 años), se calcula que pueden esperarse aumentos del orden de 2 a 5 mm por año, que llegaron a alcanzar entre 80 cm y 1 m para el año 2100.

Por lo tanto, es fundamental que se tomen medidas a tiempo con el fin de frenar los impactos que pueden ser significativamente mayores en el futuro. En ese sentido el Distrito contempla dentro de las medidas de adaptación al cambio climático el sistema de paisaje tiene como función preservar el patrimonio ecológico y mejorar las condiciones del medio ambiente conectando el sistema de áreas protegidas, con las áreas rurales y el sistema de zonas verdes urbanas en una red sistémica. Se contemplan para su afianzamiento variables como; la conectividad ecológica con áreas rurales y sistema de áreas protegidas, la funcionalidad de arbolado urbano, la funcionalidad de áreas verdes, y las áreas verdes funcionales (Diagnostico POT 2021).

### **Influencia del fenómeno de la niña en el distrito de Cartagena**

A través de la circular 026 el Instituto de Hidrología, Meteorología y estudios ambientales (IDEAM) y la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres se emitió pronóstico de aumento de lluvia en el País hasta de un 40% adicional para el 2022. En promedio en el Distrito de Cartagena llueve durante los meses de septiembre y noviembre un promedio de 514 mm de lluvias, pero se estimó que el promedio podría ascender con una estimación a 668 mm de lluvia como efecto del fenómeno de la niña.

En el contexto del distrito de Cartagena de Indias, los riesgos climáticos se ven configurados por una serie de elementos que interactúan entre sí, exacerbados por el efecto del cambio climático. El aumento en la frecuencia e intensidad de eventos extremos, como huracanes, lluvias torrenciales y fenómenos de La Niña, desempeña un papel crucial en la exacerbación de estos riesgos.

Los impactos de estos eventos climáticos se manifiestan en diversos sistemas y elementos expuestos en el distrito. Los ecosistemas costeros y marinos, como manglares y arrecifes de coral, enfrentan amenazas de erosión y pérdida de biodiversidad debido al aumento del nivel del mar y la intensificación de tormentas. La población local se ve afectada por el riesgo de inundaciones, que pueden causar pérdidas de vidas humanas, desplazamiento y daños a la salud debido a la exposición a aguas contaminadas y enfermedades transmitidas por vectores.

La infraestructura pública y privada, incluidos sistemas de transporte, redes de suministro de agua y energía, así como edificaciones, enfrentan el peligro de daños catastróficos debido a inundaciones, erosión costera y eventos climáticos extremos. Además, la industria y el comercio, incluidos los sectores turístico y portuario, pueden sufrir interrupciones significativas en sus operaciones debido a condiciones climáticas adversas.

La sensibilidad del sistema a estos riesgos climáticos está determinada por una serie de características. La cobertura y el estado actual del ecosistema, incluida la salud de los manglares y la biodiversidad marina, afectan la capacidad de absorber y mitigar los impactos del cambio climático. Además, la cobertura y el estado de las redes de acueducto influyen en la capacidad de suministrar agua potable a la población durante eventos climáticos extremos. El estado, antigüedad y materiales de infraestructura y viviendas determinan su vulnerabilidad ante inundaciones y otros desastres relacionados con el clima. Por último, el estado del sistema de drenaje pluvial es crucial para gestionar el exceso de agua durante eventos de precipitación intensa y prevenir inundaciones catastróficas en áreas urbanas

En resumen, la interacción de estos elementos configura los riesgos climáticos en el distrito de Cartagena de Indias, destacando la necesidad de medidas de adaptación y mitigación para proteger a la población, la infraestructura y los ecosistemas vulnerables ante los impactos del cambio climático (Figura 1).

**Figura 1.** Promedio Mensual de Lluvias en los Últimos 10 años (en mm) Distrito de Cartagena 2022.



Fuente: Oficina Asesora para la Gestión del Riesgo de Desastres de Cartagena (OAGRD)

Con relación a inundaciones se realiza un meta análisis de 2023 donde se destaca una situación crítica en el distrito de Cartagena de Indias debido a las emergencias derivadas de las fuertes lluvias que azotaron la ciudad que incluyen comunicados de la Oficina Asesora para la Gestión del Riesgo de Desastres (OAGRD)

Se detalla la atención de un total de 34 eventos, con 19 sectores inundados, principalmente en barrios como Olaya Herrera, El Pozón y el corregimiento de Bayunca. El corregimiento sufrió la situación más crítica, con sectores como UMATA, Puerto Adentro y Reino de Pambelé afectados por el desbordamiento del arroyo Mata gente.

Además de las inundaciones, se registraron otros eventos como árboles caídos, colapso de techos, y deslizamientos de tierra, afectando a comunidades en diferentes áreas de la ciudad. Estos eventos impactan negativamente en la población, la infraestructura pública y privada, y la actividad económica de la región.

La sensibilidad del sistema a estos eventos climáticos extremos está determinada por una serie de factores, incluyendo el estado actual del ecosistema, las redes de acueducto, la antigüedad y materiales de infraestructura y viviendas, y el sistema de drenaje pluvial. Es crucial abordar estos factores para reducir la vulnerabilidad y mejorar la capacidad de respuesta ante futuros eventos climáticos.

Además, se identifican zonas de alto riesgo de afectación, incluyendo desplazamientos en barrios como Nariño, Pablo VI, Lo Amador, República del Caribe, Daniel Lemaître, Paraíso, Loma Fresca, Palestina y todos los asentamientos sobre los Cerros de Albornoz. En riesgo de inundación está toda la población residente en la desembocadura de los canales en la Ciénaga de la Virgen y zonas de barrios como El Pozón, Sucre, Villa Rosa, 20 de Julio, Las Palmeras, Villa Rosita, Villa Estrella, San José de los Campanos y corregimientos de la zona Norte como Manzanillo, Punta Canoa, Arroyo Grande, Tierra Baja y Puerto Rey.

Es importante fortalecer las medidas de gestión del riesgo de desastres, mejorar la planificación urbana y la infraestructura resiliente, y aumentar la conciencia pública sobre los riesgos climáticos en Cartagena de Indias. De esta forma considerando los eventos asociados de riesgo se identificaron zona de alto riesgo de afectación, ver (Tabla 18 y 19).

**Tabla 18.** *Puntos críticos, evento asociado y clasificación de riesgo temporada de lluvias, localidad Histórica y del Caribe Norte Distrito de Cartagena, 2021.*

<b>LOCALIDAD HISTORICA Y DEL CARIBE NORTE.</b>			
<b>Punto crítico</b>	<b>Evento Asociado</b>	<b>Clasificación del Riesgo</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Nariño – Pablo Vi – Loma Fresca República Del Caribe Ubicados en las estribaciones de la popa</b>	Deslizamiento	No Mitigable	Afectación reciente por Tormenta Tropical lota, 3 casos de deslizamiento en 2021.
<b>Lo Amador, Loma del Congo, La Bendición de Dios Ubicados en las estribaciones de la popa</b>	Deslizamiento	No Mitigable	Afectados por tormenta tropical, lota 7 eventos reportados entre el 2021 al 2022
<b>San Bernardo – La Esperanza – La Quinta – San Blas</b>	Deslizamiento E Inundación	No Mitigable	Afectación reciente por Tormenta Tropical lota, se reportaron 5 casos entre 2021 y 2022.
<b>Daniel Lemaître (Kennedy, La Paz, Pesebre) Torices</b>	Deslizamiento E Inundación	No Mitigable	Afectación reciente por Tormenta Tropical lota, se reportaron 5 casos entre 2021 y 2022.
<b>Canapote – San Pedro Y Libertad – Santa Rita</b>	Sedimentación	Mitigable	Entre los meses de junio y noviembre de cada año se presenta este problema

<b>LOCALIDAD HISTORICA Y DEL CARIBE NORTE.</b>			
<b>Punto critico</b>	<b>Evento Asociado</b>	<b>Clasificación del Riesgo</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Lo Amador Y Avenida Pedro De Heredia</b>	Sedimentación	Mitigable	Altos Niveles de Sedimento en todo el año
<b>Las Brisas – Piedra De Bolívar – José Antonio Galán</b>	Sedimentación	Mitigable	Entre los meses de junio y noviembre de cada año se presenta este problema
<b>Centro Histórico</b>	Inundación	Mitigable	Las situaciones más críticas se experimentan en septiembres y octubre
<b>Edificios Y Balcones En Riesgo En El Centro Histórico</b>	Colapso		46 edificios con fallas de mediana y alta complejidad estructural 44 balcones requieren intervención Urgente
<b>Instituciones Educativas</b>	7 instituciones reportadas con problema de inundación	Mitigable	

Fuente: Oficina Asesora para la Gestión del Riesgo de Desastres de Cartagena (OAGRD)

**Tabla 19.** *Puntos críticos, evento asociado y clasificación de riesgo temporada de lluvias, localidad de la Virgen y Turística Distrito de Cartagena, 2022.*

<b>LOCALIDAD DE LA VIRGEN Y TURISTICA</b>			
<b>Punto critico</b>	<b>Evento Asociados</b>	<b>Clasificación del Riesgo</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Canal Matute - Las palmeras y Villa Rosita</b>	Inundación	Mitigable	Canal se desbordo 2010, 2011, 2104 y 2016 y durante la tormenta tropical Iota
<b>Canal 11 de noviembre</b>	Inundación	Mitigable	Inundaciones durante 2010, 2020 y 2022 fueron afectados por tormenta tropical Iota
<b>Olaya Herrera Sector Ricaurte</b>	Inundación	Mitigable	Canal se desbordo 2010, 2011, 2104 y 2016 con registro de aumento de nivel 2021 y 2022
<b>Olaya Herrera - Sector la puntilla, playas blancas y zarabanda</b>	Inundación	No Mitigable	Emergencia todos los años durante la última década
<b>Libano, Boston y la Candelaria</b>	Inundación	Mitigable	Mucha Pluviosidad durante los años 2010, 2011, 2014, 2016 y 202

<b>Fredonia – Nuevo Paraíso (Sectores Isla de Belén y La Bendición de Dios)</b>	Inundación	No Mitigable	Han sufrido Inundaciones desde los años 2018
<b>Caño el Limón y Canal Chimaria, el Pozón</b>	Inundación	Mitigable	El pozón ha presentado emergencia 2004, 2007, 2010, 2011, 2012, 2014, 2016 y 2020
<b>Flor del Campo, Colombiatón y Bicentenario</b>	Inundación	Mitigable	Emergencias leves en 2020, 2022
<b>Bayunca (sector Reino de Pambelé, Caizeba y Mano de Dios)</b>	Inundación	No Mitigable	Zonas de invasión con registros de emergencia en los últimos años 2019
<b>Manzanillos, Puerto rey y Tierra baja</b>	Inundación	Mitigable	Inundaciones leves 2020 y 2022
<b>Instituciones Educativas</b>	Inundación	Mitigable	Un total de 22

Fuente: Oficina Asesora para la Gestión del Riesgo de Desastres de Cartagena (OAGRD)

**Tabla 20. Puntos críticos, evento asociado y clasificación de riesgo temporada de lluvias, localidad Industrial Y de la Bahía Distrito de Cartagena, 2022.**

<b>LOCALIDAD INDUSTRIAL Y DE LA BAHÍA</b>			
<b>Punto crítico</b>	<b>Evento Asociados</b>	<b>Clasificación del Riesgo</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Cerro De Albornoz (Sectores Los Girasoles, La Paz, Mirador de Cartagena, Nuevo Israel)</b>	Inundación Y Desplazamiento	No Mitigable	Afectaciones continuas desde el 2016, gravemente afectada en el 2020, 5 eventos en el 2021
<b>20 de Julio, Sucre, Villa Rosa, Bellavista, El Libertador</b>	Inundación	No Mitigable	Han registrado graves emergencias en el 2017, 2018 y 2020.
<b>Nelson Mandela, (Sectores la Torres, Campo Bello) Henequén</b>	Inundación y Deslizamiento	No Mitigable	Emergencia durante las olas invernales de 2017 ,2018 y la tormenta Iota 2020
<b>Policarpa y Arroz Barato</b>	Inundación	No Mitigable	Inundaciones 2016 y 2020 en estos sectores
<b>Membrillas Cabildo Zenú</b>	Inundación	Mitigable	Emergencia desde los años 2010, 2011, 2020 y 2022 Evidenció nivel de inundación que hacían imposible el traslado de las familias a sus labores diarias y a la consecución de los alimentos, afortunadamente la afectación en las viviendas no pasó a mayores y no hubo pérdidas considerables.

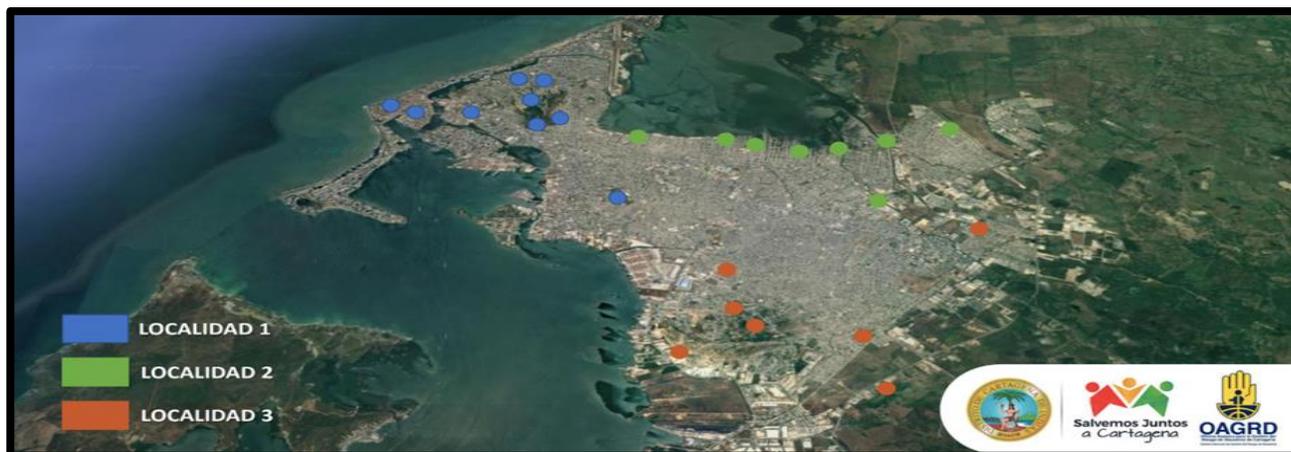
<b>San José de los campanos</b>	Inundación	No Mitigable	Inundación Significativa año 2016 y 2020
<b>Canal el Campestre</b>	Inundación	Mitigable	Emergencias repentinas desde el 2017
<b>Instituciones Educativas</b>	Inundación	Mitigable	En los barrios de Arroz Barato y Ternerá Membrillal y San Fernando

Fuente: Oficina Asesora para la Gestión del Riesgo de Desastres de Cartagena (OAGRD)

La Afectación en general por las lluvias para la Ola del 2022 entre septiembre y noviembre en el Distrito de Cartagena evidenció el 80% de los canales y caños del Distrito desbordaron, afectando en promedio a unas 110.000 personas en 20 barrios de la ciudad, con afectación a una parte importante de la ciudad, se presentaron 10 deslizamientos, 5 colapsos de viviendas, 8 árboles caídos y 4 viviendas con problemas en sus cubiertas; un puente peatonal también colapsó en el barrio El Campestre.

El Distrito de Cartagena activa la respuesta a emergencias con los reportes xccde los 120 COMBAS activos que tiene Cartagena en igual número de barrios, así como el barrido con los organismos de socorro, tal como está descrito en el Plan de Contingencia para Lluvias y Ciclones aprobado para Cartagena en este 2022. De acuerdo al consolidado de año 2022, en Cartagena se presentaron 2.394 emergencias, siendo el segundo semestre el de más eventos de alto impacto como árboles caídos, inundaciones y deslizamientos, debido a la intensa temporada de lluvias que se vivió entre agosto y noviembre. Entre agosto y septiembre se recibieron 100 reportes de inundaciones localizadas y 148 emergencias por deslizamiento (Mapa 5)

**Mapa 5. Localización de principales emergencias por localidad Distrito de Cartagena**



Fuente: Oficina Asesora para la Gestión del Riesgo de Desastres de Cartagena (OAGRD)

### Escenarios de riesgos

Un escenario de riesgo se representa por medio de la caracterización de los factores de riesgo, sus causas, la relación entre las causas, el tipo y nivel de daños que se pueden presentar, la identificación de los principales factores que intervienen, así como las medidas posibles a aplicar y los actores públicos y privados que deben intervenir (SNPD, 2006).

La formulación de escenarios de riesgo comprende la estimación de pérdidas y daños que podría sufrir un territorio ante la ocurrencia de algún desastre asociado a las principales amenazas priorizadas. En la medida que tanto las amenazas, como las condiciones de vulnerabilidad presentan variaciones en el territorio, es posible determinar una distribución espacial del riesgo, con la finalidad de determinar y priorizar acciones, intervenciones y proyectos de manera específica, orientados a disminuir los niveles de vulnerabilidad y riesgo. Para seleccionarlos se reconocen diferentes criterios según

las miradas, intereses y actores involucrados, con base en los cuales se puede obtener una buena cantidad de posibles panoramas de riesgo. Para el caso del Plan Distrital de Gestión del Riesgo de Cartagena de Indias, se puntualizan los escenarios por fenómenos amenazantes, en los que cada escenario se refiere a las condiciones de riesgo asociadas con una amenaza en particular (fenómeno amenazante).

Cartagena de Indias D.T.C. se encuentra expuesta a amenazas de orígenes diferentes, las cuales al conjugarse con las vulnerabilidades presentes en el territorio definen diversos escenarios de riesgo:

Cartagena de Indias, un distrito cuyo encanto colonial se entrelaza con la realidad de su exposición a una amplia gama de amenazas naturales y antropogénicas. Este crisol de historia y modernidad se ve sometido a la constante evaluación y preparación para enfrentar los múltiples escenarios de riesgo que pueden presentarse.

Los escenarios de riesgo que definen la vida en Cartagena se despliegan en una compleja trama de factores, cada uno delineando una narrativa única de peligro y vulnerabilidad. Las amenazas Hidrometeorológico, encarnadas en huracanes implacables, vendavales devastadores e inundaciones que emergen de los cuerpos de agua y los canales de drenaje, pintan un cuadro de fragilidad ante la furia de la naturaleza.

No menos imponentes son los riesgos de origen geológico, que se manifiestan en tsunamis amenazantes, remociones en masa que desgarran el paisaje, la erosión costera que desdibuja las líneas de la costa y el Diapirismo de lodos que acecha bajo la superficie terrestre.

Pero no todas las amenazas provienen de la naturaleza; los escenarios de riesgo antropogénicos también tienen su lugar en esta historia. Las aglomeraciones públicas se convierten en puntos críticos de peligro en medio de eventos masivos, mientras que los riesgos tecnológicos traen consigo el temor de derrames de líquidos y sólidos, fugas de gases, explosiones e incendios que pueden desencadenar caos y desolación en un abrir y cerrar de ojos.

La formulación de escenarios de riesgo no es solo un ejercicio teórico, sino una herramienta esencial para comprender y mitigar las amenazas que acechan a la ciudad. Al identificar las causas, la relación entre estas, los posibles daños y los factores que intervienen, se traza un mapa detallado de los peligros que enfrenta Cartagena. Este conocimiento permite priorizar acciones, intervenciones y proyectos específicos destinados a reducir los niveles de vulnerabilidad y riesgo.

En la encrucijada entre el pasado y el presente, entre la belleza histórica y la realidad contemporánea, Cartagena de Indias se enfrenta a su destino con valentía y determinación. Reconociendo sus amenazas, abrazando sus fortalezas y trabajando en colaboración con actores públicos y privados, la ciudad se prepara para afrontar los desafíos que el futuro pueda deparar.

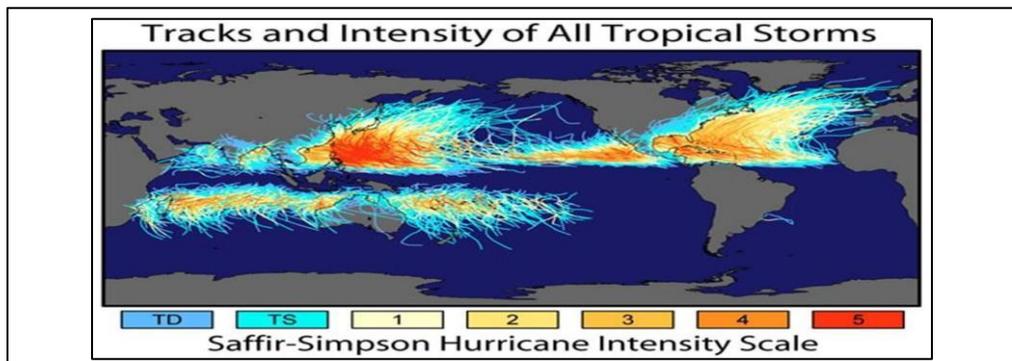
### **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico:**

#### **Huracanes**

Los huracanes son fenómenos Hidrometeorológico que se caracterizan por la aparición de vientos fuertes con trayectoria circular y con velocidades superiores a los 118 Km/h, que contienen bastante humedad y calor, se forman sobre el mar Caribe y su anillo tiene entre 100 y 200 Km de diámetro.

Aun cuando los huracanes pueden formarse desde principios de mayo en el mar Caribe, la temporada oficial de huracanes comienza el primero de junio y termina el 30 de noviembre, con una duración aproximada de 9 a 12 días. Se establece que los últimos diecisiete (17) años han sido muy activos y se observa como la elevada actividad ciclónica del año 2005 coincide con un aumento sustancial de la temperatura global. Expertos en calentamiento global coinciden en que la intensidad de las tormentas en el Atlántico podría aumentar por efectos del incremento de la temperatura superficial del océano (Boletín Científico CIOH No. 25, 2007). (Ilustración 2).

**Ilustración 3.** SEQ Ilustración \\* ARABIC 5. Trayectoria y escala de intensidad de las Tormentas Tropicales



Fuente: NASA.

Según la Agencia para la Atmósfera y el Océano de los Estados Unidos (NOAA por sus siglas en inglés), exceptuando el área de las islas de San Andrés, Providencia, Santa Catalina y los cayos de Roncador, Quitasueño, Serranilla, Serrana y Bajo Nuevo, el Caribe colombiano ha sido caracterizado como una zona de baja probabilidad de formación y desarrollo de tormentas tropicales.

Aunque Cartagena se ubica en la categoría de baja probabilidad de ocurrencia de huracanes, en las dos últimas décadas se ha presentado un aumento de este tipo de fenómenos, convirtiéndose en una de las principales amenazas a las que están expuestas las ciudades costeras.

Los estudios realizados sobre huracanes en el país son muy pocos debido a la baja probabilidad de que se presente este tipo de eventos en el territorio, sin embargo hay que tener en cuenta que una amenaza puede desencadenar otra serie de eventos físicos dañinos como ocurre en este caso; adicionalmente los reportes nacionales sobre huracanes son muy pocos, pues a pesar de que están identificados, son escasos los datos de los impactos que generaron como pérdida de vidas humanas, número de damnificados, infraestructura afectada, etc.1.

En el año son muchas las perturbaciones tropicales que evolucionan a tormenta tropical, pero pocas llegan a convertirse en huracanes y por fortuna para Colombia muy pocos llegan a sus costas directamente, los coletazos de los huracanes son los que más afectan esta región, originando diferentes fenómenos como mar de leva, marejadas e inundaciones.

### **Tormenta Tropical de IOTA noviembre 2020**

El paso de la tormenta tropical Iota por el mar Caribe desencadenó una serie de emergencias en la ciudad de Cartagena de Indias, activando las alarmas y movilizándolo a las autoridades locales. La Oficina Asesora para la Gestión del Riesgo de Desastres tomó medidas rápidas para hacer frente a la situación, identificando a casi 19.000 familias damnificadas, cuyas historias de pérdida y desplazamiento fueron registradas en el Registro Único de Damnificados (RUD). En total, la tormenta afectó a más de 31.000 familias, lo que equivale a aproximadamente 155.000 habitantes de Cartagena.

Los estragos de Iota se hicieron evidentes en numerosos barrios del Distrito, especialmente en aquellos cercanos a la ciénaga de la Virgen y en Bayunca, donde el sector Reino de Pambelé enfrentó graves inundaciones. El Centro Histórico también sufrió, con la instalación de bombas para drenar el agua acumulada. La gravedad de la situación llevó a las autoridades a declarar la calamidad pública, solicitando la intervención de la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo, la Gobernación de Bolívar y el sector privado.

Los cultivos agrícolas tampoco escaparon al impacto de la tormenta. El cabildo Zenú en Membrillal, Bayunca, la comunidad de Puerto Rey y la vereda Zapatero, así como Punta Canoa, vieron afectadas sus cosechas de arroz, maíz, yuca y frijol.

Se estima que alrededor de 100 hectáreas fueron directamente afectadas por las inundaciones, causando graves pérdidas económicas y alimentarias.

Más de 60 sectores en toda la ciudad reportaron emergencias, desde inundaciones hasta deslizamientos de tierra y caídas de árboles. El margen de la ciénaga de la Virgen fue particularmente golpeado por las inundaciones, mientras que en las estribaciones de La Popa se registraron numerosos deslizamientos. La magnitud de la devastación dejada por la tormenta tropical Iota dejó en claro la necesidad de una respuesta rápida y coordinada para ayudar a la población afectada y reconstruir las comunidades golpeadas. (Tabla 21)

**Tabla 21.** Registro de análisis históricos de huracanes que afectaron el Distrito de Cartagena.

EVENTO/FECHA	OBSERVACIONES
<b>COLETAZO DEL HURACAN ELSA 2 DE JULIO 2021</b>	El 2 de julio 2021, Cartagena se presentaron lluvias torrenciales, por el paso del coletazo del huracán Elsa, lo cual produjo inundación en los Barrios San Isidro, centro histórico y deslizamiento del sector Kenide.
<b>Tormenta Tropical de IOTA 14 noviembre 2020</b>	El 14 de noviembre de 2020, Cartagena se despertó con un aguacero de grandes proporciones. Las precipitaciones obedecían al paso de la denominada tormenta tropical Iota, un fenómeno ciclónico más de la temporada de huracanes más activa de la historia. Durante casi 12 horas, en la ciudad llovió, de acuerdo a registros del IDEAM, lo que normalmente debería llover en 8 meses. Se registraron deslizamientos en los cerros de Albornoz, La Popa y la Loma del Marión, cerca del 60% de la ciudad reportó inundaciones, en total terminaron afectadas 19.725 familias en el área urbana y corregimientos. El Distrito se vio en la obligación de instalar dos albergues temporales que llegaron a acoger a 567 personas.
<b>Huracán Matthew 2016</b>	En Cartagena se sintieron vientos leves, acompañados de más de 12 horas de lluvia constante, lo que generó emergencias por inundaciones y casas destechadas. Matthew afectó directamente a 4.319 familias en 62 barrios de Cartagena. Las emergencias más notorias se presentaron a orillas de la ciénaga de la Virgen, Villas de Aranjuez, Bicentenario y la zona insular de la ciudad. Las inundaciones provocaron la muerte de una persona a orillas de la ciénaga. La subida del nivel de la bocana afectó especialmente la Boquilla, Marlinda y Villa Gloria. Este huracán también provocó desbordamiento en 6 canales de la ciudad.
<b>Huracanes Wilmar y Beta, 2005</b>	Pasaron por archipiélago de San Andrés y Providencia, afectándolo de manera severa.
<b>Huracán Lenny, noviembre de 1999</b>	Se generó a 120 millas náuticas al noroeste de Cartagena de Indias D.T.C, desplazándose en dirección oeste-este, afectando a más de 400.000 personas en la costa Atlántica, dejando dos muertos y cinco desaparecidos, pérdidas económicas elevadas por la afectación a infraestructura, pérdida de cultivos y ganado. Alcanzó categoría 3 al pasar por Puerto Rico.
<b>Huracán Joan, octubre de 1988</b>	Atravesó la península de La Guajira como tormenta tropical, se convirtió posteriormente en huracán clase 1 desplazándose por el sur del Archipiélago de San Andrés y Providencia. Afectó al municipio de Carmen de Bolívar, ocasionando fuertes inundaciones, dejando cinco muertos y novecientas viviendas afectadas.
<b>Tormenta tropical César, julio de 1996</b>	Se desplazó por el norte de la península de La Guajira, pasando por el archipiélago de San Andrés y Providencia alcanzando una categoría 1, no existen reportes de afectación ni pérdidas.

<b>Depresión tropical Roxanne, octubre de 1955</b>	Desarrollada al norte del archipiélago de San Andrés y Providencia, se desplazó al noroeste alcanzando categoría 3 antes de entrar a México.
<b>Tormenta tropical Bret, agosto de 1993</b>	Pasó por el sur de La Guajira, Magdalena y Atlántico.
<b>Depresión</b>	Se generó a 100 millas náuticas al norte de Cartagena de Indias D.T.C, avanzando a huracán de categoría 5 frente a las costas de Honduras, no se tienen reportes de afectación.

Fuente: Plan de Contingencia contra Huracanes del Parque Nacional Natural Corales del Rosario y San Bernardo. Emergencia de la historia reciente del Distrito de Cartagena 1965-2021. Segunda edición.

Los datos anteriores demuestran que la región caribe colombiana, a pesar de estar catalogada como de baja probabilidad de ocurrencia de este tipo de fenómenos, no se encuentra exenta de sufrir los efectos de un huracán, ya sea de manera directa o indirecta por los efectos colaterales del mismo.

Por influencia directa de las bandas nubosas alimentadoras del ciclón tropical que puede generar lluvias fuertes, vendavales, semi tornados, incremento de la altura del oleaje, tormentas eléctricas, entre otros, se encuentran las zonas costeras de los departamentos de Atlántico, Magdalena, Bolívar, Sucre y Córdoba; por efecto de las fuertes lluvias se pueden presentar además inundaciones en ciudades como Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Montería, Sincelejo, Valledupar y crecientes súbitas en ríos y quebradas de la Sierra Nevada de Santa Marta.

### **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Vendavales**

Los vendavales son fenómenos meteorológicos caracterizados por vientos fuertes y repentinos, que generalmente están acompañados de aguaceros intensos de larga duración y tormentas eléctricas locales. Estos eventos generalmente ocurren al finalizar los meses de verano y comenzar los de invierno y viceversa.

Se manifiestan con vientos de hasta 60 Km/h y constituyen un escenario de riesgo por la capacidad de arrancar techos de viviendas, destruir cultivos, tumbar redes eléctricas y de comunicación, ocasionar caída de árboles y en algunos casos hasta derribar estructuras, adicionalmente originan la obstrucción de desagües con basura y sedimentos.

La eventualidad y corta duración de este tipo de incidentes, causa principalmente daños económicos entre moderados a altos, pero la vulnerabilidad de la población que generalmente se ve afectada y la dificultad económica para reponer las pérdidas, hace necesario que se deban tomar medidas preventivas, como realizar buenos amarres en los techos y sembrar barreras vivas corta vientos, puesto que la ausencia de este tipo de vegetación, expone a viviendas y cultivos al efecto destructivo de estos eventos naturales.

Se considera que el nivel de riesgo estimativo es alto para el Distrito y que este fenómeno puede presentarse en cualquier parte del territorio, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables, en términos generales por efectos de un vendaval se puede presentar lo siguiente:

Daños en la infraestructura física de las viviendas que están conformadas de materiales de baja calidad constructiva.

Afectación a los cultivos de tallo alto (frutales).

Obstrucción de vías por caída de árboles.

Pérdida de flores y frutos de los cultivos con repercusiones en la producción agrícola y disminución de ingresos económicos.

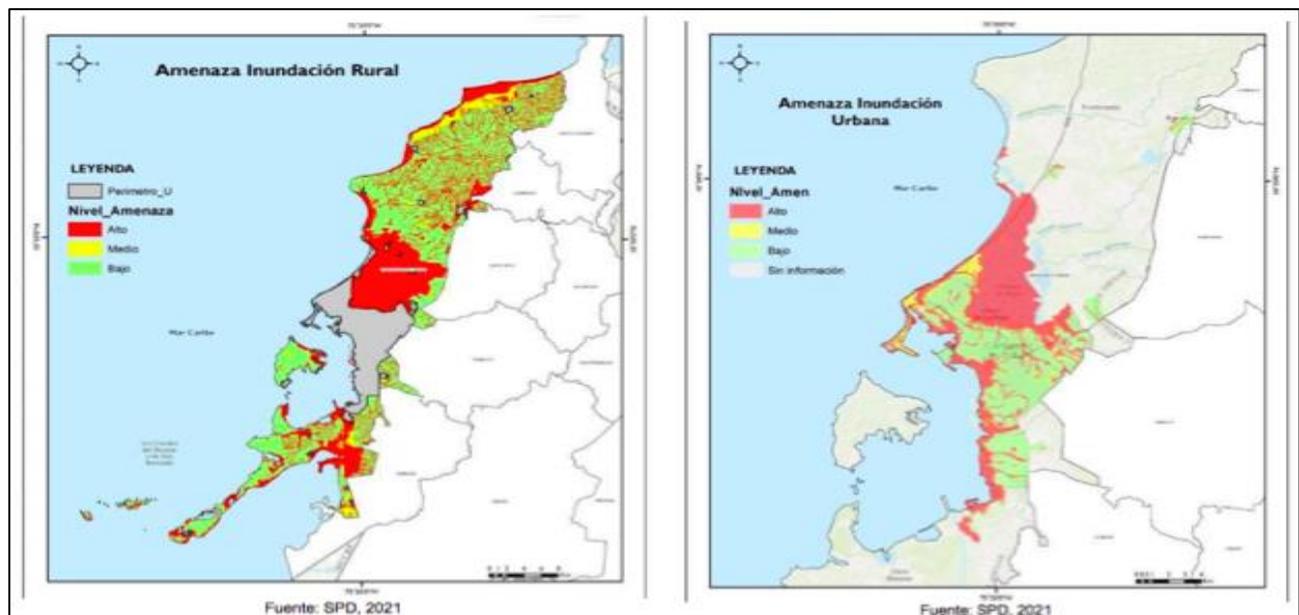
### **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Inundaciones**

El documento Diagnóstico del POT concluye que la inundación en el Distrito de Cartagena de Indias corresponde a las zonas bajas de llanuras intermareales a orillas del mar o a orillas de los cuerpos de agua internos, así como las partes bajas alrededor de los diferentes canales y drenajes, sectores que se encuentran expuestos a los cambios en el nivel de

las aguas por múltiples causas: oleaje, vientos, mares de leva, mareas, así como por el desborde de canales de drenaje y de cauces naturales por lluvias intensas por deficiencia en los sistemas recolectores de agua, hechos que se manifiestan con frecuencia en la mayor parte del Distrito, por lo tanto es necesario reforzar los sistemas de alerta temprana en las zonas expuestas. En la actualidad estos regímenes se ven alterados durante la ocurrencia de los fenómenos de El Niño, La Niña y la Oscilación del Atlántico Norte.

El Distrito de Cartagena es una de las ciudades que se encuentran en las estadísticas de afectación por eventos naturales, como prueba de ello se tiene las inundaciones antes del 2020 el año que más llovió fue el año 2010 con un nivel de precipitación de 2.500mm, la afectación de esta aguda temporada, trajo como consecuencias que meses después se presentara una falla geológica en el barrio San Francisco que dejó sin hogar a 2.190 familias, como también afectó a las viviendas ubicadas en las estribaciones del cerro del pie de la popa. Las inundaciones que se presentaron durante este período 2010 y 2011, hicieron tangible el hecho de que la ciénaga de La Virgen y todos los drenajes que llegan a ella, generan inundaciones con cierto tiempo de recurrencia, en su área de influencia. En el 2016 las lluvias afectaron directamente a 4.319 familias en 62 barrios de Cartagena. Las emergencias más notorias se presentaron a orillas de la ciénaga de la Virgen, Villas de Aranjuez, Bicentenario y la zona insular de la ciudad. Las inundaciones provocaron la muerte de una persona a orillas de la ciénaga (Mapa 6).

**Mapa 6.** Amenaza Inundación Rural y Urbana, Distrito De Cartagena 2021.



La amenaza de inundación rural a través de la identificación de 1772 cuerpos de agua estableció 470 zonas inundables en el área continental e insular cercana de Cartagena de Indias.

La inundación por desborde de los diferentes drenajes constituye claramente, el fenómeno de mayor amenaza y recurrencia, con impacto tanto en las áreas urbanas, como en las áreas rurales y en algunos sectores de la zona insular, lo cual se puede corroborar por la cronología de desastres y emergencias del Distrito.

Daños ocasionados por las inundaciones:

- Pérdida de terrenos agrícolas, fertilidad del suelo y cultivos.
- Incremento de plagas y enfermedades en los cultivos.

- Pérdidas económicas en el sector agropecuario.
- Aislamiento de centros poblados.
- Destrucción de viviendas, con pérdidas económicas.
- Colapso de los sistemas de acueducto y alcantarillado.
- Disminución de las fuentes de trabajo.
- Colapso de puentes.
- Obstrucción del drenaje existente por acarreamiento de sedimentos finos y gruesos, a lo que se debe añadir la falta de mantenimiento y el depósito de basura a lo largo de dichas obras.
- Desabastecimiento de agua potable.

La ciénaga de La Virgen es una laguna costera ubicada sobre el costado norte de la ciudad de Cartagena y separada del mar por el cordón de arenas de La Boquilla. A partir de la década de los 80, se empezó una intervención directa con la construcción de la banca del Anillo Vial, hecho que contribuyó a que los propietarios de predios con frente a la ciénaga rellenaran el cuerpo de agua que quedó entre la vía y sus predios, extendiendo las propiedades hasta la banca, adicionalmente se han presentado invasiones del borde de agua en los costados noroeste y sur para construcción de viviendas y en el costado oeste y noroeste para construcción de estanques de cría de sábalos. Todas estas actividades han modificado las condiciones naturales de la ciénaga, con las consecuencias que se reflejan en las inundaciones que se presentan durante la temporada invernal.

Otro de los factores que contribuyen con la conformación de este escenario, lo constituye los cambios en los diferentes drenajes. Los cauces de las corrientes son estables mientras no se modifique su cauce, ni se realice extracción de materiales o cambien las condiciones hidráulicas o hidrológicas de la cuenca.

Las causas más importantes en la generación de inundaciones en el Distrito son: La extracción de materiales de fondo de los cauces, la modificación de la topografía de la corriente, la construcción de estructuras dentro del cauce, invasión de las orillas o zonas de retiro, los vertimientos de aguas residuales, los cambios hidrológicos debidos a los procesos de urbanización, la deforestación de las cuencas, el aumento en el nivel de las mareas, cotas y niveles de las calles, acumulación de basuras y escombros, sedimentación por aporte de material de las cuencas y la falta de mantenimiento de canales y cauces.

En general las áreas inundables del Distrito corresponden a las zonas bajas de llanuras intermareales a orillas del mar o a orillas de los cuerpos de agua internos, así como las partes bajas alrededor de los diferentes canales y drenajes, sectores que se encuentran expuestos a los cambios en el nivel de las aguas por múltiples causas: Oleaje, vientos, mares de leva, mareas, así como por el desborde de canales de drenaje y de cauces naturales por lluvias intensas. Ejemplo el taponamientos en drenajes naturales que afecta la capacidad hidráulica del sistema de caños lagos y lagunas, que provoca sedimentación sobre todo en el caño de Juan Angola, debido al arrastre de sedimentos cuando hay periodo de fuertes de lluvias el cual produce inundaciones en los barrios aledaños y afectando la calidad de vida a la población, en general según datos SPD, 2021 con base en IGAC, 2014 se encontró que un total de 44606 predios se encuentran localizados sobre zonas en condición de riesgo por inundaciones.

De acuerdo con el informe del estudio: Valoración de los Niveles de Riesgo Ambientales en el Distrito de Cartagena. Universidad de Cartagena, instituto de hidráulica y saneamiento ambiental –IHSA- secretaria de planeación Distrital, (2010), los puntos del territorio del Distrito de Cartagena en los que se presentan inundaciones son los siguientes: (Tabla 22).

**Tabla 22. Causas y puntos críticos de inundación en el Distrito de Cartagena. 2020.**

CAUSA	PUNTOS CRÍTICOS DE INUNDACIÓN
<b>Por acumulación de basuras y escombros: El aporte de basuras y escombros arrojados a los cauces de los arroyos y canales en un problema que afecta el sistema de drenaje pluvial de la ciudad</b>	Sector del barrio el Centro y toda la zona amurallada. Mercado de Bazurto, sobre las avenidas Pedro de Heredia y El Lago. Canal paralelo a la Avenida Pedro de Heredia, en el sector de la subida al cerro de La Popa, por colmatación de la estructura con sedimentos.
	En los box culvert múltiples, las basuras y la maleza se quedan retenidas en los tabiques internos de estas estructuras, produciendo la reducción de la sección del canal, por ejemplo: Box de la carretera que conduce a la Vía de La Cordialidad sobre el canal Matute y en el canal de la Urbanización Flor del Campo.
	El transporte de basuras en los canales se presenta de manera generalizada y se refleja en la presencia de residuos flotantes sobre los cuerpos de agua receptores.
<b>CAUSA</b>	<b>PUNTOS CRÍTICOS DE INUNDACIÓN</b>
<b>Por sedimentación: Este es un fenómeno asociado al proceso de erosión natural de los terrenos causado por la escorrentía superficial y se presenta en todos los sectores</b>	Zona perimetral a las faldas del Cerro de la Popa, especialmente el Pie de la Popa sobre la avenida Pedro de Heredia, sobre la vía principal de Lo Amador. El sector del Paseo Bolívar frente al mercado Santa Rita y el tramo de la intersección entre el Paseo Bolívar y la Avenida Daniel Lemaitre. Sector de la vía principal del barrio San Francisco, entre el cerro de La Popa y la Ciénaga de La Virgen. Lomas del Marión en el sector de Zaragocilla.
	También se presentan puntos de acumulación en la desembocadura de los canales que drenan a la Ciénaga de La Virgen: El canal Ricaurte y el canal Matute.
<b>CAUSA</b>	<b>PUNTOS CRÍTICOS DE INUNDACIÓN</b>
<b>Por elevación de mareas: Ingreso de la onda de marea por alcantarillas de drenajes pluviales que descargan en los caños, lagos y ciénagas, en puntos bajos de la bahía externa e interna y en el mar Caribe</b>	Centro Histórico en la Plaza de la Aduana, Camellón de los Mártires, Muelle de la Bodeguita con el Monumento de Los Pegasos, la plazoleta frente al Hotel Santa Teresa y en menor grado sectores como la Plaza de Los Coches con el Portal de los Dulces y Puerto Duro.
	Sector El Cabrero sobre la Tercera Avenida. Pie de La Popa: Intersección de las carreras 20; 20A; 21 y 21B con la calle 29. En las estructuras de drenaje que descargan al caño Bazurto, entre el Puente Jiménez interceptando la Avenida del Lago. Puente las Palmas (intersección de la carrera 17 con la Avenida del Lago).
	Barrio Martínez Martelo con intersección de la Avenida del Lago. Barrio Manga en las bocacalles que drenan hacia la ciénaga de Las Quintas. Barrio Castillo Grande sobre la vía marginal de la bahía y la boca-calle que drenan a la bahía entre el Club Naval y la carrera 5.
	La vía Marginal a la ciénaga de La Virgen, desde la terminación de la misma hasta el barrio El Pozón.
	Avenida del Malecón entre las calles sexta y décima.
	Sector frente al Edificio Seguros Bolívar calles catorce y quince.

CAUSA	PUNTOS CRÍTICOS DE INUNDACIÓN
<b>Por niveles de calles: Problemas de encharcamiento, sectores ubicados en zonas de inundación natural o sectores donde no existen estructuras de drenaje o se encuentran en mal estado (por obstrucción o por mala ubicación)</b>	Urbanización Villa Rosita en la vía de la Cordialidad, construida sobre la llanura de inundación de los arroyos Matute y Calicanto. Urbanización Santa Clara, construida sobre la llanura de inundación del canal Carmelo-Campestre.
	Tramo de vía entre la India Catalina y el sector las Tenazas en el barrio San Diego. Avenida Santander: Frente al edificio de Seguros Bolívar (entrada a Bocagrande). Tramo entre el barrio El Cabrero y el Puente Romero Aguirre (todo el barrio El Cabrero y el barrio Marbella a lo largo de la Avenida Santander). En el barrio Crespo, entrada al aeropuerto y el sector aledaño al Club de Suboficiales.
	Barrio Manga, frente al cementerio. Barrio Pie del Cerro por la calle Real, desde la carrera 17 hasta la carrera 19 sobre la calle 30. 3Sector del límite de los barrios Pie de la Popa y Pie del cerro intersección entre las calles 30 y 31 con la carrera 20. Sector de los Leones en el camino del medio. Avenida principal del barrio San Francisco, sector del "Whio". Paseo Bolívar frente al mercado Santa Rita.
	Avenida Pedro de Heredia en diversos: Frente al SENA y frente a las instalaciones de Tránsito Departamental (barrio Armenia) y frente a la Iglesia María Auxiliadora (barrio El Prado), Mercado de Bazurto, intersección de la avenida con la subida a la Popa, sector de Chambacú frente a las instalaciones de la Policía Nacional.
CAUSA	PUNTOS CRÍTICOS DE INUNDACIÓN
<b>Por invasión de zonas de retiro:</b>	Existen sitios en la ciudad donde los canales o box culvert, cruzan por debajo de viviendas, edificaciones o dentro de zonas comunes de urbanizaciones: Coliseo de boxeo "Chico de Hierro". Canal Ricaurte: Vivienda sobre el canal en intersección con el Camino del Medio. Colegio Jorge Eliecer Gaitán. Barrio San José de los Campanos. Urbanización Villas de la Victoria, Urbanización Buenos Aires y la Urbanización La Providencia (construido sobre un área de inundación). Tramo del canal Pilón en San Fernando.
	Igual situación se presenta en las cuencas rurales como el caso de los límites y orillas de la Ciénaga de La Virgen, y sobre cuencas y arroyos que pasan por zonas pobladas donde los patios de las casas invaden sectores inundables.
CAUSA	PUNTOS CRÍTICOS DE INUNDACIÓN

**Por Falta de Mantenimiento:**

El problema de mantenimiento es general y la falta del mismo produce principalmente la obstrucción de las estructuras de entrada, por lo cual existen sitios con deficiencias temporales y otros con taponamientos permanentes que dan la imagen de inexistencia de estructuras de drenaje. La mayoría de los drenajes obstruidos permanentemente por la acción del sedimento presentan problemas hidráulicos que originan bajas velocidades y estas a su vez derivan en poca capacidad de arrastre del sedimento.

Fuente: Boletín Científico CIOH No. 25, 2007.

**Amenaza por inundación costera**

Según lo descrito en el plan de Ordenamiento Territorial del distrito de Cartagena 2023, la inundación costera depende de las condiciones de mareas, oleajes, ascenso del nivel del mar y otros fenómenos de menor relevancia; realizados los análisis de forma independiente, se procedió a integrar los diferentes procesos cuyos resultados se presentan a continuación:

**Condiciones Actuales**

La amenaza de inundación costera para las condiciones actuales, relacionada con oleajes y mareas, registra para la amenaza alta 227.567 hectáreas en suelo urbano y 4.857 hectáreas en suelo de expansión, representando el 2.77% y el 0.22% respectivamente; las áreas correspondientes a las categorías medias y bajas se incrementaron respecto a los análisis de solo mareas pasando a porcentajes de 2.28% y 94.94% para suelo urbano, 236 respectivamente y para suelo de expansión, los porcentajes encontrados fueron de 0.05% y 99.73%, respectivamente. Las zonas con amenaza de inundación media tienen un área de 187.206 (suelo Urbano) y 1.180 ha (suelo de expansión) y las zonas con una amenaza de inundación baja tienen un área de 7790.338 ha (Suelo urbano) y 2203.990 ha (suelo de expansión).

Para el suelo urbano y de expansión urbana la amenaza por inundación por marea y oleaje se localiza en las zonas de tierra que se encuentran aledañas a los cuerpos de agua que tienen algún contacto con el mar, estos cuerpos de agua son Bahía de Cartagena, Ciénaga de la Virgen y demás caños y lagunas del Distrito. En relación con la Ciénaga de la Virgen, la amenaza por inundación debida a la marea se presenta en los barrios localizados al sur de esta y, aproximadamente, hasta la avenida Pedro Romero, así como algunos barrios al occidente de este cuerpo de agua; en la parte noroeste también se aprecia alguna amenaza. En el sector de la Bahía Externa, los suelos que se localizan entre la desembocadura principal del Canal del Dique hasta la altura de Contecar también presentan algún grado de amenaza, la cual se limita por las alturas de la vía del Corredor de Carga. Finalmente, en las zonas en contacto con la Bahía Interna, Bahía de las Ánimas, Mar Caribe y diferentes caños y lagunas del sector también presentan algún grado de amenaza, los niveles de amenaza más alta se localizan para los suelos en contacto con la Bahía, esto se debe principalmente a la presencia de playas en Bocagrande y la altura de la vía Avenida Santander).

Para el suelo rural se identifican zonas con amenaza por inundación debida a la marea y al oleaje en la parte norte del distrito, tales como Arroyo de Piedra, Punta Canoas, Manzanillo, la Boquilla, etc. En la isla de Tierra Bomba los mayores grados de amenaza se localizan en la parte oriental de la isla, mientras que el lado expuesto al mar no se prestan amenazas debido a la morfología de esta zona donde hay presencia de acantilados, algo similar se presenta en las Islas del Rosario. Finalmente, las zonas bajas localizadas en la desembocadura del Canal del Dique y en los Caños Lequerica y Matunilla. Para este caso, la amenaza alta presenta un área de 6165.4811 ha (12.59%), la amenaza media representa 2192.696 ha (4.48%) y finalmente, la amenaza baja, está representada por 40600.069 ha (82.93%).

## **Inundación Integrada**

Para el suelo urbano y de expansión, la zonificación de la amenaza de inundación integrada, se registra que la amenaza alta representa el 51.90% del suelo urbano (4357.28 ha) y el 69.64% del suelo de expansión (1555.69 ha), para la amenaza media, se tiene un área de 1998.46 ha (23.81%) para suelo urbano y 396.12 ha (17.73%) para suelo de expansión, finalmente, la amenaza baja representa el 24.29% (2039.26 ha) en suelo urbano y 282.034 ha (12.63%) en suelo de expansión.

### **Áreas con condición de amenaza**

Áreas en condición de amenaza por inundación pluvial y fluvial en suelo rural El resultado de estas áreas se obtiene que del 100% del área rural, el 6.81% presenta condición de amenaza, lo que se representa en 3621.53 hectáreas. Adicionalmente en la Figuras se presenta el esquema porcentual de los resultados obtenidos.

### **Escenarios Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Mar de Leva**

El fenómeno conocido como mar de leva, consiste en el aumento anormal de la altura del oleaje, debido a condiciones océano-atmosféricas adversas por el paso de sistemas atmosféricos de mal tiempo (bajas presiones), que empujan las aguas oceánicas hacia la costa, causando oleaje fuerte, el tamaño de las olas formadas depende de la velocidad y el tiempo que persiste la misma velocidad del viento.

Una de las amenazas costeras que más frecuencia golpean a Cartagena, según la información existente son las mayores inundaciones por mar que se conocen en la ciudad desde el año 1950.

En 1966 la intensa actividad ciclónica en el Caribe durante ese año, generó inundaciones en el sector de Bocagrande, más exactamente en la entrada del sector turístico, incomunicando a Bocagrande con el resto de la ciudad.

En 1987 en la ciudad sufrió un fuerte mar de leva siendo una de las zonas más afectada el barrio de Crespo. Las olas golpeaban con tal fuerza, que se vio amenazada la integridad de algunas edificaciones aledañas a la playa que hoy ya no existe por la construcción del túnel.

En 1988 durante el paso del huracán Joan resultó ser una de las épocas de lluvias más devastadoras no solo para Cartagena, sino también para el resto de la zona Caribe. En los meses de agosto y septiembre, las intensas lluvias dejaron más de 1.000 familias damnificadas en los diferentes sectores de la ciudad, sin embargo, una de las zonas con mayor afectación por mar de leva fue la Boquilla, que se inundó casi la totalidad.

En el 2007 se presentó una temporada de lluvia de agosto a noviembre, con inundaciones especialmente fuertes con el fenómeno de mar de leva y mar fondo, afectando la zona turística de Bocagrande, Castillo grande y la Boquilla.

Anualmente se presentan inundaciones en la ciudad de Cartagena originadas por el fenómeno de mar de leva, este fenómeno se constituye en un riesgo debido a la situación del Distrito, especialmente en los barrios alrededor de la Ciénaga de La Virgen y en los barrios El Laguito, Castillo grande, Bocagrande, Centro (sector amurallado), El Cabrero, Marbella, Crespo, los corregimientos costeros y toda la parte insular.

### **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Geológico: Tsunamis**

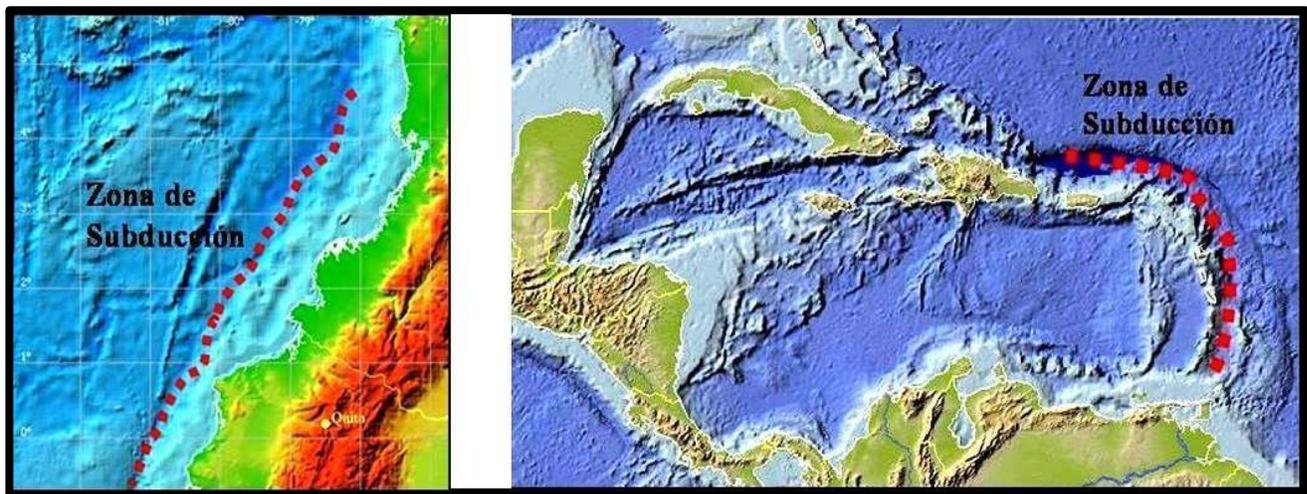
La palabra "tsunami" viene del japonés y significa "gran ola de puerto". Un tsunami corresponde a una serie de olas marinas sucesivas, con gran longitud, corto período y reducida amplitud, causadas por la perturbación a gran escala de la superficie del mar, que se propagan en todas las direcciones desde el área generatriz, siendo generalmente la dirección de

propagación de la energía principal, ortogonal a la dirección del eje de perturbación.

Los tsunamis generados por un terremoto son pronosticables a corto plazo, debido a que las ondas sísmicas se propagan a velocidades superiores al tsunami, lo cual permite aprovechar la diferencia de tiempo entre el arribo de las ondas sísmicas y de las olas, para la detección, alerta y evacuación de la población amenazada. El riesgo de tsunami está determinado no solo por el comportamiento del evento amenazante sino por el grado de vulnerabilidad de las poblaciones costeras para enfrentar y recuperarse tras el mismo.

Colombia se ubica en una zona de amenaza sísmica alta, debido a su localización en el extremo noroccidental de Suramérica, donde confluyen tres placas tectónicas principales: Suramérica, Nazca y Caribe, Estas definen zonas de subducción en el Océano Pacífico y en el Mar Caribe, fuentes potenciales de origen de un tsunami (Ilustración 3).

**Ilustración 4.** Zonas de generación de sismos tsunamigénico en el Océano Pacífico y el Mar Caribe.



Fuente: Laboratorio Tsunami-Centro de Matemáticas Geofísicas y Computacionales de Novosibirsk-Rusia.

Si bien se encuentran comprometidas la costa Pacífica y caribe colombiano ante un fenómeno tsunamigénico, los mayores desastres han ocurrido sobre el Pacífico, esto ha tenido como consecuencia que se asocie este fenómeno con dicha región del país.

Las condiciones de los habitantes y la infraestructura localizada en áreas susceptibles a ser impactadas por un tsunami, como el caso de Cartagena, genera situaciones de riesgo que pueden llegar a convertirse en un desastre. Desde el punto de vista del riesgo por tsunami, la costa Pacífica tiene mayor probabilidad de ocurrencia de este tipo de evento. Sin embargo, las mayores pérdidas podrían darse en la costa Caribe, debido a la concentración de población e infraestructura. (Tabla 23)

**Tabla 23. Tsunamis ocurridos en el Caribe**

AÑO	LUGAR DE LA FUENTE
1530 – 1630 -1929	CUMANA (VENEZUELA)
1692	JAMAICA (PORT ROYAL)
1755	ANTILLAS MENORES Y CUBA
1842	HISPANIOLA, COSTA NORTE
1867	ISLAS VIRGENES, PUERTO RICO, GUADALUPE Y GRENADA
1882	N DE PANAMA CENTRAL
1887	HAITI
1907	JAMAICA
1916	PANAMA OCCIDENTAL
1918	PUERTO RICO
1946	REP. DOMINICANA (NORTE), CUBA Y PUERTO RICO

Fuente: OSSO

Fuente: Boletín Científico CIOH No. 25, 2007 ÍDEM

Hasta 1964 no existía un término específico en la mayoría de los idiomas occidentales para referirse a este tipo de amenaza. Por tanto, la Unión Geofísica Internacional adoptó el término "tsunami", para referirse en forma más exacta al fenómeno.

A pesar de los esfuerzos realizados por entender la amenaza tsunami génica, para evaluar la condición de riesgo se requiere conocer la vulnerabilidad de las comunidades e infraestructura ubicadas en la zona costera. Para ello es determinante adelantar estudios e integrar en su realización a las entidades territoriales y autoridades ambientales. Así mismo, es vital que sectores como el vial, telecomunicaciones, puertos, infraestructura esencial como la petrolera y el turismo, en el caso específico del Distrito, entre otros, adelanten acciones para el conocimiento del riesgo y su intervención. Un evento de este tipo afectaría el sector histórico de Cartagena, así como la parte insular y en términos generales los sectores que se encuentran a orillas del mar abierto y de los drenajes que tienen comunicación directa con el mar.

### Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Geológico: Remoción en Masa

Los fenómenos de remoción en masa son desplazamientos de masas de tierra o rocas por una pendiente en forma súbita o lenta y su ocurrencia depende de las siguientes variables:

Clase de rocas y suelos.

Orientación de las fracturas o grietas en el terreno.

Cantidad de lluvia en el área.

Actividad sísmica.

Actividad antrópica.

Erosión (por causas naturales y por actividad antrópica).

La ubicación de la ciudad de Cartagena, así como las condiciones geológicas y geomorfológicas presentes en el área, se constituyen en amenazas naturales que han sido desencadenadas por la actividad antrópica no planificada en el desarrollo urbanístico de la ciudad.

Las altas pendientes, las condiciones particulares de los suelos, la geología local, así como las intervenciones inadecuadas del hombre sobre los taludes y laderas, influyen para que se den factores para este tipo de fenómenos, que se presentan especialmente en épocas invernales.

### Zonificación y descripción

A continuación, se presenta la zonificación de la amenaza por movimientos en masa en suelo rural para el Distrito de Cartagena. Esta zonificación presenta categorías de amenaza alta hacia la vía Barranquilla y hacia la región El Bajo, hacia el sector de Tierra Bomba y hacia Islas del Rosario.

Como se observa en las áreas donde se presenta amenaza alta por movimientos en masa se distribuyen en un 6.42%, corresponden con gran parte de la Isla de Tierra Bomba y al norte de la zona rural del Distrito en Arroyo de Piedra y punta Canoas. La amenaza baja se distribuye en un 43.35% del suelo rural del Distrito principalmente sobre el sector de Barú al sur y en Arroyo Grande y Canoas al norte del Distrito. Las zonas bajas y de poca pendiente categorizadas como amenaza baja, cubren un total de 50,23%; cabe resaltar, que para efectos de este análisis se tuvieron en cuenta todos los Centros Poblados Rurales del Distrito, los cuales fueron estudiados a escala 1:25000, sin embargo, se hace claridad que en la zonificación específica para Centros Poblados Rurales, solo se consideraron ocho priorizados a escala 1:5000, lo que trae consigo una variación en los resultados, ya que, los mismos fueron evaluados de forma más detallada

Para el suelo urbano, se presentan 378.62 ha de amenaza alta correspondientes al 4.51% para suelo urbano y 67.814 ha (3.04%) para suelo de expansión urbana, la amenaza media se localiza en 93e4.460 ha (11.13%) para suelo urbano y 202.224 ha (9.05%) para suelo de expansión, finalmente la amenaza baja es la más predominante, equivalente a 7081.92 ha y 1963.818 para suelo urbano y de expansión, respectivamente.

En general según el POT 2023, la amenaza alta, media y baja se presenta en los centros poblados de Arroyo Grande, Las Europas, Bajo del Tigre, Membrillal y Tierra Bomba; la amenaza media y baja en el centro poblado de Caño del Oro y la amenaza baja que predomina en los centros poblados de Arroyo de las Canoas y Tierra Baja.

Las áreas más susceptibles a los fenómenos de remoción en masa se encuentran ubicadas alrededor de los diferentes cerros y lomas del Distrito, en la Tabla se observan los sectores con su respectivo nivel de riesgo estimativo. (Tabla 24).

**Tabla 24. Niveles de riesgo estimativo y sectores susceptibles a fenómenos de remoción en masa en Cartagena de Indias D.T.C.**

FENÓMENO: REMOCIÓN EN MASA	SECTOR IDENTIFICADO
<b>Nivel de Riesgo Estimativo Alto</b>	Costados del Cerro de La Popa, Cerro Marión, Cerro Albornoz, Loma del Peyé, Mirador de Zaragocilla, Lomas del Sector del Espinal. Nuevo Bosque (Las Colinas, Manzanares), Nueve de Abril, San Pedro Mártir, San Francisco, Nariño, Sinaí, Piedra de Bolívar.
<b>Nivel de Riesgo Estimativo Medio</b>	Cerro de La Popa: Sectores La Esperanza, Kennedy y Papayal. Cerro Marión: Sectores Andalucía, Las Brisas. Lomas al norte de Henequén. Sector occidental del Cerro Albornoz.

**Nivel de Riesgo Estimativo Bajo**

Parte superior del Cerro de La Popa. Cerro San Felipe.  
Lomas del Marión: Sectores Amberes, La Conquista, Colegio COMFENALCO, Buenos Aires. Sur: El Carmelo, El Educador y María Cano.  
Ladera norte del Cerro Albornoz y Arroz Barato.

Fuente: Plan Distrital de Gestión del Riesgo Cartagena de Indias, 2013 – Alcaldía de Mayor de Cartagena de Indias D.T.C

**Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Geológico: Erosión Costera.**

La erosión costera o erosión litoral, implica la pérdida de los terrenos ubicados en la zona de encuentro entre el continente y el mar. Esta franja de terrenos puede tomarse como la parte más externa de la costa, e incluye también la plataforma marina somera, que abarca los fondos marinos hasta la profundidad de 10 metros.

El sector costero en el departamento de Bolívar está conformado por geo formas de origen marino, fluvial y fluvio-marino como playas, tómbolos, flechas litorales (espigas), barras litorales, llanuras costeras, plataformas de abrasión, colinas y montañas. Todas estas unidades se caracterizan por presentar rasgos de erosión asociados tanto a las zonas de acantilados como a las zonas bajas (INVEVAR, 2008).

La erosión de las playas se percibe en primera instancia por la desaparición gradual de las playas y por la formación y retroceso de los acantilados. Estos son fenómenos causados por factores, tanto naturales como antrópicos, que interactúan en muchas escalas de tiempo, desde minutos hasta miles de años.

De acuerdo con el Diagnóstico de la Erosión en la Zona Costera del Caribe Colombiano del Instituto de Investigaciones Marinas y Costeras “José Benito Vives de Andreis” –INVEVAR- (2008), los sectores en los que se manifiesta de forma crítica este fenómeno son:

Sector Galera zamba (municipio de Santa Catalina) – Punta Canoa (Distrito de Cartagena de Indias): Este sector se caracteriza por una alternancia de franjas de acreción (acumulación) y erosiones fuertes. Los acantilados en Punta de Piedra y Punta Canoas presentan desprendimientos de bloques y socavación de la pata del talud por parte del oleaje, mientras que la erosión en algunos sectores de playa está representada por pendientes fuertes y pequeños escarpes de tormenta. Los procesos costeros contribuyeron, sin embargo, a la formación del tómbolo de isla Cascajo y de las flechas litorales arenosas de Galera zamba, Punta de Piedra y Punta Canoas, las que recientemente se han visto afectadas por la erosión (LONÍN Y GIRALDO, 1996, en INVEVAR, 2008).

Sector Punta Canoa – El Morrito: En esta parte, zonas acantiladas alternan con barras (La Boquilla) y flechas litorales (Punta Canoa). Al sur de Punta Canoa, en Manzanillo del Mar, la erosión ha producido históricamente el retroceso costero y cabe destacar que la extracción de China ha contribuido parcialmente con este proceso. En los Morros y las playas ubicadas entre ellos la erosión es activa a pesar de que la presencia de china favorece su estabilidad durante una época del año. Por su parte, Punta Giganta y Manzanillo del Mar se registran como zonas de erosión hídrica (LONÍN Y GIRALDO, 1996, en INVEVAR, 2008).

Sector Punta Santo Domingo – Bocagrande: Se observa una zona de rompimiento fuerte que sigue la dirección de la costa, al parecer provocada por un bajo que indica la presencia de una flecha litoral aún sumergida (LONÍN Y GIRALDO, 1996, en INVEVAR, 2008).

Las playas de Crespo y Bocagrande son de alta erosión, a pesar de todas las estructuras de protección que se han colocado. En su parte distal, el oleaje refractado alrededor de la punta de El Laguito y Castillo Grande, en donde se han reportado procesos de erosión fuertes.

Aunque en la bahía de Cartagena no se registran procesos erosivos fuertes, existe sin embargo propensión a la erosión moderada en el área de Mamonal. Frente a la desembocadura del Canal del Dique, en Pasacaballos, se desarrolla por el contrario un pequeño delta de tipo fluvial que forma dos barras, actualmente vegetadas, a ambos lados de la boca.

La Isla de Barú registra procesos de erosión en el lado que enfila hacia el mar abierto y que afecta las terrazas coralinas, así como el área más estrecha de la isla localizada aproximadamente en el centro.

La bahía de Barbacoas no registra procesos de erosión sino de sedimentación, con formación de dos deltas a la salida de los caños Lequerica y Matunilla que provienen del Canal del Dique.

La isla de Tierra Bomba presenta hacia el mar litoral abrupto conformado por calizas arrecifales en donde se presentan procesos de erosión altos y cavernas. Del lado de la bahía, la costa, baja y cenagosa, se halla colonizada por manglares y en ella no se aprecian procesos erosivos. Son especialmente sensibles a la erosión el sector del Caño y el de Punta Gigante (INVEMAR, 2006a, en INVEMAR, 2008).

Casi toda la zona costera del departamento de Bolívar le corresponde al Distrito de Cartagena, en ella, las áreas reportadas como críticas son costas bajas con geo formas de playas y barras, ocupación urbana y zona turística caracterizada por la presencia de múltiples obras de protección contra la erosión causada por el fuerte embate de las olas. Poblaciones menores, como las de Caños del Oro, Punta Gigante y Manzanillo del Mar, se hallan completamente desprotegidas y expuestas por lo tanto al oleaje, el cual ha producido un retroceso importante de la línea de costa (INVEMAR, 2006a, en INVEMAR, 2008).

La situación en el Distrito de Cartagena en relación con la erosión costera y las medidas implementadas para abordar este problema. Se destaca cómo el fenómeno de erosión en Cartagena llevó a la declaración de calamidad pública, lo que sugiere la gravedad del problema y la urgencia de abordarlo.

La implementación del Proyecto de Protección Costera como respuesta a la erosión costera, destacando su desarrollo interdisciplinario y su larga investigación previa. Esto indica un enfoque planificado y a largo plazo para abordar el problema.

Un desbordamiento reciente del mar en Bocagrande y Marbella ha reavivado el debate sobre la necesidad y efectividad del proyecto. Señala que las áreas intervenidas por el proyecto no se vieron afectadas, lo que sugiere que las medidas implementadas podrían estar demostrando su eficacia.

Riesgos futuros pronostica un aumento del nivel del mar y la erosión costera en el futuro, lo que resalta la importancia de tomar medidas preventivas ahora para mitigar futuros riesgos.

Las medidas propuestas en el proyecto, que incluye espolones, rompeolas, escolleras y sistemas de drenaje, todas diseñadas para proteger las costas y mitigar la erosión, la colaboración de varias organizaciones en el proyecto, lo que sugiere un enfoque colaborativo y multidisciplinario para abordar el problema.

Las áreas intervenidas por el proyecto no fueron afectadas por el reciente desbordamiento del mar, lo que sugiere que el diseño de las obras puede ser efectivo para proteger las costas y mitigar los riesgos asociados con el aumento del nivel del mar y los eventos marítimos extremos.

La situación actual, los riesgos futuros y las medidas implementadas para abordar el problema de la erosión costera en el Distrito de Cartagena, destacando la importancia de acciones preventivas y la eficacia del proyecto en curso.

### **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Geológico: Diapirismo de Lodos**

El “volcanismo de lodos” se constituye en una de las manifestaciones de un fenómeno geológico denominado Diapirismo

de lodos. Este proceso se genera por la presencia en profundidad de material arcilloso de características plásticas y gases en condiciones de alta presión, que se moviliza hacia la superficie a través de fracturas o zonas de debilidad, generando tanto levantamientos y fracturamientos del terreno, como expulsión de lodos y gases por bocas de variadas formas y tamaños.

Los “volcanes de lodo” se muestran comúnmente como sitios donde la emanación de lodo es lenta y acompañada de un burbujeo intermitente de gas. Estos lodos se extienden lateralmente varios metros aprovechando la topografía del lugar (SERVICIO GEOLÓGICO COLOMBIANO, 2013).

Estos eventos se presentan asociados a grietas en el terreno del edificio “volcánico”, generación de flujos de lodo encausados por los drenajes, o formando mesetas de varias decenas de metros de diámetro y alturas del orden de los 2 metros, lanzamiento violento de bloques rocosos en varias direcciones y localmente acompañadas de incendios generados por la ignición de gases (SERVICIO GEOLÓGICO COLOMBIANO, 2013).

El Servicio Geológico Colombiano (SGC), una entidad nacional adscrita al Ministerio de Minas y Energía, llevará a cabo un estudio sobre el fenómeno del Diapirismo o vulcanismo de lodo en las áreas de Membrillal y El Rodeo, ubicadas en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. Esta acción es respuesta a una solicitud realizada por la Oficina Asesora para la Gestión del Riesgo de Desastres (OAGRD) de la ciudad.

Según los informes proporcionados por la OAGRD, se ha observado un aumento en la actividad diapírica, especialmente en Membrillal, donde se han registrado daños estructurales en 65 viviendas en el último año debido a este fenómeno. Fernando Abello Rubiano, director de la OAGRD, destaca la necesidad de monitorear continuamente estos puntos y señala la reciente aparición de bocas parásitas con emisión de gases y lodo en cantidades pequeñas en El Rodeo y Membrillal.

Este fenómeno es común en la costa Caribe colombiana, específicamente en el cinturón del Sinú, y se han identificado puntos de actividad en Cartagena, incluyendo Bayunca, Punta Canoa, Pontezuela, Membrillal y El Rodeo.

En la Tabla se consigna la información de los sitios identificados, así como el nivel de riesgo estimativo y sectores (Tabla 25).

**Tabla 25. Niveles de Riesgo estimativo y sectores en los que se manifiesta el Diapirismo de lodos en Cartagena de Indias D.T.C.**

FENÓMENO: DIAPIRISMO DE LODOS	SECTOR IDENTIFICADO
Nivel de Riesgo Estimativo Alto	Vía variante a Mamonal Km 1 (antiguos terrenos de Álvarez y Collins), en un radio de 150 m a partir de los domos, límites con el municipio de Turbaco. Sector de Membrillal. Corregimiento de Bayunca. Isla Tesoro (islas del Rosario, Punta Canoas, Punta de Barú, Arroyo de Piedra, El Recreo al sur de Pasacaballos.
Nivel de Riesgo Estimativo Medio	Zona envolvente de 50 a 400 m a partir del límite de susceptibilidad alta.
Nivel de Riesgo Estimativo Bajo	Zonas bajas de ladera donde no hay evidencia de actividad alrededor del límite de susceptibilidad media.

Fuente: Plan Distrital de Gestión del Riesgo Cartagena de Indias, 2013 – Alcaldía de Mayor de Cartagena de Indias D.T.C

## Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Antrópico: Aglomeraciones en Público

De acuerdo con la definición que presenta el Decreto Distrital 633 de 2007 de Bogotá D.C.: “Aglomeraciones en Público de Alta Complejidad: Son aquellas actividades que según variables específicas tales como: aforo, tipo de evento, clasificación de edad, lugar donde se desarrolla, entorno del lugar, dinámica del público, frecuencia, características de la presentación, limitación de ingreso, carácter de la reunión, etc., den lugar a riesgos públicos y generen afectación en la dinámica normal de la ciudad requiriéndose de condiciones especiales para el desarrollo de la actividad, con el ánimo de brindar un ambiente seguro tanto a usuarios, como a visitantes y en general a los actores que de forma directa o indirecta se ven favorecidos o afectados por el desarrollo de la aglomeración en público”. Ejemplo de este tipo de eventos:

- Eventos deportivos, especialmente partidos de fútbol profesional.
- Eventos artísticos, conciertos o presentaciones musicales.
- Eventos y/o celebraciones religiosas, cultos o alabanzas de gran aforo.
- Eventos políticos, académicos, congresos o seminarios.
- Ferias, exposiciones o bazares.
- Marchas, comparsas o desfiles de alta afluencia de personas.
- Eventos en teatros, cinemas, bares, restaurantes o discotecas.
- Eventos circenses.
- Eventos en centros comerciales, grandes almacenes o en edificios de prestación de servicios.
- Corridas de toros en plazas.
- Corrales y fiestas populares o patronales.

Dentro de los posibles accidentes que se pueden presentar durante un evento de aglomeración de público se puede mencionar:

**Colapso de la estructura por sobrepeso:** Toda construcción tiene un límite de resistencia en el peso y el volumen de los elementos que pueden alojar. Su sobrecarga puede causar el colapso o derrumbamiento de la construcción en forma repentina y violenta ocasionando muertes, heridas y pérdidas materiales.

**Pánico:** Cualquier acción real o ficticia que genera pánico a una multitud puede ocasionar reacciones violentas e inesperadas, como por ejemplo las evacuaciones apresuradas con carácter de “estampidas” humanas, lo cual conlleva a que las personas se causen lesiones entre ellas mismas.

Los principales lugares de aglomeración de público en el Distrito se encuentran en las Localidades 1 Histórica y del Caribe y en la Localidad 2 De La Virgen y Turística, en donde se concentran la mayoría de las actividades de este tipo, siendo los más representativos:

- Centro de Convenciones Cartagena de Indias.
- Terminal Marítimo de Cartagena.
- Complejo Deportivo de la Villa Olímpica de Cartagena de Indias, que comprende: La Escuela de Formación del IDER, el Estadio de la Chiquinquirá (Estadio de Softbol Argimiro Bermúdez), el Complejo Acuático Jaime González Johnson y el Estadio de Béisbol Once de Noviembre.
- Estadio de Fútbol Jaime Morón León.
- Plaza de Toros de Cartagena.

Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Tecnológico: Derrames (líquidos y/o sólidos), fugas de gases y explosiones.

Dadas las características de los fenómenos amenazantes y la relación directa que existe entre ellos, los derrames (líquidos o sólidos), las fugas de gases y las explosiones se han agrupado en un solo escenario para su respectivo análisis.

El riesgo tecnológico se define como la probabilidad de que una sustancia produzca un daño en condiciones específicas de uso por fenómenos físicos, químicos y biológicos, los que ocasionan un número determinado de consecuencias a la salud, la economía y el ambiente mermando el desarrollo sostenible (INDECI, 2010).

Los accidentes que tiene que ver con fenómenos de origen tecnológico están casi siempre relacionados a la pérdida de contención de un producto tóxico o inflamable, mejor conocidos como materiales peligrosos, los cuales son transportados y almacenados frecuentemente en grandes cantidades. Un escape accidental de estos materiales presenta un peligro potencial para el ser humano y el ambiente.

En función del estado del mismo y de sus características, puede producirse un incendio, una explosión o la difusión de un producto tóxico en forma de nube tóxica o inflamable. A su vez, cada uno de estos accidentes presenta una serie de posibilidades: Si el escape es de un líquido se formará una balsa (en función de las condiciones topográficas del terreno, existencia de depresiones, etc.) y habrá evaporación. Si el producto es combustible, puede presentarse un incendio del líquido vertido, o puede formarse una nube que podrá inflamarse si encuentra su punto de ignición, con la consecuente explosión; ésta originará una onda de choque, la cual puede destruir otras instalaciones, provocando nuevos escapes (efecto “dominó”). Si el producto es tóxico, la nube formada puede dispersarse en la atmósfera (si es menos pesada que el aire o si las condiciones atmosféricas son favorables) o puede desplazarse a ras del suelo, con el consiguiente peligro para la población.

Si el escape es una mezcla de líquido y vapor, como suele suceder en el caso de los gases licuados a presión, es probable la formación de una nube más pesada que el aire, con las mismas consecuencias que en el caso anterior.

En resumen, lo que se puede tener finalmente es un incendio, una explosión o la difusión de un producto tóxico. A su vez, cada uno de estos accidentes presenta una serie de posibilidades: El incendio puede ser de líquido en un depósito o en una balsa, de un chorro de gas o vapor, o de una nube de vapor, la explosión puede ser confinada, no confinada o bien puede tratarse de un BLEVE 7 (por sus siglas en inglés), con la posterior formación (en el caso de productos combustibles) de una bola de fuego; finalmente, el escape puede involucrar un gas más ligero que el aire, un gas neutro o un gas más pesado que el aire.

Son pocos los registros históricos que existen sobre eventos de este tipo en el Distrito, porque en la mayoría de los casos no trascienden del ámbito interno de la empresa, aunque a nivel mundial existen suficientes registros de catástrofes de origen tecnológico.

A continuación, se citan algunos de los casos que se han presentado en el Distrito: (Tabla 26).

**Tabla 26.** Evento de origen tecnológico en la Zona Industrial de Mamonal.

EVENTO	SECTOR
<b>Explosión de barcasas en Cotecmar y Astivik 2017</b>	El 17 de mayo de 2017 dos fuertes explosiones sacudieron la zona industrial de Mamonal. Poco antes del mediodía, ya eran visibles desde varios puntos de la ciudad dos densas columnas de humo, provenientes de los astilleros de la Corporación de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo de la Industria Naval Marítima (Cotecmar) y Astivik., esta explosión acabó con la vida de 7 personas y dejaron al menos 15 heridos. Esto se produjo posiblemente Por acumulación de gases inflables.

<b>Explosión: Según la explicación de la OIT (1990), las explosiones se caracterizan por una onda de choque que puede producir un estallido y causar daños a los edificios, romper ventanas y arrojar materiales a varios cientos de metros de distancia.</b>	Abocol, diciembre de 1977, explosión de un reactor de úrea, los efectos no superaron el ámbito de la empresa.
	Propilco, 2006, explosión de reactor, controlado por la empresa.
<b>Fuga de gases</b>	Abocol, diciembre de 1977 fuga de una nube de amoníaco.
	Junio de 2005, fuga de amoníaco que afectó a los pobladores de Caño del Oro, se desconoce su origen.
	Propilco, abril de 2006, escape por falla de uno de sus reactores.

Fuente: CEDETEC (2010), Revista de emergencia 1965-2021

Dentro de las consecuencias sobre la población expuestas a este escenario de riesgo se tiene:

**Radiación térmica:** Quemaduras de diversa gravedad, muerte por quemaduras.

Onda de choque:

**Daños directos:** Rotura de tímpano, aplastamiento de la caja torácica.

Daños indirectos: Por desplazamiento del cuerpo, por impacto contra el cuerpo de fragmentos, por heridas ocasionadas por astillas de vidrio.

**Productos tóxicos:** Intoxicación más o menos grave, muerte por intoxicación.

Aunque un evento de origen tecnológico puede presentarse en cualquier parte del Distrito, la industria de Cartagena está concentrada en su mayor parte en la zona de El Bosque y Mamonal.

En la zona de El Bosque predominan la industria de alimentos, bebidas y servicios de transporte terrestre y marítimo. La zona de Mamonal ocupa un área de 4.100 hectáreas, con la presencia de 25 comunidades que albergan 80.000 habitantes aproximadamente, a lo largo de ella un corredor vial de 28 kilómetros, donde se ubican 210 empresas de distintos sectores productivos tales como: alimentos, energía, agroquímicos, cementero, petroquímico-plástico, petróleo-gas, químicos básicos y de servicios.

El nivel de riesgo estimativo más alto se encuentra en la Localidad 3 Industrial y de La Bahía, en la que se ubica el sector

industrial de Mamonal, involucrando las comunidades de: Albornoz, Antonio José de Sucre, Arroz Barato, Bella Vista, Bernardo Jaramillo, Colinas de Villa Barraza, el Libertador, Henequén, Membrillal, Nelson Mandela, Pasacaballos, Policarpa, Puerta de Hierro, Villa Hermosa, Villa Barraza y 20 de julio, entre otras.

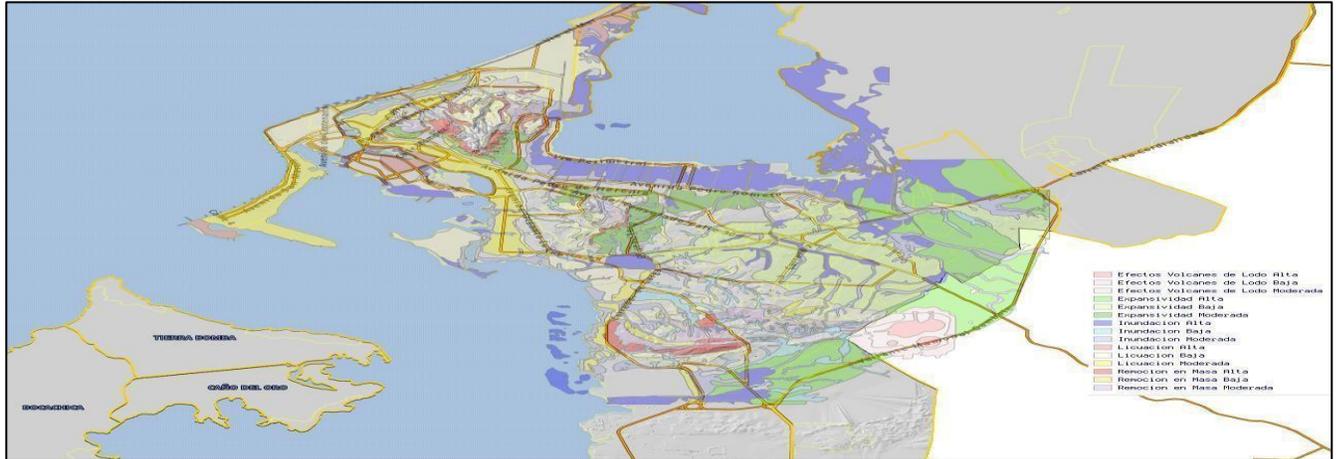
### **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Tecnológico: Incendios.**

Según el Plan de Ordenación y Manejo de Cuencas Hidrográficas POMCA Ciénaga de la Virgen, Bahía de Cartagena, se genera una zonificación de la amenaza a incendios forestales, ceñida por los diferentes eventos reportados, las variables de temperatura y condiciones climáticas y el factor antropogénico basado en las distancias a vías, asentamientos o centros poblados y el uso del suelo, determinando de esta forma una diferenciación entre sectores de amenaza baja, amenaza media y sectores con amenaza altas a incendios de la capa vegetal. El sistema de distribución del acueducto de Cartagena de Indias está constituido por aproximadamente 1.573,7 km de tuberías de varios materiales, con diámetros superiores a 37,5 mm (1 ½”), el sistema tiene alrededor de 5.686 válvulas instaladas, posee también 541 hidrantes para el sistema contra incendios.



Estos riesgos de gravedad están asociados con la posibilidad de accidentes en zonas como la bahía o en la zona portuaria e industrial, donde los derrames de hidrocarburos y otras sustancias peligrosas y los incendios, son contingencias posibles. En el sector de Mamonal se acumulan grandes cantidades de sustancias químicas de alto riesgo, cuyo manejo no está exento de accidentes. Importante resaltar que el volcán de lodo El Reposo genera amenaza por incendio dado los gases que salen de estos, el cual registra su última actividad en el 2012. En este orden de ideas, se concluye que este tipo de eventos se puede presentar en cualquier área del Distrito. (Mapa 7).

**Mapa 7. Relieve hidrografía, zonas de riesgo en el Distrito de Cartagena**



## 1.2. CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRÁFICO

### Población total.

Para el 2005 Cartagena tenía una población de 838.757 y para el 2023 con proyección de población Post COVID 19 la población fue de 1.052.015 habitantes, lo que se evidencia un incremento del 25%.

Al comparar la proyección de población del DANE para 2023 con la proyección anterior del 2018-2026, se observa una disminución de 13,555 habitantes, equivalente a un 1,27% menos. Esta disminución se atribuye a factores como los efectos de la pandemia por COVID-19, migración y descenso de la natalidad.

### Densidad poblacional por kilómetro cuadrado.

De acuerdo a su extensión territorial y a su número de habitantes, encontramos una densidad poblacional de 1710,4 habitantes por km cuadrado para el Distrito de Cartagena, lo cual incluye su área urbana y sus aproximadamente 25 corregimientos. Es importante tener en cuenta que la densidad de población no indica exactamente que esas sean las personas que viven por cada kilómetro cuadrado; se trata, solo, de una cifra que permite hacerse una idea aproximada de cuánto territorio está habitado en un determinado lugar.

### Grado de urbanización y Población por área de residencia urbano/rural

Cartagena tiene una mayor extensión en zona rural, pero mayormente poblada en zona urbana situación que se ha ido creciendo a lo largo de los años, de esta forma en el 2005 el grado de urbanización fue de 81,91% mientras que para el 2022 alcanzó 88,5%, creciendo 8,0 puntos porcentuales esto implica que mientras en el área urbana viven 88,54% habitantes en el área rural sólo 11,46% de los habitantes. Algunas de las causas relacionadas con la urbanización creciente de la población pueden estar asociado a pobreza en zona insular, falta de empleo, mayores oportunidades de desarrollo en área urbana, además que por cada 100 personas que habitan en el área rural viven 781 personas en el área urbana.

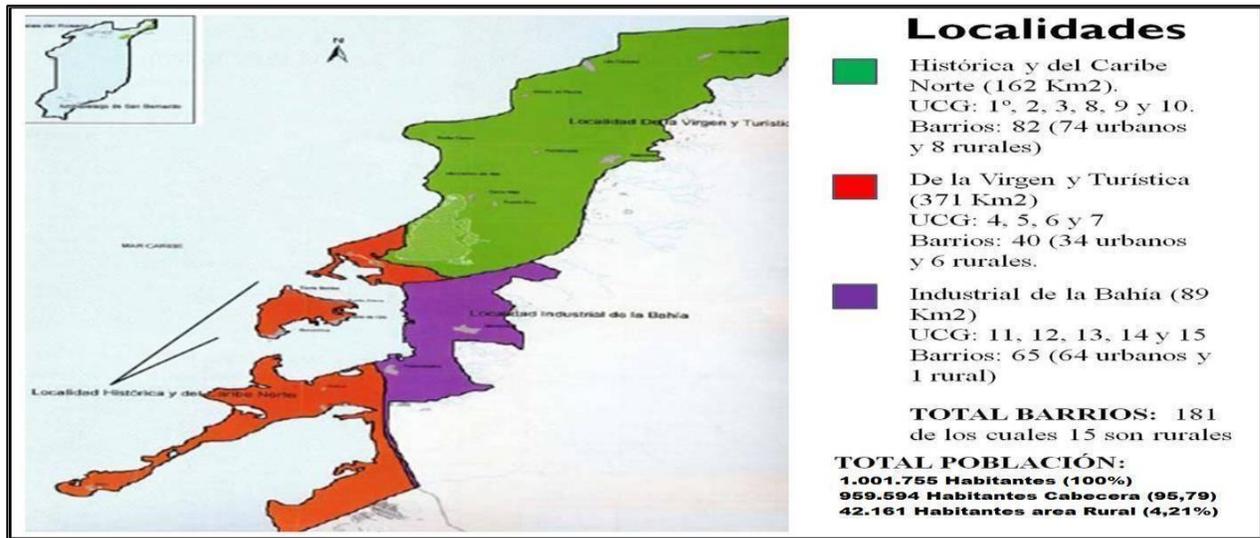
El papel de la migración continúa siendo importante como factor de crecimiento urbano lo cual conlleva importantes implicaciones políticas públicas, sea por migración o por crecimiento vegetativo, y una gran parte de esta población vive en condiciones de precariedad social y económica generando una concentración del fenómeno de pobreza en la ciudad. (Tabla 27 y Mapa 7).

**Tabla 27. Población por área de residencia Distrito de Cartagena 2023.**

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
<b>Cartagena</b>	931.503	88,54	120.512	11,46	1.052.015	88,54

Fuente: Proyección DANE Población post COVID 19 2020-2031

**Mapa 8. Población por área de residencia del Distrito de Cartagena, 2023.**



Fuente: Alcaldía mayor de Cartagena de Indias, secretaria de planeación Distrital

### Composición De La Población Víctima

En el distrito de Cartagena, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) establece un reporte de 79,910 víctimas del conflicto armado. De ellas, 59,642 corresponden a sujetos de atención y reparación, mientras que 2,331 son víctimas de sentencias judiciales. Este último grupo requiere especial atención, y tanto el distrito como las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Atención Integral a Víctimas (SNARIV) deben garantizar el cumplimiento de lo establecido en las sentencias.

**Ilustración 5. Estructura piramidal de la población víctima del conflicto**



Fuentes: MSPS, SISPRO - RUV, Personas VCA correctamente identificadas. Corte: Diciembre 31 de 2018

Según datos de registro único de víctimas, con corte 29 de febrero del 2024, de 2015 a 2023 en el distrito hay:

- Víctima de ocurrencia: 1.802 Personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 que fueron víctimas de un hecho victimizaste.

- Víctimas declaración: 11.218 Personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011, que declararon (narraron el hecho victimizan te) ante el Ministerio público en el territorio.
- Eventos: 1.839 Ocurrencia de un hecho victimizan te a una persona.

Los hechos victimizantes principales de personas que fueron reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 fueron los desplazamientos forzados con 1.207 (69%), amenazas (26%) y homicidios 90 (5%). (Tabla 28)

**Distribución poblacional por enfoque diferencial:** La población víctima en Cartagena presenta una distribución diferenciada por género, donde el 51,6% son mujeres y hombres 47,4%, se identificó una población de LGTBI 1%. En el documento “enfoque de orientaciones sexuales e identidades de género”, las víctimas del conflicto armado con orientaciones sexuales e identidades de género diversas sufren la discriminación, estigmatización, las persecuciones y la invisibilización de los impactos del conflicto armado sobre sus proyectos de vida individuales y colectivos. Por tanto, la inclusión de acciones de reparación integral debe incidir en la transformación de las condiciones estructurales que han determinado las agresiones y exclusiones hacia quienes construyen su identidad desde lo no hegemónico, por lo cual se hace necesario identificar en la población estas condiciones diferenciales, de manera que las acciones institucionales atiendan a sus afectaciones y proyectos de vida particulares y con relación a víctimas que se identificaron como indígenas 17 son hombres y 27 mujeres.

En cuanto a las etnia las personas reconocidas en el marco de la ley como hechos victimizantes de acuerdo al RUV del 2015 al 2023 el 68% (1.231) no se reconoce ningún tipo de etnia, el 2,5% (37) corresponden a población indígena, negro afrocolombiano 29% (526), 0,5% están entre gitanos, palanqueros y raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia.

**Tabla 28. Hechos victimizantes, desagregados 2015 a 2023 Cartagena.**

Hecho Victimización	Víctimas Ocurrencia	Víctimas Declaración	Número de Eventos
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	8	13	8
Amenaza	466	4323	491
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	14	184	14
Desaparición forzada	0	20	0
Desplazamiento forzado	1207	6294	1218
Homicidio	90	203	91
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	0	2	0
Secuestro	0	3	0
Tortura	0	1	0

Hecho Victimización	Víctimas Ocurrencia	Víctimas Declaración	Número de Eventos
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	1	3	1
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	0	0	0
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	9	157	9
Lesiones Personales Físicas	7	15	7
Confinamiento	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1.802</b>	<b>11.218</b>	<b>1.839</b>

Fuente: RUV- SISPRO- MINSALUD Corte 29 de febrero del 2024

## Pertenencia étnica

### Población por pertenencia étnica

El Cabildo Zenú es una comunidad conformada por 104 familias desplazadas de Córdoba. Aunque no tienen tierra, luchan en medio de la ciudad para preservar sus tradiciones.

Cabildo de MembrillaL, Cartagena de Indias. Una vez despojados de sus tierras en el cabildo de San Andrés de Sotavento, Córdoba, hacia el año 2000, la comunidad indígena Zenú no sabía a dónde ir. Fue por influencia de algunos familiares que decidieron migrar a Cartagena. El desplazamiento masivo de este grupo étnico fue causado por grupos paramilitares que los amenazaron y les dieron 24 horas para salir de su territorio.

En 2002 la comunidad formalizó el cabildo Zenú asentado en el sector de Membrillal, en Cartagena. Hoy es el único resguardo indígena en esta ciudad reconocido por el Distrito, el Ministerio del Interior y el resguardo indígena de San Andrés de Sotavento.

El censo 2018 planteó la pertenencia a los diferentes grupos étnicos conforme al auto reconocimiento de cada persona registrada, dada esta característica en el Distrito de Cartagena solo el 22% auto reconoció ser parte de un grupo étnico, el 0,88% no informó, el 78,71% expresó no pertenecer a ningún grupo de etnia. (Tabla 29).

En el Distrito de Cartagena existe un cabildo indígena ubicado en el barrio Membrillal.

**Tabla 29. Distribución etnográfica en el Distrito de Cartagena.**

Auto reconocimiento étnico	Casos	%	Acumulado %
Indígena	1 300	0.15%	0.15%
Gitano(a) o ROM	16	0.00%	0.15%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	480	0.05%	0.20%
Palenquero(a) de San Basilio	1 436	0.16%	0.36%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	177 985	20.04%	20.41%
Ningún grupo étnico	698 915	78.71%	99.12%
No informa	7 814	0.88%	100.00%
<b>Total</b>	<b>887 946</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: DANE proyección 2018

Los grupos étnico son poblaciones que cuentan con condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas diferentes del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones en Cartagena se auto reconocen mayoritariamente los siguientes:

**Afrodescendiente:** Comunidad con raíces y descendencia histórica, étnica y cultural africana nacidos en Colombia

**Negritudes** Población de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres

**Palenquero:** Es la población descendiente de los esclavizados que mediante actos de resistencia y de libertad, se refugiaron en los territorios de la Costa Norte de Colombia desde el Siglo XV denominados palenques.

**Raizales:** Es la población nativa de las Islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina descendientes de la unión entre europeos (principalmente ingleses, españoles y holandeses) y esclavos africanos.

Para el censo del 2018 se planteó la pertenencia étnica a los diferentes grupos étnico conforme al auto reconocimiento de cada persona censada, las etnias fueron clasificadas como indígenas, gitanos o Rrom, raizal de archipiélago de San Andrés y Providencia y santa Catalina, Palenquero de San Basilio, negro, mulato, afrodescendiente, afrocolombiano. Dada estas características solo el 20,4% auto reconoció ser parte de un grupo étnico, el 78,71% de la población expresó no pertenencia a ningún grupo étnico y el 0,88% no informa. (Tabla 32 y Mapa 9)

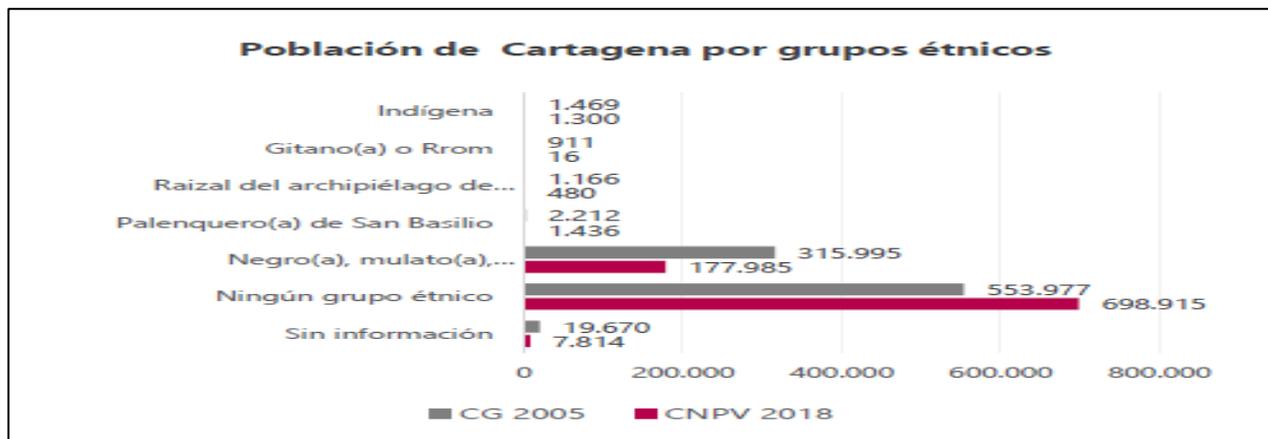
Tabla 32. Proporción de población por pertenencia étnica, Cartagena 2018

Auto reconocimiento étnico	Casos	%	Acumulado %
Indígena	1 300	0.15%	0.15%
Gitano(a) o ROM	16	0.00%	0.15%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	480	0.05%	0.20%
Palenquero(a) de San Basilio	1 436	0.16%	0.36%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	177 985	20.04%	20.41%
Ningún grupo étnico	698 915	78.71%	99.12%
No informa	7 814	0.88%	100.00%
<b>Total</b>	<b>887 946</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Censo Nacional de Población y vivienda 2018-DANE Colombia.

Cuando se hace una comparación entre los datos pertenecientes a la población por grupo étnico en el Distrito de Cartagena se puede observar las diferencias en frecuencias absolutas entre lo presentado del 2005 y lo que el censo del 2018 arrojó, es así que se evidencia que el autor reconocimiento en esta ciudad se ubica en su orden de la siguiente manera: ningún grupo étnico seguido de negro mulato en tercer lugar palenquero raizal y luego gitano, se nota como existe una reducción del 11,5% en el grupo étnico indígena pasando de 1469 personas a 1300 con relación al gitano se denota una reducción del 98,2% pasando en el 2005 de 911 personas a 16 ciudadanos, con relación al raizal del archipiélago de San Andrés y providencia muestra que de 1166 personas identificadas en el censo de 2005 con este auto reconocimiento muestra una reducción del 58,8% siendo que para el 2018 solo se auto reconocen en este grupo 480 personas en esta ciudad, esta situación se presenta de igual forma para el grupo étnico palenquero de San Basilio y negro mulato siendo que para el primero la reducción es del 35% evidenciado porque en el censo de 2005 se auto reconocieron 2212 personas en este grupo étnico ya para el 2015 también se define un descenso a 1436 individuos y para el segundo la reducción se ubica en 43% pasando en el 2005 de 315995 personas identificadas a 177985 personas auto reconocidas (Figura 2 ).

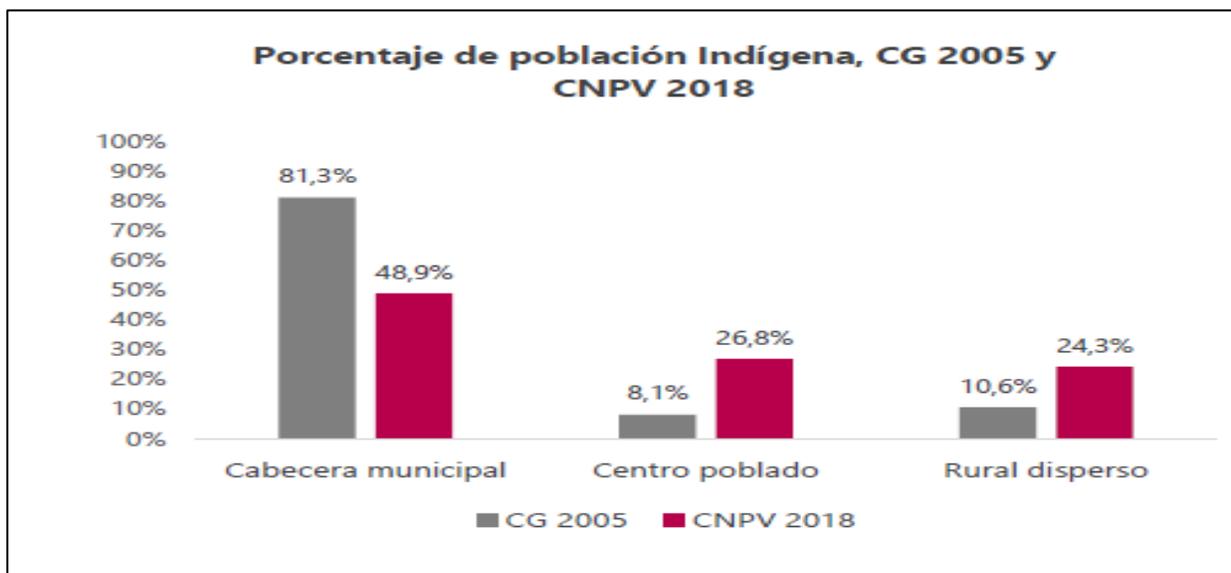
Figura 2. Población por pertenencia étnica, Cartagena 2018.



Fuente: Censo Nacional de Población y vivienda 2018-DANE Colombia.

En la siguiente gráfica se puede observar el comportamiento de la población indígena de acuerdo a su proporción según el área de residencia comparado entre el censo de 2005 y el censo del 2018 es así que se denota cómo existe una reducción para el área de cabecera municipal pasando de 81,3% a 48,9% en el 2018 sin embargo para centro poblado y rural disperso se observa un incremento en lo reportado por el censo del 2018. (Figura 3).

**Figura 3.** Porcentaje de población por pertenencia étnica, según distribución por área de residencia Cartagena 2018.



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018-DANE Colombia.

Frente al tema de la población en Cartagena de Indias que se auto reconoce como un grupo étnico frente a él habla de su lengua nativa se puede ver como las mayores proporciones se ve en los datos destacados en el 2005 principalmente en Gitano(a) o Rrom, cual menciona que 67,1% en ese momento hablaba su lengua nativa pero para el 2015, se observa una notable reducción para lo presentado en el 2015, es importante mencionar cómo se ven los aumentos a excepción de indígena en los demás grupo étnicos los cual puede ser atribuible a las estrategias para preservar costumbres ancestrales de su cultura que permiten enriquecer la práctica constante de las tradiciones ancestrales y la transmisión de conocimiento a las nuevas generaciones (Figura 4).

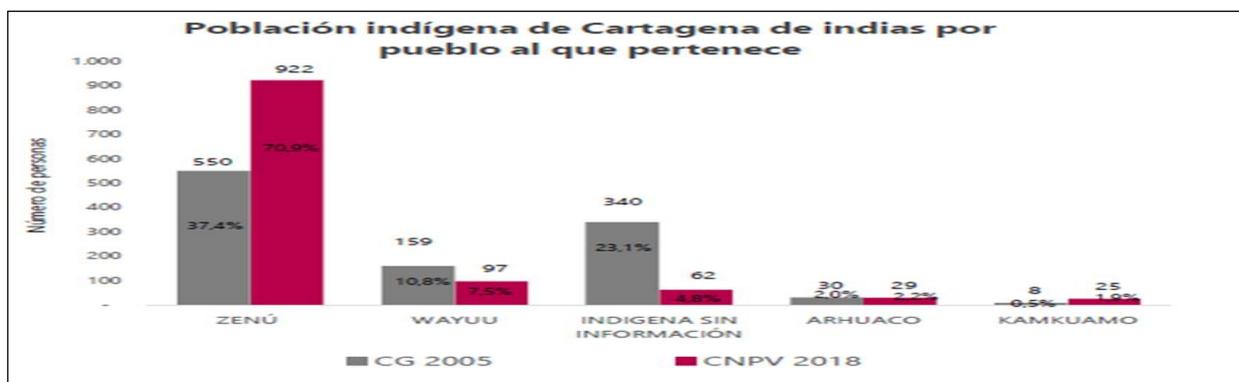
**Figura 4.** Población por pertenencia étnica, según Población por grupo étnico que habla su lengua nativa Cartagena 2018.

	Si habla		No habla		No informa	
	CG 2005	CNPV 2018	CG 2005	CNPV 2018	CG 2005	CNPV 2018
Indígena	287	225	1.159	1.067	23	7
Indígena (sólo pueblos con lengua nativa)**	125	84	371	171	1	0
Gitano(a) o Rrom	608	7	298	9	5	0
Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	458	222	694	254	14	3
Palenquero(a) de San Basilio	828	791	1.286	645	98	0

Fuente: Censo Nacional de Población y vivienda 2018-DANE Colombia.

En la siguiente gráfica se muestra la distribución de la población indígena en el distrito de Cartagena según el pueblo que pertenece se observa entonces cómo predomina con un 70,9 % y un equivalente a 922 individuos que se auto reconocen en este pueblo también se logra determinar un crecimiento poblacional 67,6% y su equivalente de 372 personas más identificadas en el censo del 2018 cuando se compara con los datos ofrecidos en el censo de 2005 también se podría decir que por cada 10 personas del pueblo Zenú en el 2005 2018 hay 6 personas más en segundo lugar hay un grupo poblacional que se identifica como Wayuu mostrando un 7.5% y una reducción de 38,9% y 62 personas menos en el 2015 que en el 2005 (Figura 5).

**Figura 5.** Población indígena, según pueblo al que pertenece Cartagena 2018.



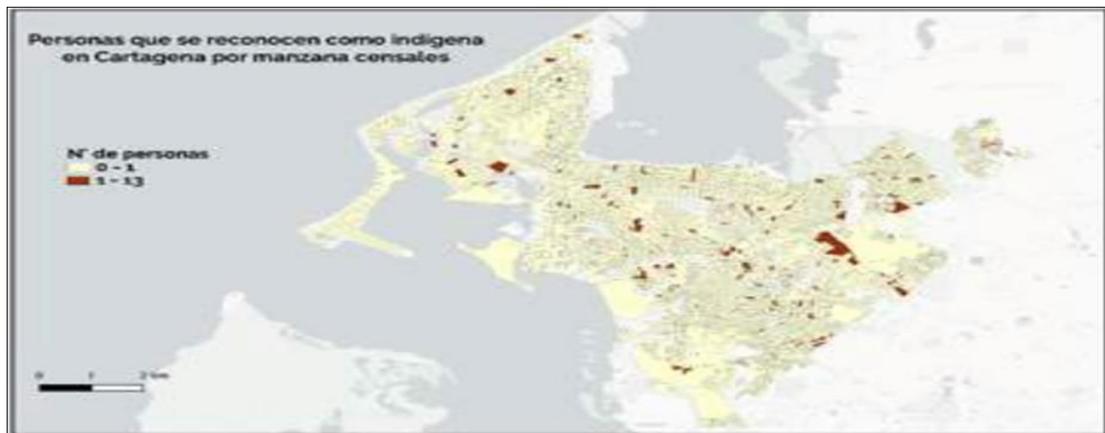
Fuente: Censo Nacional de Población y vivienda 2018-DANE Colombia.

**Kankuamos:** Se les conoce como "guardianes del equilibrio del mundo" son el pueblo amerindio de la familia chibcha en la región Caribe de Colombia.

**Ingas** Son descendientes de los Incas y arribaron a la región como avanzadas militares en el proceso de expansión del imperio

**Zenú** Los Sinú o Zenú son un pueblo indígena de Colombia, cuyo territorio ancestral está constituido por los valles del río Sinú, el San Jorge y el litoral Caribe en los alrededores del Golfo de Morrosquillo, en los actuales departamentos colombianos de Córdoba y Sucre. Mapa 9

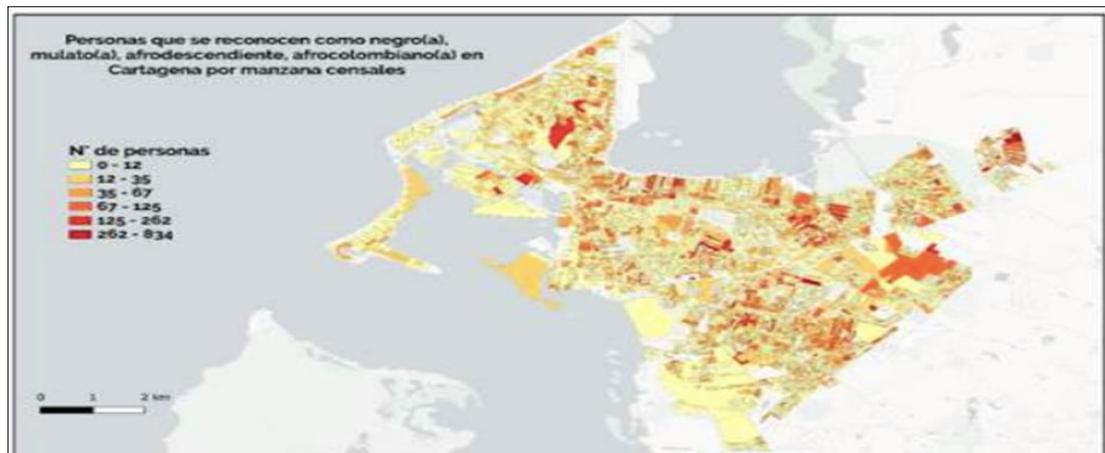
**Mapa 9. Reconocimiento Étnico Por Manzanas Censales Zona Urbana distrito de Cartagena. 2018**



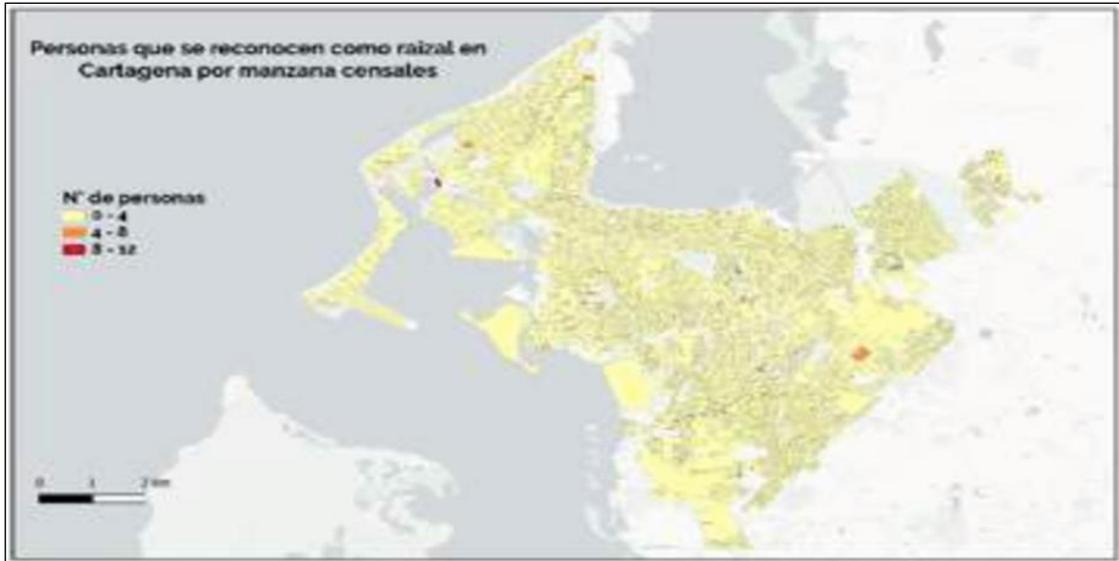
Fuente: DANE - Secretaría de Planeación 2018



Fuente: DANE - Secretaría de Planeación 2018



Fuente: DANE - Secretaría de Planeación 2018

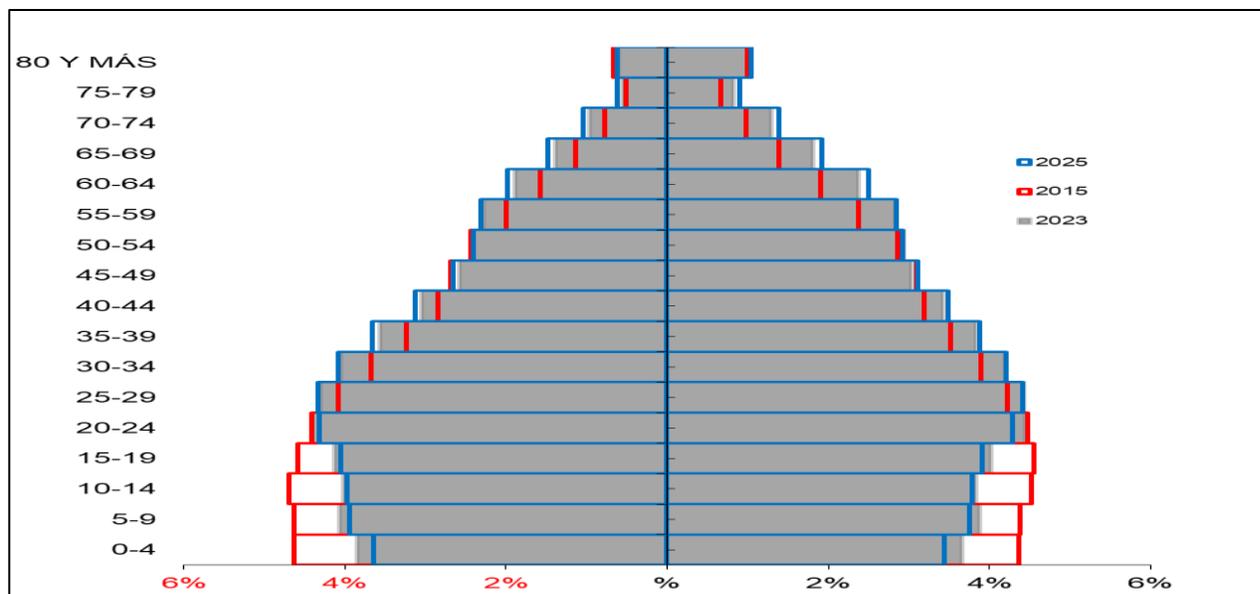


Fuente: DANE - Secretaría de Planeación 2018

### 1.2.1. Estructura demográfica

La pirámide poblacional de Cartagena es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, lo que es evidente al experimentar una reducción desde sus primeros años de vida hasta los 19 años para el 2023 y se proyecta que para el 2025 siga disminuyendo. Los grupos de edades que tienen más población son los de 20 a 29 años, se ve un leve ensanchamiento en la población adulto mayor, además el descenso de la mortalidad, esta pirámide poblacional se seguirá estrechando en su base y expandiéndose en los grupos de edades mayores (Figura 6).

Figura 6. Pirámide poblacional de Cartagena, 2015, 2023 y 2025



Fuente: Proyección DANE 2005 -2017 y Censo DANE post COVID 19 proyección 2020 -2035

Los cambios demográficos por curso de vida presentan su mayor incremento en la adultez (Persona mayor 60 años y más), con el 41,3 % del aumento de la población en el 2023 respecto al 2015 sin embargo respecto al peso porcentual de la población y un equivalente de 39.217 personas más. Así también el curso de vida de la Adolescencia (12 a 17 años) se mantuvo en los dos años (0,11 y 0,10%) y se proyecta que se mantenga para el 2026, (0,09) además se denotan cambios negativos en primera infancia (0 a 5 años), con una reducción 1,0% (Tabla 30).

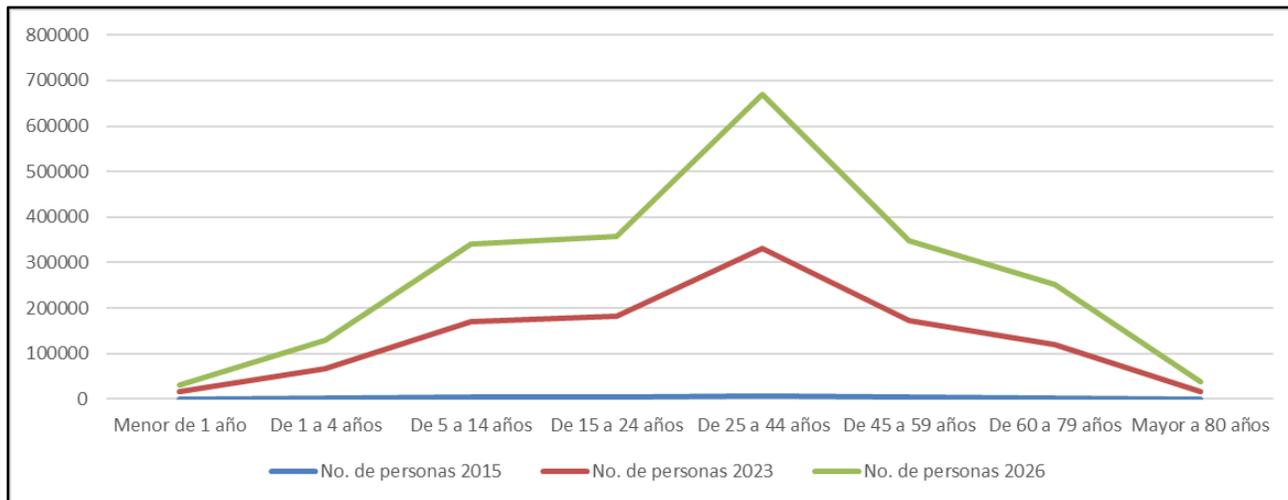
**Tabla 30. Proporción de la población por curso edad Distrital de Cartagena 2015, 2023 y 2026**

Curso de Vida	2015		2023		2026	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	96901	0,11	95.859	0,09	96202	0,09
Infancia (6 a 11 años)	96305	0,10	99.849	0,09	102797	0,09
Adolescencia (12 a 17 años)	98890	0,11	100.165	0,10	101344	0,09
Juventud (18 a 28 años)	178508	0,19	201.969	0,19	198901	0,18
Adultez ( 29 a 59 años)	352209	0,38	420.108	0,40	438400	0,40
Persona mayor (60 años y más)	94848	0,10	134.065	0,13	152951	0,14
<b>Total</b>	<b>917661</b>	<b>1,00</b>	<b>1052015</b>	<b>1,00</b>	<b>1090595</b>	<b>1,00</b>

Fuente: Proyección DANE 2005 -2017 y Censo DANE post COVID 19 proyección 2020 -2035

De acuerdo a la proyección del DANE los grupos etarios de 25 años en adelante presentan un marcado aumento poblacional en el año 2023 con respecto con 2015, siendo que el grupo de 60 a 79 años es el que muestra mayor incremento, refleja el crecimiento más estable en el tiempo, en cambio la población menor de 1 año; de 1 a 4 años y de 15 a 24 años, proyecta que para el 2026 será las de menor crecimiento poblacional en el Distrito de Cartagena (Figura 7).

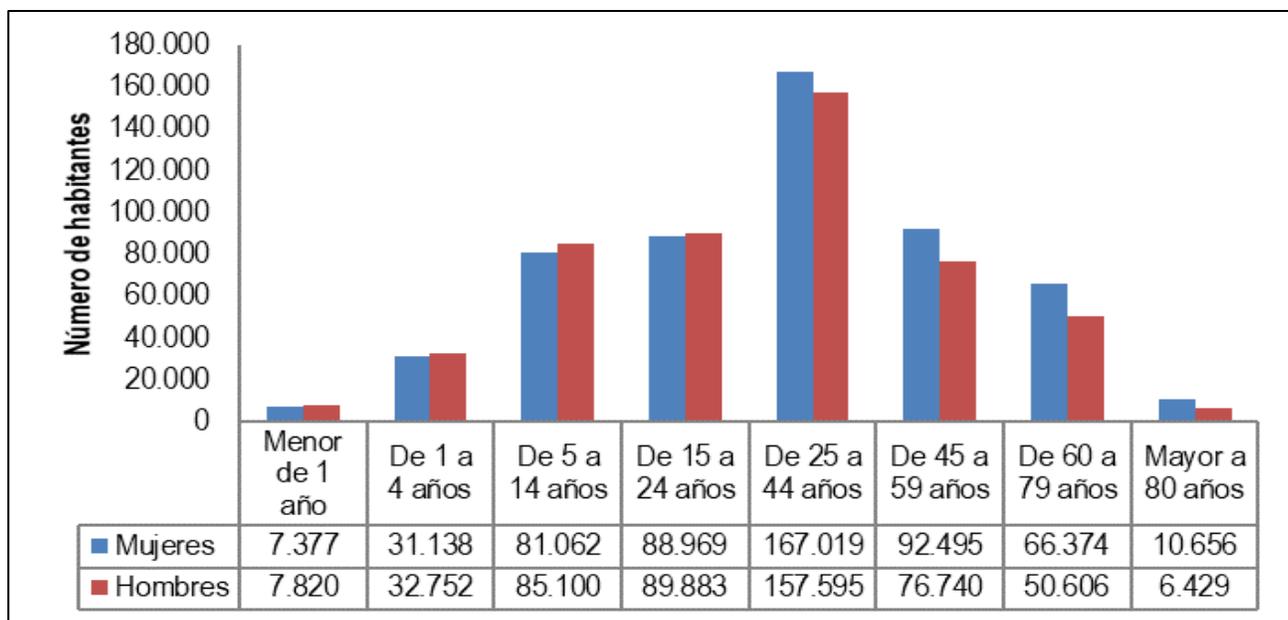
**Figura 7.** Cambio en la proporción de la población por grupo etarios del Distrito de Cartagena, 2015, 2023 y 2026.



Fuente: Proyección DANE 2005 -2017 y Censo DANE post COVID 19 proyección 2020 -2035

En el Distrito de Cartagena para el 2023 la población fue de 1.052.015 habitantes, sin diferencias entre hombres (48,1%) y mujeres. (51,8%), La mayor frecuencia de la población se concentra en la población económicamente activa que son los jóvenes y los adultos. (Figura 8).

**Figura 8.** Población por sexo y grupo de edad del Distrito de Cartagena – 2023.



Fuente: Censo DANE post COVID 19 proyección 2020 -2035

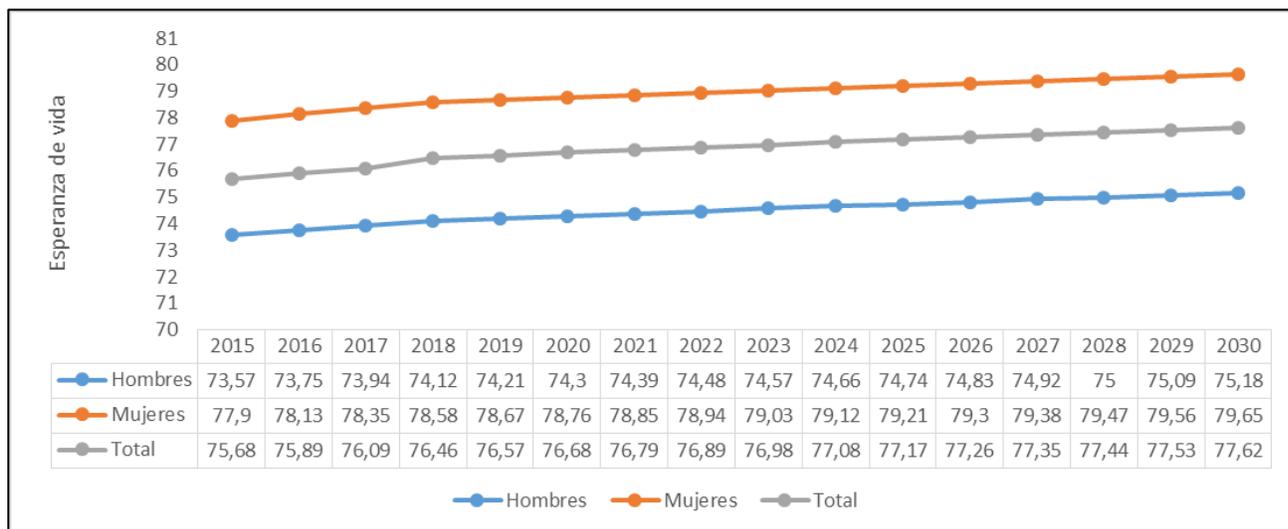
## Esperanza de Vida

La esperanza de vida al nacer o expectativa de vida es la media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto período, además permite evaluar las condiciones con los individuos se desarrollan en la sociedad. La esperanza de vida es una medida hipotética porque se basa en las tasas de mortalidad actuales, pero las tasas de mortalidad reales cambian durante el transcurso de la vida de una persona. La esperanza de vida de cada persona cambia según la misma envejece y a medida que cambian las tendencias de mortalidad.

Para el Distrito de Cartagena no se encontraron datos de esperanza de vida discriminado, por lo que se analiza el departamento incluyendo Cartagena. La esperanza de vida al nacer del departamento de Bolívar incluyendo Cartagena, según la estimación del último censo del DANE 2018-2050 llega a 76,98 en el 2023. Las mujeres tendrían la probabilidad para el 2024 de llegar a los 80 años, mientras que los hombres a los 75 años y una proyección que prácticamente se mantiene para el 2030.

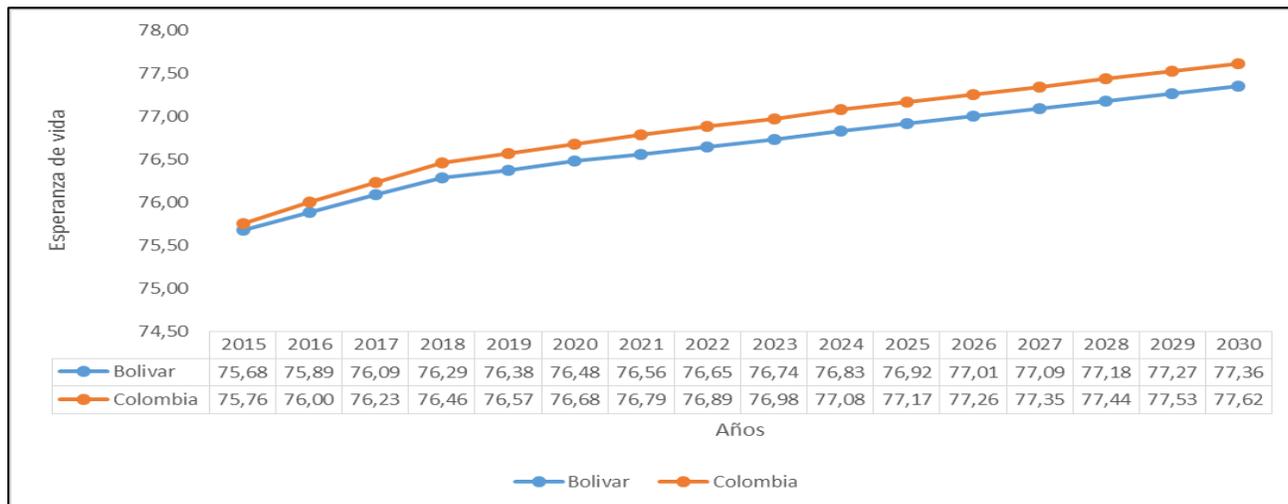
Con respecto al país, el comportamiento se mantiene igual al país en lo estimado hasta el 2030. (Figura 9-10)

**Figura 9. Esperanza de vida al Nacer Bolívar incluyendo Cartagena, por sexo 2015-2030**



Fuente: DANE. 2015-2017 CNPV 2018 y Proyecciones de Población 2020-2035

Figura 10. Esperanza de vida al Nacer Bolívar incluyendo Cartagena- Colombia 2015-2030.



Fuente: DANE. 2015-2017 CNPV 2018 y Proyecciones de Población 2020-2035

### Indicadores demográficos

Los principales indicadores demográficos muestran que para el año 2023 la población total se incrementó en 12% equivalente a 116.128 habitantes con respecto al año 2015. Al comparar los tres años se evidencia que la razón de masculinidad pasa de 94,56 en el 2015 a 93 hombres en el 2023 y se proyecta que se mantenga en el 2025 por cada 100 mujeres, con predominio en mujeres.

Con respecto a la razón niño mujer, se evidencia que para el año 2015, por cada 100 mujeres en edad fértil había 33 niños y niñas menores de 5 años, cifra que disminuyó en el 2023 a 27 y se proyecta que siga disminuyendo para el 2025 a 26, que denota descenso en la fecundidad.

El índice de infancia (relación que existente entre menores de 14 años y población total) y el de juventud (relación que existente entre 15 a 29 años y población total), el primero muestran descenso que se proyecta que se mantenga en el 2025 y el de juventud se mantiene en el 2023 y se proyecta que se siga disminuyendo para el 2025, lo que indica que ha venido presentándose disminución de la natalidad a través de los años, por lo cual es coherente con el incremento del índice de vejez (relación entre personas mayores de 65 años y población total) y el envejecimiento (relación entre personas mayores de 65 años y menores de 15 años), que dan cuenta la disminución de grupo de edad de los menores, acompañando del ensanchamiento en el medio, con ampliación en su cima, dando como resultado un índice friz (proporción de población en el grupo de 0 a 19 años en relación de 30 a 49 años) la estructura de una población madura

El comportamiento antes descrito se relaciona con que mientras el índice de dependencia infantil ha disminuido pasando de 41,51 menores de 15 años por cada 100 personas mayores de 60 años entre 15 y 60 años, para el 2015 se siga disminuyendo en 34,18 para el 2023 y se proyecta que siga disminuyendo y el índice de dependencia de mayores ha aumentado en 10,83 en personas mayores de 60 años por cada 100 entre 15 y 60 años para el 2015 a 14,43 en el 2023; se estima que estos índices siga bajando y para el 2025 haya más dependencia de mayores y menos menores de 15 años dependientes (Tabla 31).

**Tabla 31. Otros indicadores de estructura demográfica en el Distrito de Cartagena, 2015, 2023, 2025**

Índice Demográfico	Año		
	2015	2023	2025
<b>Población total</b>	935.887	1.052.015	1.065.881
<b>Población Masculina</b>	454.867	506.925	513.880
<b>Población femenina</b>	481.020	545.090	552.001
<b>Relación hombres: mujer</b>	94,56	93,00	93
<b>Razón niños: mujer</b>	33	27	26
<b>Índice de infancia</b>	27	23	23
<b>Índice de juventud</b>	26	26	25
<b>Índice de vejez</b>	7	8	9
<b>Índice de envejecimiento</b>	26	36	40
<b>Índice demográfico de dependencia</b>	52,34	46,61	46,04
<b>Índice de dependencia infantil</b>	41,51	34,18	32,91
<b>Índice de dependencia mayores</b>	10,83	12,43	13,13
<b>Índice de Friz</b>	139,21	113,41	108,14

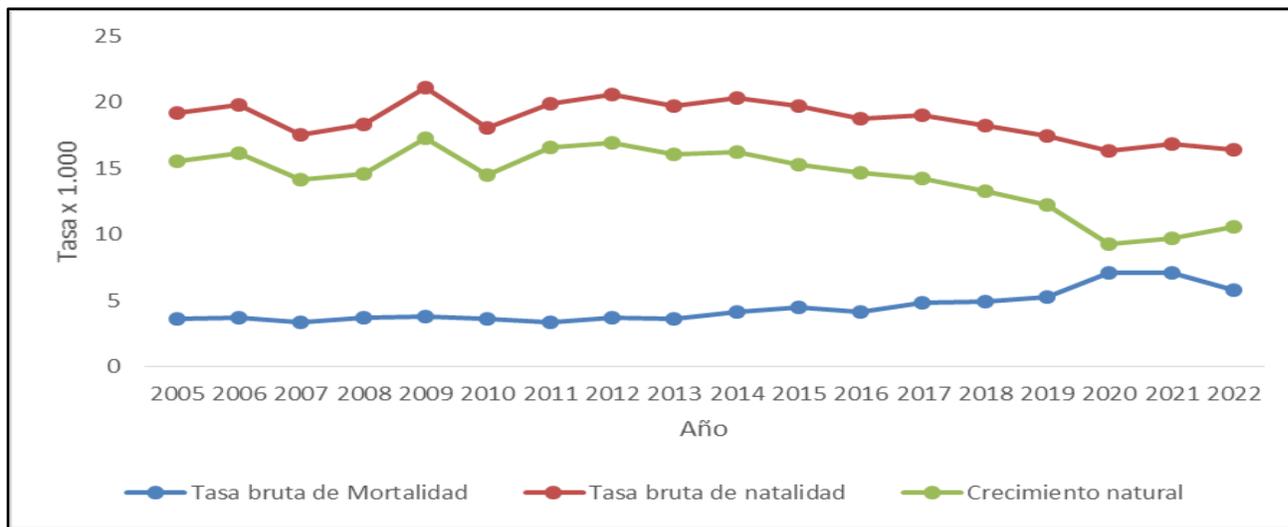
Fuente: Proyección DANE 2005 -2017 y Censo DANE post COVID 19, proyección 2020 -2035

### 1.2.2. Dinámica demográfica

Según fuente DANE para el 2022 en el Distrito de Cartagena se reportaron un total de 17.110 nacimientos (10,19 por 1.000 habitantes), de los cuales el 93% son hijos de madres residentes en Cartagena.

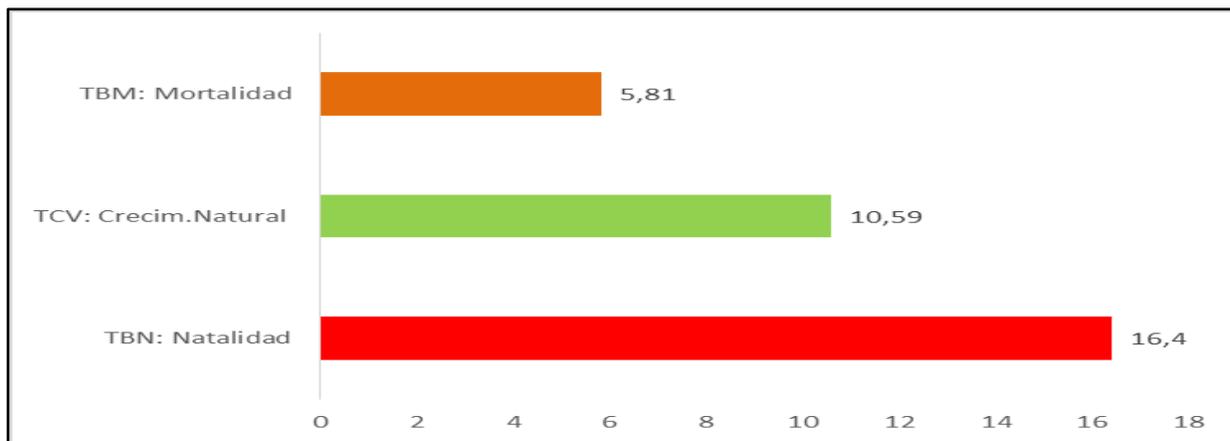
La tasa de crecimiento natural o vegetativo que es la obtención de la diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad, la tasa de crecimiento vegetativo o natural para el año 2022 fue superior a la del 2021, 9,70 frente a 10,56; crecimiento natural positiva, lo que indica que la población está creciendo debido a un mayor número de nacimientos que de defunciones. La tasa de mortalidad presentó una disminución del 2021 con respecto al 2022, cabe destacar que las tasas de mortalidad más alta del 2005 al 2022 fueron las del 2020 y 2021, reflejo de las altas mortalidades del COVID 19, las tasas brutas de natalidad se ha mantenido en los últimos tres años. Lo anterior sin tener en cuenta fenómenos migratorios. (Figura 11-12).

**Figura 11.** Comparación entre las tasas de crecimiento natural, y las tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del Distrito de Cartagena 2005 a 2022.



Fuente: Bodega De Datos De Sispro 2005-2020, dato 2022 cifras definitivas de DANE a corte de diciembre 20 del 2023

**Figura 12.** Comparación entre las tasas crecimiento Natural y tasas brutas de natalidad y mortalidad, Distrito de Cartagena en el 2022.



Fuente: Bodega De Datos De Sispro 2005-2020, dato 2022 cifras definitivas de DANE a corte de diciembre 20 del 2023

### Otros indicadores de la dinámica de la población.

En el Distrito de Cartagena en lo relacionado con la capacidad reproductiva de la población, se tiene que por cada 1.000 mujeres en edad fértil nacen en la ciudad aproximadamente 160 niños y una mujer en edad fértil tiene un promedio de 1.91 hijos. La fecundidad en la población adolescentes de 10 a 19 años fue de 32 nacimientos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad y en las edades de 10 a 14 años se reportó una tasa de 2,21 por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años. (Tabla 32).

**Tabla 32.** Otros indicadores de la dinámica de la población del Distrito de Cartagena 2022.

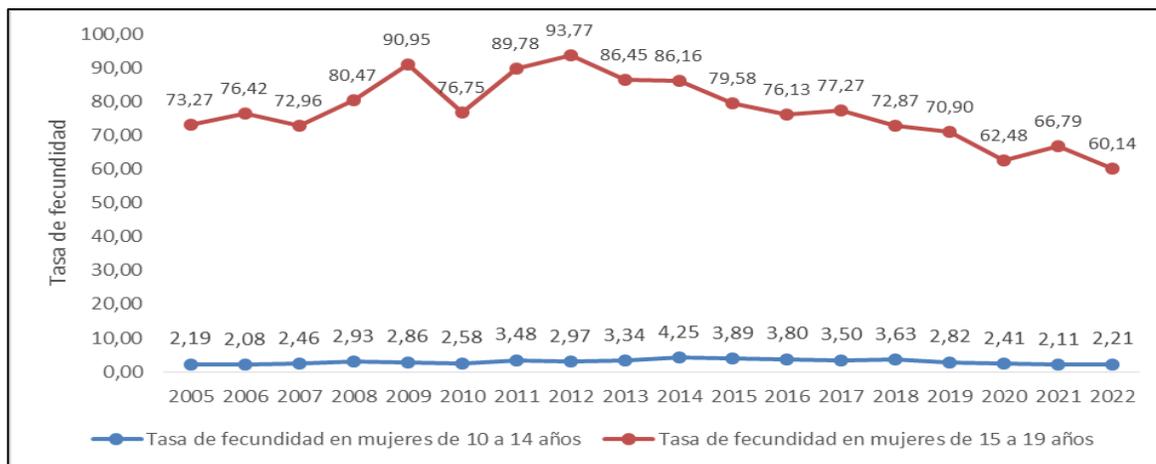
INDICADOR	Valor 2022
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada) por 1.000	160,7
Tasa global de fecundidad	1,91
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 - 14 años	2,21
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 - 19 años	60,14
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 - 19 años	32

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2005-2019, el dato 2021 y 2022 DANE, el dato de población de adolescentes DANE actualización de población pot COVID 19, 2020 -2035

Con relación a el comportamiento de la fecundidad en Cartagena en población de 15 a 19 años durante la serie analizada se denota cierta inestabilidad al inicio del periodo (2005-2007); sin embargo, a partir 2008, el patrón presenta una tendencia al incremento y que continúa hasta el año 2009 mostrando una cúspide con una tasa de 90,95 nacimientos por 1000 mujeres, para el 2022 se reportó una tasa de fecundidad de 60,14 nacimientos por cada 1.000 de 15 a 19 años, con una disminución del 10% comparado con el 2021. Al comparar con las tasas de ciudades como Barranquilla y Santa Marta se encuentran por encima de estas, donde la primera reporta una tasa de 55,9 y la segunda de 57,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre edades de 15 a 19 años.

Para la tasa de fecundidad de mujeres entre 10 a 14 años indica que para el último año del análisis 2 de cada 1.000 mujeres de la misma edad se embarazan, con tendencia estable, al comparar 2005 con el 2021, el pico más alto fue en 2014, 2015 y 2016 que aportó una tasa de 4 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edades de 10 a 14 años. Llama la atención si bien en los últimos 7 años las tasas han disminuido, esta continúa siendo elevada, teniendo en cuenta que en este grupo no debería ocurrir embarazos, lo cual en la mayoría de los casos podrían tratarse de violaciones. (Figura 13)

**Figura 13.** Comportamiento de las tasas de fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años y 15 a 19 del Distrito de Cartagena 2005 a 2022



Fuente: Bodega De Datos De SISPRO

### 1.2.3. Movilidad forzada

De manera convencional, los organismos internacionales designan migración forzada como aquella movilidad humana ocasionada por anomalía o conflictos ajenos a la dinámica de acumulación de capital, es el caso de la violencia desatada por conflictos políticos, étnicos, religiosos o comunitarios, la violencia generada por las guerras, guerrillas, narcotráfico, también por la irrupción de catástrofes naturales como huracanes, inundaciones, sequías, etcétera.

En el Distrito de Cartagena de Indias, se estima según (RUV) personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 víctima de desplazamiento por ocurrencia del 2015 a 2023 de 1.207 sin datos se registraron 18 personas a corte de 29 de febrero del 2024, con un incremento de 10,5% comparado los dos últimos años del análisis y su equivalente de 16 personas más que en el 2022, víctimas declaradas 6.294 y eventos 11218.

En cuanto a género del 2015 al 2023 se dio con un 3% más en mujeres que en hombres y en población LGTB del 0,8%, también se define que el curso de vida más afectados es de 29 a 60 años (adultez) años con 508 personas de la población, le sigue la población de jóvenes (18 a 28 años) con el 20% (508), (Tabla 33).

**Tabla 33.** Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Distrito de Cartagena, 2015 a 2023

Curso Vida	No. Mujeres	No. Hombres	LGTBI	Total
0 a 5 años	24	29	0	53
06-11 años	65	69	1	135
12 - 17 años	70	87	0	157
18 - 28 años	122	117	0	239
29 - 60 años	286	214	8	508
Mayor de 60 años	48	49	0	97
<b>Total</b>	<b>615</b>	<b>565</b>	<b>9</b>	<b>1.189</b>

Fuente: RUV- SISPRO- MINSALUD Corte 29 de febrero del 2024

#### 1.2.4. Población LGBTIQ+

En Colombia, según el DANE, durante el año móvil mayo 2021 – abril 2022, se identificaron alrededor de 501 mil personas LGBTIQ+, que equivale al 1,4% de la población mayor de 18 años del país. Los datos para Cartagena indican que hay alrededor de 1.444 hogares conformados por personas del mismo sexo; este valor es el cuarto mayor de 1.121 municipios estudiados del censo 2018, solo superada por Cali, Medellín y Bogotá.

La población LGBTIQ+ se enfrenta una serie de desafíos que afectan su bienestar físico y psicosocial, derivados de la discriminación, la intolerancia y la falta de aceptación en la sociedad, lo que resulta como fundamental reconocer a la población LGBTIQ+, quienes históricamente le han sido negado el respeto y reconocimiento.

Entre el 2005 al 2023, de acuerdo al RUV a corte de 29 de febrero del 2024, en el distrito, personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 que fueron víctimas de un hecho victimizante, de población LGBTIQ del 2005 al 2023 fueron 23, de los cuales el año que más muertes por hecho victimizante se presentaron fue el 2017 con 7 casos, seguido del 2023 con 4 casos.

#### 1.2.5. Población habitante de calle

El fenómeno de habitabilidad en calle en Colombia ha presentado importantes transformaciones a lo largo de los años debido a su complejidad y a las condiciones propias del contexto social en cada municipio del territorio nacional. Estos factores han sido evidentes en los censos de habitantes de la calle realizados en las dos últimas décadas en el país, principalmente en las ciudades capitales con mayor población, bajo el liderazgo de las entidades que trabajan de manera directa en la atención a este grupo poblacional.

En el marco de la Ley 1641 del 2013, en su objeto de establecer los lineamientos generales para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle, se identifica la necesidad de contar con información estadística y de caracterización actualizada de esta población, para sustentar los lineamientos de dicha política. En este sentido, se han generado convenios interadministrativos con algunas Alcaldías y pactos de cooperación con las entidades responsables de la atención a los habitantes de la calle en otros municipios, para el levantamiento de la información censal en los

diferentes territorios, garantizando la caracterización demográfica y socioeconómica de dicha población, que permitirá a las entidades encargadas de su protección, atención e inclusión, contar con una herramienta indispensable para la toma de decisiones basadas en datos actualizados

La Unidad de Habitante de calle de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social busca contribuir a generar una mirada integradora de la población Habitante de calle. Además trabaja para hacer efectivo los derechos humanos para los habitantes de calle, mediante la promoción, el respeto, garantía y protección de estos ciudadanos, impulsando además la formulación de la Política Pública Social del Habitante de Calle, con la que se estipulan los programas y estrategias para una convivencia y movilización ciudadana con redes de apoyo social, que permitan una mejor interacción de la ciudadanía, con los Habitantes de Calle basado en el respeto y en el reconocimiento mutuo.

Desde esta secretaría se han realizado cuatro caracterizaciones desde el año 2021 que han permitido mantener actualizada la base de datos y organizar las múltiples ofertas institucionales para esta población

Del 2021 a 2023 se cuenta con 1.533 habitantes de calle caracterizados de los cuales 899 han manifestado la solicitud de hogar y 150 son beneficiarios del hogar de paso. El año que más habitante de calle se caracterizó fue el 2021 con el 35%, en cuanto al sexo el 92% de los habitantes de calle son hombres. El 28% de los habitantes de calle son consumidores de sustancias psicoactivas, un 4,5% son migrantes, el 12% son adultos mayores (Tabla 34)

**Tabla 34. Población Habitantes de Calle Distrito Cartagena años 2021-2023**

Año	Población caracterizada	Hombres	Mujeres	Asegurados	Consumidores de sustancias Psicoactivas	Migrantes	Adulto mayor	Jóvenes	Solicitud de Hogar	Beneficiario de hogar de paso
2021	537	495	42	403	0	0	55	34	320	50
2022	501	465	36	210	0	35	68	89	400	50
2023	495	457	38	481	437	35	58	25	179	50
<b>Total</b>	<b>1533</b>	<b>1417</b>	<b>116</b>	<b>1094</b>	<b>437</b>	<b>70</b>	<b>181</b>	<b>148</b>	<b>899</b>	<b>150</b>

Fuente: secretaría de participación Distrito de Cartagena programa habitante de calle 2024

La caracterización tiene por objetivo, ofrecer a instituciones y profesionales del escenario distrital un referente técnico para el manejo de atención a la población en situación de calle. Identificar procesos, procedimientos y puntos de contacto intersectorial claves en la atención a población en situación de calle. Contribuir a la consolidación de un sistema de atención distrital para atención a población en situación de calle.

Un habitante de calle en el Distrito de Cartagena es una persona que vive en la calle, sin un hogar fijo. La Alcaldía Distrital de Cartagena de Indias tiene una Unidad de Habitante de Calle que busca contribuir a generar una mirada integradora de esta población. Los objetivos de esta unidad son: Ofrecer un referente técnico: Proporcionar a instituciones y profesionales del escenario distrital una guía para el manejo de la atención a la población en situación de calle.

Identificar procesos y puntos de contacto: Identificar procesos, procedimientos y puntos de contacto intersectoriales clave en la atención a la población en situación de calle. Consolidar un sistema de atención distrital: Contribuir a la consolidación de un sistema de atención distrital para los habitantes de calle.

### 1.2.6. Población migrante

En el Distrito de Cartagena para el año 2022, se identificaron 16.504 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, significando un aumento del 12,54 % respecto del año anterior el cual en el ASIS anterior se refleja un análisis hasta

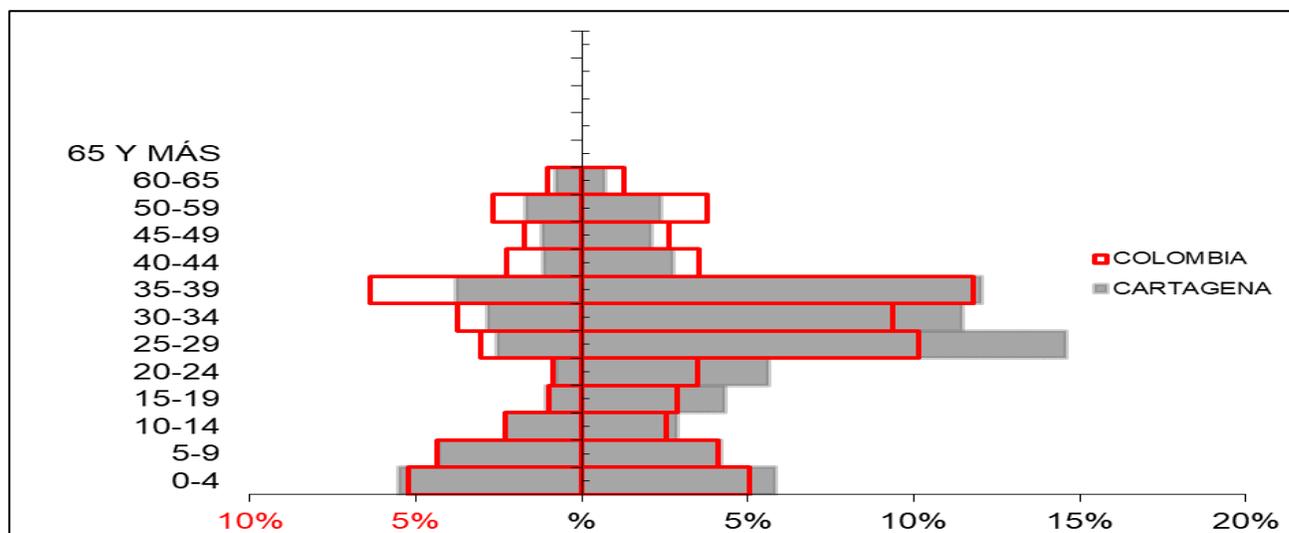
La Semana Epidemiológica 52 del año 2021, un total de 2960 personas atendidas en los servicios de salud en los diferentes prestadores del Distrito de Cartagena. En el Departamento Incluyendo el distrito de Cartagena, Bolívar suma un total de 23.359 atenciones en los servicios de salud a personas migrantes, en Colombia el dato correspondiente a 737.897 personas atendidas en la prestación de los servicios en salud correspondería a la población atendida en Cartagena el 2,23% del total nacional.

La mayor frecuencia de atenciones se encontró en el sexo femenino con el 70,32 % (n= 11.606) siguiendo un comportamiento similar al del país; mientras que el sexo masculino recibió atenciones en un 29,67 % (n= 4.898).

De acuerdo con los grupos de edad, la mayor frecuencia de personas migrantes atendidas en los servicios de salud de Cartagena corresponde al grupo de 25 a 29 años con el 17,14 % (n=2.829) del total atendido. El segundo y tercer grupo en orden de frecuencia se encuentran los migrantes de edades entre 35 a 39 años con n=2.616 (15,85%) personas y el de 30 a 34 años con n=2.360 (14,29 %) personas respectivamente.

Los niños entre 0 a 4 años se ubicaron como el cuarto grupo en orden de frecuencia con el 11,30% (n=1.866) de las atenciones en esta población. Se puede considerar que el comportamiento de estas atenciones se ve marcada en las poblaciones vulnerables principalmente la infantil, adolescente y adulto joven, quienes solicitan atención por diferentes necesidades médicas (Figura 14).

**Figura 14.** Pirámide población extranjera del Distrito de Cartagena, Colombia, 2022.



Fuente: Cubos SISPRO Reporte de Circular 029 de 2017, Cartagena 2022.

Según el país de procedencia, en el Distrito de Cartagena, para el año 2022, fue Venezuela el país de procedencia de migrantes con mayor número de atenciones, n= 14004 correspondiente al 85% del total de la población migrante, lo que coincide con la situación que actualmente se observa en el País n= 518233 con el 70% de las atenciones a nivel nacional. (Tabla 35)

**Tabla 35.** Distribución de personas extranjeras atendidas según país de procedencia del Distrito de Cartagena, Colombia, 2022

CARTAGENA	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
		Año	Proporción			Año	Distribución	Año
Entidad territorial	Brasil	3	0%	Entidad territorial de referencia	Brasil	1961	0%	0,2%
	Ecuador	13	0%		Ecuador	4517	1%	0,3%
	Nicaragua	1	0%		Nicaragua	218	0%	0,5%
	Otros	264	2%		Otros	167106	23%	0,2%
	Panamá	3	0%		Panamá	1214	0%	0,2%
	Perú	14	0%		Perú	2283	0%	0,6%
	República Bolivariana de Venezuela	14004	85%		República Bolivariana de Venezuela	518233	70%	2,7%
	Sin identificador de país	2202	13%		Sin identificador de país	42381	6%	5,2%
	<b>Total</b>	<b>16504</b>	<b>100%</b>		<b>Total</b>	<b>737913</b>	<b>100%</b>	<b>2,2%</b>

Fuente: Cubos SISPRO Reporte de Circular 029 de 2017, Cartagena 2022

Para el año 2022 en el Distrito de Cartagena se atendieron 16504 personas, con un total de número de atenciones de 31.287 en ese año distribuidos con la mayor proporción del 48% las atenciones por consulta externa con un total de 15.128 atenciones, seguido de los procedimientos con 8.579 atenciones con el 27% del total y en el tercer lugar la entrega de medicamentos con un total de 5.093, con el 16% muy similar en porcentajes con la distribución de las atenciones en salud a nivel país. (Tabla 36)

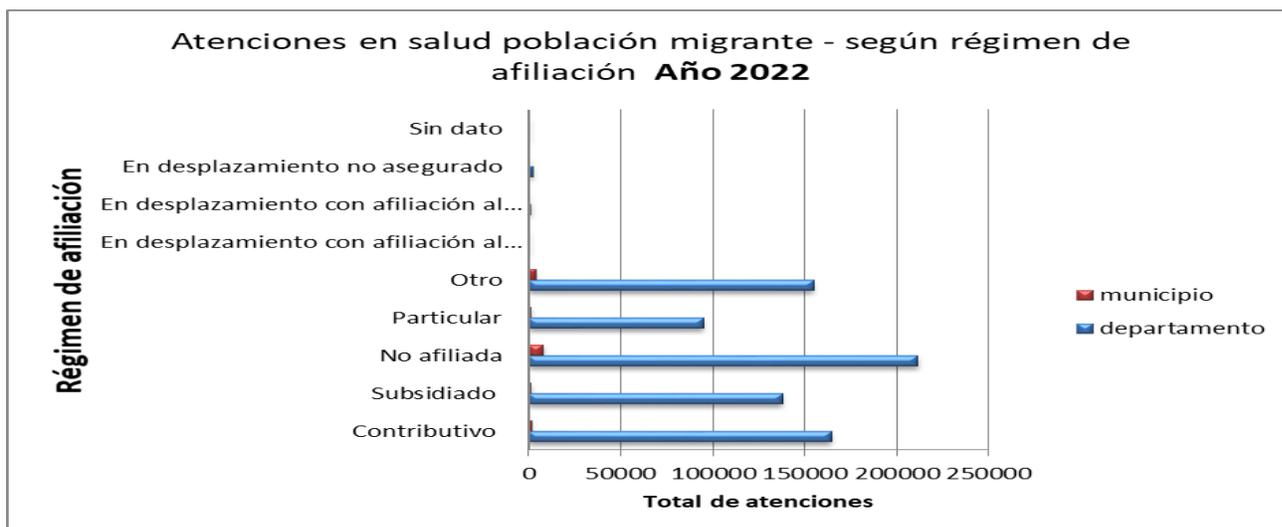
**Tabla 36.** Distribución de tipo de atención a personas extranjeras atendidas en el Distrito de Cartagena, Colombia, 2022

Entidad territorial	Tipo de atención	CARTAGENA		COLOMBIA		Concentración Entidad territorial
		2022	Distribución	2022	Distribución	2022
Entidad territorial	Consulta Externa	15.128	48%	551.352	36%	2,7%
	Servicios de urgencias	987	3%	80.815	5%	1,2%
	Hospitalización	1.499	5%	77.059	5%	1,9%
	Procedimientos	8.579	27%	508.384	34%	1,7%
	Medicamentos	5.093	16%	278.6	18%	1,8%
	Nacimientos	1	0%	18.136	1%	0,0%
	<b>Total</b>	<b>31.287</b>	<b>100%</b>	<b>1.514.346</b>	<b>100%</b>	<b>2,1%</b>

Fuente: Cubos SISPRO Reporte de Circular 029 de 2017, Cartagena 2022

Las atenciones en salud de la población migrante en el Distrito de Cartagena para el año 2022, se observó que el mayor número de atenciones se le prestó a población no afiliada con el 47,6% en un régimen de afiliación, seguido por otro tipo de afiliación con el 24,7% y con un 10,8% q pertenecían al régimen contributivo. (Tabla 37).

**Tabla 37.** Distribución de tipo de atención en salud población migrante en el Distrito de Cartagena, Colombia, 2022



Fuente: Cubos SISPRO Reporte de Circular 029 de 2017, Cartagena 2022.

Cartagena, de Indias es el sexto municipio de Colombia con mayor número de migrantes venezolanos, albergando a cerca de 70.201 personas en dicha condición al 28 de febrero de 2022, según hecho que genera mayores responsabilidades desde lo público, y una carga presupuestal igualmente mayor, ya que, para diciembre del año 2022 en la ciudad se reportaron 42.357 afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- con un número de atenciones en salud  $n = 77.593$  del 2017 al 2022, mientras que para el 2021, fueron 32.905 los casos, de acuerdo con la información publicada por el Observatorio de Migración y Salud (OMS).

El Observatorio de Migración del Departamento Nacional de Planeación (DNP) que toma como referencia datos del Observatorio de Migración en Salud (OMS) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y otros observatorios a nivel nacional, indica que para el año 2022 de acuerdo con la población con Permiso Especial de Permanencia (PEP) y Permisos por Protección Temporal (PPT), hay 6.524 venezolanos en 4.176 hogares en la ciudad de Cartagena inscritos en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales conocido como Sisbén, a través de la encuesta SISBEN IV. Adicionalmente, reporta que se han registrado un total de 1.851.287 atenciones en salud entre los años 2017 y 2022, de las cuales 79.075 fueron en el último año.

El sector salud de la ciudad requiere del acompañamiento planeado y articulado de parte de todos los grupos de interés y de valor relacionados con el fenómeno migratorio; y la cooperación internacional no es la excepción. Un acompañamiento que además de aportar a las principales soluciones y necesidades en el sector salud a través del fortalecimiento de capacidades, pretende dejar capacidades instaladas para la autogestión y auto sostenibilidad en el corto, mediano y largo plazo.

En este escenario, surge la necesidad del Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno migratorio donde, a través de la identificación de las características específicas del territorio y el reconocimiento de las directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección social en el Plan Nacional de Respuesta (2018), se construye un documento de carácter indicativo con acciones propuestas para el fortalecimiento del sector salud en el marco de acción frente al fenómeno migratorio y la garantía de derechos para este grupo poblacional.

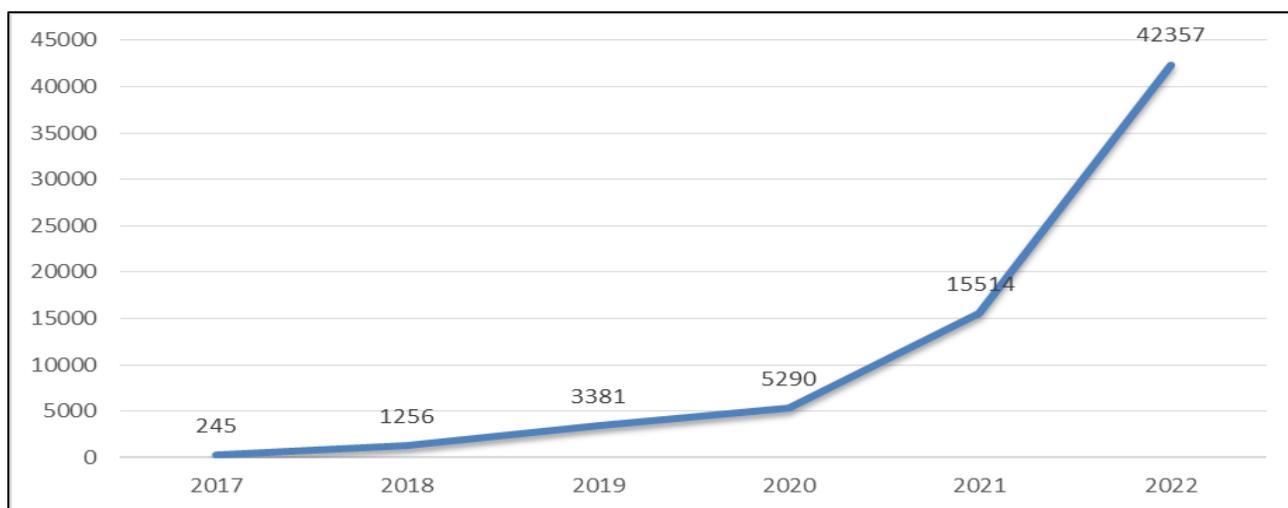
Cartagena, es una de las ciudades de Colombia que ha recibido un mayor flujo de población migrante de origen de la República Bolivariana de Venezuela, llegando a tener para el año 2022 a cerca de 35.243 migrantes afiliados al SGSSS en la ciudad y 457.354 atenciones en salud de personas extranjeras.

Se observa un aumento gradual en el número de afiliados al sistema de salud en la ciudad, lo cual implica un aumento en la recepción de migrantes en el territorio. El análisis académico a esta población ha evidenciado que la migración que se realiza en condiciones desfavorables afecta principalmente a grupos que ya eran vulnerables en su lugar de origen, por lo cual su identificación y protección es esencial para la garantía de sus derechos, en cuanto, la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran por las circunstancias desfavorables, lo que puede también ocasionar aumento en los riesgos de discriminación y xenofobia frente a ellos.

### **Evolución de la Atención en salud a extranjeros en Cartagena**

Según Migración Colombia, para el año 2022, había en Cartagena 42.357 extranjeros afiliados al SGSSS, de los cuales, más del 85% se encontraban en el Régimen Subsidiado. En este sentido, es importante analizar la evolución del aseguramiento en la ciudad, de modo que, antes de ahondar en lo referente a la prestación de servicios y las atenciones, se tenga un panorama general del avance en materia de aseguramiento y respuesta al flujo de migrantes en el Distrito. A continuación, la evolución del aseguramiento en Salud a extranjeros en Cartagena: (Figura 15)

**Figura 15. Extranjeros asegurados en Salud en Cartagena (2017 – 2022)**



Fuente: Elaboración a partir de “Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2022”

Revisando esta información, se evidencia que el aumento en la afiliación de población migrante en la ciudad de Cartagena ha sido la tendencia, un despliegue exponencial de la afiliación que, en una revisión inicial, es el segunda causa fueron los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, entre ellos el principal los que involucran el sistema digestivo y del abdomen, seguidos de los producidos por los sistemas circulatorios y respiratorios. Produciendo esto un impacto significativo en el Sistema de Salud, la administración y prestación de los servicios, resultado de distintas estrategias y campañas de afiliación, caracterización y reconocimiento.

### **Atenciones en salud para el periodo 2017 – 2022**

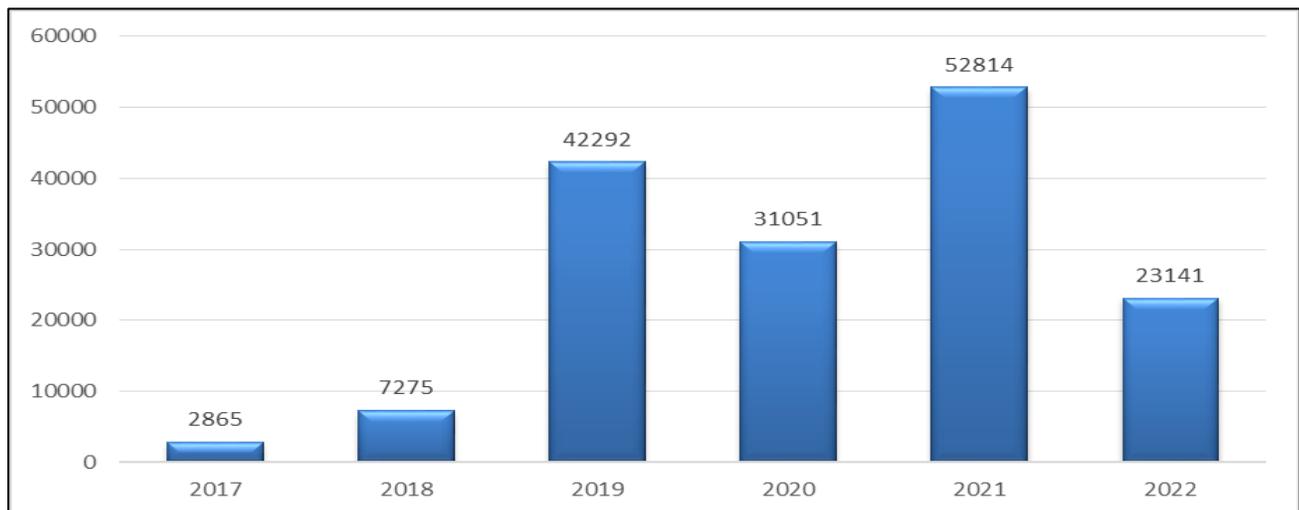
Revisando el reporte de atenciones al Sistema Integral de Información (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección social circular 029, establece que entre el 01 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2022, se registró un total de 69.689 personas extranjeras atendidas en salud en el Distrito de Cartagena, para el 2023 se atendieron un total de 8.128 a corte de 30 de diciembre del año en curso, la principal causa de atención en el

periodo analizado fue generado por la atención de pacientes con Covid-19, forjado en la declaración de la pandemia.

### Consulta externa y Urgencias

Se reportaron en consulta externa y consulta de urgencias para el periodo analizado 159.438 atenciones, las cuales fueron comportándose de manera similar al flujo migrante y de afiliación, con una excepción en el año 2020 donde hubo una disminución significativa en la tendencia de este tipo de atenciones, lo que puede estar relacionado con la coyuntura de la salud pública mundial del año 2020, evidenciándose un aumento significativo para el año 2021. Lo anterior, representado de la siguiente manera. (Figura 16)

**Figura 16.** Atenciones en salud: Consulta externa y Urgencias (2017 – 2022)



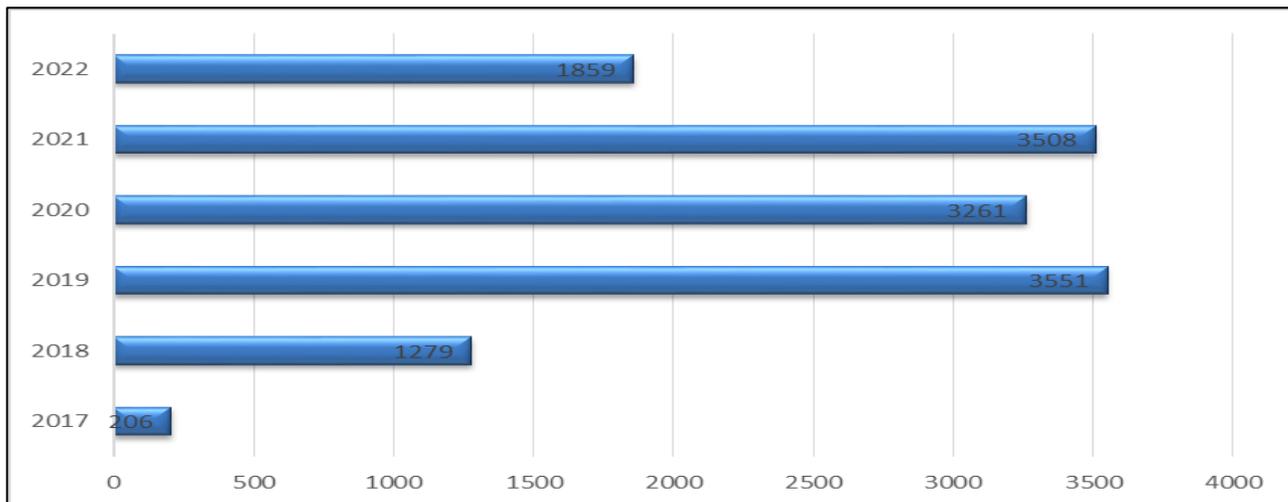
Fuente: Elaboración a partir de "Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2022"

Si bien la tendencia en las atenciones en salud depende exclusivamente de la situación de salud en la población y el manejo general de la salud pública, está para el año 2017 fue el aumento, del valor inicial (2.865 atenciones), al valor promedio desde el año 2019 (37.324 atenciones).

### Hospitalización

Se reportaron para las atenciones a extranjeros en hospitalización 13.664 entre el año 2017 y el año 2022. De los distintos servicios y atenciones en salud, según la tendencia nacional, la hospitalización reporta valores menores a grandes rubros como el de procedimientos en salud y consulta externa; sin embargo, por la esencia de la intervención, es igualmente significativo en el sistema de salud (principalmente para población no asegurada). Ante lo anterior, la Hospitalización de extranjeros en Cartagena desde el año 2017 se ha comportado de la siguiente manera: (Figura 17)

**Figura 17. Atenciones en salud: Hospitalización (2017-2022)**

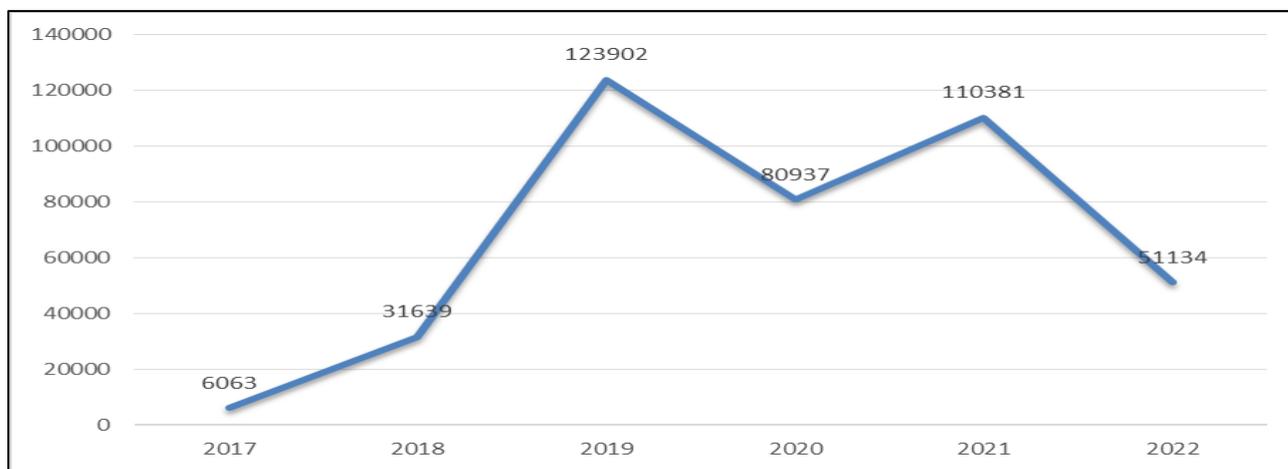


Fuente: Elaboración a partir de "Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2022"

### Procedimientos en salud

Para el periodo analizado, se reportaron 404.056 procedimientos en salud realizados a extranjeros en la ciudad de Cartagena. Este tipo de atención, así como en la tendencia nacional, es aquella que se realiza en mayor magnitud y corresponde a más del 70% de las atenciones a nivel nacional. En este sentido, al ser el tipo de atención más repetitiva es igualmente la que más impacta en el sistema de salud; en el Distrito de Cartagena ha evolucionado desde el año 2017 de la siguiente manera: (figura 18)

**Figura 18. Atenciones en salud: Procedimientos en salud**



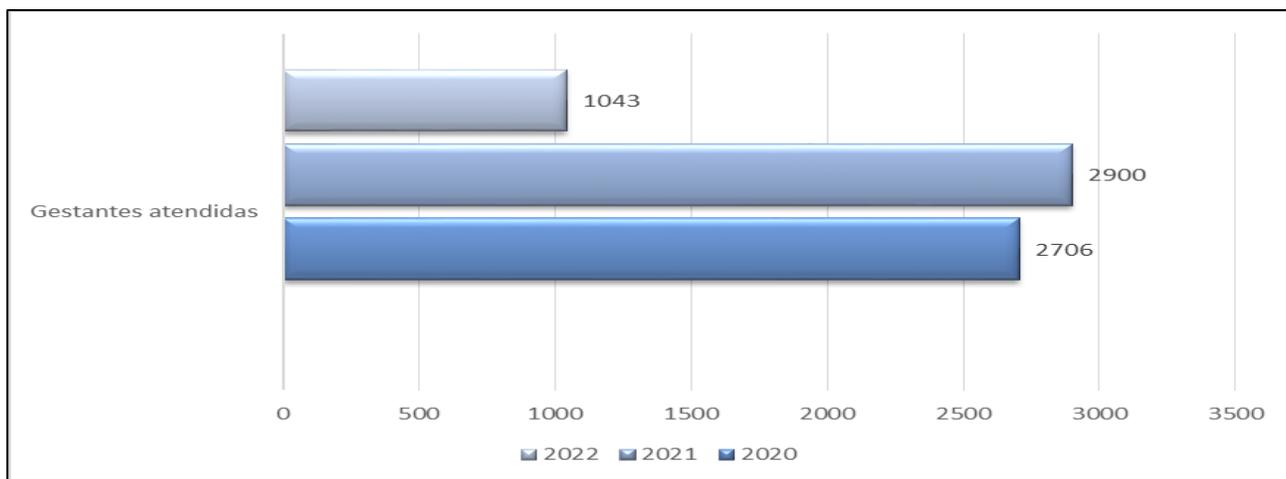
Fuente: Elaboración propia a partir de "Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2022".

### Gestantes atendidas

Frente a la categoría de gestantes atendidas, para el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2022, en Cartagena fueron atendidas en total 6.649 gestantes extranjeras, atenciones que se distribuyeron

en cada año de la siguiente manera: (Figura 19)

**Figura 19.** Gestantes extranjeras atendidas en salud en Cartagena (2020 – 2022).



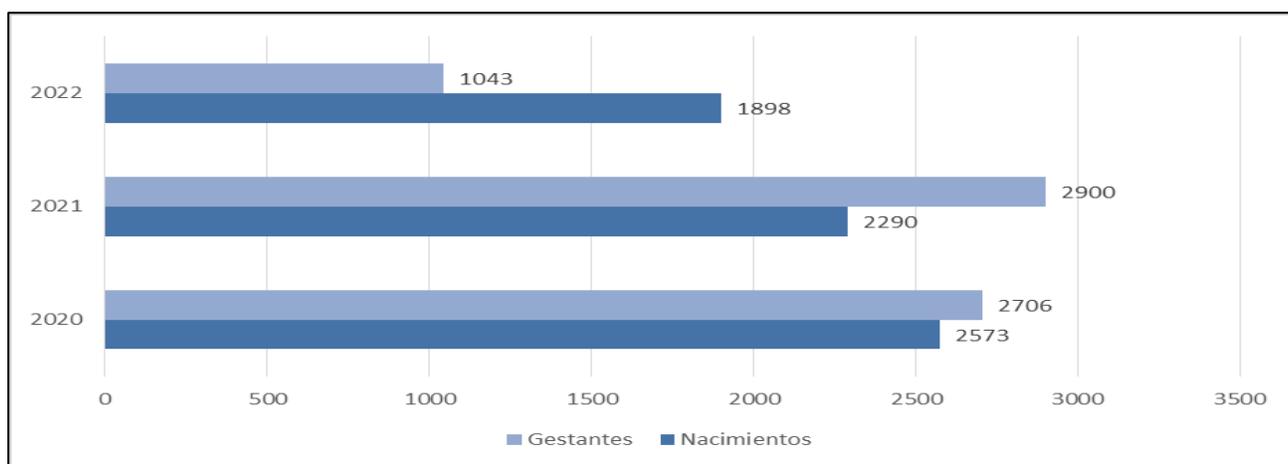
Fuente: Elaboración propia a partir de "Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2022".

### Nacimientos

Continuando en la línea de natalidad, para el periodo entre el 01 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2022 en Cartagena hubo 6.716 nacimientos de hijos de mujeres migrantes procedentes de Venezuela que fueron atendidos en servicios de salud.

Para el año 2022, la razón gestante/nacimientos dio como resultado 1,8 nacimientos por gestante, a diferencia de los años 2021 y 2020 donde el número de gestantes atendidas fue mayor al número de nacimientos con razones de 0,7 y 0,9 nacimientos por gestante respectivamente. (Figura 20)

**Figura 20.** Nacimientos de hijos de mujeres migrantes procedentes de Venezuela atendidos en los servicios de salud frente a las gestantes atendidas – Cartagena de Indias (2020 – 2022)



Fuente: Elaboración a partir de "Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2022".

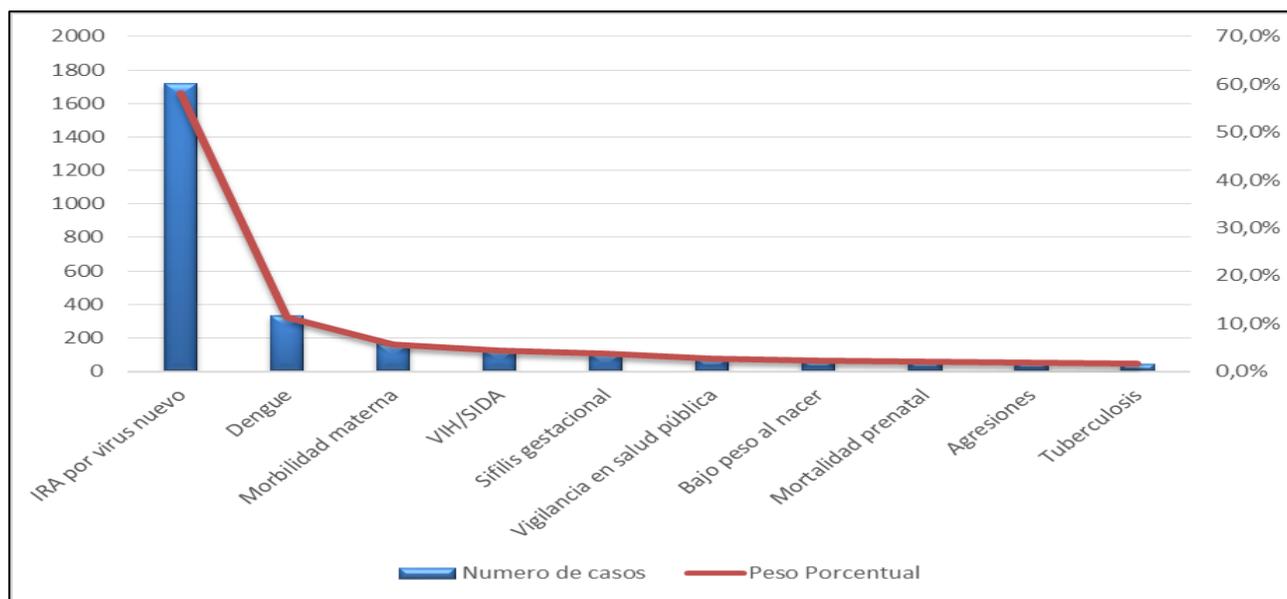
## Vacunación

Según el Análisis de la Situación de Salud de Cartagena (ASIS, 2022)<sup>[1]</sup>, durante los meses de enero a diciembre del año 2021 se aplicaron un total de 14.556 dosis de vacunas en población migrante venezolana para los biológicos: BCG, Hepatitis B, Anti polio inactivada (VIP) parenteral, Polio Oral, Pentavalente DPT – HB – Hib, DPT, DPT a Acelular Pediátrica, Rotavirus, Neumococo conjugada, SRP (Triple viral), SR (doble viral), Fiebre amarilla dosis única, Hepatitis A, Varicela, Toxide tetánico – diftérico de adultos, TDAP Acelular, Influenza, VPH, antirrábica humana pre/post-exposición; para estas inmunizaciones, las dosis aplicadas a población migrante correspondieron aproximadamente al 9,7% del total de inmunizaciones del Distrito.

## Eventos de Interés en Salud pública en población migrante

Según el reporte consolidado en el Análisis a la Situación de Salud de Cartagena (ASIS, 2022), para el año 2021 en Cartagena se reportaron un total de 2.960 casos correspondientes a eventos de interés en salud pública ocurridos en población migrante venezolana, lo cual, comparado con el año anterior, significó un aumento porcentual de 191,1% de los casos. Lo anterior, se distribuyó de la siguiente manera: (Figura 21)

**Figura 21.** Eventos de Interés en salud pública en población migrante – Cartagena de Indias (2021)



Fuente: Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales de Salud 2022 Distrito de Cartagena, DADIS (2022)

## Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV)

El Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV), fue un mecanismo de caracterización de la población migrante en condición irregular con vocación de permanencia, utilizado para la definición de instrumentos de planificación territorial. Lo anterior, permitió describir un contexto temporal específico (comprendiendo que la dinámica territorial y el flujo migrante es volátil y cambiante) e iniciar un proceso de regularización mediante el Decreto 1288 de 2018, "Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos". El RAMV Colombia registró 442.462 migrantes en todo el territorio colombiano, de los cuales 24.395 se encontraban en el Departamento de Bolívar.

Este instrumento, además de una caracterización general, consultó por variables como las garantías de alimentación y

nutrición mínimas para los individuos, mostrándose que, de los registrados, el 37% de los hogares se había quedado sin alimentos en los tres meses previos a la aplicación de instrumento. De la misma manera, el 52% de las madres gestantes no se encontraban consumiendo los suplementos necesarios para su desarrollo. Además, se identificó que el 45% tiene familiares colombianos y el 63% ocupa su misma residencia.

Para el apartado de enfoque diferencial implementado en el instrumento, se identificó que el 7% de la población categorizada pertenece a grupos étnicos Indígenas, afrodescendiente, Raizales o Rrom). Para el apartado salud, se identificó que el 99% de los individuos registrados no se encontraba afiliado al sistema de salud, e igualmente, se identificaron 16.812 enfermedades crónicas<sup>[1]</sup>-

De este grupo de población registrada en el año 2018, el 87% tenía la intención de establecerse en Colombia a largo plazo, lo cual, frente a los bajos indicadores de cobertura en salud presentados por el mismo registro, evidenciaba un reto para el sistema de salud colombiano y su capacidad de adaptación y cobertura a un nuevo e inesperado flujo poblacional.

### **Caracterización de los inmigrantes provenientes de República Bolivariana de Venezuela según su estatus migratorio**

En el marco de la caracterización de la población migrante en Colombia, así como su impacto y relacionamiento con el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social en su Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio (2019), identifica seis (6) grupos de personas que hacen parte de la población migrante procedente de Venezuela, de la siguiente manera: Colombianos retornados con sus familias, Nacionales venezolanos en condición regular, Inmigrantes con Permiso Especial de Permanencia (PEP), Nacionales Venezolanos en situación migratoria pendular, Migrantes irregulares, y Pueblos indígenas en territorios de frontera con República Bolivariana de Venezuela.

Estas categorías, surgen con la intención de desagregar de manera específica las condiciones generales de esta población frente al sistema, así como su estatus y el manejo que se le ha dado al mismo desde la administración pública. Las categorías construidas por el Ministerio consisten en lo siguiente:

- **Colombianos retornados con sus familias:** Esta categoría hace referencia a las personas colombianas que han retornado al país a causa de la situación social, política y económica; tanto por voluntad como aquellos que fueron deportados o expulsados. Para este sector de la población, la afiliación al SGSSS se acoge por el Decreto 2228 de 2017, por medio de la recolección de datos censales, función a cargo de las entidades territoriales. Sumado a esto, para los casos en los cuales no se utilice esta herramienta, la población colombiana retornada con sus familias puede solicitar la aplicación de la encuesta SISBEN para demostrar si pueden ser beneficiarias del régimen subsidiado.
- **Nacionales venezolanos en condición regular:** Para esta categoría, se hace referencia a la población de nacionalidad venezolana que ingresó de forma regular a Colombia por medio de los puestos de control fronterizos y en pleno uso de la normatividad vigente, ante lo cual, aplica todo el marco normativo para migrantes residentes en Colombia, amparada por una robusta cobertura normativa y jurisprudencial.
- **Inmigrantes con Permiso Especial de Permanencia (PEP):** Este sector, corresponde a las personas que, aun cuando ingresaron de manera regular a Colombia, sobrepasaron los plazos normativos de permanencia, y solicitaron este permiso para continuar habitando el territorio. Por la normativa vigente, los venezolanos migrantes portadores del PEP, al igual que los migrantes en condición regular, son considerados residentes y pueden afiliarse al SGSSS, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, dependiendo de sus condiciones de vida.
- **Nacionales Venezolanos en situación migratoria pendular:** Para esta categoría, se hace referencia a las personas que portan la Tarjeta de Movilidad Fronteriza, la cual autoriza el tránsito fronterizo para nacionales venezolanos que requieran transitar las zonas definidas en la normativa. Lo anterior, sin la intención de establecerse o desarrollar actividades que exijan visa.
- **Migrantes Irregulares:** La población identificada en esta categoría, cobija a todas las personas provenientes de República Bolivariana de Venezuela que ingresan al país sin los requisitos normativos exigidos por la autoridad

migratoria. En este sentido, este sector poblacional no cuenta con un documento válido de identificación que permita su aseguramiento en el SGSSS. Esta población, conforme lo mencionado por MSPS (2019), significa uno de los mayores retos ante la temática salud y migración.

- **Pueblos indígenas en territorios de frontera con República Bolivariana de Venezuela:** Esta categoría reconoce a los grupos indígenas que habitan en territorios de República Bolivariana de Venezuela y Colombia, los cuales, debido a sus características territoriales y culturales, requieren un abordaje diferencial que reconozca sus necesidades y disminuya las tensiones propias del fenómeno migratorio.

### Contexto de Enfoque Migratoria.

Durante las próximas décadas, la migración intra e interregional se consolidará como reto emergente de desarrollo en América Latina y el Caribe. Hoy en día, un 20 % de los migrantes se concentra en las 20 áreas metropolitanas más grandes del mundo, incluidas algunas ciudades latinoamericanas. 272 millones de personas son migrantes internacionales que se mueven alrededor del mundo, ya sea como consecuencia de conflictos sociales y armados, la migración aspiracional en búsqueda de un mejor porvenir, especialmente por trabajo o estudios o por fenómenos vinculados con el cambio climático. Los migrantes tienden a asentarse en países de ingreso medio, y se concentran en áreas que ya presentan grandes brechas de desarrollo y de inclusión y cuyas condiciones de vida son aún vulnerables. Los flujos migratorios repentinos y de gran volumen suponen una presión sobre servicios públicos, las cuentas fiscales y mercados laborales, que pueden llegar a crear tensiones sociales e incluso políticas. Sin embargo, si se aborda adecuadamente y con la urgencia necesaria, estas crisis podrían contribuir a entender y afrontar los principales retos de desarrollo de la región con un nuevo lente. Nuevos idiomas, nuevas costumbres, nuevas maneras de utilizar el espacio público, nueva gastronomía, nuevas habilidades para el trabajo, nuevos modelos de negocio que se incorporan al quehacer diario de nuestras ciudades. En este contexto, los núcleos urbanos tienen el desafío de tornarse más flexibles, buscando mecanismos para adaptarse, responder, organizarse y resistir nuevas presiones externas e internas, propias de un continente en flujo. Atributos urbanos como la reversibilidad, la porosidad de su infraestructura y las instituciones resultan críticos para una forma más sostenible de desarrollo de las ciudades. Crear o implementar políticas e inversiones innovadoras para la integración de los migrantes a sus comunidades receptoras en ciudades que históricamente han enfrentado grandes retos en materia de provisión de servicios básicos, sociales y económicos, puede generar estrategias de desarrollo nuevas, más eficaces e incluyentes para todos. Desde esta perspectiva, la gestión segura, ordenada y regular de la migración podría abrir paso a ciudades más resilientes, más innovadoras, más universales y mejor preparadas, con servicios más eficaces, equitativos y accesibles para comunidades vulnerables.

Los seres humanos atraviesan las geografías de nuestro planeta en escalas sin precedentes. Sin embargo, la migración y otras formas de dislocación siempre han existido. De hecho, en términos históricos, las grandes ciudades del mundo han sido “hechas” por los migrantes, por sus aspiraciones y su intención de construir una vida mejor. Los migrantes son cruciales para las ciudades y las ciudades son cruciales para los migrantes; las ciudades amortiguan la llegada de los migrantes al nuevo mundo. Las ciudades facilitan la disolución de identidades y se convierten en los armazones que conducen a la formación de nuevas comunidades. En última instancia, habrán de ser las ciudades las que se ocupen de estabilizar esa sensación de flujo que hoy experimentamos. Reconocer y equilibrar la energía y el impulso que aportan los migrantes será una tarea crucial para definir el futuro de las ciudades, como así también el de la vida sobre el planeta en términos más generales. No obstante, los migrantes suelen ser percibidos como un peligro. Dicha percepción a menudo está ligada a la tasa de migración y a la escala temporal en la que se imagina que tiene lugar. En tal sentido, la percepción de peligro es similar al modo en que las ciudades se preparan para hacer frente a desastres naturales futuros, sean lentos o rápidos. En el caso de los desastres naturales, no es posible evitar la escala temporal y es preciso tomarla en consideración cuando se imaginan y se anticipan las condiciones previstas. De manera similar, la migración, cuando se la examina en una escala temporal, ofrece distintas formas nuevas de re-examinar asuntos relacionados al impacto que tiene sobre las ciudades. Las comunidades de las ciudades tienden a absorber con mucha más facilidad una afluencia gradual y sostenida de migrantes, sin importar estos vengan impulsados por factores políticos o que sean refugiados climáticos. Pero el rápido influjo de miles de refugiados en un corto período de tiempo genera reacciones más severas por parte de la comunidad existente, y los migrantes son vistos como una amenaza para los propios recursos de la comunidad, a menudo escasos. ¿De qué manera, entonces, las comunidades y por extensión, las ciudades gestionan y modulan sus

sistemas urbanos, y la propia forma de la ciudad, para poder hacer frente a este influjo? Esa se convierte en una pregunta crítica. Por otra parte, ¿de qué manera una comunidad o una ciudad se anticipan a estas formas de influjo? ¿Pueden estar preparadas, aunque nunca tengan ningún tipo de control sobre la tasa o el momento de ocurrencia de dicho influjo? Un modo de abordar estas preguntas es imaginar la forma física de las ciudades como una condición elástica. En otras palabras, considerar la capacidad que la comunidad o la ciudad tienen de ajustarse o de ser lo suficientemente flexibles y “elásticas” como para acomodar estos influjos externos. Dicha aproximación tiene distintas implicancias físicas, sociales, económicas y políticas. Si pensamos la migración como una huella, como una marca, un objeto, o la indicación de la existencia o el desfallecimiento de algo, establecemos un nuevo marco conceptual. En el aquí y ahora, esto significa no sentirnos amenazados por la permanencia de los impactos migratorios, sino adoptar una nueva capacidad de tratarlos de una manera distinta y positiva, en el marco de una condición donde la migración sea vista como una oportunidad y una posibilidad real, capaz de producir impactos positivos en las ciudades.

El denominado subsistema migratorio de la región es lo que se conoce como los Países Andinos. Entre 1980 y 2010 este sistema tenía a Colombia como epicentro emisor y Venezuela y Ecuador como contextos históricos de acogida. En el último decenio el rol de Venezuela, gran receptor neto de la migración de origen colombiano y de otros países del Caribe y Sudamérica se ha revertido. Como hemos visto Venezuela es el principal emisor de población en la actualidad, lo que deja a Colombia como receptor neto de población. En este caso, por muchos años Venezuela fue un país receptor importante y Colombia el expulsor central debido al conflicto armado interno. Más cerca en el tiempo, y como consecuencia de la inestabilidad social, política y económica que comenzó a atravesar Venezuela, su papel como país receptor se ha revertido, convirtiéndose en el principal país de expulsión de personas de la zona. Dentro de este subsistema destacan las dinámicas migratorias de Colombia, un país que ha dejado de ser origen de migrantes y de desplazamientos internos, para ser un país que recibe migrantes y retornados, sobre todo desde Venezuela. La amplia mayoría de la migración reciente es de origen venezolano, o retornados colombianos y sus familias. Esto se muestra claramente en las variaciones de población intercental, pasando de representar cerca del 35 % de la población migrante en el año 2005, a aproximadamente 78 % en el 2018.

En cuanto a la distribución de dicha población migrante, la mayoría se ha concentrado históricamente en la ciudad de Bogotá, y en los departamentos limítrofes con Venezuela, desde Atlántico hasta Arauca. La población inmigrada es particularmente joven. En cuanto al perfil educativo, en Bogotá los inmigrantes recientes extranjeros y retornados muestran un perfil altamente calificado, mientras que en los departamentos de la costa Atlántico la proporción de población con estudios terciarios es menor. La migración venezolana ha tenido diferentes oleadas, desde una primera más de tipo económico, con profesionales, emprendedores; a este último periodo de población en situación de pobreza y con alto nivel de ayuda humanitaria. Un punto fundamental en la regularización migratoria de esta población son los Permisos Especiales de Permanencia (PEP), y los Permisos Protección Temporal (PPT), los cuales permiten ejercer cualquier actividad u ocupación legal en el país. Si bien estos permisos es un paso importante se deben crear políticas públicas que ayuden a fortalecer y robustecer el fenómeno migratorio, como por ejemplo mejorar la empleabilidad, esta presenta algunas dificultades, ya que su legitimidad es visualizada como precaria y no siempre es utilizada por el empleador. Desde los gobiernos locales se han trabajado algunas acciones específicas. La Alcaldía de Cartagena empezó en el año 2020 a trabajar con servicios específicos para migrantes, como el Centro Intégrate de Apoyo al Migrante, servicios de acogida temporal, con campañas de sensibilización, ofertas emprendimiento, educativos, procesos de vinculación y afiliación al sistema de salud, además de sensibilización y gestiones migratorias entre otros. A su vez, la sociedad civil, la Iglesia y los organismos internacionales cumplen un rol fundamental de la recepción a la disuasión y políticas frente a la población venezolana.

### **1.2.7. Población Campesina**

En 2021 se inició la recolección con los nuevos lineamientos e instrumentos definidos en su rediseño. Una de las mejoras aplicadas a la GEIH dentro del proceso de rediseño fue la actualización del marco muestral a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2018, además esta nueva metodología incluyó dentro de sus objetivos el de promover la visibilidad estadística de grupos poblacionales priorizados que han sido históricamente discriminados y no visibles en la información estadística oficial. Para la inclusión de esta nueva población de interés, se identifica como campesino a aquella persona que subjetivamente se considera como campesino(a) y que adicionalmente vive en una comunidad campesina.

El presente boletín se construyó con la información de la GEIH marco 2018. A partir del trimestre móvil febrero - abril de 2023, el cálculo de prevalencia de la población campesina se realiza con la información de la población en edad de trabajar, la cual corresponde a la población de 15 años y más.

En el trimestre móvil noviembre 2023 - enero de 2024, el total de la población de 15 años y más que se identificó subjetivamente como campesina fue de 11.411 mil personas para el total nacional. El 13,3% de la población de 15 años y más que reside en cabeceras son campesinos, equivalente a 4.179 mil personas. El 85,2% de esta población que se encuentra ubicada en centros poblados y rural disperso son campesinos (7.232 mil personas), frente al 14,6% que no se consideran campesinos (1.234 mil personas). (Tabla 38)

Distribución según dominio geográfico de la población de 15 años y más que se identifica como campesina y no campesina  
Total Cabeceras y Centros poblados y rural disperso Trimestre móvil noviembre 2023 - enero 2024 Dominio Proporción %  
Campesina No Campesina Cabeceras 13,3 85,8 Centros poblados y rural disperso 85,2 14,6.

**Tabla 38.** Distribución según dominio geográfico de la población de 15 años y más que se identifica como campesina y no, Total Cabeceras y Centros poblados y rural disperso Trimestre móvil noviembre 2023 - enero 2024 Dominio Proporción %

Dominio	Proporción %	
	Campesina	No Campesina
<b>Cabeceras</b>	13,3	85,8
<b>Centros poblados y rural disperso</b>	85,2	14,6

Fuente: DANE, GEIH. Nota: datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018. Nota: la distribución porcentual de la población puede diferir del 100% por la no inclusión de la categoría "No informa".

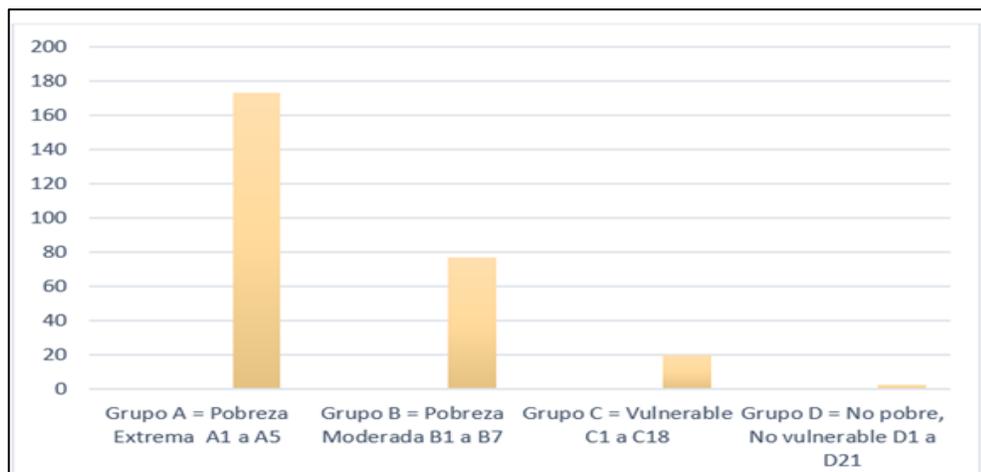
En el trimestre móvil noviembre 2023 - enero de 2024, los indicadores del mercado laboral para la población campesina presentaron la siguiente dinámica: la tasa global de participación fue de 60,6% mostrando una diferencia de -4,4 p.p. respecto a la población no campesina, la tasa de ocupación fue del 55,4% representando una diferencia de -2,3 p.p. comparado con la población no campesina. Por su parte, la tasa de desocupación fue 8,6% presentando una diferencia de -2,6 p.p. con respecto a la población no campesina.

**Tabla 39.** Tasa global de participación, tasa de ocupación y tasa de desocupación para la población campesina y no campesina Total nacional Trimestre móvil noviembre 2023 - enero 2024

Indicadores	Tasas		
	Campesina	No campesina	Diferencia p.p.
<b>TGP</b>	60,6	65,0	-4,4
<b>TO</b>	55,4	57,7	-2,3
<b>TD</b>	8,6	11,3	-2,6

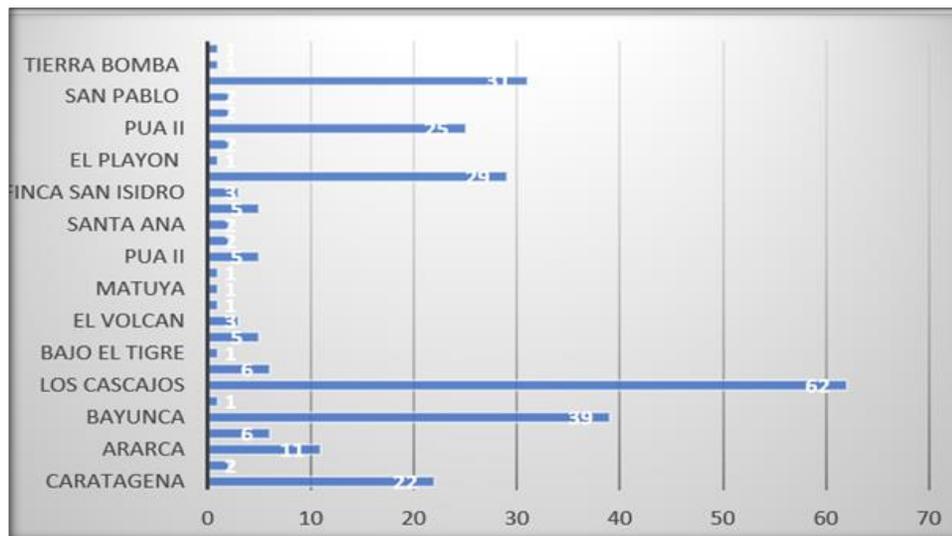
Fuente: DANE, GEIH. p.p.: puntos porcentuales Nota: datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018. Nota: cifras aproximadas a un decimal. Por efecto del redondeo las diferencias pueden diferir ligeramente

Teniendo en cuenta la caracterización de la población campesina realizada por la UMATA en el Distrito permite ver resultados como las principales veredas donde se encuentran ubicados, el nivel socioeconómico y la clasificación por sexo, para un total de 272 familias campesinas caracterizadas. (Figura 22 - 23)

**Figura 22.** Clasificación socioeconómica de campesinos en el Distrito de Cartagena de Indias

Fuente: UMATA – Cartagena de Indias 2023

**Figura 23.** Distribución de población Campesina en el Distrito de Cartagena



Fuente: UMATA – Cartagena de Indias 2023

### 1.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD

El Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), en colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), ha puesto en marcha acciones para abordar los determinantes sociales de la salud en el territorio y promover la intersectorialidad. Una de estas acciones incluye la realización de jornadas de pre-registro y atención integral dirigidas a niños, niñas, adolescentes, jóvenes migrantes y sus familias en Cartagena.

En total, se ha logrado atender a 664 personas durante estas jornadas, lo que refleja un esfuerzo significativo para llegar a las poblaciones más vulnerables y proporcionarles los servicios necesarios para su bienestar.

Además, se destaca el fortalecimiento interinstitucional del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) con la colaboración de diversas entidades, incluyendo la Institución Educativa Las Gaviotas, Migración Colombia, el Club de Leones Cartagena Crespo, la Policía de Infancia y Adolescencia, y el convenio entre Colgate e ICBF. Esta colaboración entre diferentes actores demuestra un enfoque integral y coordinado para abordar las necesidades de la población migrante y sus familias en Cartagena. Estas acciones conjuntas entre el DADIS, el ICBF y otras instituciones son esenciales para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones más vulnerables en Cartagena, abordando los determinantes sociales de la salud y promoviendo la colaboración intersectorial.

La articulación entre el Departamento Administrativo de Salud y otras entidades gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil es fundamental para promover la salud y el bienestar integral de la población. En este contexto, se observa una serie de acciones coordinadas que abordan diversas áreas de atención y prevención:

**Activación de rutas para la atención en salud y desarrollo de habilidades de adolescentes y jóvenes:** Se han establecido alianzas entre el Departamento Administrativo de Salud y otras entidades para implementar rutas de atención en salud y promover el desarrollo de habilidades en adolescentes y jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA). Estas acciones incluyen la capacitación en emprendimiento, proyecto de vida, participación comunitaria, autocuidado, estilos de vida saludable y salud sexual y reproductiva, lo que contribuye al bienestar integral de esta población.

**Prevención de violencia de género:** Se evidencia una colaboración entre el Departamento Administrativo de Salud, la Secretaría de Participación y Desarrollo Social y su Oficina de Asuntos para la Mujer en la realización de talleres de

prevención de violencia de género. Estos talleres incluyen la socialización de conceptos clave, ejercicios lúdico-pedagógicos y análisis de casos para capacitar a los participantes en las rutas de atención y prevención de violencias basadas en género.

**La Promoción de la equidad de género y empoderamiento de mujeres líderes:** Se llevan a cabo talleres sobre equidad de género en colaboración con organizaciones como Nutresa, USAID y la Secretaría de Participación y Desarrollo Social, específicamente su Oficina de Asuntos para la Mujer. Estos talleres buscan promover la equidad de género, empoderar a las mujeres líderes y combatir la violencia basada en género, lo que contribuye a crear un entorno seguro y equitativo para todas las mujeres del Distrito.

Estas acciones muestran una articulación efectiva entre el Departamento Administrativo de Salud y otras entidades para abordar diversas necesidades de salud y bienestar en la población, incluyendo la atención integral de adolescentes y jóvenes, la prevención de violencia de género y la promoción de la equidad de género.

La articulación tiene como objetivo principal la protección y el fortalecimiento del potencial humano de las personas en contextos de vulnerabilidad social, especialmente aquellas en situación de discapacidad, así como sus familias y cuidadores. Esta colaboración se enmarca dentro de una gestión social integral y articulada para promover la equiparación de oportunidades en diversos aspectos de la vida, tales como educación, salud, protección social, productividad y cultura, como Protección de las personas en situación de discapacidad: Ambas entidades trabajan de manera coordinada para garantizar la protección y el bienestar de las personas en situación de discapacidad, desarrollando estrategias y programas que atienden sus necesidades específicas.

**Fortalecimiento del potencial humano:** Se implementan acciones conjuntas destinadas a fortalecer el potencial humano de las personas con discapacidad, así como de sus familias y cuidadores, a través de programas de capacitación, asesoramiento y apoyo psicosocial.

**Equiparación de oportunidades:** Se promueve la equiparación de oportunidades para el desarrollo social de las personas con discapacidad, brindando acceso a servicios de educación, salud, protección social, entre otros, con el fin de garantizar su plena participación en la sociedad.

**Gestión social integral y articulada:** Ambas entidades trabajan de manera integral y articulada, sumando esfuerzos y recursos para abordar de manera efectiva las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias, en línea con los principios de inclusión y equidad. La articulación entre el DADIS y la Secretaría de Participación y Desarrollo Social se enfoca en promover la protección, el bienestar y el desarrollo integral de las personas con discapacidad, así como en garantizar la igualdad de oportunidades para su plena participación en la sociedad.

La articulación entre el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), las empresas administradoras de planes de beneficio, la Universidad Rafael Núñez y diversas entidades como IDER, Fundación Ser Social, ICBF, PES-PR, Secretaría de Participación y Desarrollo Social, Infancia, Juventud, Oficina de Asuntos para la Mujer, Profamilia, Coosalud, Vivir Bien IPS, CURN, Policía de Infancia y Adolescencia, EPS Famisanar de Colombia, tiene como objetivo trabajar de manera conjunta en la prevención de embarazos en la niñez y adolescencia en Cartagena.

El DADIS, desarrolla actividades en instituciones educativas oficiales del distrito para ayudar a los jóvenes y adolescentes a consolidar un proyecto de vida y evitar roles de maternidad o paternidad temprana. Para el 2023 se priorizaron 50 instituciones educativas que registraron casos de menores embarazadas en el año escolar anterior.

El apoyo de la Secretaría de Educación, ha facilitado 35 instituciones educativas donde también se desarrollarán campañas de prevención de violencia basada en género y equidad de género. El DADIS amplió la cobertura a 50 instituciones educativas para continuar con el trabajo realizado en años anteriores.

Este trabajo conjunto cuenta con el apoyo de practicantes de la Universidad Rafael Núñez, quienes abordan temas como proyecto de vida, valores, autoestima, entre otros, con el objetivo de promover una vida sexual segura, sana y responsable entre los estudiantes.

Se capacitan y educan a los estudiantes de los grados 9º, 10º y 11º de las Instituciones Educativas, esta articulación entre diversas entidades y el sector educativo tiene como propósito principal prevenir embarazos en la niñez y adolescencia en Cartagena, promoviendo una vida sexual segura y brindando apoyo integral a los jóvenes y adolescentes en la consolidación de sus proyectos de vida.

Las fuertes alianzas y articulaciones entre las entidades mencionadas reflejan un esfuerzo conjunto para abordar temas cruciales como la prevención del embarazo en adolescentes y la promoción de habilidades auto protectoras en niños, niñas y adolescentes. Algunas de las entidades involucradas en estas actividades incluyen el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar participa en la promoción del bienestar de la niñez y la adolescencia, aportando a programas y acciones dirigidas a prevenir situaciones de riesgo, Coosalud y Mutual Ser: Estas EAPB, pueden ofrecer servicios y programas relacionados con la atención médica y la promoción de la salud sexual y reproductiva, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias: Como proveedor de servicios de salud, esta entidad puede contribuir con la atención médica y la educación en salud sexual y reproductiva, IDER: El Instituto de Deportes y Recreación de Cartagena puede ofrecer programas y actividades recreativas para jóvenes como una alternativa saludable y preventiva, La OIM: La Organización Internacional para las Migraciones puede aportar con programas dirigidos a poblaciones vulnerables, incluyendo migrantes y desplazados, que puedan estar en riesgo de embarazos no deseados, Profamilia: Como una entidad especializada en salud sexual y reproductiva, Profamilia puede ofrecer servicios de orientación y atención integral a adolescentes, Familias en Acción: Esta entidad puede contribuir con programas de apoyo a familias en situación de vulnerabilidad, ofreciendo recursos y orientación para el cuidado de sus hijos, Secretaría de Educación: La Secretaría de Educación puede promover la educación integral en temas de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas del distrito, ES-PR: El Programa de Promoción y Prevención en Salud puede ofrecer estrategias y recursos para la promoción de la salud y la prevención de riesgos, La oficina de Asuntos para la Mujer: Esta oficina puede liderar acciones específicas para promover la equidad de género y prevenir situaciones de violencia basada en género, fundación Julie y Plan Internacional: Estas organizaciones pueden aportar con recursos y programas dirigidos a la protección de la infancia y la adolescencia, corporación Universitaria Rafael Núñez: Como institución educativa, puede contribuir con la formación y capacitación en temas relacionados con la salud y el bienestar, Laboratorio Abbott y EPS Familiar de Colombia: Estas entidades pueden contribuir con recursos y conocimientos especializados en salud y bienestar, AHF: La organización AHF puede ofrecer recursos y programas relacionados con la prevención y el tratamiento del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Policía de Infancia y Adolescencia: Esta institución puede brindar apoyo y orientación en temas de prevención del delito y protección de los derechos de la infancia y la adolescencia. En conjunto, estas entidades pueden ofrecer una amplia gama de servicios, programas y recursos que abordan de manera integral la prevención del embarazo en adolescentes y la promoción del bienestar de niños, niñas y adolescentes en Cartagena. Su colaboración demuestra un compromiso compartido en trabajar hacia un objetivo común de proteger y promover la salud y el bienestar de la población joven.

### **1.3.1. Servicios habilitados IPS**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad integra varios mecanismos que buscan lograr condiciones de calidad óptimas en los servicios de salud que intervengan de manera positiva a los colombianos. Cabe mencionar que en el país para que cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud, ejerza sus servicios, debe cumplir necesariamente con algunos estándares que se convierten en requisitos de habilitación.

Los servicios habilitados que tiene el Distrito de Cartagena que se encuentran en el Registro de Prestadores de Salud, se observa que en el 2022 para apoyo diagnóstico y complementación terapéutica se encuentran un total de 8970 servicios habilitados, mostrando un crecimiento de la red en un 0,03% ( 3 ) servicios más, donde se incluyen entre los cinco primeros los servicios con mayor número de porcentaje como IPS habilitadas con el servicio de consulta externa con una proporción de 51,7% ( 4.638 ), en segundo lugar se ubicaron las IPS habilitadas con el servicio apoyo diagnóstico y complementación terapéutica con un 21,1% (1898 ) del total de IPS habilitadas, en tercer puesto con el servicio de protección específica y detección temprana, representan un 13,1% ( 1181 ), con respecto a las habilitadas con el servicio quirúrgicos se pudo definir que la cantidad de Instituciones prestadoras de servicios que tienen esta asistencia representa un 6,8% ( 616 ) y en quinto lugar se evidenciaron las IPS habilitadas con el servicio de internación estas representan una proporción de 3,2% ( 291).

Al realizar el análisis de números de IPS habilitadas del Grupo de servicio de consulta externa, los tres primeros puestos los ocupan los siguientes servicios: Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general a 6,38% (296), Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería aporta un peso porcentual de 6,19% (287) seguidamente se ubican el Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general que mantienen un 4,85% (225), importante mencionar que la el 68,8% (63) de los servicios que tiene que con la consulta externa se incrementaron en rangos que oscilan entre 2 a 4 servicios. Se denota que Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría se redujo en pasando de 137 en el 2021 a 133 en el 2022 servicio y una reducción de 2,9%.

Con relación a la distribución de números de IPS habilitadas con apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, los tres primeros puestos los ocupan los siguientes servicios: son las IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico quien aporta un peso porcentual de 14,7% (280), seguidamente se ubican las IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia que mantienen un 9,17% (175), y la proporción de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico de 8,5%. (162).

Frente al tema de grupo Servicio de Protección Específica y detección Temprana, se observó que existen un total de 1254, IPS habilitadas entre los primero tres puestos se muestran con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal 8,2% (97) le sigue el IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años), con un porcentaje de 7,9% (94), seguidamente se ubican IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo menor a 10 años con una proporción de 7,3% (87). (Tabla 40).

**Tabla 40. Servicios habilitados IPS, Distrito de Cartagena. 2015-2022.**

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	48	60	69	73	80	91	89	81
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	3	3	3	3	3	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	29	28	28	28	27	27	26	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	53	57	58	60	61	64	65	63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	2	5	5					
	Número de IPS habilitadas con el	25	28	30	30	29	32	34	30



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	servicio de endoscopia digestiva								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	38	37	36	32	32	32	28	28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	101	115	122	135	152	168	175	174
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonología y/o terapia del lenguaje	71	90	99	110	125	139	150	159
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	3	3	3	4	4	7	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	11	13	14	14	15	15	14	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	15	17	17	18	18	19	20	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	93	102	108	108	115	117	121	122
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	3	4	4	5	5	6	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	12	13	16	21	22	22	22	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	13	13	12	12	12	12	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina	2	2	2	2	2	2	3	3



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	nuclear								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	10	10	10	10	13	13	14	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	8	11	15	16	17	19	20	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	14	14	15	14	13	13	14	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	76	80	84	81	80	81	79	77
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	4	4	4	3	3	3	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	128	146	154	154	156	160	163	162
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	89	96	100	101	109	108	107	97
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	2	3	3	3	3	3	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	1	2	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el	53	63	70	77	87	101	115	117



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	servicio de terapia ocupacional								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	61	65	73	79	94	102	107	106
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	84	80	75	71	68	67	66	63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	209	226	237	240	252	264	277	280
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	37	38	41	41	42	43	39	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	31	33	34	33	33	33	32	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	65	68	76	79	82	87	88	87
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	9	9	10	10	11	11	11	11
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	44	51	54	54	61	61	67	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	48	51	53	54	58	64	61	69
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	16	19	20	22	23	26	25	26
	Número de IPS habilitadas con el	12	14	18	20	21	21	23	27

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	servicio de cirugía cardiovascular								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	8	9	11	15	17	19	23	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	13	17	19	21	23	24	28	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	16	17	19	18	22	23	25	28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	14	16	21	23	23	24	28	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	10	10	10	11	11	14	16	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	10	10	15	17	19	20	23	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	66	73	75	73	77	80	86	83
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	10	11	13	12	14	15	17	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	17	22	24	23	29	34	40	42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	20	21	23	21	21	21	20	20
	Número de IPS	12	13	13	11	12	12	14	15

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	habilitadas con el servicio de cirugía oncológica								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	3	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	24	26	31	36	41	43	45	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	26							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	4	5	5	5	5	5	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	22	25	29	28	33	34	39	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	19	20	22	25	28	29	31	30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	12	13	12	13	15	17	21	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	34	46	56	62	67	71	65	62
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	46	49	55	58	64	70	78	78
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología oncológica	6	6	6	6	6	6	6	7
	Número de IPS habilitadas con el	23	25	32	36	42	48	53	55

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	servicio de dolor y cuidados paliativos								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	21	21	25	30	35	42	45	44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	56	56	63	67	66	67	69	71
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	150	168	169	173	193	204	222	225
	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	22	21	24	24	23	25	25	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	74	71	67	64	59	59	58	58
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonaudiología y/o terapia del lenguaje	48	46	44	42	38	38	38	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	34	37	37	38	41	44	57	57
	Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	7	9	12	14	15	17	20	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	4	6	10	10	12	14	16	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	86	93	107	105	107	111	126	126

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	17	17	19	18	18	18	22	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	28	30	32	35	35	35	41	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	6	6	7	6	6	7	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	14	13	12	12	11	11	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	32	37	40	42	44	44	50	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	12	12	11	12	14	14	16	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	53	62	70	72	75	82	82	83
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	3	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	23	26	30	32	34	41	43	45
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	8	8	8	8	11	12	14	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	23	27	36	38	45	52	64	66
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina	208	234	241	244	269	281	293	296

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	general								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	108	120	126	129	144	152	164	169
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2	2	2	2	2	2	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - ayurveda		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	6	6	7	7	8	9	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	3	4	4	2	3	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	2	2	2	2	3	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	4	4	4	4	5	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	28	27	30	30	37	41	46	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	11	11	13	15	19	23	27	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	7	9	13	13	13	14	16	15
	Número de IPS	37	37	44	43	48	49	58	60

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	habilitadas con el servicio de neumología								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	16	15	17	17	16	18	22	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	34	38	39	44	45	45	51	53
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	40	41	51	51	57	63	73	75
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	16	17	23	24	23	30	38	36
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	134	152	157	165	177	186	199	204
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	161	168	178	177	180	180	177	175
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	45	52	57	59	61	62	64	66
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	33	36	40	40	41	45	47	50
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología oncológica	5	5	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	23	23	24	24	23	23	23	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	11	11	11	10	9	9	10	11
	Número de IPS	49	55	64	64	68	73	75	82

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	habilitadas con el servicio de optometría								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	49	52	56	58	60	60	59	63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia infantil	9	9	9	9	9	9	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia oncológica	11	11	12	12	13	14	16	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	8	8	9	9	12	15	19	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	74	78	83	87	93	97	100	103
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	46	49	55	54	60	63	72	70
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	68	72	78	82	101	115	124	131
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	97	107	117	116	124	131	137	133
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	46	48	56	59	61	60	61	63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	173	197	216	230	253	266	281	287
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	45	54	66	69	69	71	79	83
	Número de IPS habilitadas con el	3	3	3	4	4	4	5	5

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	servicio de radioterapia								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	2	2	2	2	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	50	53	59	62	63	63	62	64
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	25	30	34	35	38	40	51	54
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	35	36	34	32	29	29	29	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	63	62	57	56	54	54	53	53
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología	6	7	12	13	13	13	15	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	46	51	57	58	61	64	67	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica	9	9	9	8	8	8	11	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	21	21	19	19	19	19	19	19
<b>INTERNACION</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo	4	6	5	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente	7	8	9	10	10	11	8	8

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	crónico								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	4	5	5	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal		13	13	13	14	15	15	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	23	24	23	21	22	22	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	17	19	18	18	19	19	19	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	13	13	12	12	13	13	14	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	23	24	23	21	22	22	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	4	4	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	17	19	18	18	19	19	19	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	13	13	12	12	13	13	14	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	41	43	45	43	44	44	41	40
	Número de IPS habilitadas con el	29	31	31	29	31	31	29	29

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	servicio de general pediátrica								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	6	8	9	9	9	10	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	3	6	9	11	10	11	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas	2	4	6	9	8	9	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	4	5	11	12	11	11	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	29	30	29	27	26	26	25	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	4	6	5	5	5	5	5	5
<b>NO DEFINIDO</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	7							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			96					
<b>OTROS SERVICIOS</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	1	4	7	8	10	12	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente	17	30	30	32	35	40	36	37

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	agudo								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador	8	12	11	13	12	14	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	23	36	38	41	46	49	43	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas		4	4	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	11	13	15	17	19	19	19	19
<b>PROCESOS</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	38	53		101	105	104	97	93
<b>PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	98	95	90	85	81	80	74	72
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	79	82	93	88	87	88	80	74
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo ( menor a 10 años)	93	99	107	101	103	104	95	87
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones	78	84	97	92	96	97	89	83



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	del desarrollo del joven ( de 10 a 29 años)								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	85	89	98	93	102	101	92	86
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto ( mayor a 45 años)	82	88	99	95	104	106	100	94
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	75	78	86	82	83	84	78	73
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	82	84	90	86	89	90	84	78
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	81	80	76	71	67	66	63	61
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	117	114	109	99	96	94	87	85
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	27	32	38	38	39	39	35	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	17	19	23	27	28	29	27	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	83	88	94	90	91	94	86	79

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	98	101	112	109	110	110	103	97
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	95	102	106	102	101	100	90	85
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	94	93	91	84	78	76	71	69
<b>QUIRURGICOS</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	5	5	7	7	6	7	8	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	9	10	10	11	12	13	14	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	17	17	18	17	18	18	20	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	16	16	16	16	17	19	21	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	12	13	15	15	15	15	17	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	19	19	20	22	22	24	26	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía endovascular neurológica	1	1	1	1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía	15	18	20	23	24	25	28	28

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	gastrointestinal								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	33	35	34	33	34	35	38	40
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	28	30	30	30	31	32	36	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	25	27	27	27	29	31	33	34
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	22	23	24	23	23	23	23	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	21	22	23	23	24	27	27	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	14	14	14	12	12	13	15	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	1	2	2	2	2	2	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	36	37	36	33	32	32	32	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	27	28	29	29	31	31	34	36
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	22	23	24	24	26	26	29	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	22	49	54	50	55	56	63	65



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	5	5	6	6	6	6	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	24	25	26	26	31	32	34	34
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	23	24	26	26	28	30	32	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiológica	13	19	20	19	22	23	25	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	15	15	15	15	16	17	17	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de progenitores hematopoyéticos				1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejido osteomuscular	3	3	3	3	3	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejidos cardiovasculares	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	5	5	5	5	5	6	6	6
<b>TRANSPORTE ASISTENCIAL</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	39	41	44	45	45	47	47	47
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial	31	31	36	36	35	36	35	35

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	medicalizado								
<b>URGENCIAS</b>	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	46	47	48	46	45	45	43	42

Fuente: Dane Bodega de SISPRO de MSPS

Las ambulancias de urgencias deben estar diseñadas especialmente para el transporte y la atención inmediata, de aquellos pacientes cuya vida esté en riesgo cuentan con un equipamiento muy completo que cumple estrictamente con las normas y requerimientos que exige el Distrito de Cartagena las cuales incluyen las necesidades de los pacientes y las del personal médico este servicio tiene una vital importancia al hacerse cargo de ciertas situaciones en donde deberán comprometerse a cumplir una serie de funciones, las cuales se establecen por la ley de salud vigente. El modelo que se viene implementado desde CRUED, busca desarrollar un centro regulador de alto nivel de atención pre hospitalaria, en términos de cobertura territorial, espera abarcar 100% del territorio distrital, tomando como estándar no solo el número de ambulancias por habitantes si no la oportunidad de urgencias y emergencias las cuales se componen de una sucesión de circunstancias favorables que, de producirse, hacen más probable que una persona sobreviva a una situación de emergencia médica.

En el Distrito de Cartagena en el año 2022, se puede evidenciar dentro de los otros indicadores de sistema sanitarios en lo concerniente al sistema de ambulancia que la razón de ambulancias básica es de 0,04 por 1.000 habitantes pasando de 0,17 por 1.000 habitantes; situación que muestra un notable descenso superando más del 70%, la razón de con relación a la ambulancias medicalizadas es de 0,05 por 1.000 habitantes también mostró un razón que desmejora notablemente el indicador con relación a la razón de ambulancias por 1.000 habitantes evidenciada por un descenso de 78% y 0,22 veces menos de lo presentado en el año 2021, la razón para el 2022 fue de 0,05 por 1.000 habitantes referente a las razón de camas de adulto fue de 1,55 por 1000 habitantes, aumentó 13,1% un equivalente de 0,18 puntos cuando se compara con el año inmediatamente anterior, en el tema de camas de cuidado intensivo se evidencia 0,04 por 1000 habitantes, disminuyendo un 78,9%, con relación a la razón de camas cuidados intermedios por 1.000 habitantes muestra un valor de 0,04 por 1000 habitantes, evidenciando un comportamiento que se dirige al descenso con una reducción de 75%. Por último, la razón de camas por 1.000 habitantes ofrece a la población cartagenera una razón de 1,93 lo que denota una condición de favorabilidad cuando se compara con la anterior anualidad ya que pasa de 1,78 a 1,93 camas por 1.000 habitantes.

Para el 2022, se muestra como el desarrollo tecnológico básico, que puede repercutir en la capacidad de acceso y oportunidad al prestar la asistencia desde el primer minuto a las emergencias viene con avances importantes. Es prioritario el tener y mantener una infraestructura que permita contener las condiciones habilitantes de comunicación para instalar una central tecnológica robusta, que permita la operación 24/7 en todo momento y que además cuente con la capacidad de Centro de contacto, que permita monitorizar la gestión de la llamada y de las ambulancias como tal, así como también salvaguardar los datos y las comunicaciones según la normativa vigente. (Tabla 41).

**Tabla 41. Otros Indicadores de sistema sanitario en el Distrito de Cartagena, 2022.**

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes</b>	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,17	0,04
<b>Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes</b>	0,05	0,06	0,05	0,06	0,05	0,05	0,23	0,05
<b>Razón de ambulancias por 1.000 habitantes</b>	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,40	0,09
<b>Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes</b>	1,08	1,04	1,20	1,14	1,21	1,15	1,37	1,55
<b>Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes</b>	0,32	0,33	0,36	0,35	0,34	0,33	0,19	0,04
<b>Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes</b>	0,21	0,22	0,23	0,23	0,24	0,24	0,16	0,04
<b>Razón de camas por 1.000 habitantes</b>	2,43	2,56	2,87	2,97	3,00	2,92	1,78	1,93

Fuente: DANE Bodega de SISPRO de MSPS

### 1.3.2. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Cartagena

La distribución porcentual de los afiliados al sistema de salud en los regímenes contributivo y subsidiado en el Distrito de Cartagena se distribuye de la siguiente manera total general de afiliados: 1,235,785 personas de estas están afiliados al régimen contributivo: 556,230 lo que equivale al 45.01% para el régimen subsidiado: se denotan un total de 679,555 personas esto corresponde a un porcentaje de afiliados al régimen de 54.99%. El régimen subsidiado tiene una mayor proporción de afiliados en comparación con el contributivo, el régimen contributivo, aunque tiene una menor proporción, sigue siendo significativo,

Coosalud es la EPS con mayor número de afiliados en ambos regímenes, contributivo y subsidiado, las EPS Mutual Ser, Nueva EPS y Salud Total también tienen un alto número de afiliados en el régimen contributivo, mientras que Mutual Ser, Coosalud y Cajacopi son las principales EPS en el régimen subsidiado.

La proporción de afiliados al sistema de salud es fundamental para comprender la distribución de los beneficiarios y planificar políticas y servicios de salud adecuados en el Distrito de Cartagena. (Tabla 42)

**Tabla 42.** Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud por EPS en el Distrito de Cartagena.

EPS	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	Total general
ALIANSA SALUD	3		3
CAJACOPI	4627	87342	91969
COMPENSAR	1085	2874	3959
COOSALUD	22238	226577	248815
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	725	10679	11404
FAMISANAR	11062	10776	21838
FERROCARRILES	3774		3774
MUTUAL SER	51434	186073	237507
NUEVA EPS	61543	47372	108915
SALUD TOTAL	212887	70868	283755
SANITAS	91137	14015	105152
SURA	95715	22979	118694
<b>Total general</b>	<b>556230</b>	<b>679555</b>	<b>1235785</b>

Fuente: BDUVA Diciembre 2023

#### 1.4. GOBIERNO Y GOBERNANZA EN EL SECTOR SALUD

La Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, define el Plan Decenal de salud pública 2022-2031, teniendo como pilares, teniendo como pilares: Avanzar en la garantía del derecho fundamental de la salud. Avanzar hacia las mejoras de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes.

La gobernanza se refiere a la capacidad de accionar del gobierno está enmarcado en un Estado social de derecho, estableciendo alianzas, articulaciones, diálogos y mediaciones con los actores sociales, políticos, económicos e institucionales; en éste sentido, se debe identificar la capacidad para formular e implementar políticas públicas que garanticen los derechos individuales y colectivos, aseguren la estabilidad social, política y económica, establezcan acciones gubernamentales efectivas, faciliten los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, además debe proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana para un desarrollo sostenible. (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022).

La gobernanza de acuerdo al plan de desarrollo 2020-2023 “Salvemos Juntos a Cartagena”, se caracterizó por su enfoque participativo, donde se organizó a través de 15 mesas sectoriales en las Unidades Comunereras de Gobierno, 11 especializadas y 9 poblacionales que consultaron a: personas con discapacidad, adultos mayores, mujeres, población LGBTI, trabajadores, jóvenes, etnias, infancia, niñez y adolescencia, de acuerdo con los pilares fijados previamente por el equipo de gobierno. La presentación de la metodología tuvo lugar en el Gran Encuentro Comunal y Ciudadano que se realizó en el Centro de Convenciones el 10 de febrero de 2020. En todo el proceso (mesas, submesas y presentación), participaron 5.118 personas.

## Conclusión

La configuración territorial descrita para el Distrito de Cartagena de Indias y considerando los aspectos ambientales y de salud pública asociada la división del distrito en tres localidades y varias unidades comuneras de gobierno tanto urbanas como rurales proporciona una estructura administrativa que puede facilitar la implementación de políticas y programas de salud específicos para cada área.

Con relación al impacto del cambio climático la evidencia de aumento de la temperatura promedio y el aumento del nivel del mar hasta el año 2100 plantea desafíos significativos en términos de salud pública, especialmente en relación con enfermedades transmitidas por vectores, seguridad alimentaria y disponibilidad de agua potable. Ante los desafíos presentados por el cambio climático y la degradación ambiental, se requieren acciones concretas para adaptarse a estos cambios y mitigar sus impactos en la salud de la población, incluyendo políticas de conservación ambiental, gestión sostenible de recursos naturales y fortalecimiento de la resiliencia comunitaria.

Los cuerpos de agua juegan un papel crucial en la estructura del distrito y su conservación es vital para mantener la integridad ecológica y proporcionar servicios ecosistémicos clave, como la provisión de agua limpia y la protección contra desastres naturales.

La presencia de poblaciones diversas en el distrito requiere enfoques de salud pública inclusivos y culturalmente sensibles, que aborden las necesidades específicas de cada grupo y promuevan la equidad en el acceso a servicios de salud y recursos.

La configuración territorial del Distrito de Cartagena de Indias proporciona un marco importante para abordar los desafíos de salud pública asociados con el cambio climático y la degradación ambiental. Se requiere una acción coordinada a nivel local, regional y nacional para proteger la salud de la población y preservar los recursos naturales para las generaciones futuras.

El impacto ambiental en la salud humana las actividades humanas que afectan la calidad del agua y del aire en áreas como la Ciénaga de la Virgen y la Ciénaga de la Quinta tienen consecuencias directas en la salud de los habitantes locales. La contaminación resultante de estas actividades puede provocar problemas respiratorios, enfermedades transmitidas por el agua y otros riesgos para la salud.

Es crucial implementar medidas correctivas para abordar la contaminación del agua y del aire, así como prevenir futuros daños ambientales. Esto incluye la identificación y mitigación de las fuentes de contaminación, el monitoreo continuo de la calidad del agua y del aire, y la aplicación de políticas y regulaciones ambientales más estrictas.

La participación activa de la comunidad es fundamental para la preservación de los recursos naturales y la promoción de prácticas sostenibles. La sensibilización sobre los riesgos ambientales para la salud y la colaboración en la implementación de soluciones son clave para abordar estos desafíos de manera efectiva.

Se requiere un enfoque integral que aborde tanto la calidad del agua como del aire, así como la gestión de desechos sólidos y líquidos. Esto implica la colaboración entre el gobierno, la industria y la comunidad para implementar medidas de control de contaminación, promover prácticas sostenibles y garantizar el cumplimiento de regulaciones ambientales.

La contaminación ambiental no solo afecta la salud de la población actual, sino que también puede tener consecuencias a largo plazo en términos de salud pública. Es fundamental abordar estos problemas de manera proactiva para garantizar la salud y el bienestar de las generaciones futuras. Daños significativos para la salud pública, incluyendo problemas respiratorios debido a la contaminación del aire, así como enfermedades transmitidas por el agua debido a la contaminación del suministro de agua. Esto destaca la necesidad de medidas efectivas de control ambiental y saneamiento para proteger la salud de la población.

La urbanización y la expansión urbana están contribuyendo al deterioro de los ecosistemas locales, lo que puede tener consecuencias negativas para la biodiversidad y los servicios ecosistémicos. Es crucial implementar estrategias de conservación y gestión sostenible del medio ambiente para proteger estos recursos vitales.

El desarrollo urbano desigual puede resultar en la marginación de comunidades de bajos ingresos, lo que limita su acceso a servicios de salud adecuados y contribuye a disparidades en la salud. Es necesario abordar estas desigualdades sociales para garantizar que todas las comunidades tengan acceso equitativo a servicios de salud y calidad ambiental.

La inseguridad alimentaria, exacerbada por la urbanización y el abandono de la producción agrícola local, presenta riesgos para la salud de la población, incluyendo desnutrición y enfermedades relacionadas con la alimentación. Se requieren estrategias integrales que promuevan la agricultura sostenible, el acceso equitativo a alimentos nutritivos y la educación nutricional para abordar este problema.

Abordar los desafíos de salud pública y ambiental en el Distrito de Cartagena requiere un enfoque integral que involucre a múltiples actores, incluyendo al gobierno, la industria, la comunidad y los expertos en salud y medio ambiente. La colaboración entre estos actores es fundamental para desarrollar e implementar soluciones efectivas y sostenibles

Desplazamiento y vulnerabilidad de comunidades indígenas: El caso del Cabildo Zenú en Membrillar destaca la situación de desplazamiento forzado que enfrentan algunas comunidades étnicas en Cartagena. Este desplazamiento, motivado por amenazas y violencia, impacta negativamente en la salud y el bienestar de estas comunidades, exacerbando su vulnerabilidad social.

A pesar de los desafíos enfrentados por el Cabildo Zenú, su formalización y reconocimiento por parte de las autoridades locales y nacionales son pasos importantes hacia la protección de sus derechos y la preservación de su identidad cultural. Sin embargo, aún persisten desafíos en términos de acceso a servicios de salud y calidad de vida.

Los datos del censo de 2018 revelan que una proporción significativa de la población en el Distrito de Cartagena no se auto-identifica como parte de un grupo étnico. Esto puede indicar una falta de conciencia o reconocimiento de la diversidad étnica dentro de la población, lo que a su vez puede influir en la formulación de políticas de salud culturalmente sensibles y en la provisión de servicios equitativos.

La situación de salud en el distrito de Cartagena se ve influenciada por factores sociales, como el desplazamiento de comunidades indígenas, y por la diversidad étnica de su población. Es fundamental abordar estas cuestiones desde una perspectiva de derechos humanos y equidad, garantizando el acceso igualitario a servicios de salud y promoviendo el respeto y la preservación de la diversidad cultural. Se observa una disminución del 11.5% en el auto-reconocimiento étnico indígena, pasando de 1,469 personas en 2005 a 1,300 en 2018. Esta reducción puede estar influenciada por diversos factores, como la migración, la asimilación cultural y los cambios en la auto-identificación étnica. Se destaca una reducción impresionante del 98.2% en el auto-reconocimiento gitano, pasando de 911 personas en 2005 a solo 16 ciudadanos en 2018. Está marcada disminución puede ser indicativa de cambios en la autopercepción étnica o en la forma en que se registran los datos censales.

El auto-reconocimiento raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia muestra una disminución del 58.8%, pasando de 1,166 personas en 2005 a 480 en 2018. Esta reducción puede estar relacionada con factores como la migración interna y externa, así como cambios en la identidad cultural, reducciones en los auto-reconocimientos de palanquero y negro mulato: Tanto el auto-reconocimiento palanquero como el negro mulato muestran reducciones significativas. El auto-reconocimiento palanquero disminuyó un 35%, pasando de 2,212 personas en 2005 a 1,436 en 2018. Mientras tanto, el auto-reconocimiento negro mulato disminuyó en un 43%, pasando de 315,995 personas en 2005 a 177,985 personas en 2018.

La pirámide poblacional de Cartagena ha pasado de ser expansiva en 2015 a regresiva en 2023-2025, con un claro envejecimiento poblacional. Esto plantea desafíos en términos de la estructura de edades de la población económicamente activa, la demanda de servicios de salud y la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social. Se requieren políticas públicas que aborden estos cambios demográficos.

Cartagena, según el DANE 2020-2035 con proyecciones poblacionales post-Covid-19, registró una población total de 1.052.015 habitantes en el año 2023. Respecto a la proyección del DANE 2018-2026, la población disminuyó en 13.555, equivalente a un 1,27% menos. Esta disminución, además de los efectos de la pandemia de COVID-19, también puede atribuirse a la migración y a la disminución de las tasas de fertilidad. La densidad poblacional es de 1710.4 habitantes por kilómetro cuadrado.

Cartagena muestra una mayor población en la zona urbana, con un grado de urbanización que ha crecido del 81.91% en 2005 al 88.5% en 2022. Esto implica que mientras que el área urbana tiene el 88.54% de la población, solo el 11.46% reside en el área rural. La migración juega un papel importante en el crecimiento urbano, con implicaciones significativas en términos de políticas públicas y concentración de la pobreza en la ciudad.

En conjunto, estos datos resaltan la dinámica demográfica de Cartagena, con un aumento en la población urbana y una pirámide poblacional que refleja cambios en la estructura de edades. Estos factores son fundamentales para comprender y abordar los desafíos de salud pública en la ciudad, incluida la planificación de servicios de salud, la atención a poblaciones vulnerables y la promoción de estilos de vida saludables

La población víctima en Cartagena presenta una distribución diferenciada por género, donde las mujeres representan el 51.6% y los hombres el 47.4%. Además, se identifica una población LGTBI del 1%. Es crucial reconocer que las víctimas del conflicto armado con orientaciones sexuales e identidades de género diversas enfrentan discriminación, estigmatización y persecución, lo que afecta sus proyectos de vida individuales y colectivos. Por tanto, las acciones de reparación integral deben abordar estas condiciones estructurales y promover la inclusión y el respeto a la diversidad.

Respecto al reconocimiento étnico de las víctimas, se observa que del total de personas reconocidas como víctimas según el Registro Único de Víctimas (RUV) del 2015 al 2023, el 68% (1,231) no se reconoce ningún tipo de etnia. El 2.5% (37) corresponden a población indígena, mientras que el 29% (526) son personas de origen negro afrocolombiano. Un pequeño porcentaje del 0.5% está compuesto por gitanos, Palenquero y raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia.

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las diferencias de género, orientación sexual y origen étnico al diseñar políticas y programas de salud pública en Cartagena. Es necesario garantizar la inclusión y la equidad en el acceso a los servicios de salud, así como abordar las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables y marginadas. Además, es esencial promover la sensibilización y la educación en derechos humanos para combatir la discriminación y la exclusión en todas sus formas.

Se identifica la existencia de una población significativa de habitantes de calle en el Distrito de Cartagena, para la cual la Alcaldía ha establecido una Unidad especializada. Esta unidad busca ofrecer orientación técnica, identificar procesos intersectoriales clave y consolidar un sistema de atención integral para esta población vulnerable.

Se observa un aumento significativo en el número de personas migrantes atendidas en los servicios de salud en Cartagena. Para el año 2022, se registraron 16,504 atenciones, lo que representa un aumento del 12.54% respecto al año anterior. Cartagena se posiciona como uno de los municipios con mayor número de migrantes venezolanos, lo que genera una carga presupuestal y de atención en salud considerable.

La mayor frecuencia de atenciones se encuentra en el sexo femenino, lo cual refleja una tendencia similar a nivel nacional. Los principales motivos de consulta están relacionados con síntomas, signos y hallazgos anormales, principalmente en el sistema digestivo y del abdomen, seguidos por problemas circulatorios y respiratorios. Esto representa un desafío significativo para el sistema de salud en términos de administración y prestación de servicios. El análisis de la situación de salud en el Distrito de Cartagena destaca la necesidad de abordar de manera integral las necesidades de las poblaciones más vulnerables, como los habitantes de calle y los migrantes. Se requiere una atención especializada y coordinada, así como recursos adecuados para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y mejorar el

bienestar de toda la comunidad.

Se observa que el régimen subsidiado tiene una mayor proporción de afiliados en comparación con el régimen contributivo. Aunque el régimen contributivo tiene una menor proporción, sigue siendo significativo. Coosalud es la EPS con el mayor número de afiliados en ambos regímenes, seguida por Mutual Ser, Nueva EPS y Salud Total.

La proporción de afiliados al sistema de salud es fundamental para comprender la distribución de los beneficiarios y planificar políticas y servicios de salud adecuados en el Distrito de Cartagena.

Se observa un crecimiento en la red de servicios habilitados en el Distrito de Cartagena, especialmente en servicios como consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, protección específica y detección temprana, servicios quirúrgicos e internación. Esto indica un esfuerzo por mejorar y expandir la oferta de servicios de salud en la región.

La oferta educativa en el Distrito de Cartagena es amplia y diversa, comprendiendo tanto instituciones públicas como privadas. En total, se registran 371 establecimientos educativos en el territorio, incluyendo instituciones públicas y privadas.

El distrito cuenta con 85 establecimientos educativos oficiales, que incluyen 91 sedes adicionales. Además, se tienen 17 establecimientos educativos oficiales con los cuales se celebran contratos para la promoción e implementación de estrategias de desarrollo pedagógico con iglesias y confesiones religiosas, hay 42 establecimientos educativos privados que forman parte del banco de oferentes, además de otros 223 establecimientos educativos privados adicionales. Dentro de los establecimientos oficiales, se ofrecen programas especiales para jóvenes y adultos, como los Ciclos Lectivos Especiales Integrados (CLEI) y modelos educativos flexibles (MEF) para atender a poblaciones específicas, como personas

# 2

Capítulo

**Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales.**

**DADXS**

**¡Unidos por una salud  
digna y humanizada!**

## 2. CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONOMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES

### 2.1. PROCESOS ECONÓMICOS Y CONDICIONES DE TRABAJO DEL TERRITORIO

El macro proceso de Desarrollo Económico se crea con el propósito de dar respuesta al contexto externo de la Administración distrital de Cartagena en materia de desarrollo económico. Las condiciones socioeconómicas del territorio exigen una arquitectura institucional que dé soluciones, por un lado, a los efectos económicos que históricamente se han acumulado en la población producto de la desigualdad social y, por otro lado, para responder de manera inmediata a los efectos económicos de la pandemia. Identificación El Plan de Desarrollo Distrital “Salvemos juntos a Cartagena” contempla una serie de estrategias y programas para enfrentar los impactos económicos acumulados en la población y en el territorio, pero, se es necesario que dentro de la arquitectura institucional y de la operación por procesos de la administración distrital exista una dependencia de Desarrollo Económico que lidere, diseñe, coordine y ejecute las políticas y programas para la promoción del desarrollo económico de la población y del territorio de una manera permanente.

Adicionalmente a esta información de fuente primaria, se consultó información de fuente secundaria que permitiera profundizar sobre la configuración del modelo de procesos. Una de las fuentes consultadas fue el documento de “Política de Desarrollo Económico – Por una Cartagena productiva y con oportunidades para todos”, documento preparado por Urban-Pro y presentado a la Alcaldía de Cartagena de Indias en septiembre de 2019. Este documento contiene una amplia descripción de la situación problemática de las condiciones de productividad, de desarrollo empresarial y de empleo en la ciudad de Cartagena, así como la definición de ejes estratégicos, programas y un plan de inversión y de seguimiento. Material que fue consultado para que sirviera de soporte en la definición del modelo de procesos.

Proceso	Bien / Servicio	Grupo de interés
<b>UNIDAD MUNICIPAL DE ASISTENCIA TÉCNICA AGROPECUARIA - UMATA DE LA SECRETARÍA DE PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL</b>	<b>PROCESOS MISIONALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia técnica agropecuaria</li> <li>Proyectos productivos agrícolas</li> <li>Transferencia de tecnología agrícola</li> </ul>	Familias agrícolas y pesqueras del área rural, urbana e insular
<b>UNIDAD DE PROYECTOS PRODUCTIVOS DE LA SECRETARÍA DE PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción para la creación de nuevas unidades productivas</li> <li>Acompañamiento para la empleabilidad</li> <li>Desarrollo de competencias laborales</li> <li>Promoción del emprendimiento</li> </ul>	Jóvenes con iniciativas de emprendimiento Personas con iniciativas de negocios Personas en informalidad
<b>PROCESO DE DESARROLLO ECONÓMICO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción y fortalecimiento de la inclusión productiva</li> <li>Promoción y fortalecimiento de la competitividad y la innovación</li> </ul>	Personas en desempleo o en la informalidad Empresas de diferente tamaño
<b>PROGRAMA DE EMERGENCIA SOCIAL - PES DE LA SECRETARÍA DE PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la empleabilidad, el emprendimiento y el empresarismo</li> </ul>	Personas en condición de extrema pobreza
<b>OFICINA DE MERCADOS PÚBLICOS DE LA SECRETARÍA GENERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la responsabilidad social y ambiental en las centrales de abastecimiento</li> <li>Seguimiento y control del comportamiento del abastecimiento</li> <li>Seguimiento y control a la infraestructura de abastecimiento</li> </ul>	Pequeños comerciantes de alimentos Comerciantes adjudicatarios y mayoristas

Tabla 42. Identificación General de los procesos de Desarrollo Económico.

PROCESO	DIAGNÓSTICO
Desarrollo inclusivo para el crecimiento económico	<p>El Programa de emergencia social - PES Pedro Romero y la Oficina de proyectos productivos, ambos de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social, adelantan el cumplimiento de metas comunes en materia de desarrollo económico que les dio el Plan de Desarrollo Distrital 2020-2023. Individualmente estas áreas ejecutan servicios de inclusión productiva para la población vulnerable de la ciudad. Es así como adelantan el cumplimiento de metas de empleabilidad, emprendimiento y empresarismo. Por tanto, la experiencia acumulada de estas dos áreas de trabajo permitió definir un esquema de servicios unificado bajo un solo proceso llamado "Desarrollo inclusivo para el crecimiento económico". Cuya concepción busca resolver las desigualdades económicas a partir de un enfoque inclusivo sin perder de vista la premisa del crecimiento económico.</p> <p>Ambas áreas requieren de una identificación de los subprocesos y procedimientos con los que actualmente trabaja. Entonces, se hizo la identificación de la cadena de entrega de los servicios, tanto los actuales, así como los que se desean mejorar, en el marco de las apuestas pendientes por implementar.</p>
Desarrollo rural y abastecimiento alimentario	<p>De igual manera como se hizo con las áreas mencionadas de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social, se trabajó con las áreas de UMATA y la Oficina de Mercados Públicos. Ambas áreas comparten un campo de acción común (desarrollo rural y abastecimiento) pero están distanciadas debido a que pertenecen a dos dependencias de la administración distintas.</p> <p>La UMATA es un área de trabajo ubicada en la Secretaría de Participación y Desarrollo Social, que tienen un mandato superior dado por la Ley 1876 de 2017 bajo el esquema del servicio público de extensión agropecuaria. Por su parte, la Oficina de Mercados Públicos está ubicada en la Secretaría General, creada como un área en respuesta a las necesidades de administración y operación de las Plazas de Mercado de Bazurto y Santa Rita para el abastecimiento alimentario.</p> <p>Ambas áreas requieren de una identificación de los subprocesos y procedimientos con los que actualmente trabaja. Se trabajó la identificación de los servicios actuales y deseados para el mejoramiento de la calidad del proceso, a partir del diseño de las respectivas cadena de entrega.</p>

Tabla 44. Diagnóstico de procesos de Desarrollo Económico

El modelo de procesos que se propone contiene un conjunto de servicios que son la sumatoria de la capacidad instalada y de las oportunidades de mejora en los procesos de línea base. A continuación, se expone el portafolio de servicios que se ofrecen en los procesos misionales.

Proceso de Desarrollo Inclusivo para el crecimiento económico: este proceso tiene como propósito prestar servicios asociados al incremento de la empleabilidad, el emprendimiento y la innovación. Por tanto, los beneficiarios de estos servicios se clasifican como aquellas personas en condición de desempleo o de informalidad, como también aquellas personas que tengan iniciativas de emprendimiento e innovación que puedan ser desarrolladas como unidades productivas para el mejoramiento de los ingresos. El impacto esperado de este proceso en su ejecución es disminuir el desempleo, la informalidad, desarrollar las competencias laborales de los trabajadores y el aumento de la creación de empresas.

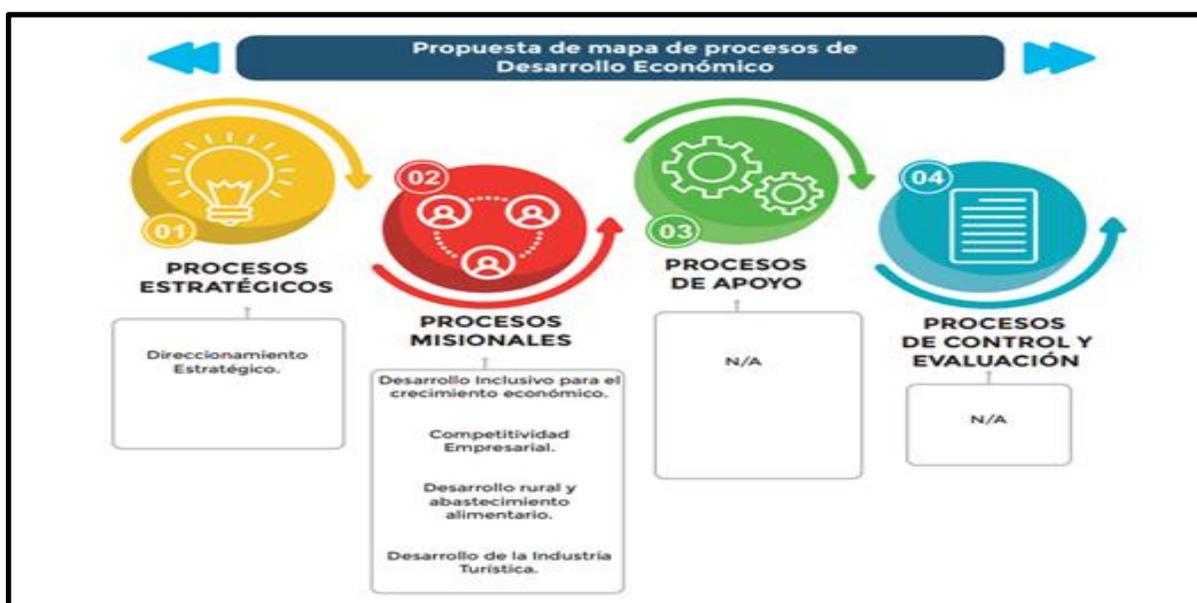
Proceso de competitividad y atracción de inversión: este proceso tiene como objetivo generar mayores capacidades de competitividad de los diversos sectores productivos del territorio, generando también encadenamientos productivos entre unidades productivas de diferente tamaños y servicios; así mismo se busca a través de este proceso la generación de la atracción de la inversión para incrementar el posicionamiento de empresas en el territorio que puedan generar empleabilidad y competitividad. Los beneficiarios de este proceso serían todo el tejido empresarial de Cartagena, desde las grandes empresas hasta las MYPIMES, o famiempresas. Los impactos esperados de este proceso serían el fortalecimiento de las cadenas productivas, así como de la capacidad productiva; y como también la localización de la inversión nacional o extranjera en el territorio.

Desarrollo rural y abastecimiento alimentario: este proceso está representado en dos subprocesos que están encadenados: el subproceso de servicio público de extensión agropecuaria y el sistema de mercados públicos. Entre ambos subprocesos se busca la finalidad de fortalecer la cadena de producción y distribución de productos agrícolas y pesqueros en un sistema de mercados públicos inclusivo, competitivo y sostenible. Los beneficiarios de este proceso son las familias campesinas y pesqueras de las áreas rurales e insulares del Distrito, así como también aquellos comerciantes mayoristas y adjudicatarios del sistema de mercados públicos. El impacto que busca alcanzar este proceso es mejorar los

ingresos de las familias rurales e insulares a través de sistemas productivos agrícolas competitivos, así como también incrementar y controlar los índices de abastecimiento alimentario de la ciudad.

Desarrollo de la industria turística: este proceso tiene como objetivo crear y consolidar el desarrollo integral de la industria del turismo en Cartagena a partir de una serie de servicios de fortalecimiento que involucra a los trabajadores del sector y a las empresas de servicios turísticos, así como también la generación de estrategias para la promoción de la ciudad como destino turístico. Por su parte, también se considera dentro de este proceso la aplicación del marco normativo del turismo sobre las competencias territoriales de inspección, vigilancia y control sobre los servicios turísticos para proteger los derechos de los consumidores. Este mismo proceso busca liderar y dirigir la competencia territorial sobre organización de playas. Los beneficiarios de este proceso serían aquellos trabajadores y empresas formales e informales del sector turismo, como también el turista nacional o extranjero. El impacto buscado por este proceso sería el aumento de la productividad del sector del turismo, la satisfacción del turista nacional o extranjero y la organización adecuada y competitiva de las playas de Cartagena.

**Ilustración 6. Propuesta de mapa de procesos de desarrollo económico**



Con la creación del macro proceso de Desarrollo Económico al interior de la administración distrital, se da el primer paso para construir y consolidar un entorno económico organizado y sostenible para la ciudad de Cartagena. La Alcaldía de Cartagena contaría con una organización enfocada en resolver las inequidades acumuladas en el tiempo que ha provocado el crecimiento económico a través de la inclusión productiva de la población; y al mismo tiempo, en potenciar la productividad y la competitividad de los sectores económicos para crear y mejorar los ingresos de los ciudadanos.

Además de los beneficios que puede impulsar esta organización, crearía las condiciones para ubicar a Cartagena dentro de las ciudades más importantes del Caribe potenciando el sector del turismo y atrayendo capitales nacionales o extranjeros para que se localicen en la ciudad y así aprovechar la mano de obra calificada local. Los impactos que se logren en el desarrollo de las políticas, planes y programas que se proponga esta organización, creará un ambiente económico propicio para que en el largo plazo se construyan alianzas políticas y económicas con los municipios vecinos o con las ciudades del Caribe que traigan beneficios mayores para los cartageneros

### **Trabajo Formal y de economía popular y comunitaria:**

Tomando como referencia las estadísticas publicadas por Fasecolda a la fecha 19 de octubre de 2023, en el Distrito de Cartagena hay 23.320 empresas afiliadas al sistema general de riesgos laborales, las cuales suman 193.604 afiliados como trabajadores dependiente; cómo trabajadores independientes hay 16.882 trabajadores inscritos en el sistema general de riesgos laborales, para un total de 210.486 afiliados en la ciudad de Cartagena Bolívar. Se observa que, el mayor porcentaje de empresas afiliaciones los registra la ARL SURA con un 53.74%, seguida de POSITIVA con un 30.09%, el menor porcentaje corresponden a la ARL ALFA con un 0.11%.

De acuerdo a la última información encontrada en Colombia entre enero y julio de 2023, tuvo en promedio una tasa de desempleo de 10,9%, menor a la registrada en el mismo periodo en 2022, que fue de 12,1%. Esto se traduce en una disminución de 1,2 puntos porcentuales (P.P).

Por su parte, Cartagena registró un promedio de 11,1%, lo que equivale a una reducción de sólo 0,2 P.P. en comparación con lo registrado entre enero y junio de 2022. Es importante considerar el impacto de la desocupación laboral en la salud pública, la falta de empleo puede llevar al incremento del estrés, problemas psicosociales, acceso restringido a los servicios de salud, por la pérdida de ingresos.

Según los datos registrados en Fasecolda en el Distrito de Cartagena Bolívar en lo que va corrido del año 2023 a la fecha 19 de octubre , se han presentado 6.370 accidentes de origen laboral, 192 enfermedades han sido calificadas como de origen laboral, 8 muertes se han ocasionado por consecuencias de trabajo, 4 trabajadores han sido pensionados por accidente de trabajo, por causa de enfermedad laboral 1 para un total de 5, las ARL han realizado pagos de 136 indemnizaciones por accidentes de origen laboral y 169 por enfermedades Laborales lo cual suma 305.

### **Economía popular y comunitaria**

La población trabajadora informal del Distrito de Cartagena carece de la implementación de acciones de promoción de la salud, preventivas y de seguridad en el entorno laboral, los trabajadores informales poseen recursos insuficientes para la compra de elementos de protección personal (EPP), mientras que otros con facilidad de recursos en sus jornadas laborales no incluyen el uso EPP porque desconocen sus ventajas y funcionalidad, lo que predispone a la aparición de accidentes y enfermedades de origen laboral. De igual manera tienen conocimientos insuficientes para identificar los factores de riesgos a los que se exponen frecuentemente durante la ejecución de su actividad economía, además desconocen la importancia de promover un entorno laboral seguro y saludable. Así mismo los trabajadores del sector informal de la economía no poseen claridad sobre los beneficios del acceso y afiliación al sistema general de riesgo laboral (SGRL) y presenta deficientes niveles de ingreso lo que se ve reflejado en dificultades para acceder con facilidad, sumado a lo anterior están expuestos frecuentemente a riesgos que pueden conllevar a accidentes y enfermedades de origen laboral y sin afiliación estas condiciones son tratadas como enfermedades de tipo común en las Institución Prestadora de Salud (IPS). Con respecto a las empresas del sector de la economía formal estas tienen afiliados a sus trabajadores en las Administradoras del Riesgo Laboral (ARL) en algunos casos con deficientes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las macroempresas y microempresas del sector formal de la economía carecen de orientación para realizar el diseño e implementación del sistema de gestión seguridad y salud en el trabajo (SGSST), todos estos factores Contribuyen a tasas de accidentalidad alta en el Distrito de Cartagena.

Así mismo actualmente se tienen 16 millones de vehículos en Colombia; de los cuales 10 millones son motocicletas, la moto es un medio de transporte, y se ha constituido en medio de trabajo bajo la modalidad informal que es usado por los habitantes del Distrito para optimizar tiempo. Además, un vehículo que en nuestro país es muy barato, pero en todas partes del mundo son peligrosas. En el Distrito de Cartagena los pavimentos son de mala calidad, las vías no están finalizadas, existen problemas de iluminación, obstáculos imprevistos, sumado a esto las motocicletas no cumplen con las normas mínimas de seguridad a nivel internacional.

El DATT, presentó un informe ejecutivo de siniestros viales de enero 2022 y 2021. Estas estadísticas revelaron que la gran mayoría de accidentes fatales son muertos o lesionados involucraron a una motocicleta; las personas que perdieron la vida fueron 9, de cada 10 que iban en motocicletas. El informe técnico también reveló que los sitios donde más se presentaron siniestros viales fueron: la avenida Pedro de Heredia, la Transversal 54, entre la Bomba del Amparo y la entrada de El Pozón; y en El Bosque, avenida Crisanto Luque.

En enero de 2022 se presentaron:

- 313 accidentes, de los cuales 118 vehículos involucrados fueron motocicletas.
- 192 víctimas, de las cuales 143 fueron por accidentes de motocicletas.
- 173 heridos, de los cuales 129 fueron por accidentes de motocicletas.
- 15 fallecidos, 14 fueron por accidentes de motocicletas.

Los moto-trabajadores están expuestos no solo a sufrir accidentes de tránsito y accidentes de origen laboral, además de enfermedades, se exponen a altas temperaturas lo cual puede generar enfermedades como el cáncer de piel, golpes de calor, Infecciones respiratorias agudas por los cambios de temperatura entre otros. Teniendo en cuenta lo anterior se requieren de medidas contundentes tendientes a reducir este evento de salud pública y buscar esa visión de salvar vidas en la vía.

Sumado a esto es importante recalcar la exposición a riesgos que pueden afectar la calidad de vida y el bienestar de los trabajadores economía popular del Distrito por tanto se considera prioritario enfocar acciones direccionadas a informar, persuadir, orientar, advertir sobre entornos laborales seguros, saludables con el propósito de prevenir accidentes y enfermedades de origen laboral.

### **Morbilidad y mortalidad por sectores económicos en el Distrito de Cartagena**

Según la referencias consultadas a nivel nacional durante el primer semestre del 2023 se presentaron 274.381 accidentes de trabajo con una tasa de 2,32 eventos por cada 100 trabajadores, siendo mayor con respecto a la tasa registrada en el mismo periodo del 2022 (2,20 accidentes por cada 100 trabajadores). De esta forma, se evidencia que, en promedio, se presentaron 1.524 eventos diarios, lo que refleja un incremento del 9,3 % en el total de accidentes reportados frente al mismo periodo del año anterior. Así las cosas, el indicador continúa con la tendencia al alza que se viene registrando desde el 2020.

En el Distrito de Cartagena de Indias, fecha 19 de octubre de 2023 se han reportado 8 muertes calificadas como de origen laboral, los sectores que en los cuales se presentaron los casos fueron: Atención a la salud humana y de asistencia social 2, construcción 2, inmobiliario 1, transporte y almacenamiento 1, actividades de servicios administrativos y de apoyo 1, otras actividades 1.

Los sectores que aportaron el mayor número de muertes son construcción y atención a la salud humana y de asistencia social.

El total de enfermedades calificadas como laborales son 192, Según los datos consultados los 3 sectores que se destacan con mayor número de casos son: actividades científicas y técnicas con 72, seguido de actividades de atención de la salud humana y de asistencia social 32, finalmente industrias manufactureras, alojamiento y servicio de comida con 23 cada uno.

Enfermedades calificadas como laborales

- De servicios administrativos y de apoyo 6.
- organizaciones y entidades extraterritoriales: 5
- Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado: 2
- Información y comunicaciones: 3
- Comercio al por mayor y al por menor : 2

- Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca: 1
- Inmobiliarias: 1
- Industrias manufactureras: 23
- Educación: 5
- Alojamiento y servicio de comida: 23
- Administración pública y defensa: 7
- Actividades profesionales, actividades científicas y técnicas :76
- Actividades de los hogares en calidad de empleadores: 4
- Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social: 32
- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación: 1.

El sector de industrias manufactureras ha calificado 23 enfermedades de origen laboral. El sector transporte ha tenido un registro de 649 accidentes y muerte calificada como laboral El sector construcción reporta 2 muertos y 902 accidentes calificados Accidentes del sector alojamiento y servicio de comidas 706, con 23 enfermedades calificadas en los siguientes sectores:

### Condiciones Laborales

En el distrito de Cartagena se evidencia una mayor concentración de riesgo en los niveles 1,2 y 3 con un total de 1.413 incidentes y en los niveles más altos 4 y 5 se encuentran 652 incidentes; esto evidencia una prevalencia de riesgos moderados en la economía informal.

De acuerdo al análisis del sector económico y nivel de riesgo, los sectores de la industria manufacturera, construcción registran los mayores niveles de riesgo, con 120 y 86 respectivamente incidentes clasificados en el riesgo 5, este tipo de trabajo presentan un riesgo alto relacionado con el peligro que presenta este tipo de actividad, que por lo general implica manipulación de maquinarias pesadas, exposición a material peligroso, trabajo en altura. Cabe destacar que las actividades: financieras y de seguro, suministro de electricidad, gas, vapores, de alojamientos y servicios de comidas, de los hogares individuales en calidad del empleador, organizaciones y actividades extraterritoriales no se evidencia riesgo 4 y 5.

Los sectores del comercio al por mayor y por menor; actividades profesionales, científicas y técnicas otras actividades de servicio, actividades de atención a la salud humana y de asistencia social tiene un total de 1.452 incidentes distribuidos en todos los niveles de riesgo, el sector económico con mayor incidente de riesgo presenta es el comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas con 350 incidentes.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante la identificación de los riesgos por sectores y su clasificación por niveles, lo cual, es esencial para la implementación de políticas de seguridad laboral efectivas e importante para la asignación de recursos y medidas de protección adecuadas. (Tabla 43)

**Tabla 43. Indicadores de SGRL, Distrito de Cartagena – 2023.**

SECTOR ECONOMICO	Clase de Riesgo					
	1	2	3	4	5	Total general
SECTOR ECONOMICO						
ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, DE ENTRETENIMIENTO Y RECREACIÓN	13	9	26		5	53
ACTIVIDADES DE ALOJAMIENTO Y SERVICIOS DE COMIDA	5	30	31			66

SECTOR ECONOMICO	Clase de Riesgo					
	1	2	3	4	5	Total general
SECTOR ECONOMICO						
ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA Y DE ASISTENCIA SOCIAL	11	24	17	4	8	64
ACTIVIDADES DE LOS HOGARES INDIVIDUALES EN CALIDAD DE EMPLEADORES; ACTIVIDADES NO DIFERENCIADAS DE LOS HOGARES INDIVIDUALES COMO PRODUCTORES DE BIENES Y SERVICIOS PARA USO PROPIO	10		2			12
ACTIVIDADES DE ORGANIZACIONES Y ENTIDADES EXTRATERRITORIALES			1			1
ACTIVIDADES DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y DE APOYO	46	48	12	20	14	140
ACTIVIDADES FINANCIERAS Y DE SEGUROS	73	16				89
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS	13				5	18
ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS	47	21	15	3	15	101
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DEFENSA; PLANES DE SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACIÓN OBLIGATORIA	31	1			9	41
AGRICULTURA, GANADERÍA, CAZA, SILVICULTURA Y PESCA		65	6	7	6	84
COMERCIO AL POR MAYOR Y AL POR MENOR; REPARACIÓN DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES Y MOTOCICLETAS	222	70	29	26	3	350
CONSTRUCCIÓN		2	17	16	86	121
ENSEÑANZA	33	16	1	1		51
EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS			3	1	28	32
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	10	83	182	136	120	531
INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	28	16	24	2		70
OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	37	16	13		5	71
SUMINISTRO DE AGUA, EVACUACIÓN DE AGUAS RESIDUALES, GESTIÓN DE DESECHOS Y DESCONTAMINACIÓN			18	8	6	32
SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS, VAPOR Y AIRE ACONDICIONADO			2	8	8	18
TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO		7	11	83	19	120
<b>Total general</b>	<b>579</b>	<b>424</b>	<b>410</b>	<b>315</b>	<b>337</b>	<b>2065</b>

Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales- Subdirección de Riesgos Laborales del Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de corte febrero del 2024



## Organizaciones del sector Estatal

En Cartagena existen organizaciones sindicales dentro del sector estatal que se mencionan a continuación:

- SINCERPUBLICOLOMBIA: Sindicato de Servicios Públicos de Colombia.
- SINTRAEDCAR: Sindicato de Trabajadores Estatales de Cartagena.
- SINFUNPOLIDISCAR: Sindicato de Funcionarios policivos de distrito de Cartagena.
- SINTRAPROAN: Sindicato de trabajadores de Procuraduría
- SINEMDISCAR: Sindicato de Empleados del distrito de Cartagena
- SINSERPUDISCAR: Sindicatos de Empleados públicos del distrito de Cartagena
- ASOPERCOL: Asociación de Empleados de Personería de Bolívar
- VEJUCA: La Veeduría de la Rama Judicial
- SINDIUPOLIURRURAL:
- SINDIMUJER:
- Sindicato de Trabajadores Contratistas del Sector Público a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Distrital y sus instituciones Centralizadas y Descentralizadas, Empresas Industriales, Comerciales, Empresas Sociales del Estado o Servicios Públicos.
- SINTRACSEP:
- ASOCODISCAR: Asociaciones contratistas del distrito de Cartagena
- SINSERPUSALUD

## Organizaciones del Sector industrial y Hotelero de Cartagena

- SINTRACODEGAN: Sindicato de Trabajadores de Codegan
- SINALTRALAC: Sindicato Nacional de la Industria Alimenticia
- ADEBAN: Asociación de Empleados bancarios
- SINTRAOLIIMPICA: Sindicato de Trabajadores de las Sub Entidades y Droguerías olímpicas.
- HOCAR: Sindicatos de Trabajadores Hoteleros Gastronómico y Similares de Colombia
- CONTRALMIRANTE: Sindicato de Trabajadores Hotel Almirante
- SEMCAMAR: Sindicato de Empleados de Capilla del Mar
- SINTRADECAMERON: Sindicato de Trabajadores Decamerón

## Organizaciones de Economía popular

La mayoría de la población en capacidad de trabajar en el Distrito asume la economía popular, en sus diferentes expresiones, el sector público y privado no satisface mínimamente gran población en capacidad de trabajo.

En cuanto a la economía popular de acuerdo al informe “Cartagena cómo vamos del 2022” Cartagena tiene la tasa de informalidad más alta de las principales capitales del país, con una tasa de 59,9% seguida de Barranquilla que se encuentra en 59,6 %, Cali con 47,3%.

Dentro de la economía popular se encuentran los trabajadores como carperos que son las personas que trabajan en las playas de Bocagrande, El Laguito, Marbella, Crespo y La Boquilla; por lo general cada Carperos tiene a su cargo 4 a 5 personas trabajando (son los que se encargan de limpiar las carpas, sillas, atender a los turistas que llegan a las playas).

En la economía popular se encuentran varias organizaciones, entre las que están:

- ASOCARVIS: Asociación de Carpero y salva Vida los delfines. Esto trabajadores son los que tienen carpas en las playas de Bocagrande, El Laguito, La Boquilla,}.
- ASOCAVA: Asociación Cartagena Vallenata
- ARCITECAR: Asociación de Artistas y Radio; teatro y TV, de Cartagena: Este grupo de personas laboran cuando la ciudad graban películas y actúan como extras en las mismas.

- ASOCOVOL: Asociación Única de Pequeños comerciantes al servicio del turismo en Cartagena de Indias. Estos trabajadores se ubican por la avenida San Martín, Bocagrande, Marbella y son los que venden las artesanías, collares, pulseras.
- ASOVENTUR: Asociación de Vendedores Profesionales de artículos para el Turismo.
- SINDIGAFAS: Sindicato de vendedores de gafas. Este sindicato la mayoría de estas personas son Palenquearas, procedente de Palenques.
- ASOVENMARCRES: Asociación de Vendedores de Marbella y Crespo:
- ASOMIBOL: Vendedores de minutos, este es un sindicato que ha decaído, por lo que hoy en Colombia cada ciudadano posee 1,2 celulares. Lo que quiere decir que hay, en promedio, 65,75 millones de teléfonos móviles para un total. Así lo dio a conocer el informe 'Digital 2022 Global Overview Report'.
- SOINTRACAR: Sociedad Informal de Trabajadores de Cartagena.
- ASOVENFLOSA: Sociedad informal de trabajadores informales de Cartagena.
- SINVECAR: Sindicato de Vendedores Flotantes. Este grupo labora en la venta de flotadores para la playa, piscina.
- ASODEVERCAR: Asociación de vendedores de raspado en Cartagena.
- ASOARTE: Asociación de artistas y teatro
- ASOOSTRAJAICAR: Asociación de Ostreros y Jaiberos de Cartagena.
- SINUCOM: Sindicato Nacional de Comerciantes Menores. Este sindicato Nacional y en Cartagena está la subdirectiva, son los que laboran en los kioscos.
- ASOVENACAF: Asociación de vendedores Ambulantes del castillo San Felipe
- SINTRACEPARC: Asociación de jardineros.

## 2.2. CONDICIONES DE VIDA DEL TERRITORIO

### Equipamiento institucional del sector educativo

#### Número de Establecimientos Educativos Distrito de Cartagena 2023

Para atender la demanda educativa en el territorio. En total, se cuentan 371 establecimientos educativos, incluyendo tanto instituciones públicas como privadas. En cuanto a la oferta pública, el distrito cuenta con 85 establecimientos educativos oficiales, que incluyen 91 sedes adicionales. Además, hay 17 establecimientos educativos oficiales con los cuales se celebran contratos para la promoción e implementación de estrategias de desarrollo pedagógico con iglesias y confesiones religiosas. De estos, las instituciones educativas Hermanos Ramos de la Salle y Pies Descalzos tienen planta docente oficial. En total, hay 42 establecimientos educativos privados que forman parte del banco de oferentes y otros 223 establecimientos educativos privados adicionales.

Es importante destacar que algunas instituciones educativas administradas por confesiones religiosas son consideradas oficiales, pero debido a que la matrícula en estas instituciones es contratada, se han desagregado en este estudio.

De los 85 Establecimientos Educativos con carácter oficial, 42 ofrecen educación para jóvenes y adultos en Ciclos Lectivos Especiales Integrados - CLEI del 2 al 6 - en la jornada nocturna mediante horas extras. Además, 15 de estos establecimientos están implementando Ciclo Lectivo Especial Integrado – CLEI Alfabetización con una planta temporal de 16 docentes financiada con recursos propios. Por otro lado, la administración ha adoptado una planta temporal con 33 docentes financiada también con recursos propios para atender a la población con extra edad, hospitalaria y jóvenes del sistema de responsabilidad penal adolescente, que, sumado a 17 docentes de planta fija, vienen ofertando en 22 establecimientos educativos modelos educativos flexibles – MEF- acorde con las necesidades de cada sede educativa. Adicionalmente, el Distrito cuenta con una Planta de 20 docentes de apoyo para la inclusión a población con discapacidad. La Secretaría de Educación Distrital de Cartagena, como Entidad Territorial Certificada (ETC), opera con una estructura organizativa que consta de una instancia de orden central y cinco Unidades Administrativas Descentralizadas de Educación (UNALDE). Estas UNALDE, ubicadas en Santa Rita, Country, Virgen, Industrial y Rural, están organizadas por localidades y Unidades Comuneras de Gobierno (UCG).

El propósito principal de las UNALDE es brindar acompañamiento y dirección en todos los asuntos relacionados con el sector educativo desde una perspectiva cercana a las comunidades. Su función es coadyuvar con la Secretaría de Educación para atender y responder a las necesidades de los usuarios del Sistema Educativo Distrital en todos sus niveles.

UNALDES	EE Oficiales					Total EE Oficiales	Total EE del Banco Oferentes	Total EE Privados	Total general
	Oficial		Confesiones		Régimen Especial				
	Prin- cipal	Sedes	Prin- cipal	Sedes					
<b>Rural</b>	20	16	1	0	0	21	2	11	34
<b>Santa Rita</b>	7	17	3	0	1	11	1	41	53
<b>De la virgen</b>	28	22	3	2	0	31	13	38	82
<b>Country</b>	12	15	1	0	1	14	6	46	66
<b>Industrial</b>	18	21	9	8	2	29	20	87	136
<b>TOTAL</b>	85	91	17	10	4	106	42	223	371

Fuente:SIMAT, corte 31 de agosto de mayo de 2023

En el Distrito de Cartagena, se evidencia un deficiente estado y una insuficiente disponibilidad de ambientes de aprendizaje, lo cual afecta la prestación de los servicios educativos a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y mayores. Esta situación se atribuye a diversos factores:

- Ausencia de un plan o programa robusto con acciones a corto, mediano y largo plazo para la reconstrucción, reparación estructural, ampliación de capacidad, mantenimiento preventivo y modernización de ambientes educativos.
- Insuficiente inversión en la adecuación de sedes educativas y poca disponibilidad de predios legalizados para la optimización de la infraestructura educativa.
- Presencia de terceros que ocupan algunas sedes educativas, lo que reduce la oferta educativa oficial en ciertas zonas de la ciudad, especialmente en el Sur Oriente, Sur Occidente y áreas rurales en proceso de expansión urbanística.
- Desconocimiento y poca aplicación de las normativas vigentes en materia de preservación de la infraestructura disponible.
- Falta de sentido de pertenencia y compromiso de los usuarios del servicio educativo frente al uso y cuidado de los bienes públicos.
- Limitaciones en las intervenciones realizadas, como el colapso de las instalaciones eléctricas y el excesivo calor provocado por el cambio climático.
- Generación espontánea de ambientes de aprendizaje en sectores marginales, lo que dificulta el cumplimiento de la normativa vigente y obstaculiza el mejoramiento de la infraestructura educativa.
- Ausencia de un banco de tierras para la ampliación del servicio educativo y falta de suficientes estudios de pre-inversión dirigidos al cubrimiento del déficit de ambientes de aprendizaje.
- Estas problemáticas han generado efectos negativos adicionales, como el deterioro de las sedes educativas, dificultades para la gestión de recursos y la pérdida de imagen de las instituciones educativas oficiales
- Además, ha sido necesario recurrir a la contratación de servicios educativos privados y al arrendamiento de espacios para cubrir la demanda educativa, lo que incrementa los costos del servicio y reduce las oportunidades de solución de las problemáticas.

La población en edad escolar (PEE) para el año 2023 en el Distrito de Cartagena está compuesta por un total de 202,881 niños y jóvenes, lo que representa aproximadamente el 19.0% de la población total. De esta población, el 51.1% son niños y el 48.9% son niñas, según la composición por género.

La PEE abarca a las niñas, niños y adolescentes entre 5 y 16 años, quienes tienen el derecho fundamental de acceder a la educación y, por lo tanto, solicitan cupos en el sector educativo, tanto oficial como no oficial.

Comparativamente, en el año 2022, la PEE ascendía a 202,623 niños y jóvenes, representando aproximadamente el 19.2% de la población total del Distrito.

### **Población diversa**

La caracterización de la población diversa en el sistema educativo del Distrito de Cartagena, según el sistema integrado de matrícula (Simat) a junio de 2023, revela que el 43.7% del total de la población estudiantil se identifica como parte de grupos poblacionales diversos. Estos grupos incluyen la primera infancia, población en extraedad, personas con discapacidad, población culturalmente diversa, jóvenes y adultos, migrantes venezolanos, víctimas del conflicto armado colombiano, personas con trastornos del aprendizaje o del comportamiento, personas con capacidades y/o talentos excepcionales, población vinculada al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), entre otros.

### **Discapacidad**

En el Distrito de Cartagena, la población total con discapacidad asciende a 49,063 personas. Según el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) del DADIS a junio de 2020, hay 17,446 personas registradas con discapacidad, de las cuales 3,365 están vinculadas al sistema educativo hasta junio de 2023 y están en proceso de certificación según la Resolución 1239 de 2022.

La normatividad colombiana reconoce siete categorías de discapacidad, definidas en el Anexo Técnico de la Resolución 113 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. Estas categorías son: discapacidad intelectual, discapacidad física, discapacidad visual, discapacidad psicosocial, sordo ceguera, discapacidad auditiva y discapacidad múltiple.

### **Víctimas**

Según las cifras oficiales de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en Cartagena de Indias, hay 90,000 víctimas registradas y 160,000 inscritas en el subregistro. Del total de personas registradas, el 16.6% (14,981) corresponde a población matriculada en el sistema educativo. Esto resalta la necesidad de continuar avanzando en la implementación de medidas contempladas en la Ley 1448 de 2011 para la atención educativa de personas víctimas del conflicto armado en los establecimientos educativos oficiales en los niveles de preescolar, básica y media, así como la flexibilización de requisitos para el acceso a la educación.

Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenquero

En cuanto a la población NARP (Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenquero), según datos del DANE del 2018, indica que 2,982,224 personas se auto reconocen dentro de estos grupos étnicos. Sin embargo, se observa una reducción considerable del autor reconocimiento de la población NARP, que disminuyó en un 30.8%. En el Departamento de Bolívar, el reconocimiento de la población NARP es de 319,396 personas.

En Cartagena, 12,696 estudiantes matriculados en las instituciones educativas oficiales del distrito se reconocen como afrocolombianos, lo que representa el 26% de la población matriculada en Cartagena según la información proporcionada por el SIMAT a abril de 2023. Esto destaca la importancia de abordar las necesidades y promover la inclusión de la población afrocolombiana en el sistema educativo. Se brinda servicio educativo en la jornada nocturna en 42 establecimientos educativos, tanto urbanos como rurales, beneficiando a personas iletradas o que han abandonado sus estudios y desean reintegrarse al sistema escolar.

## Migrantes

Durante el período de 2014 a 2020, se ha observado un crecimiento continuo en el número total de migrantes procedentes de Venezuela. La variación anual promedio de esta población ha sido del 80.6%, con el mayor aumento registrado entre 2017 y 2018, alcanzando una variación del 167.5%. Para el año 2020, el total de migrantes de Venezuela llegó a 2.26 millones de personas.

Sin embargo, en el caso de los migrantes recientes, es decir, aquellos que han migrado hace menos de 12 meses, se ha evidenciado una notable disminución en comparación con el año anterior. Entre los hombres, el número de migrantes recientes disminuyó de 373 mil personas en 2019 a 164 mil personas en 2020, lo que representa una disminución del 56.0%. En cuanto a las mujeres, la cifra pasó de 395 mil personas en 2019 a 168 mil personas en 2020, reflejando una disminución del 57.5%.

## Jóvenes y adultos,

El Distrito de Cartagena ha implementado estrategias para ofrecer servicios educativos a jóvenes y adultos, reconociendo la necesidad dentro de los objetivos de esta estrategia se incluye la implementación de Modelos Educativos Flexibles de alfabetización, la continuidad en la atención educativa con el Ciclo Lectivo Especial Integrado (CLEI), y el financiamiento a través de recursos propios y convenios con entidades nacionales como el MEN, ICETEX y la Universidad Pedagógica Nacional.

Hasta el año 2023, se han matriculado y graduado un número significativo de jóvenes y adultos en los programas de alfabetización y formación continua. Para seguir fortaleciendo estos programas en 2024, se requiere continuar con la ruta de fortalecimiento que incluya acompañamiento técnico, dotación de recursos educativos, aseguramiento de horas extras para docentes y esfuerzos financieros propios.

Estas acciones están alineadas con los retos establecidos en el marco de la implementación de la Estrategia "Únicos e Inagotables" del programa Acogida, que busca garantizar la formación a jóvenes y adultos en el Distrito de Cartagena, con el objetivo de disminuir el índice de analfabetismo y completar su ciclo educativo (Tabla 44)

**Tabla 44. Distribución de Educación para jóvenes, Adultos y Mayores en el distrito de Cartagena 2023.**

Grado	Número de Estudiantes Matriculados a la Fecha			Número de Estudiantes que Reprobarían el Año Escolar	Estructura Mínima Requerida Para Continuidad	Proyección de Cupos 2024		
	Estudiantes	Grupos	Promedio A/G*		Cupos	Cupos	Grupos	Promedio A/G*
<b>Ciclo 2</b>	591	29	20,4	53	591	733	30	24,4
<b>Ciclo 3</b>	1.551	61	25,4	125	663	1.760	65	27,1
<b>Ciclo 4</b>	2.170	74	29,3	150	1.576	2.076	76	27,3
<b>Ciclo 5</b>	2.773	98	28,3	173	2.193	2.641	97	27,2
<b>Total</b>	7.085	262	27,0	501	5.023	7.210	268	26,9

Fuente: Proyección de Cupos 2024 basada en Corte de Matricula a Junio 30 de 2023 (No incluye CLEI1)

En el Distrito de Cartagena, hay 4 establecimientos de régimen especial financiados con recursos del nivel central y administrado por la Armada y la Policía, de los cuales 3 son de las Fuerzas Militares y 1 de la Policía. Estos establecimientos tienen como propósito brindar bienestar a los beneficiarios de oficiales, suboficiales y personal civil adscritos al Ministerio de Defensa, con un promedio de 980 cupos en los últimos tres años. Sin embargo, no se realizó proyección para esta vigencia debido a la limitada planta de personal, con solo 3 docentes, lo que resulta en que la mayoría

de la oferta educativa no se atiende con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para la prestación de servicios educativos administrados por la Entidad Territorial Certificada (ETC) Cartagena.

Debido a la insuficiencia y limitaciones de cupos en los establecimientos educativos oficiales, el Distrito de Cartagena ha garantizado históricamente la atención en el servicio educativo a la población en condiciones de vulnerabilidad social y económica. Esto se logra mediante la contratación del servicio educativo a través de distintas modalidades establecidas en el Decreto 1851 de 2015. Se dispone de un banco de oferentes de 42 establecimientos educativos habilitados, además de 17 establecimientos de contratación para la promoción e implementación de estrategias de desarrollo pedagógico con iglesias o confesiones religiosas. En dos de estos establecimientos, la I.E. Hermano Ramos de la Salle y la I.E. Fundación Pies Descalzos, se aporta el personal docente.

La tasa de Cobertura Bruta, utilizada para calcular el indicador, considera toda la matrícula registrada en el sistema educativo, lo que puede incluir a estudiantes tanto menores de 5 años como mayores de 16 años. Cuando esta tasa está por encima del 100%, indica que se está contabilizando matrícula fuera de la edad escolar, como es el caso de la jornada nocturna donde la mayoría de la población no está dentro del rango de edad escolar.

Una tasa de Cobertura Neta superior al 100% podría sugerir una subestimación de las proyecciones del Censo, lo cual puede ser influenciado por migraciones constantes, como es el caso de la llegada de estudiantes venezolanos a Cartagena. Por ejemplo, alrededor de junio de 2023, se estaban atendiendo 19,916 estudiantes venezolanos, de los cuales 18,149 estaban en edad escolar. Si se suma la población en edad escolar, la tasa de Cobertura Neta se situaría en aproximadamente el 98%, dejando alrededor de 3,100 niños y jóvenes fuera del sistema educativo. Sin embargo, esta cifra puede no reflejar la realidad debido a factores como estudiantes en estado retirado, solicitudes de Prosperidad Social y bases de datos de búsqueda activa, lo que indica una subestimación de los datos.

La tabla siguiente muestra la Tasa de Cobertura Neta por niveles educativos, comparando la matrícula en edad escolar para cada nivel con la población en edad escolar para ese mismo nivel. Se diferencia entre matrícula en edad adecuada y matrícula con extra edad, aunque en 2023 esta información es parcial debido a las razones mencionadas anteriormente (Tabla 45)

**Tabla 45. Tasa de Cobertura por Niveles Distrito de Cartagena 2022 Vs 2023.**

NIVEL / EDAD	2022			2023		
	PEE	Matrícula	Tasa de Cobertura sin Extraedad	PEE	Matrícula	Tasa de Cobertura sin Extraedad
Preescolar: 5	16.854	12.345	73,25%	16.772	12.221	72,87%
Primaria: 6-10	83.306	87.186	104,66%	83.349	86.595	103,89%
Secundaria: 11-14	66.011	62.739	95,04%	66.041	63.104	95,55%
Media: 15-16	33.648	19.900	59,14%	33.530	20.552	61,29%
<b>Total</b>	<b>199.819</b>	<b>182.170</b>	<b>91,17%</b>	<b>199.692</b>	<b>182.472</b>	<b>91,38%</b>

Fuente: Planeación Educativa, SED Cartagena

La tasa de supervivencia por grado es un indicador que evalúa la retención y eficiencia interna del sistema educativo al mostrar qué porcentaje de estudiantes que iniciaron en primer grado de básica primaria en 2013 continúan hasta alcanzar el grado 11 en años posteriores, representando trayectorias completas.

Sin embargo, este indicador tiene debilidades. No considera el impacto de la repitencia y las migraciones, que son significativas en la población escolar. Además, no analiza individualmente a cada estudiante, sino que se basa en cupos, lo que podría mostrar variaciones significativas si se realizara un análisis estudiante por estudiante desde su ingreso hasta su salida del sistema educativo.

Por ejemplo, en 2013 iniciaron en primer grado 19,142 estudiantes, lo que se considera la cifra base (100%). En 2014, en segundo grado, se atendieron 19,059 estudiantes, lo que representa el 99.5% de los que iniciaron. A junio de 2023, 13,459 estudiantes estaban matriculados en grado 11, lo que equivale a una tasa de supervivencia del 70.31%. Aunque esta cifra ha mejorado gradualmente, aún existen desafíos importantes para garantizar trayectorias completas en los niveles de secundaria y media.

Por otro lado, la tasa de deserción puede calcularse de dos formas: la interanual, que evalúa a los estudiantes que no regresan al siguiente año, y la intra-anual, que revisa la situación de los estudiantes que se retiran durante un período específico. En el distrito, se ha venido monitoreando la tasa de deserción intra-anual, que va de mayo a noviembre, y se presenta la situación de cada estudiante que se retira de los establecimientos educativos oficiales.

### Condiciones de tenencia y habitabilidad de las viviendas

El análisis identificó como determinante estructural: El estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, el nivel educativo y la ocupación se presenta en la población, la relación entre ellos y los efectos sobre la salud de la población del Distrito de Cartagena, comprendidos entre el año 2005 y 2018.

La proporción de población con necesidades básicas insatisfechas en Cartagena muestra que el 12,38% de personas tiene al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) en el todo el Distrito, para el 2005 este indicador se encontraba en 26,01% lo cual nos indica una disminución del 50%, en cuanto al área de residencia este indicador presenta diferencias importantes, mientras la cabecera registra un porcentaje de NBI de 11,49 % el resto es de 20,52%. El Distrito de Cartagena tiene un NBI por debajo de Santa Marta que está en 14,30% y por encima de Barranquilla que se encuentra en 9,10%. Con relación al índice gini en Cartagena muestra que el Distrito es más equitativo en materia de la redistribución de los ingresos. Lo que hace que la sea menos desigual o haya menos discriminación (Tabla 46).

**Tabla 46. Otros indicadores de ingreso, del Distrito de Cartagena 2018.**

INDICADORES DE INGRESO	2018
NBI_Total	12,38
Indice_Pobreza_Multidimensional(IPM)	19,9
NBI_Cabecera	11,49
NBI_Resto	20,52
Gini_Distrital_2018	0,452

Fuente: Censo DANE - CNVP 2018

### Condiciones de Vida

Se realizó el análisis descriptivo de las condiciones de vida de acuerdo a la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. El Distrito de Cartagena tomo como referencia al país.

**Cobertura de servicios de electricidad:** El último dato obtenido en 2021 reflejó que el 98,7 % de las viviendas de Cartagena tienen acceso a energía eléctrica, dicho porcentaje comparado con el promedio nacional 96,5 %, no presenta diferencia estadística significativa, sin embargo, muestra que Cartagena se encuentra por debajo de la media nacional con 2,2 puntos porcentuales, se muestra además una diferencia relativa de 10 % con relación a las coberturas según áreas de residencia se mostró que la cabecera municipal presentó una cobertura de 100% y el resto de 94,8%.

**Cobertura de acueducto:** La cobertura total de los servicios de acueducto del Distrito de Cartagena al año 2021 corresponde a un 99,7%, según información encontrada en el RATING REPORT de Aguas de Cartagena S.A. E.S.P. 30 Jun, 2021, corte de marzo del 2021 al realizar la comparación con Colombia que presenta una cobertura de 86,4%, Cartagena presenta coberturas más altas que la nacional lo cual no muestra diferencias estadísticas significativas.

También se observa una diferencia relativa de 11 % entre los territorios, con relación a las diferencias de las coberturas desagregación según urbano-rural se logró analizar una diferencia relativa de 23,7 %.

**Cobertura de alcantarillado:** Las redes de alcantarillado se consideran en todos los urbanos un servicio fundamental y básico, lo cual son un requisito fundamental para adelantar y aprobar proyectos urbanísticos. En el Distrito de Cartagena la cobertura de alcantarillado según información encontrada en el RATING REPORT de Aguas de Cartagena S.A. E.S.P. 30 Jun, 2021, corte de marzo del 2021 fue de 91,4% es importante mencionar que el 8,6% de la población carece del servicio óptimo de alcantarillado y tratamiento de las aguas servida, también se denotó que entre el indicador nacional y el Distrital no existe una diferencia estadística altamente significativa.

#### Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)

**Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada:** El acceso a una fuente mejorada de agua y saneamiento en un hogar es indispensable, además es uno de los indicadores básicos para medir niveles de pobreza de una región, en el Distrito de Cartagena según dato 2018 un 1,0% de los hogares aún se encuentran sin acceso a estas fuentes de aguas, este dato se coloca por debajo la media nacional, lo que significa que la razón de tasas es menor de uno indicando que el que el indicador de la Cartagena es significativamente más bajo que el nacional además no existen diferencias estadísticamente significativas, colocando al Distrito en mejores condiciones.

**Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas:** El Distrito de Cartagena el 7,8 % de los hogares se encuentran en inadecuada eliminación de excretas, este dato en relación al indicador nacional (11,6 %), muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el indicador de Colombia y el Distrital. (Tabla 47).

**Tabla 47. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Distrito de Cartagena, 2021.**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Cartagena
Cobertura de servicios de electricidad	96,5	98,70
Cobertura de acueducto	86,38	99,70
Cobertura de alcantarillado	76,6	91,30
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	10,32	0,39
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	13,6	1,00
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	11,6	7,80

Fuente: <https://www.ins.gov.co/sivicap/paginas/sivicap.aspx> Irca; <https://www.fitchratings.com/research/es/corporate-finance/aguas-de-cartagena-sa-sp3062021#:~:text=A%20marzo%20de%202021%2C%20los,continuidad%20de%20100%25%20del%20servicio> RATING REPORT Aguas de Cartagena S.A. E.S.P.

Wed 30 Jun, 2021 - 17:20 ET, Censo Nacional de Población y Vivienda DANE 2018

## Seguridad alimentaria

Se realizó el análisis descriptivo de la disponibilidad de alimentos según la estimación de la razón de prevalencias, razón de porcentaje de los indicadores de disponibilidad de alimentos y sus intervalos de confianza al 95%.

**Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer:** La Prevalencia de Bajo Peso al Nacer es el número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida por 1000 nacidos vivos, en un determinado país, territorio o área geográfica en el Distrito de Cartagena ofrece, se denota que este indicador no superó la media nacional, además no representa diferencias estadísticamente significativas en comparación con el indicador nacional, se muestra además una tendencia fluctuante en la serie analizada, donde se destaca el incremento de nacidos vivos con bajo peso al nacer en los años 2015, 2016, 2019 y 200 y 2022, a partir del 2018 su tendencia fue al incremento, el año con la proporción más alta fue el 2022 con 10,1%. . (Tabla 48).

En cuanto a la distribución de casos por sexo, en el 2022 el más afectado es el femenino con el 61% masculino 39% para la variable edad de la madre, se puede decir que el mayor número de casos se presentó entre las edades de 20 a 24 años con una proporción de 30%, seguido por las edades comprendidas de 21 a 29 años, con una proporción de 21,1%, y posterior continuamos con las edades entre 15 a 19 años con un 20,5%, La edad mínima fue de 13 años y la edad máxima de 44 años, edad promedio 25 años, según el régimen de salud al que pertenecían las madres, se puede decir que el régimen subsidiado fue el que presentó el mayor número de casos, con un 58,3%, seguido del régimen contributivo con un 36,2% y no afiliado con 4,9%, que corresponde a población 22 casos a madres Venezolana y 1 a madre Colombiana, en cuanto a la pertenencia étnica, el mayor número de casos pertenecían a la variable otras pertenencias étnicas con un 98,1 % seguida de la población afrocolombiana con un 1.9%, de acuerdo al área de procedencia, se puede decir que el mayor peso porcentual se presentó en la cabecera municipal con un 88 % seguido del centro poblado con un 12 %, Teniendo en cuenta la empresa administradora de planes de beneficio (EAPB), se puede decir que Coosalud presento el mayor porcentaje con 22,8%, seguido Mutual SER con 22,4 % y tercer lugar los Salud Total con 18.9%. Cabe destacar que 24 casos no cuentan con ningún tipo de afiliación.

**Tabla 48.** Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Distrito de Cartagena, 2013-2022.

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Cartagena	Comportamiento									
			2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	10,48	10,00	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗

Fuente: Bodega de datos Sispro 2013 a 2022

## Indicadores del sistema sanitario

### Cobertura de vacunación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones es esencial en Salud Pública y se presta con sujeción a los principios establecidos en el artículo 2º de la Ley 100 de 1993 y en el artículo 6º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, siendo éste una de las prioridades del Gobierno Nacional a través de los años y considerado uno de los programas bandera del Ministerio de Salud y Protección Social, así mismo lo ha indicado la Organización Mundial de la Salud (OMS), reafirmando que este programa ha demostrado ser la base del control, eliminación y erradicación de enfermedades en el mundo; después de la potabilización del agua, la vacunación en los niños, adolescentes y adultos es la estrategia de prevención primaria más

costo efectivo para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

De ahí que el PAI se ha venido fortaleciendo al ingresar de manera progresiva nuevos biológicos al esquema de vacunación nacional; en el 2002 se contaba con 7 vacunas para el control de 11 enfermedades: Tuberculosis, Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis por Haemophilus influenza tipo b, Poliomiélitis, Fiebre amarilla, Sarampión, Rubéola y Parotiditis. En el 2013, eran 11 vacunas para el control de 16 enfermedades, cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, actualmente el esquema de vacunación en Colombia cuenta con 21 vacunas que protegen contra 29 enfermedades, las cuales son aplicadas de manera gratuita a las diferentes poblaciones objeto del PAI.

A corte 31 de diciembre de 2023 se realiza análisis de los datos generales de coberturas de vacunación en niños y niñas menores de un año, de un año, refuerzos de 18 meses y 5 años, alcanzadas en el Distrito de Cartagena por dosis y biológico, reportado por la red de prestación de servicio pública y privada con servicio de vacunación habilitado.

El análisis de la cobertura de vacunación en Cartagena respecto al nivel nacional para niños menores de un año en las vacunas trazadoras muestra que Cartagena superó la cobertura nacional en BCG con una cobertura de 100,6% con 16,4 puntos más que el valor nacional de 84,2%.

Para los otros biológico se muestra por debajo de la Nacional como: tercera dosis pentavalente, Cartagena alcanzó el 88,5% con 1,6 puntos menos que el valor nacional de 90,1%. Para los niños de un año, el distrito alcanzó el 89,3% con 3,3 puntos menos que el valor nacional de 92,6% en dosis de SRP. En niños de 18 meses, Cartagena alcanzó el 76,1% con 8,4 puntos menos que el valor nacional de 84,5% en primer refuerzo pentavalente. Finalmente, para los niños de cinco años, Cartagena alcanzó el 84,6% con 3,8 puntos menos que el valor nacional.

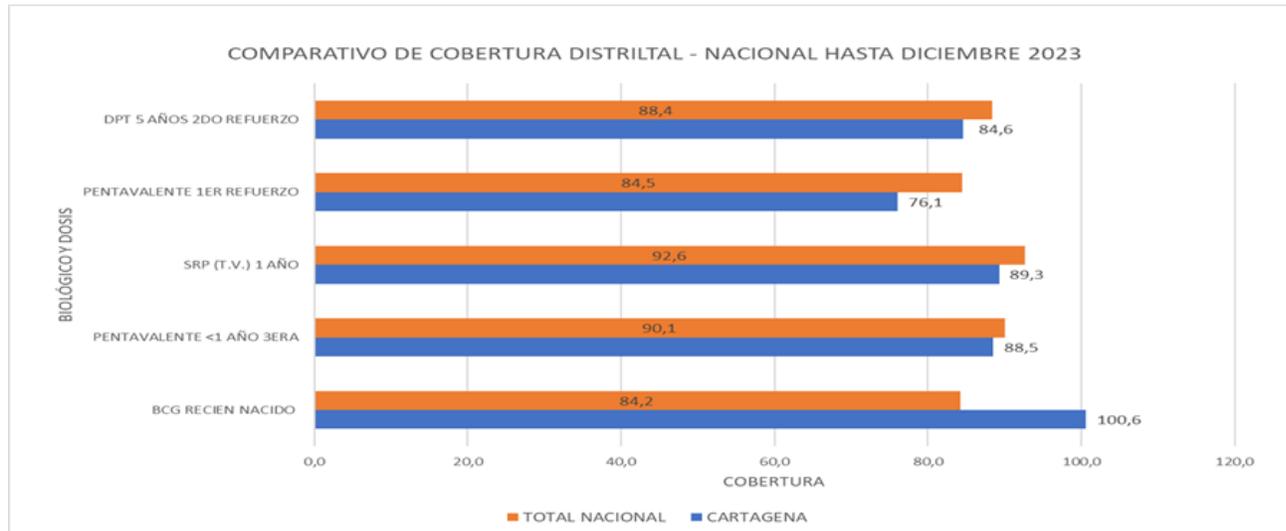
Las coberturas de vacunación de trazadores se encuentran por debajo de 95%, lo cual puede ser atribuida a múltiples factores como percepción negativa sobre las vacunas, falta de educación sobre la importancia de la vacunación a padres y/o cuidadores. Es importante implementar campañas de concienciación de la vacunación, fomentar políticas de inclusión para alcanzar poblaciones vulnerables.

En el nivel nacional no logró utilidad en ningún trazador, Cartagena en BGC alcanzó utilidad de 100,6%. La meta útil esperada hasta diciembre es 95%.

Al analizar las coberturas por EAPB de los trazadores se encuentra que el 100% de las EAPB no cumplieron con la cobertura del 100% de los trazadores. En cuanto cumplieron por biológico con la cobertura de BCG cumplió Compensar, Mutual SER y Naval; Cobertura de Pentavalente 3ra Dosis cumplió (Sura, Policía, Mutual SER, Ecopetrol y Compensar), cobertura de SRP de 1 año cumplió (Sura, Policía y Familiares), pentavalente primer refuerzo cumplió (Sura, Policía, Ecopetrol), cobertura de DPT 2do refuerzo de 5 años solo cumplió Magisterio.

Se requiere continuar en el 2024 con la gestión de demanda inducida, búsqueda de susceptibles y seguimiento a las cohortes por parte de las EAPB, en especial Salud total, Coosalud y Mutual ser que aportan el 65% del peso porcentual en la utilidad de los grupos de edad de niños menores de cinco años al igual que Sura, Sanitas, Nueva EPS y Cajacopi ya que aportan el 30%, y que representan el 95% de la cobertura de Cartagena.

Figura 24. Coberturas comparativas de vacunación de biológico trazadores Cartagena y Nacional a diciembre de 2023.



Fuente: sistema de información PAI MSPS hasta diciembre 2023

Tabla 49. Resumen por EAPB de trazador hasta Diciembre del 2023 en el Distrito de Cartagena

POSICIÓN % COB TRAZADOR	TRAZADORES DICIEMBRE 2023						META	95,0	
	EAPB	MES DE CORTE	% BCG	% PENTAVALENTE 3RA S	% SRP 1 AÑO	% PENTAVALENTE 1ER REF.	% DPT 2DO REF. 5 AÑOS	APORTE PORCENTUAL GENERAL	No TRAZADORES COBERTURA UTIL
1	SURA	DICIEMBRE	86,4%	97,9%	96,8%	97,4%	73,0%	9%	3
2	POLICIA	DICIEMBRE (FS)	42,5%	100,0%	163,3%	138,1%	49,2%	1%	3
3	MUTUAL SER	DICIEMBRE	95,1%	100,5%	87,6%	62,4%	64,0%	21%	2
4	COMPENSAR	DICIEMBRE	108,9%	126,7%	78,9%	46,2%	67,6%	0%	2
5	ECOPETROL	DICIEMBRE	61,5%	105,1%	92,5%	101,9%	93,5%	0%	2
6	NAVAL	NOVIEMBRE	100,0%	66,1%	74,9%	40,3%	51,7%	1%	1
7	FAMILIARES	NOVIEMBRE	77,1%	37,5%	133,3%	33,3%	81,8%	0%	1
8	MAGISTERIO	OCTUBRE	0,0%	65,8%	54,5%	49,5%	95,3%	1%	1
9	SALUD TOTAL	DICIEMBRE	92,6%	88,7%	84,1%	80,1%	81,1%	22%	0
10	COOSALUD	OCTUBRE	0,2%	66,4%	60,4%	49,8%	47,0%	22%	0
11	SANTAS	DICIEMBRE	71,7%	86,4%	87,0%	69,4%	79,8%	7%	0
12	NUEVA EPS	DICIEMBRE	55,0%	81,1%	82,3%	58,2%	69,8%	7%	0
13	CAJACOPI	OCTUBRE	87,5%	64,2%	57,5%	49,7%	35,0%	6%	0
14	FAMISANAR	DICIEMBRE	79,4%	72,4%	92,9%	61,8%	57,2%	2%	0
15	PUERTO	CERRADA	CERRADA	CERRADA	CERRADA	0,0%	0,0%	0%	0
16	U DE C	SD	SD	SD	SD	cerrada	cerrada	CERRADA	0
TOTAL EPS CON TRAZADOR CON COBERTURAS UTILES			3	5	3	3	1		

Fuente: Reporte plantilla cobertura EPS 2023

## Indicadores Maternos perinatales

**Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales:** Estos indicadores muestran un aumento constante a lo largo del tiempo, lo que indica mejoras en la atención prenatal y en el parto. El porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales aumentó del 2005 al 2022, de 84,8% paso a 92,05%

**Porcentaje de partos atendidos por personal calificado,** este indicador mide uno de los determinantes de mortalidad materna, como la morbilidad asociada y la discapacidad como resultado de un adecuado control y atención del parto, de ahí la importancia de la atención del parto en instituciones de salud y por personal calificado, en Cartagena el porcentaje de partos atendidos por personal calificado fue de 99,8% lo que contribuye a evitar complicaciones, se pudo definir un comportamiento tendencial que se venía mantenido con el mismo valor durante los últimos años, prácticamente se ha mantenido.

**Porcentaje de partos Institucionales:** La tendencia también es ascendente, pasando de 99,38% en 2005 a 99,8% en 2022, reflejando una mejora en la institucionalización de los partos.

### 2.3. DINÁMICAS DE CONVIVENCIA EN EL TERRITORIO

El ideal de progreso que representa la ciudad ha contribuido, en la última década, a que los desplazamientos forzados violentos sean la principal razón de esta migración (expulsión). Sin embargo, la emergencia de cientos de pandillas en los barrios periféricos de la ciudad, describen otra realidad alejada completamente de la paz con la que durante mucho tiempo se ha representado el Caribe.

La emergencia de pandillas en la ciudad lanza una serie de hipótesis sobre su configuración que vinculan factores de: clase, género y étnico/raciales con lo cual entender su ascenso en Cartagena, además de su relación con el ensamblaje del aparato del Estado y la construcción histórica de la ciudadanía. Estas pandillas están concentradas principalmente en los barrios materialmente más pobres de la ciudad, OH es el más grande de estos y su población mayoritariamente es afro descendiente al igual que los integrantes de las decenas de pandillas.

La interseccionalidad de este problema se sustenta en la hipótesis que tanto la pobreza, la segregación socio-espacial y la violencia que se presenta en la ciudad tiene raíces estructurales vinculadas con la construcción histórica de lo que se puede llamar como un: Estado racial (Goldberg, 2002), el cual a su vez ha producido y reproducido una ciudadanía precaria, especialmente para las minorías, debilitando su acceso al capital económico en relación con las ciudadanía hegemónicas (blanco/mestiza), que en el caso de Cartagena se ha concentrado: social, material y simbólicamente en los espacios con mejores condiciones urbanísticas, proyección financiera, turística e inmobiliaria. Esto es un proceso que viene siendo planificado desde los años 70, creando de este modo las condiciones materiales y políticas para desplazar y segregar paulatinamente a la población afrodescendiente a las periferias de la ciudad, proceso que he definido como: violencia estructural (Galtung, 1969).

Las violencias de género corresponden a cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino. (SIVIGE), Su clasificación:

- Violencia Física
- Violencia Psicológica
- Violencia Sexual
- Violencia Económica

La violencia en Cartagena, una ciudad costera de Colombia, se manifiesta en diversas formas. A continuación, describiré algunos de los tipos de violencia presentes en Cartagena:

#### 1. Violencia entre pandillas:

En las periferias de Cartagena, se registran conflictos y enfrentamientos entre pandillas conformadas por jóvenes afrodescendiente. Estas pandillas están involucradas en actividades violentas y generan un alto grado de inseguridad en la comunidad.

El índice de robos también es elevado, afectando principalmente a los residentes locales y a quienes viven en los alrededores de estos barrios.

#### 2. Violencia contra la mujer:

En Cartagena, se han identificado varios tipos de violencia contra las mujeres:

Física: Representa el 42% de los casos.

Sexual: Constituye el 25% de los incidentes.

Verbal: Corresponde al 15% de los casos.

Psicológica: Representa el 9% de la violencia reportada.

#### 3. Violencia intrafamiliar y feminicidios:

En 2020, se registraron 1,547 casos de violencia intrafamiliar, 502 casos de violencia sexual y seis feminicidios en Cartagena.

#### 4. Violencia de pareja:

En 2020, se reportaron 36,399 casos de violencia intrafamiliar y 26,462 casos de violencia de pareja en Cartagena.

Además, 12 mujeres murieron en hechos violentos en la ciudad, y en el departamento de Bolívar, la cifra fue de 28, incluyendo tres menores de edad.

#### 5. Amas de casa como víctimas:

Las amas de casa son uno de los grupos más afectados por la violencia en Cartagena durante el año 2022

Los datos de violencia contra el adulto mayor, primera infancia, infancia y adolescentes, jóvenes fuente SIVIGE (sistema integrado de información sobre violencia de género), los datos fueron generados marzo 2024, el siguiente análisis se realiza con los datos generados de medicina legal, valorados por INMLCF y de violencia por conflicto armado y de exámenes Médico Legales por presunto delito sexual.

**Violencia hacia el adulto Mayor:** en el Distrito de Cartagena de los datos reportados por medicina legal generados marzo del 2024, del 2016 a 2023 se presentaron 320 casos de violencia contra adultos mayores de 60 años, el año donde más casos se reportaron fue el 2022 con 66 casos para una tasa de incidencia de 49,6 por cada 100.000 mayores de 60 años, seguido del 2023 con 49 casos para una tasa de 36,5 por cada 100.000 mayores de 60 años (calculado con población proyección post COVID 19), 2018 con 47 casos con una tasa de 42,3 por cada 100.000 adultos mayor de 60 años. Es relevante destacar que los hombres experimentan una mayor incidencia de violencia en comparación con las mujeres durante este período. Para el 2022 víctima del conflicto armado corresponden 1 caso y para el 2023 (n=3). Estos datos resaltan la importancia de implementar estrategias de intervención específicas para abordar la violencia hacia los adultos mayores, incluyendo programas de prevención, protección y concienciación, con un enfoque especial en las necesidades y vulnerabilidades de este grupo de la población.

De los casos reportados en 2022 (n=5) corresponde a presunto delito sexual y para el 2023, (n= 3) corresponden a presunto delito sexual, violencia de pareja para el 2022 (n=17) y para el 2023 (n=7).

**Indicadores de Violencia contra niños, niñas y adolescentes:** De acuerdo a lo reportados por medicina legal, valorados por INMLCF del 2016 a 2023 se reportaron 113 para primera infancia (0 a 5 años), los años que más casos se presentaron fueron en el 2018 (n=22) seguido del 2016 (n=21) y para los años 2022 se presentaron=10) casos con una tasa de 9,6 por

cada 100.000 menores de 0 a 5 años y el 2023 (n=6 ) con una tasa de 6,2 por cada 100.000 niños y niñas de 0 a 5 años , de los cuales el 83,3% corresponden a hombres, de procedencia Venezolana 1 caso.

Infancia (6 a 11 años) del 2016 a 2023 se registraron 192 casos, de los cuales los años que mayor número de casos reportaron fueron 2019, 2018, 2017 con 30, 29 y 28 casos respectivamente, para el 2022 se registraron 27 para una tasa de 26,5 por cada 100.000 menores de 6 a 11 años y para el 2023 17 casos para una tasa de 17 casos por cada 100.000 menores de 6 a 11 años , para este último año el 58,8% corresponde a mujeres, de nacionalidad Venezolana 1 caso.

Adolescencia (12 a 17 años) del 2016 a 2023 se registran 352, con mayor número de casos 2017 seguido del 2022 y 2018 con 62, 60 y 58 casos respectivamente. En el 2022 del total de casos 15 fueron por conflicto de pareja, con una tasa de 14,8 por cada 100.000 adolescentes de 12 a 17 años, el 63,3% corresponden a mujeres, 1 caso de procedencia Venezolana, según etnia 22 casos corresponde negro/afrodescendiente y 1 raizal. Para el 2023 se registraron 28 casos de los cuales 20 fueron por violencia de pareja para una tasa de 27,9 por cada 100.000 adolescentes de 12 a 17 años. Estos datos subrayan la necesidad de implementar estrategias de intervención específicas para abordar la violencia contra niños, niñas y adolescentes, incluyendo programas de prevención, protección y concienciación, con un enfoque especial en las diferentes etapas de la infancia y adolescencia, así como en las particularidades. Étnicas y de género que puedan influir en la violencia reportada.

**Violencia de pareja en jóvenes de 18 a 28 años:** De 2016 a 2023 se registraron un total de 2.614 casos los años con mayor número de casos fueron los tres primeros años con 461, 454 y 388 para los dos últimos años 2022 y 2023 se reportaron 304 y 234, con una tasa de 151,2 y 115,8 por cada 100.000 jóvenes de 18 a 28 años respectivamente, para el 2023 de estos casos 51 fueron violencia contra otros familiares, el 94,5% las víctimas fueron mujeres, 40 de nacionalidad Venezolana. En cuanto a la etnia el 38% negro/afrodescendiente, 1 indígena, 1 Palenquero y un raizal. Del total de casos en el 2022 (n=6) fueron víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado y para el 2023 (n=2).

**Exámenes Médico Legales por presunto delito sexual: Respecto** a los exámenes realizados por medicina legal de presunto abuso sexual para el 2022 se reportaron 619 casos con una tasa de 58,67 por 100.000 habitantes, con un incremento de 42,2% al compararlo con el 2021 donde se notificaron 435 casos.

De acuerdo a los casos por curso de vida el más afectado fueron los adolescentes con el 43,3%, seguido de la infancia con 19, 22% y en tercer lugar los jóvenes con 12,52%. Del Total de casos el 82,2% corresponden a mujeres y 50 de los casos de nacionalidad Venezolana, 1 ecuatoriano y 1 de estados Unidos, por etnia 159 (25,%%) corresponden a negro/afrodescendiente, 1 indígena, 1 Palenquero. Cabe resaltar que de estos 28 casos fueron reportados fueron víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.

Respecto a los exámenes realizados por medicina legal de presunto abuso sexual para el 2023 se reportaron 415 casos con una tasa de 39,4 por 100.000 habitantes. De acuerdo a los casos por curso de vida el más afectado al igual que en el 2023 fueron los adolescentes con el 47,7%, seguido de la infancia con 17,35% y en tercer lugar los jóvenes con 9,16%. Del Total de casos el 88,7% corresponden a mujeres y 43 de los casos de nacionalidad Venezolana, 2 España, 2 Estados Unidos, 1 ecuatoriano, Francia y España. Por etnia 127 (30,7, %%%) corresponden a negro/afrodescendiente, 1 indígena, 1 Palenquero.

## Conclusiones

El análisis de la situación revela que el desarrollo económico de Cartagena enfrenta importantes desafíos, entre ellos el impacto histórico de la desigualdad social y las consecuencias económicas de la pandemia. El macroproceso de Desarrollo Económico tiene como objetivo abordar estos temas promoviendo el desarrollo económico y brindando soluciones a las necesidades económicas de la población. El Plan de Desarrollo Distrital "Salvemos juntos a Cartagena" incluye estrategias y programas para abordar el impacto económico en la población y el territorio.

El modelo de procesos propuesto incluye un conjunto de servicios destinados a aumentar la empleabilidad, el emprendimiento y la innovación, con el objetivo de reducir el desempleo, la informalidad y desarrollar las habilidades de

los trabajadores. El proceso de competitividad y atracción de inversiones tiene como objetivo incrementar la competitividad de los diferentes sectores productivos, generar encadenamientos productivos y atraer inversiones para mejorar la empleabilidad y la competitividad. El proceso de desarrollo rural y abastecimiento de alimentos tiene como objetivo fortalecer la cadena de producción y distribución de productos agrícolas y pesqueros en un sistema inclusivo, competitivo y sostenible. El proceso de desarrollo de la industria turística tiene como objetivo crear y consolidar el desarrollo integral de la industria turística en Cartagena, con foco en fortalecer el sector, generar estrategias de promoción y proteger los derechos de los consumidores.

El análisis destaca la necesidad de una implementación efectiva de estos procesos para abordar los desafíos económicos que enfrenta la población y el territorio. Las estrategias deberían centrarse en promover el desarrollo económico, reducir el desempleo y la informalidad, aumentar la productividad y atraer inversiones. Además, los procesos deben priorizar el desarrollo de habilidades de los trabajadores, la promoción del emprendimiento y la innovación y la protección de los derechos de los consumidores. El éxito de estos procesos dependerá de la coordinación y ejecución efectiva de políticas y programas, así como de la participación activa de todos los interesados, incluidos el gobierno, el sector privado y la comunidad.

La creación del macroproceso de Desarrollo Económico en la administración distrital de Cartagena marca un hito crucial para construir un entorno económico más equitativo y sostenible. Sin embargo, es imprescindible abordar las posibles problemáticas en salud que pueden surgir en este contexto.

El crecimiento económico impulsado por el macroproceso podría exacerbar las disparidades sociales y económicas, generando inequidades en el acceso a la salud y aumentando la presión sobre los sistemas de atención médica. La inclusión productiva de la población es fundamental para mitigar estos riesgos, garantizando que todos los ciudadanos tengan acceso a empleos seguros y bien remunerados, así como a servicios de salud adecuados.

Además, el aumento de la actividad económica podría incrementar los riesgos laborales, como lo evidencian las estadísticas de accidentes y enfermedades laborales en Cartagena. Es esencial implementar estrategias de prevención y protección en el lugar de trabajo, así como garantizar un acceso equitativo a la atención médica y a la compensación para los trabajadores afectados.

Asimismo, la reducción gradual del desempleo es alentadora, pero aún persisten desafíos significativos, especialmente en Cartagena, donde la tasa de desocupación sigue siendo relativamente alta. La falta de empleo puede tener graves repercusiones en la salud pública, aumentando el estrés, los problemas psicosociales y el acceso limitado a los servicios de salud.

En este contexto, es fundamental que el macroproceso de Desarrollo Económico integre estrategias de intervención en salud pública, como la promoción de entornos laborales seguros, la expansión de la cobertura de salud y la implementación de programas de apoyo psicosocial para los trabajadores. Además, se deben fortalecer las alianzas entre el sector público y privado para garantizar que el desarrollo económico se traduzca en beneficios tangibles para la salud y el bienestar de todos los habitantes de Cartagena.

La emergencia de pandillas y la persistente violencia de género en Cartagena representan desafíos cruciales para la salud pública y el bienestar de la comunidad. Estos problemas, arraigados en la segregación socio-espacial y la desigualdad estructural, requieren intervenciones integrales y enfoques diferenciados para abordar sus múltiples dimensiones.

En primer lugar, la proliferación de pandillas en los barrios periféricos de la ciudad está vinculada a factores históricos y socioeconómicos que han marginado a ciertos grupos poblacionales, como la población afrodescendiente. Para contrarrestar esta problemática, se necesitan estrategias de prevención que aborden las causas subyacentes de la violencia, incluida la pobreza, la exclusión social y la falta de oportunidades para los jóvenes. Además, es crucial promover la inclusión social y económica de estas comunidades a través de programas de educación, empleo y recreación que brinden alternativas positivas a la participación en pandillas.

En segundo lugar, la violencia de género en Cartagena, que afecta principalmente a mujeres y niñas, requiere medidas urgentes para garantizar su seguridad y protección. Es fundamental fortalecer los sistemas de atención y apoyo a las víctimas, así como implementar campañas de sensibilización y educación para cambiar las normas culturales y sociales que perpetúan la violencia machista. Además, se deben mejorar los servicios de salud y atención psicosocial para brindar una respuesta integral a las necesidades de las personas afectadas por la violencia de género.

En resumen, la violencia en Cartagena, tanto la relacionada con pandillas como la de género, representa una amenaza para la salud y el bienestar de la población. Para abordar estas problemáticas de manera efectiva, es necesario un enfoque multidimensional que combine medidas de prevención, protección y atención integral, así como una colaboración estrecha entre el gobierno, la sociedad civil y otras partes interesadas. Solo así se podrá construir una ciudad más segura, justa y equitativa para todos sus habitantes.

El análisis de la situación de salud en el Distrito de Cartagena identificó como determinante estructural el estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, el nivel educativo y la ocupación. La proporción de población con necesidades básicas insatisfechas ha disminuido en un 50% entre 2005 y 2018, pero aún persiste una brecha entre la cabecera municipal y el resto del distrito.

En términos de cobertura de servicios básicos, el Distrito de Cartagena presenta coberturas altas en servicios de acueducto y alcantarillado, superando la media nacional en ambos casos. Sin embargo, aún existe una brecha en la cobertura de electricidad entre la cabecera municipal y el resto del distrito, con una diferencia relativa del 10%.

En cuanto al acceso a fuentes de agua mejoradas, el Distrito de Cartagena presenta mejores condiciones que la media nacional, con solo un 1,0% de hogares sin acceso a estas fuentes en 2018. Sin embargo, el 7,8% de los hogares en el distrito presentan una eliminación inadecuada de excretas, lo que representa un desafío importante en términos de salud pública.

Para abordar estas problemáticas en salud, es necesario implementar estrategias de intervención que aborden las desigualdades en el acceso a servicios básicos y la calidad del agua para consumo humano. Esto podría incluir inversiones en infraestructura de saneamiento y agua potable, programas de educación sobre higiene y saneamiento, y políticas que aborden las desigualdades socioeconómicas y étnicas en el acceso a servicios básicos. Además, es importante fortalecer la vigilancia y el seguimiento de los indicadores de salud y garantizar la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre la prestación de servicios básicos.

El análisis descriptivo de la disponibilidad de alimentos revela una situación preocupante en cuanto al porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el Distrito de Cartagena. Aunque este indicador no superó la media nacional, su tendencia fluctuante a lo largo de los años, con incrementos significativos en algunos periodos, sugiere la presencia de posibles problemáticas en salud materno-infantil.

Es crucial abordar estas problemáticas desde una perspectiva integral que considere múltiples factores, como el acceso a una alimentación adecuada durante el embarazo, la atención prenatal de calidad y el apoyo a las madres adolescentes. Estrategias de intervención podrían incluir programas de educación y apoyo nutricional para las mujeres embarazadas, especialmente aquellas con bajo nivel educativo. Además, es importante implementar políticas que promuevan el acceso equitativo a la atención prenatal y los servicios de salud reproductiva en todas las áreas del Distrito, especialmente en las zonas urbanas más desfavorecidas.

Asimismo, es fundamental abordar los determinantes sociales de la salud que contribuyen al bajo peso al nacer, como la pobreza, la falta de acceso a servicios básicos y la desigualdad de género. Esto podría implicar la implementación de políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de vida de las comunidades más vulnerables, así como programas de empoderamiento para las mujeres y adolescentes.



En resumen, el análisis de la disponibilidad de alimentos y su relación con el bajo peso al nacer en el Distrito de Cartagena destaca la necesidad de intervenciones integrales y coordinadas que aborden tanto los aspectos nutricionales como los sociales y de salud reproductiva. Solo mediante un enfoque holístico y colaborativo se podrán reducir las disparidades en salud materno-infantil y mejorar el bienestar de toda la comunidad.

DADXS



# 3

Capítulo

## Situación de salud y de calidad de vida en el territorio:

Morbilidad, mortalidad, problemáticas  
y necesidades sociales y ambientales  
que afectan la salud en el territorio.

DADXS

¡Unidos por una salud  
digna y humanizada!

### 3. CAPÍTULO III. SITUACION DE SALUD Y DE CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.

#### 3.1. Análisis de la morbilidad.

##### 3.1.1. Principales causas y subcausas de morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de dato de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Sivigila, DANE y Bodega SISPRO del Distrito de Cartagena.

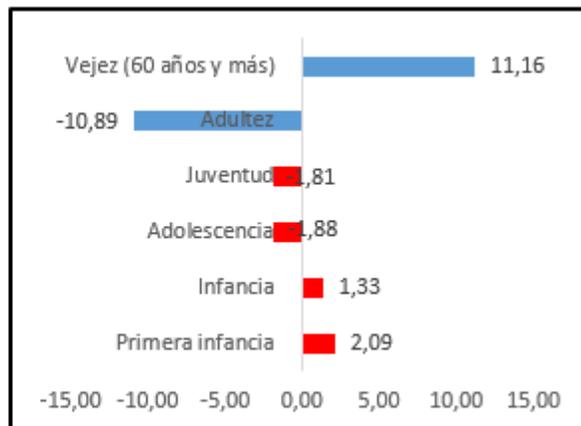
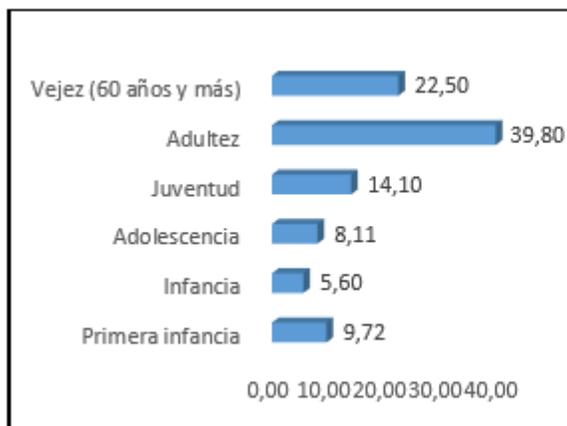
Se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o Proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad junto con los intervalos de confianza al 95% por el método de por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

En el Distrito de Cartagena en el periodo comprendido entre 2009 al 2022 se atendieron un total de 36.836.032, para el 2022 se atendieron un total de 3.384.860, que al comparar con el año 2021 las consultas se disminuyeron en 8%, de los cuales el 54.5% de las atenciones corresponde a mujeres, posiblemente porque las mujeres tienen mayor necesidad de ameritar servicios de salud, teniendo en cuenta las funciones reproductivas femeninas refiere un conjunto de necesidades particulares de atención como es la anticoncepción, el embarazo, el parto y puerperio. Por curso de vida la población que más demandó mayor número de atención fueron los cursos de vida de la adultez con el 39.8% seguido de las personas mayores de 60 años, las que menos demandaron consultas fueron los cursos de vida de la infancia. Al analizar variación porcentual entre el 2022 con respecto al 2021 por curso de vida, se evidencia que adultez, juventud y la adolescencia presentaron variaciones negativas, con mayor variación en la adultez donde las consultas disminuyeron en -10,89 puntos porcentuales del 2022 con respecto 2021, para primera infancia, infancia y personas mayores de 60 años se incrementó, con mayor carga en los mayores de 60 años en 11,16 puntos porcentuales del 2022 con respecto 2021 (Figura 25)

**Figura 25.** Morbilidad Atendida por Curso de Vida 2022 y cambios proporcionales 2022 – 2021 Distrito de Cartagena

#### Proporción de atenciones por curso de vida 2021

#### Variación 2022 -2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuestos en SISPRO –Minsalud

## Principales Causas de Morbilidad atendida por curso de vida

Del total de las atenciones del 2022 el grupo de grandes causas las enfermedades no transmisibles con 61,5% fueron las de mayor motivo por los cuales la población Cartagenera acudió a los servicios de salud, descartando los signos y síntomas mal definidos con 13,4% le siguen las transmisibles y las nutricionales 4,4% y en tercer lugar la lesiones con 4.8%. En el 2021 la proporción según sexo es de 60,77% en mujeres y el 39, 23% en hombres

En los cursos de vida de la infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor de 60 años la principal causa de Consulta estuvo dada por las condiciones no transmisibles, porcentaje que va aumentando proporcionalmente a medida que aumenta la edad, impactando en mayor grado a los adultos mayor de 60 años con el 82,16% dentro de este curso de vida, con cambios porcentuales al incremento de 3,3 del 2022 con respecto al 2021, y por género con un 62,2% en hombres con tendencia al incremento de 2,82 del 2022 con respecto del 2021.

Cabe resaltar que las enfermedades no transmisibles están determinadas por estilos de vida poco saludables como es la falta de ejercicios o sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol, entre otros lo cual ha llevado que esta patología aporte el mayor tipo de consultas, lo que es importante incluir dentro de los programas y proyectos para mitigar los factores de riesgo y poder así contribuir a la disminución a la carga de las enfermedades no transmisibles.

Las condiciones mal clasificadas siguen ocupando un porcentaje significativo, en los cursos de vida de adolescencia, juventud, presentando este tipo de consultas más en mujeres que en hombres, considerado como una debilidad por lo que el criterio médico no establece consulta de diagnóstico definido en el usuario.

Las condiciones transmisibles y nutricionales, la primera infancia ocupa el primer lugar por este tipo de consulta 38,61%, con mayor atención en hombres que en mujeres, para la infancia esta causa de enfermedad ocupó el segundo lugar con el 23,58%, que mayor carga en las mujeres.

Las lesiones impactaron en mayor medida en la infancia, adolescencia y juventud con más del 5%, por lo que es importante en estos cursos de vida realizar estrategias desde el punto de vista educativo.

Las condiciones maternas en los cursos de vida de la juventud, adolescencia, demandaron una mayor proporción de atenciones de servicios de salud por este grupo de eventos, presentando una tendencia a la disminución en la adolescencia y al incremento en la juventud.

Por último las consultas por condiciones perinatales en la primera infancia presentaron una tendencia al incremento en los últimos siete años y con un incremento del 6,6% comparado con el 2021, lo que demanda mayor atención en el seguimiento de los neonatos.

Es importante resaltar que en el Distrito de Cartagena se implementen programas encaminados a disminuir los factores de riesgo que influyan en las enfermedades crónicas no transmisibles, no solo en el adulto mayor que es que mayor carga tiene, si no en el grupo de adolescente, juventud e infancia que aportan más del 50% por este motivo de consultas; para que aborden la prevención de estos factores y puedan disminuir el riesgo, con estilos de vida saludable. (Tabla 50,51 y 52).

**Tabla 50. Principales causas de morbilidad, por curso de vida, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.**

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	46,49	45,55	45,27	42,03	41,26	38,15	36,23	37,06	38,45	38,42	37,57	31,78	35,25	35,25	3,47
	Condiciones perinatales	1,31	0,75	1,19	1,45	1,74	1,66	1,77	0,49	1,13	1,21	1,52	2,83	2,43	2,43	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	35,01	34,60	34,95	34,71	37,08	39,01	35,35	30,62	37,45	38,09	37,39	44,57	41,99	41,99	-2,58
	Lesiones	4,17	4,28	4,47	4,83	4,14	4,17	4,04	4,19	4,54	3,99	4,33	5,68	4,51	4,51	-1,17
	Condiciones mal clasificadas	13,02	14,81	14,12	16,98	15,79	17,01	22,60	27,64	18,41	18,29	19,19	15,14	15,82	15,82	0,68
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	34,20	32,42	27,78	26,55	25,34	23,77	21,13	23,12	23,03	23,78	23,47	22,09	16,58	16,58	-5,51
	Condiciones maternas	0,04	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,02	0,00	0,00	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	46,89	46,63	52,27	51,58	52,91	54,08	49,95	48,57	54,82	53,36	52,84	57,14	61,07	61,07	3,93
	Lesiones	5,45	5,56	5,63	6,08	5,04	5,22	4,97	5,12	5,16	4,47	4,88	6,37	6,30	6,30	-0,06
	Condiciones mal clasificadas	13,42	15,38	14,31	15,79	16,71	16,91	23,94	23,19	16,99	18,39	18,77	14,38	16,05	16,05	1,65
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,65	21,98	18,23	18,09	17,21	15,42	13,07	14,73	16,31	16,22	15,40	14,58	11,29	11,29	-3,29
	Condiciones maternas	1,37	1,36	1,46	1,94	2,03	2,17	1,54	1,10	1,42	1,21	1,34	1,55	1,62	1,62	0,07
	Enfermedades no transmisibles	53,97	55,45	58,82	56,56	57,35	58,49	54,51	53,59	58,00	58,05	58,36	62,79	59,12	59,12	-3,67
	Lesiones	5,73	5,67	5,91	6,04	5,79	5,91	5,16	5,12	5,38	5,16	5,43	6,31	8,14	8,14	1,88
	Condiciones mal clasificadas	15,28	15,53	15,57	17,37	17,63	18,01	25,72	25,46	18,89	19,37	19,47	14,77	19,84	19,84	5,07
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,90	18,05	16,05	15,70	15,00	15,17	12,94	13,37	14,46	14,27	12,80	13,60	11,92	11,92	-1,68
	Condiciones maternas	5,47	5,17	5,81	5,84	5,35	4,85	4,72	3,71	4,58	3,20	3,87	5,34	21,89	21,89	16,93
	Enfermedades no transmisibles	56,61	56,53	58,20	57,69	58,97	58,13	52,43	50,95	56,99	56,33	56,10	56,11	32,65	32,65	-23,46
	Lesiones	5,07	5,02	5,13	5,24	5,08	5,15	4,72	4,66	5,13	5,39	5,61	6,60	9,35	9,35	2,73
	Condiciones mal clasificadas	13,94	15,24	14,81	15,54	15,59	16,69	25,18	27,31	18,85	20,81	21,63	18,35	24,20	24,20	5,85
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,03	12,79	10,99	10,22	9,72	10,59	9,04	9,97	9,62	9,71	8,54	9,62	12,21	12,21	2,59
	Condiciones maternas	1,60	1,38	1,47	1,39	1,37	1,07	1,29	0,87	1,17	0,75	0,99	1,06	1,79	1,79	0,78
	Enfermedades no transmisibles	70,37	70,03	72,78	72,66	73,82	72,32	68,00	66,33	72,47	69,44	70,78	71,91	56,87	56,87	-15,05
	Lesiones	4,18	4,10	3,79	3,96	3,63	3,70	3,38	3,50	3,86	4,05	4,05	4,30	8,16	8,16	3,85
	Condiciones mal clasificadas	10,82	11,69	10,97	11,76	11,46	12,31	18,29	19,33	12,88	16,04	15,65	13,10	20,98	20,98	7,88
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,74	7,41	5,84	5,66	5,24	5,06	4,56	5,00	4,73	4,66	4,88	4,77	3,30	3,30	-1,47
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	82,15	80,86	83,24	83,62	84,28	83,36	78,47	76,53	81,91	78,77	80,75	83,63	85,81	85,81	2,18
	Lesiones	2,86	2,88	2,77	2,55	2,40	2,47	2,07	2,64	3,35	4,09	3,15	2,58	2,75	2,75	0,17
	Condiciones mal clasificadas	8,25	8,84	8,15	8,17	8,06	9,10	14,90	15,84	10,01	12,49	11,20	9,03	8,14	8,14	-0,88

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO)

**Tabla 51. Morbilidad atendida por curso de vida en hombres en el Distrito de Cartagena, 2009 – 2022.**

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	46,25	45,17	44,98	41,51	40,87	37,77	35,86	36,85	37,82	37,74	37,57	31,65	31,17	34,52	2,87
	Condiciones perinatales	1,27	0,79	1,15	1,43	1,73	1,67	1,75	0,48	1,04	1,27	1,45	2,96	2,36	2,56	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	34,82	34,41	35,15	34,95	37,34	39,12	35,62	30,78	38,27	38,76	37,44	44,67	43,17	43,04	-1,63
	Lesiones	4,59	4,65	4,76	5,28	4,58	4,54	4,35	4,53	4,85	4,21	4,73	6,17	5,24	4,75	-1,43
	Condiciones mal clasificadas	13,07	14,98	13,97	16,83	15,48	16,91	22,42	27,36	18,02	18,01	18,81	14,55	18,05	15,14	0,59
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33,99	32,29	27,05	25,72	25,33	23,55	20,81	23,00	22,42	22,95	23,38	21,60	19,00	16,71	-4,90
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	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 no transmisibles	45,76	45,52	51,60	51,36	51,79	52,76	49,12	47,88	55,01	53,89	52,40	56,96	54,96	60,01	3,05
	Lesiones	6,65	6,97	6,97	7,41	6,16	6,54	6,02	6,24	6,04	5,33	5,71	7,81	8,24	7,59	-0,23
	Condiciones mal clasificadas	13,60	15,22	14,38	15,51	16,72	17,15	24,04	22,88	16,53	17,83	18,51	13,62	17,81	15,70	2,07
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25,55	23,80	19,88	19,77	18,63	16,92	14,41	15,83	17,57	17,24	16,61	14,81	14,41	10,62	-4,18
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	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 no transmisibles	50,79	52,49	56,47	53,77	54,96	56,29	53,89	53,45	57,76	57,96	58,33	63,83	60,32	64,12	0,29
	Lesiones	9,08	8,95	9,20	9,77	9,34	9,52	8,15	7,90	8,13	7,25	8,02	9,15	9,10	10,23	1,08
	Condiciones mal clasificadas	14,59	14,76	14,45	16,69	17,07	17,26	24,05	22,82	16,54	17,55	17,04	12,21	16,17	15,03	2,82
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,44	22,60	20,33	20,41	19,35	18,54	15,89	16,43	17,67	17,13	15,17	16,44	12,81	11,72	-4,12
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	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 no transmisibles	54,91	54,36	56,63	55,52	57,19	56,73	52,62	51,39	57,59	56,75	56,30	56,80	59,24	60,61	3,82
	Lesiones	9,69	10,16	10,00	9,89	9,98	9,62	9,17	8,76	9,62	9,14	10,12	11,58	11,80	12,86	1,28
	Condiciones mal clasificadas	11,96	12,88	13,04	14,18	13,47	15,10	22,32	23,42	15,12	16,98	18,41	15,18	16,15	14,81	-0,38
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,91	15,48	12,61	12,33	11,63	12,52	11,31	11,75	11,09	11,46	9,53	11,71	10,14	10,31	-1,40
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	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 no transmisibles	68,13	67,19	71,36	70,37	71,82	69,88	67,60	66,14	71,94	68,41	69,91	69,82	68,54	70,01	0,19
	Lesiones	6,73	6,71	5,88	6,07	5,76	5,81	5,37	5,35	5,68	6,03	6,25	6,58	8,45	8,25	1,66
	Condiciones mal clasificadas	10,24	10,61	10,15	11,23	10,79	11,79	15,72	16,75	11,29	14,10	14,31	11,89	12,87	11,44	-0,45
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,40	6,89	5,38	5,31	5,10	4,89	4,55	5,10	4,56	4,77	4,93	5,28	4,32	4,23	-1,05
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	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 no transmisibles	82,48	81,66	83,83	83,78	83,81	83,16	78,50	76,78	82,07	78,83	80,75	82,41	82,12	83,01	0,60
	Lesiones	2,87	2,95	2,83	2,60	2,45	2,58	2,21	2,67	3,18	4,13	2,85	2,64	3,55	3,24	0,60
	Condiciones mal clasificadas	8,25	8,49	7,96	8,31	8,64	9,38	14,74	15,45	10,19	12,27	11,47	9,67	10,01	9,52	-0,16

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO)

**Tabla 52. Morbilidad atendida por curso de vida en Mujeres, en el Distrito de Cartagena, 2009 – 2022**

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	46,77	45,98	45,60	42,63	41,70	38,58	36,67	37,30	39,18	39,21	37,57	31,92	32,50	36,10	4,11
	Condiciones perinatales	1,36	0,71	1,25	1,46	1,75	1,65	1,79	0,50	1,24	1,14	1,60	2,68	2,64	2,28	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	35,22	34,81	34,72	34,44	36,79	38,90	35,05	30,43	36,52	37,31	37,34	44,46	41,36	40,76	-3,70
	Lesiones	3,68	3,87	4,13	4,32	3,64	3,75	3,68	3,81	4,19	3,73	3,88	5,13	4,58	4,24	-0,89
	Condiciones mal clasificadas	12,97	14,63	14,30	17,15	16,13	17,12	22,80	27,96	18,86	18,61	19,62	15,80	18,93	16,62	0,62
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	34,41	32,57	28,58	27,45	25,34	24,00	21,49	23,25	23,71	24,69	23,56	22,63	20,54	16,44	-6,19
	Condiciones maternas	0,08	0,01	0,01	0,00	0,01	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,08	0,04	0,05	0,01	-0,03
	Enfermedades no transmisibles	48,06	47,80	53,01	51,82	54,08	55,48	50,85	49,34	54,80	52,77	53,33	57,34	55,67	62,20	4,83
	Lesiones	4,20	4,08	4,17	4,65	3,87	3,83	3,83	3,89	4,18	3,53	3,99	4,76	4,92	4,93	0,17
	Condiciones mal clasificadas	13,24	15,55	14,23	16,08	16,70	16,66	23,83	23,52	17,50	19,00	19,05	15,23	18,81	16,42	1,19
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,26	20,64	17,02	16,87	16,19	14,34	12,07	13,87	15,33	15,36	14,41	14,38	12,54	11,99	-2,39
	Condiciones maternas	2,36	2,36	2,53	3,34	3,47	3,73	2,69	1,97	2,54	2,22	2,43	2,85	2,67	3,31	0,46
	Enfermedades no transmisibles	56,30	57,64	60,55	58,58	59,06	60,07	55,34	53,71	58,18	58,12	58,39	61,93	60,08	53,88	-8,65
	Lesiones	3,28	3,26	3,50	3,35	3,24	3,31	2,92	2,93	3,22	3,43	3,32	3,92	3,97	5,93	2,01
	Condiciones mal clasificadas	15,79	16,10	16,39	17,86	18,03	18,55	26,97	27,53	20,74	20,87	21,44	16,92	20,74	24,89	7,91
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,99	16,22	14,16	13,47	12,93	13,46	11,53	11,87	12,94	12,75	11,56	12,21	9,48	12,09	-0,12
	Condiciones maternas	7,78	7,25	8,37	8,60	7,90	7,33	7,00	5,54	6,74	4,91	5,90	7,96	58,38	40,86	32,92
	Enfermedades no transmisibles	57,33	57,40	58,89	58,71	59,81	58,85	52,34	50,73	56,71	56,10	55,99	55,78	5,68	8,41	-47,36
	Lesiones	3,12	2,95	2,99	3,04	2,76	2,87	2,58	2,64	3,00	3,39	3,24	4,16	3,92	6,30	2,13
	Condiciones mal clasificadas	14,78	16,19	15,59	16,18	16,60	17,50	26,56	29,23	20,61	22,85	23,32	19,90	22,59	32,35	12,45
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,09	11,52	10,19	9,14	8,73	9,56	7,86	9,04	8,84	8,73	7,99	8,42	6,49	14,53	6,11
	Condiciones maternas	2,40	2,03	2,18	2,10	2,08	1,65	1,95	1,33	1,79	1,18	1,53	1,67	1,85	3,98	2,31
	Enfermedades no transmisibles	71,50	71,37	73,48	73,84	74,85	73,63	68,21	66,42	72,74	70,02	71,26	73,11	72,83	40,78	-32,33
	Lesiones	2,91	2,87	2,77	2,88	2,54	2,57	2,35	2,54	2,90	2,94	2,84	3,00	3,60	8,05	5,05
	Condiciones mal clasificadas	11,11	12,20	11,37	12,03	11,80	12,59	19,62	20,67	13,73	17,13	16,38	13,80	15,23	32,66	18,89
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,93	7,71	6,11	5,88	5,33	5,17	4,56	4,94	4,84	4,59	4,85	4,43	3,71	2,82	-1,62
	Condiciones maternas	0,01	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,01	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	81,98	80,39	82,88	83,51	84,56	83,49	78,46	76,37	81,81	78,73	80,75	84,43	82,91	87,24	2,82
	Lesiones	2,85	2,84	2,73	2,52	2,38	2,41	1,99	2,62	3,45	4,06	3,33	2,54	3,61	2,50	-0,04
	Condiciones mal clasificadas	8,25	9,04	8,27	8,08	7,73	8,92	14,99	16,07	9,90	12,62	11,04	8,60	9,76	7,44	-1,15

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO)

## Morbilidad específica por subgrupo de causas

Para el análisis específico de la morbilidad por subgrupo se utilizó la lista de estudio mundial de la carga de la enfermedad que ocupan los códigos CIE 10 modificada por el MSPS, donde se realizó la estimación de cambios en las proporciones, en el grupo de las enfermedades no transmisibles se clasificaron en: Enfermedades cardiovasculares, respiratorias, enfermedades músculo-esqueléticas, de los órganos de los sentidos, enfermedades de la piel, enfermedades genitourinaria, enfermedades digestivas, enfermedades endocrinas, diabetes mellitus, condiciones neuropsiquiátricas, condiciones orales, neoplasias malignas, otras neoplasias, anomalías congénitas. Las condiciones transmisibles y nutricionales se clasifican: deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias, Para el grupo de lesiones se clasifican en: Lesiones de intencionalidad indeterminada, lesiones intencionales, lesiones no intencionales, traumatismo, envenenamiento y alguna otras consecuencias de causas externas, Dentro de las condiciones maternas y perinatales fueron incluidas: Las derivadas durante el periodo perinatal y las condiciones maternas.

## Condiciones transmisibles y nutricionales

Para el periodo 2009-2022 se notificaron un total de 4.510.295 por condiciones transmisibles y nutricionales con 4.690.323 el 13,6% del total de todas las atenciones por grandes causas, ocupando en tercer lugar el 2022, con un promedio de 335 consultas anuales, con una disminución en el número de consultas de 45% comparado con el año inmediatamente anterior. En cuanto al sexo las mujeres demandaron mayor número de consultas por estos sub grupo de casusas que las mujeres.

Las infecciones respiratorias agudas fueron las que mayor atención demandan, con cambios porcentuales al incremento de 9,96 en hombres y 3,39 en mujeres del 2022 con respecto al 2021. Las enfermedades infecciosas y parasitarias aportaron el 37,5%, con una disminución de 9.39 puntos porcentuales del 2022 con respecto al 2021, las deficiencias nutricionales aportan el 11% del total dentro de esta gran causa, sin cambios significativo en el periodo de análisis, (Tabla 53)

**Tabla 53. Morbilidad específica por condiciones transmisibles y nutricionales, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022- 2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
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)	42,70	43,86	41,70	41,61	40,12	50,34	45,44	40,80	39,79	43,30	42,74	46,89	52,08	37,50	-9,39
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,30	50,40	53,75	54,04	55,71	45,17	50,00	55,78	56,21	53,01	52,66	48,72	42,03	55,39	6,67
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,99	5,75	4,56	4,35	4,18	4,49	4,57	3,42	4,00	3,69	4,60	4,39	5,89	7,11	2,72

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022- 2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
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)	42,99	45,10	42,40	42,79	41,16	51,51	47,17	42,70	42,95	45,71	44,84	50,14	55,46	37,88	-12,26
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	53,90	51,43	54,72	54,66	56,25	45,48	49,61	54,95	54,34	51,65	51,90	47,12	40,78	57,08	9,96
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,12	3,47	2,88	2,55	2,59	3,01	3,23	2,35	2,71	2,64	3,26	2,74	3,75	5,04	2,30

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
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)	42,48	42,88	41,13	40,61	39,24	49,36	43,96	39,23	37,24	41,23	40,98	44,11	49,08	37,19	-6,92
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	51,02	49,58	52,97	53,53	55,25	44,91	50,33	56,47	57,72	54,17	53,29	50,08	43,14	54,03	3,95
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	6,50	7,54	5,90	5,86	5,51	5,73	5,71	4,31	5,05	4,60	5,72	5,81	7,78	8,77	2,97

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO)

### Condiciones maternas y perinatales

En el subgrupo de condiciones maternas perinatales, las condiciones maternas aportaron el 82,9% de las atenciones realizadas en el 2022. Las condiciones derivadas del periodo perinatal, en cuanto al sexo es mas en mujeres que en hombres, con una proporción de atenciones del de 53,2. (Tabla 54).

**Tabla 54. Morbilidad específica por condiciones maternas perinatales, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	87,15	91,35	91,49	90,75	87,40	86,65	87,31	95,60	92,34	88,07	87,24	83,50	82,64	82,91	-0,59
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	12,85	8,65	8,51	9,25	12,60	13,35	12,69	4,40	7,66	11,93	12,76	16,50	17,36	17,09	0,59

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	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	100,00	0,00

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	91,70	94,78	95,45	95,22	92,78	92,05	92,83	97,85	95,92	94,13	92,88	90,86	90,02	90,05	-0,82
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	8,30	5,22	4,55	4,78	7,22	7,95	7,17	2,15	4,08	5,87	7,12	9,14	9,98	9,95	0,82

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO)

### Enfermedades no transmisibles

En lo que respecta al comportamiento por subgrupos de causas más exactamente en las enfermedades no transmisibles durante el periodo 2009 a 2022 fueron las que presentaron mayor carga en la consulta con un total de 22.596.435 (65,6%), con cambios porcentuales al incremento del 2,40 de puntos porcentuales del 202 con respecto al 2021.

La tendencia de las principales causas de morbilidad por las enfermedades no transmisibles 2009-2021 mostraron su mayor impacto en enfermedades cardiovasculares con 16.69% y con una variación porcentual a la disminución del 2022 con respecto al 2021 de -8,52, la siguen las condiciones orales de con 14,48%, con puntos porcentuales al incremento de 2,40 del 2022 con respecto al 2021, más en mujeres que en hombres, en tercer lugar las enfermedades genitourinaria con más consultas en mujeres que en hombres con un 74,2% y con un incremento de 1,21 del 2022 con respecto al 2021, en cuarto lugar en números de consultas se encuentran las enfermedades músculo esquelética con un total de 2.740.838 consultas y para el 2022 se realizaron 122.400 (Tabla 55).

**Tabla 55. Morbilidad por enfermedades no transmisibles, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022- 2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
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)	0,63	0,68	0,68	0,66	0,68	0,78	0,88	0,74	0,92	1,00	1,25	1,82	1,58	1,13	-0,69
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,35	1,47	1,38	1,48	1,43	1,30	1,25	1,27	1,14	1,32	1,22	1,16	1,38	1,87	0,72
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,59	2,46	2,87	2,64	3,52	3,27	2,97	4,12	4,50	4,13	4,48	6,01	5,12	3,40	-2,60
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,38	4,86	5,16	5,36	5,69	4,85	4,81	4,59	5,09	5,23	4,85	4,74	5,62	6,99	2,25
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5,05	5,15	5,30	5,53	5,37	6,17	6,59	5,34	6,54	9,32	8,00	9,62	11,11	8,75	-0,86
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,63	8,49	8,78	6,90	6,95	7,19	7,94	7,71	8,50	6,75	8,07	6,17	7,93	4,54	-1,63
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	14,91	14,16	15,12	14,09	17,13	16,96	18,48	17,20	16,89	16,52	16,53	21,64	19,34	13,12	-8,52
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,79	5,76	5,20	4,99	4,44	4,02	4,24	3,94	3,83	3,67	3,31	3,22	3,15	4,56	1,34
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,09	8,57	7,32	7,58	7,19	6,54	6,36	6,38	5,81	5,86	5,48	5,80	5,53	7,72	1,92
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	15,28	15,19	13,12	14,51	11,75	12,42	11,38	12,51	12,51	12,17	11,93	12,46	11,98	13,08	0,62
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	8,16	8,00	6,93	7,13	6,28	6,30	6,00	5,75	5,92	6,14	6,12	5,23	5,18	6,64	1,41
	Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	12,87	13,35	12,35	12,81	12,06	13,08	11,15	11,66	12,95	13,64	12,09	9,93	10,43	13,26	3,33
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,78	0,68	0,68	0,76	0,76	0,68	0,66	0,54	0,57	0,64	0,62	0,59	0,69	0,90	0,31
	Condiciones orales (K00-K14)	9,47	11,19	15,12	15,55	16,73	16,44	17,29	18,26	14,84	13,60	16,03	11,64	10,96	14,04	2,40

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2022- 2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
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)	0,73	0,82	0,79	0,71	0,72	0,83	1,00	0,90	0,92	0,99	1,36	2,13	1,69	1,13	-1,00
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,78	0,87	0,73	0,78	0,80	0,77	0,69	0,63	0,62	0,69	0,68	0,64	0,72	1,02	0,38
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,10	2,93	3,33	3,05	3,81	3,58	3,28	4,38	5,08	4,74	4,93	6,49	5,54	3,42	-3,07
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,55	3,85	3,96	4,07	4,33	3,71	3,60	3,34	3,64	3,71	3,47	3,27	3,89	4,84	1,57
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,56	5,07	5,21	5,50	5,61	6,92	7,98	5,33	7,35	11,49	8,90	11,60	14,24	8,85	-2,75
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,89	9,42	9,73	7,80	7,64	7,80	8,41	8,50	9,38	6,97	8,27	6,40	8,16	11,39	4,99
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	15,75	15,10	15,89	14,61	17,30	16,99	17,87	17,02	17,27	16,72	16,58	21,59	18,99	12,42	-9,17
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	8,00	8,01	7,09	6,82	6,03	5,31	5,70	5,02	4,68	4,39	3,98	3,82	4,03	5,33	1,51
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,15	8,52	7,17	7,76	7,64	7,00	6,88	6,64	5,93	5,90	5,65	5,85	5,92	7,95	2,10
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8,19	8,90	7,87	9,26	6,75	8,23	7,28	8,71	9,11	8,69	9,24	9,85	9,32	9,71	-0,13
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	10,60	10,34	8,62	8,96	7,84	7,56	7,15	6,81	6,79	7,04	7,05	5,90	5,86	6,95	1,05
	Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	13,76	13,90	12,52	13,54	13,30	13,60	11,81	11,89	12,61	13,39	11,70	9,51	10,12	12,35	2,84
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,86	0,79	0,76	0,87	0,86	0,79	0,75	0,53	0,61	0,73	0,74	0,66	0,87	1,01	0,35
	Condiciones orales (K00-K14)	10,10	11,47	16,31	16,27	17,36	16,90	17,61	20,31	16,01	14,56	17,44	12,29	10,67	13,63	1,33

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
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)	0,57	0,61	0,62	0,63	0,65	0,76	0,81	0,64	0,93	1,00	1,19	1,62	1,51	1,13	-0,49
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,66	1,78	1,75	1,88	1,78	1,61	1,58	1,65	1,46	1,73	1,57	1,49	1,77	2,44	0,95
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,31	2,21	2,61	2,41	3,36	3,09	2,79	3,97	4,15	3,74	4,21	5,70	4,87	3,39	-2,31
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,84	5,39	5,83	6,10	6,45	5,52	5,53	5,33	5,97	6,20	5,72	5,66	6,64	8,41	2,75
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5,33	5,20	5,35	5,55	5,24	5,73	5,77	5,35	6,04	7,94	7,44	8,36	9,25	8,69	0,32
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,94	7,99	8,24	6,39	6,56	6,83	7,66	7,24	7,96	6,60	7,95	6,02	7,79	0,00	-6,02
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	14,44	13,66	14,68	13,79	17,04	16,95	18,84	17,32	16,66	16,39	16,50	21,67	19,55	13,59	-8,08
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,57	4,57	4,14	3,95	3,55	3,26	3,38	3,29	3,31	3,22	2,88	2,83	2,63	4,05	1,21
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,07	8,59	7,41	7,47	6,94	6,28	6,05	6,23	5,74	5,83	5,37	5,76	5,29	7,57	1,80
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	19,20	18,51	16,07	17,51	14,58	14,87	13,80	14,77	14,57	14,39	13,62	14,11	13,56	15,31	1,21
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,82	6,76	5,97	6,09	5,40	5,55	5,32	5,11	5,39	5,58	5,54	4,81	4,78	6,44	1,62
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,38	13,06	12,25	12,40	11,36	12,77	10,75	11,52	13,15	13,80	12,33	10,19	10,62	13,86	3,67
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,74	0,62	0,63	0,70	0,71	0,62	0,61	0,55	0,55	0,59	0,55	0,54	0,59	0,82	0,28
Condiciones orales (K00-K14)	9,12	11,03	14,45	15,14	16,38	16,17	17,10	17,03	14,13	12,99	15,15	11,22	11,13	14,31	3,09	

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO)

## Las Lesiones

La morbilidad atendida por esta causa incluye todo lo que es traumatismo, envenenamiento y lesiones intencionales y no intencionales observando la mayor frecuencia traumatismo, envenenamiento o algunas otras consecuencias de causas externas con el 92,75% de todas las atenciones, con mayor número de consultas en hombres que en mujeres. En cuanto a las lesiones no intencionales, fueron el 6,46% del total realizado, en el 2022, presentando un 52% de demandas en mujeres y un 48% en hombres; el resto de las causas no presentaron mayor demanda. (Tabla 56)

**Tabla 56. Morbilidad específica Lesiones, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														Δ pp 2022-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,49	5,62	5,94	5,25	4,65	4,20	4,09	9,53	9,50	4,50	5,65	8,74	8,22	9,04	0,30
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,32	0,40	0,48	0,49	0,60	0,47	0,57	0,34	0,47	0,70	0,77	1,67	0,64	0,58	-1,09
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,31	0,53	0,08	0,29	0,09	0,07	0,06	0,05	0,05	0,05	0,12	0,34	0,06	0,07	-0,27
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,88	93,45	93,50	93,97	94,66	95,27	95,29	90,08	89,98	94,74	93,46	89,25	91,08	90,31	1,05

		Hombres														
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	$\Delta$ pp 2022-2021
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,17	5,27	6,09	5,02	4,39	4,02	3,94	8,12	7,99	4,10	4,61	6,65	6,65	7,87	1,22
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,28	0,40	0,46	0,55	0,56	0,48	0,44	0,27	0,35	0,46	0,49	1,05	0,47	0,43	-0,61
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,26	0,44	0,08	0,26	0,08	0,07	0,06	0,06	0,05	0,06	0,09	0,17	0,08	0,07	-0,09
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,30	93,90	93,37	94,17	94,96	95,44	95,56	91,54	91,61	95,39	94,80	92,13	92,80	91,62	-0,51

		Mujeres														
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	$\Delta$ pp 2022-2021
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,90	6,06	5,76	5,55	5,00	4,44	4,29	11,28	11,18	4,96	6,91	11,36	10,13	10,36	-1,00
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,37	0,41	0,50	0,43	0,65	0,45	0,74	0,43	0,60	0,98	1,10	2,45	0,86	0,75	-1,70
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,37	0,63	0,07	0,32	0,10	0,07	0,06	0,04	0,05	0,05	0,15	0,55	0,04	0,06	-0,49
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,36	92,90	93,67	93,71	94,26	95,05	94,92	88,25	88,16	94,02	91,84	85,64	88,97	88,83	3,19

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO)

### Los signos y síntomas mal definidos

Por último, los signos y síntomas mal definidos que muestran un subregistro que inciden en la información y por lo tanto en la calidad de la atención, fue la responsable del 15% del total de las atenciones en el periodo 2009 a 2022, para este último año se reportaron 224.683 atenciones lo que denota una disminución del 53% con relación al 2021, pero aún sigue siendo relevante teniendo en cuenta que hay muchas patologías no definidas (Tabla 57).

**Tabla 57.** Morbilidad por Los signos y síntomas mal definidos, del Distrito de Cartagena 2009 – 2022.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021	$\Delta$ pp 2021-2020
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	Total	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	100,00	0,00
	Hombres	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	100,00	0,00
	Mujeres	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	100,00	0,00

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO)

A continuación se listan las principales consultas por subgrupos de causas: (Figura 26)

**Figura 26.** Principales causas de Consultas por subgrupo de Causas -Distrito de Cartagena 2022

Diagnóstico	Numero de personas atendidas	Porcentaje de personas atendidas
Enfermedades infecciosas y parasitarias	170.836	12,0
Infecciones respiratorias	137891	9,7
Condiciones orales	129.584	9,1
Enfermedades musculo-esqueléticas	122400	8,6
Enfermedades cardiovasculares	121106	8,5
Enfermedades genitourinarias	120.157	8,4
Condiciones neuropsiquiatricas	80.784	5,7
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	75.527	5,3
Enfermedades digestivas	71.239	5,0
Diabetes mellitus	31.416	2,2
Condiciones maternas	11.117	0,8
Restos de diagnostico	352.709	24,8
Total	1424766	100,0

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información La Protección Social (SISPRO)

### 3.1.2 Morbilidad Específica en Salud Mental

A modo de introducción para el análisis de morbilidad relacionada con la salud mental, se decide dejar el mismo comentario utilizado en el ASIS 2021, por considerarlo de gran interés y prioridad Nacional, como tema prioritario en salud pública, componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, está dado desde la Ley 1616 del 2013 y se define como estado dinámico que expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativa y contribuir a la comunidad.

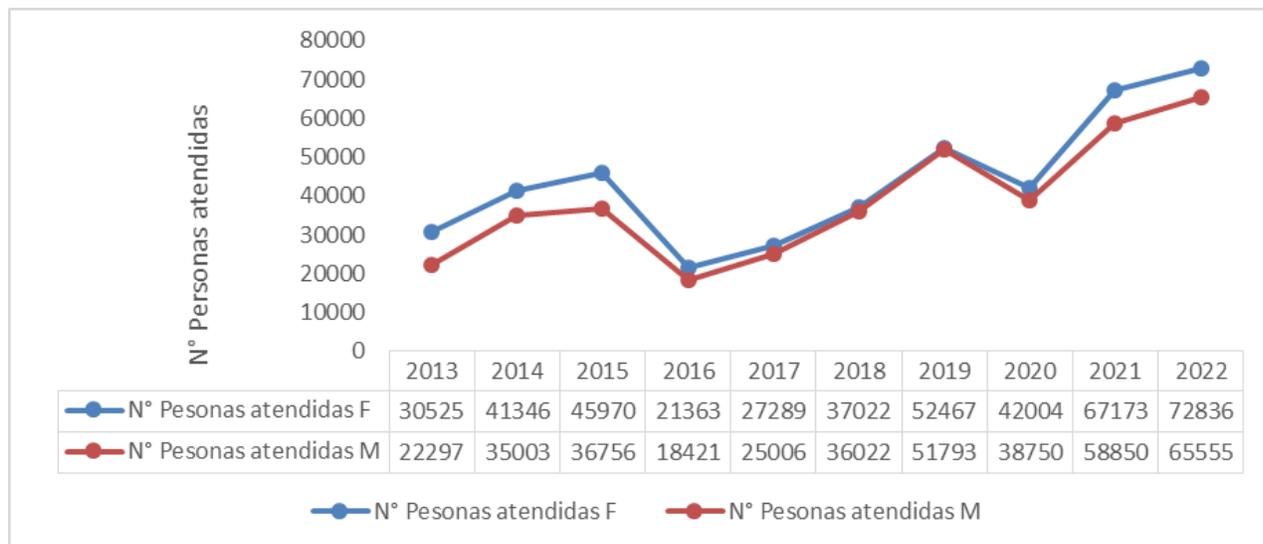
Uno de los temas banderas de política pública es la salud mental, teniendo como uno del alcance más importante el proceso de formulación de un CONPES, lo cual permite hacer visible esta problemática en salud, que algunas veces no es fácil hacer este diagnóstico, teniendo en cuenta la carga oculta de la enfermedad y el potencial que existe para progresar en su diagnóstico, tratamiento y control.

En este análisis se utiliza información que generan los Registros individuales de prestación de servicios en salud RIPS- examinando los problemas más frecuentes por lo que consulta la población general, en materia de morbilidad atendida por salud mental teniendo en cuenta todo tipo de consulta ,de los últimos 10 años que va de 2013 a 2022 . El siguiente análisis tiene por objeto analizar las 10 primeras causas de consultas por personas con problemas y trastornos mentales y además trastornos de comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, información que se encuentra en SISPRO como insumo para el ASIS.

De acuerdo a las cifras que se encuentran en SISPRO del año del 2013 al 2022 se encuentran reportada un total de 831.239 personas atendidas de los cuales el 53% corresponde al sexo femenino. Se evidencia un comportamiento fluctuante en donde los años que menos acudieron a consulta por salud mental los Cartageneros fue en el 2016 evidenciándose una tendencia al incremento hasta el 2020 donde disminuyeron notablemente el número de consultas en

un 30% comparado con el 2020, para los dos últimos años surgió un incremento del 60% comparando el 2020 con el 2021 y un 76% comprando los dos últimos años (2022 con respecto 2021) ; uno de los factores de este comportamiento podría ser los efectos de la pandemia, donde para el 2020 se estuvo en confinamiento (Figura 27)

**Figura 27. Número de personas atendidas en Cartagena de Indias debido a problemas y trastornos mentales 2013-2022**



Fuente: Sispro, consulta marzo 2024

De acuerdo a las cifras que se encuentran en SISPRO durante el periodo 2013 – 2022 las 10 primeras causas de consultas en salud mental en su orden en el Distrito de Cartagena fueron por: Trastornos mentales y del comportamiento, Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, Trastornos del humor (afectivos), Trastornos del desarrollo psicológico, Epilepsia, Psicosis de origen no orgánico, no especificado; por Trastorno afectivo bipolar; Episodio depresivo moderado; por Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; por Episodio depresivo grave con síntomas psicótico, Riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales, Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos, Epilepsia tipo no especificada, Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

Los trastornos mentales y de comportamiento presentan la mayor carga de morbilidad atendida del 2013 a 2022 con un total de 285.246 consultas y para el 2022 fue de 47.687 consultas con un incremento del 15,5% comparada con el 2021, lo que indica una tendencia ascendente. Además es evidente que se presenta más en mujeres que en hombres, con el 52%, el grupo de edad que más consultas se atendieron fueron los menores de 15 años con el 33,7%, seguido de los de 15 a 19 años con el 9%. El aumento en los trastornos mentales y del comportamiento plantea desafíos considerables para los servicios de salud mental y los recursos disponibles en el municipio. Es necesario implementar estrategias efectivas de prevención, detección temprana y tratamiento para abordar esta creciente carga de morbilidad. Además, es esencial tener en cuenta las diferencias de género en la presentación de estos trastornos y desarrollar enfoques de atención que aborden las necesidades específicas de hombres y mujeres.

En segundo lugar por tipo de consulta del 2013 al 2022 se encuentran los “Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos,” (Los trastornos somatomorfo se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas orgánicos crónicos acompañados de niveles significativos y desproporcionados de angustia, preocupaciones y dificultades en el funcionamiento diario relacionadas con dichos síntomas), este tipo de consulta presentó una tendencia sostenida a partir del 2017 pasando de 3.674 casos en ese año a 16.870 consultas en el 2022 con una variación porcentual del 31% del 2022 con respecto al 2021. En cuanto a sexo el 67% más en mujeres que en hombre. Los grupos de edades

que más consultan por esta causa son los de 50 a 69 años y los de 15 a 64 años.

En tercer lugar “Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia” al igual que los dos anteriores con tendencia sostenida del 2017 al 2022 pasando de 3.233 consultas en a 9.169 en el 2022 con un incremento por encima del 100% y con una variación porcentual del 56% del 2022 con respecto al 2021, el 62% de las consultas se reportaron en hombre. El grupo de edad que más consultaron por esta causa fueron 5 a 9 años, seguido de 10 a 14 y de 15 a 19 años con el 39%, 34% y 12% respectivamente. (Tabla 58).

**Tabla 58.** Morbilidad por Salud mental, con las 10 primeras causas de consultas en población general, del Distrito de Cartagena 2013-2022.

CAUSAS DE CONSULTA	SEXO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
trastornos mentales y del comportamiento	Femenino	11.183	14.385	17.355	7.497	9109	12264	17831	13930	21777	24834
	Masculino	7.987	11.974	13.602	6.710	8706	12097	17793	12979	19224	22350
	Total	19.176	26.371	30.967	14.527	18183	24487	35652	26944	41252	47687
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	Femenino	2.917	3.500	2.933	2.547	3038	4064	5591	5483	8562	11246
	Masculino	1.301	1.669	1.520	1.098	1513	2111	2851	2933	4303	5595
	Total	4.221	5.171	4.454	3.674	4583	6185	8446	8420	12894	16870
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	Femenino	1.044	3.539	8.471	643	1060	1523	2362	1311	2211	3371
	Masculino	1.562	3.521	6.603	1.315	1999	2798	4472	2432	3554	5528
	Total	2.607	7.062	15.078	2.097	3233	4382	6846	3760	5880	9169

Trastornos del humor [afectivos]	Femenino	1.586	2.915	2.440	1.645	2320	4018	5192	3717	6727	6333
	Masculino	646	1.415	1.158	769	1136	2437	3192	2476	4248	3452
	Total	2.234	4.331	3.601	2.441	3496	6471	8385	6194	10990	9804
Trastornos del desarrollo psicológico	Femenino	4.440	1.918	2.587	898	871	1132	1658	1094	2122	2676
	Masculino	3.089	2.642	2.923	1.542	1812	2484	3647	2439	4497	5781
	Total	7.531	4.561	5.513	2.516	2761	3663	5317	3545	6732	8676
Epilepsia(CIE-10: G40 – G41)	Femenino	1.352	2.662	1.743	1.136	1516	1555	2617	2320	2943	3512
	Masculino	1.201	2.534	1.717	1.182	1524	1736	2708	2425	3097	3438
	Total	2.554	5.197	3.462	2.360	3091	3311	5328	4754	6085	7018
Psicosis de origen no orgánico, no especificado; por Trastorno afectivo bipolar; por Episodio depresivo moderado; por Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; por Episodio depresivo grave con síntomas psicótico	Femenino	491	1.434	1.166	697	1026	2119	2848	2060	4603	3550
	Masculino	253	809	655	408	644	1512	2181	1662	3271	2292
	Total	744	2.244	1.822	1.120	1688	3642	5030	3723	7886	5850
Riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	Femenino	1.723	1.388	1.604	1.155	1555	2080	2123	1895	3664	2484
	Masculino	1.171	1.161	1.238	574	968	1674	1760	1142	2263	1813
	Total	2.894	2.549	2.843	1.754	2569	3781	3892	3041	5969	4366
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	Femenino	690	1.077	860	861	1297	1663	2402	1954	2600	3153
	Masculino	397	614	475	474	675	918	1279	1060	1482	1707
	Total	1.087	1.692	1.335	1.347	1982	2584	3681	3014	4083	4871

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	Femenino	572	981	744	410	643	945	1285	1014	1138	1356
	Masculino	523	1.150	864	510	811	1287	1814	1475	1646	1914
	<b>Total</b>	<b>1.096</b>	<b>2.134</b>	<b>1.609</b>	<b>931</b>	<b>1464</b>	<b>2234</b>	<b>3100</b>	<b>2491</b>	<b>2788</b>	<b>3275</b>

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO) -Generado 28 de marzo del 2024

Por otro lado los “Trastornos mentales y de comportamiento por el consumo de sustancias psicoactivas” con tendencia al incremento del 2013 al 2022, donde en el primer se realizaron 521 consultas y el último 2.077, a partir del 2016 se evidencia un incremento sostenido, con una variación porcentual del 19% comparando el 2022 con respecto al 2021, el mayor número de consultas lo realizaron los hombres que en el último año por cada 1 mujer consultaban 4 hombres, el grupo de edad con mayor número de consultas fueron los de 15 a 19 años con 428 consultas, seguido de los de 20 a 24 con 333, los de 25 a 29 con 285 y los de 30 a 34 con 232 consultas (Tabla 59)

**Tabla 59.** Morbilidad por Trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias Psicoactivas del Distrito de Cartagena 2013-2022.

SEXO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Femenino	202	222	151	105	141	230	669	533	366	430
Masculino	317	619	552	459	666	1117	1837	1132	1373	1643
<b>Total</b>	<b>521</b>	<b>841</b>	<b>704</b>	<b>582</b>	<b>846</b>	<b>1356</b>	<b>2507</b>	<b>1666</b>	<b>1742</b>	<b>2077</b>

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO) - Generado 28 de marzo del 2024

### Conducta suicida: intento de suicidio

En el Distrito de Cartagena es alarmante sobre el incremento de la conducta suicida en la ciudad donde se evidencia un incremento en la tasa de conducta suicida y mortalidad por suicidios, para el período comprendido entre 2015 a 2018, pasando de una tasa de 28,0 a 69,32 casos por cada 100.000 mujeres y en hombres de 9,00 a 28,37 casos por cada 100.000 hombres.

Durante el año de 2021 el suicidio representó el 5,6% del total de muertes violentas en la ciudad (INMLCF y GCRNV, 2021). Asimismo, en Cartagena de Indias, de acuerdo a las notificaciones en SIVIGILA, en el año 2020 se reportaron 382 casos de intentos de suicidio, con una tasa de 36,2 por cada 100.000 habitantes; en 2021 430 casos a 30 de diciembre de ese año, con una tasa de 41,8 casos por cada 100.000 habitantes y en el 2022 se notificaron 541 casos de intentos de suicidio con un incremento del 26% comparado con el año inmediatamente anterior y una tasa de incidencia de 53,08 casos por cada 100.000 habitantes. Según el sexo la tasa es superior en las mujeres con el 72,3% ; el grupo de más afectado es el de 15 a 19 años con 33,3% (179), seguido de los de 20 a 24 años con 24,1% (123); El 53,3% de los casos corresponden al régimen subsidiado.

Las EAPB en la que se presentaron casos en su orden se encuentra: Salud Total con 22,77% , Mutual Ser, Coosalud con 18,3% y seguido Nueva EPS con 8,7 % y finalmente población no asegurada 2,6% (14 casos).

En cuanto a la distribución por localidades la que mayor casos reporta es la localidad Industrial de la Bahía con el 37,1% (201) los tres primeros barrios con mayor número de casos se concentran en San Fernando, San José de los Campanos y Nelson Mandela, seguido se encuentra la localidad de la Virgen y turística con 33,2% (180) con mayor número de casos en Olaya Herrera, El Pozón y la María y por último la localidad Histórica y del Caribe con 22,5% (122) los tres primeros barrios de Zaragocilla, Daniel Lemaitre y Escallon Villa.

El factor de riesgo presente en la mayoría de los casos de intento de suicidio es el antecedente problemas familiares (42,7 %). Los conflictos de pareja con el segundo factor (26,6 %); en tercer lugar problemas de consumo, seguido de problemas económicos.

Los mecanismos más usados en los intentos de suicidio fueron las intoxicaciones con el 77,7% el tipo de sustancias más usadas fueron los (medicamentos, plaguicidas y otras sustancias químicas); otros de los mecanismos utilizados fueron los elementos de armas cortopunzante seguido de ahorcamiento. .

En cuanto a la distribución porcentual de los servicios de salud mental a los cuales tuvieron acceso por remisión los casos de intento de suicidio notificados en el 2022, el 94,1% fueron remitidos a psiquiatría, seguido del 71,3% a Psicología y 57,3% a trabajo sociales.

De acuerdo a los datos (INMLCF-Observatorio de Violencia, 2022) En: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa> a corte 30 de noviembre del 2022. se presentaron en Cartagena de Indias se reportan 41 casos de suicidios de los cuales 32 hombres y nueve (9) mujeres, entre los cuales hay una niña de 10 años, una adolescente entre 15 y 17 años, tres (3) jóvenes de sexo femenino entre 18 y 29 años; y cuatro (4) mujeres entre 30 y 59 años. En cuanto a los casos en población masculina, ocho (8) jóvenes entre 18 y 29 años, 17 adultos entre 30 y 59 años; y siete (7) de 60 años y más (INMLCF-Observatorio de Violencia, 2022). Los 41 casos reportados generan una tasa de suicidio de 3,8 casos por cada 100.000 habitantes

### **Indicadores de uso de servicios de salud mental**

Durante todo el periodo 2009-2022 se observa mayor uso de servicios en mujeres que en hombres, con un incremento en los últimos tres años.

Considerando el uso de servicios por grupos de edad, se observa que desde la infancia hasta los mayores de 60 años existe un aumento en el porcentaje de uso de servicios comparando el año 2021 y 2022.

En el grupo de edad de los adolescentes 10 a 14 años fue donde se realizaron mayor número de consultas, seguido de 5 a los 9 años y de los 15 a 19 con más del 50% del total de atenciones de salud mental por cada grupo.

La dimensión de Convivencia Social y Salud mental del DADIS continúa trabajando en el marco de los siguientes procesos de la gestión pública en Salud Mental: Coordinación Intersectorial, Desarrollo de capacidades, Participación Social - Redes sociales, Gestión del conocimiento, Vigilancia en Salud Pública y Gestión de las intervenciones colectivas, teniendo como eje transversal los enfoques diferenciales. En este contexto, asume como prioritarios los ejercicios de adaptación y adopción de las políticas públicas de salud mental y, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas; para impactar de manera estratégica el logro de metas como:

- Disminución de la tase de suicidio y lesiones auto infligidas.
- Reducción de los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en personas entre 15 y 65 años
- Reducción por tasa de mortalidad por agresiones
- Reducción de tasas de violencia interpersonal
- Aumentar la frecuencia de uso de servicios de salud mental.

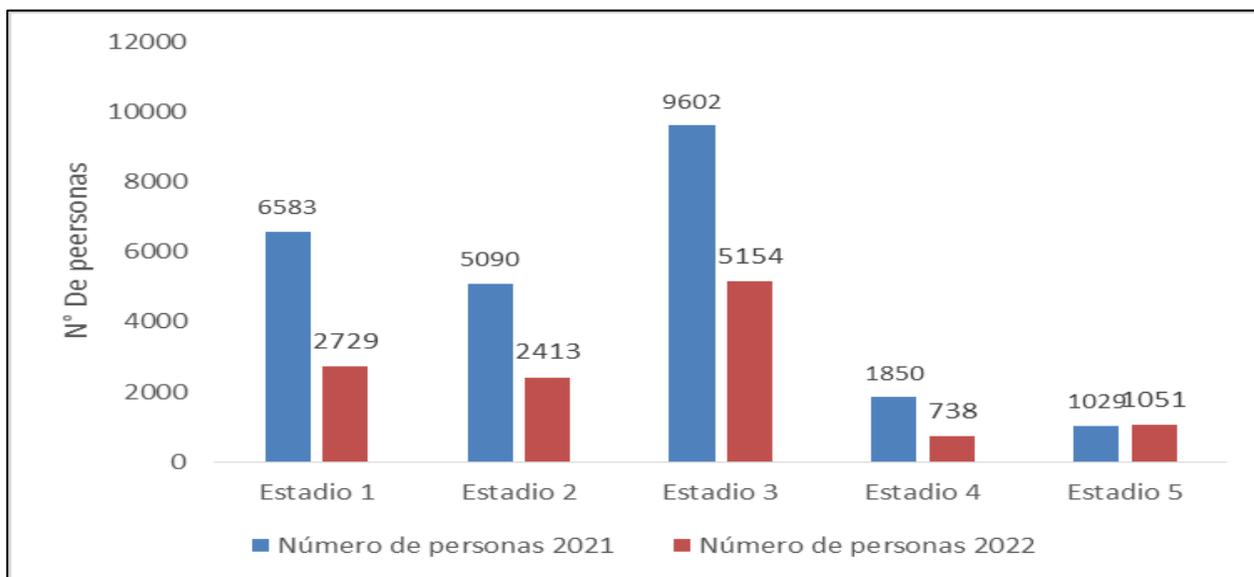
### **3.1.3. Eventos de alto costo, Distrito de Cartagena.**

A través de la cuenta de alto costo del Ministerio se dispone de información cuantificada de algunas enfermedades que se caracterizan por requerir niveles altos de complejidad, lo cual están relacionadas con la capacidad del sistema de



58% y 46% respectivamente, posiblemente que con el levantamiento de la pandemia por COVID 19, los pacientes pudieron acudir a los controles y aplicaciones de los tratamientos, cabe destacar que el estadio 3 en esta etapa de la ERC los riñones tienen daños leves o moderado, el estadio 4 se encuentran el 6,11% de los pacientes donde el daño es avanzado, en estos estadios las acciones van dirigida a contener el daño, afectando la calidad de vida, por último el estadio 5 se encuentran el 8,7% de las personas con ERC lo que significa que las personas tienen un daño renal severo, lo cual requieren un tratamiento fuerte y un reemplazo renal, en este estadio el 25% de los pacientes corresponden a Coosalud, 23% a Mutual Ser, Salud Total 16%. (Figura 28).

**Figura 28.** Progresión de enfermedad renal crónica del Distrito de Cartagena, 2021-2022



Fuente: Cuenta de Alto Costo - Bodega de Datos SISPRO (SGD).

### 3.1.4. Morbilidad de eventos precusores

La Hipertensión Arterial junto con la Diabetes Mellitus son los principales eventos antecedentes de una enfermedad renal crónica y constituye un problema de salud pública y un reto para el sistema de salud. Estas dos enfermedades si no se detectan de manera temprana y de un tratamiento adecuado y oportuno, pueden llevar a la aparición de la enfermedad renal, la cual, sin un control adecuado, pueden llevar a la persona con terapia de soporte renal y deterioro de la calidad de vida.

Para el año 2022 se reportaron un total de 104740 que corresponde a personas de 18 a 69 años con hipertensión arterial, 14% más que el año anterior, lo que representó una prevalencia de 13.20 por 100 personas de 18 a 69 años (estimada según datos CAC), con un comportamiento hacia que del 2016 al 2022 se mantiene. Al comparar el indicador con el Nacional sin diferencia estadísticamente significativa. En cuanto las EAPB Salud total reporta el mayor número de hipertensos entre las edades de 18 a 69 años con 27.807 (26%), seguido de Coosalud con 12.163 casos (12%) y en tercer lugar Mutual Ser con 10.461 casos (10%). El 57,5% de los casos corresponde al régimen contributivo seguido del Subsidiado con el 26,3%, el resto al régimen de excepciones. En cuanto al sexo el 59,5% corresponde a la población femenina.

Para los casos de diabetes mellitus el indicador del Distrito expresa que 4 de cada 100 persona presentaron la diabetes en el año 2022, con una tendencia que se mantiene al incremento, al compararlo con el indicador nacional no es estadísticamente significativo. La EAPB que más casos reportó de diabetes entre los 18 y 69 años fue Salud total con 9.840 (25,7%), seguido de Coosalud con 7.349 (19,2%) seguido de Mutual Ser con 6.040 (15,8%), Nueva EPS 3.198

(8,3%), las demás EPS como Coomeva, Sanitas, Sura EPS, fuerzas Militares, Famisanar, Policía Nacional, Compensar reportaron casos por debajo del 5%. El 57,2% de los casos corresponden al régimen contributivo, el subsidiado el 42,7% y resto a excepciones y EAPB en liquidación (Tabla 61).

**Tabla 61. Eventos precursores del Distrito de Cartagena, 2016 -2022**

Evento	Colombia 2022	Cartagena 2022	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prevalencia de diabetes mellitus	3,15	4,80	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	9,31	13,20	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗

Fuente: Dane Bodega de SISPRO de MSPS

### 3.1.5. Eventos de notificación

Los Eventos de notificación, se caracterizan por tener la connotación de carácter obligatorio, tanto del sector público como el privado de ciertas enfermedades, brotes de enfermedades infecciosas y los fallecimientos de causa no explicada donde se sospeche causa infecciosa, en personas previamente sanas. Estas enfermedades tienen distinta forma y periodicidad de notificación, distinguiéndose las de notificación inmediata, notificación semanal y las de notificación por centinelas.

### Enfermedades transmitidas por vectores

#### Dengue

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2022, excluyéndose los datos repetidos y descartados (ajuste 6 y D), quedando un total de 3151 casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Del total de casos, 1797 (57%) fueron clasificados como dengue sin signos de alarma, 1280 (40,6%) como dengue con signos de alarma y 74 casos (%) como dengue grave, respecto a la clasificación final de los casos, 2102 (66,7%) se confirmaron por criterios de laboratorio, 56 casos (1,8%) se confirmaron por nexo epidemiológico y 993 casos que representan el 31,5% permanecen probables en el SIVIGILA, El número de casos notificados de dengue en el distrito de Cartagena en el año 2022 disminuyó significativamente en un 53%, en comparación con el mismo periodo del año previo, al pasar de 6502 casos a 3077 casos. Igual situación se registra para los casos graves y muertes, los cuales se mantuvieron por debajo de lo observado en el año epidémico 2021, con una variación porcentual del 57% y 67% respectivamente. A pesar de este comportamiento, durante el año 2022, el dengue mostró una tendencia ascendente en el número de casos reportados, marcada a partir de la semana epidemiológica 24 de 2022, con el pico máximo en la semana epidemiológica 47, manteniéndose por encima del umbral epidémico en las últimas semanas, de acuerdo con la localidad de residencia de los pacientes afectados por dengue, se denota que alrededor del 38,3% de los casos se concentran en la localidad Industrial de la Bahía, seguido De la Virgen y Turística con el 35,6%. Según la clasificación clínica, para dengue sin signos de alarma, los casos se concentraron en la localidad Industrial de la bahía con el 37,0% (664), seguido de la localidad De la Virgen y Turística con 35,1% (631) e Histórica y del Caribe Norte con el 25,5% (459). Para el dengue con signos de alarma, la localidad Industrial de la Bahía concentró el 39,5% (505), la localidad De la Virgen y Turística aportó el 36,7% (470) e Histórica y del Caribe Norte con el 21,9% (280). Igual situación ocurre para la forma grave de la enfermedad, los casos se concentraron en la localidad Industrial de la Bahía 50,0% (37), seguido de la localidad De la Virgen y Turística con el 29,7% (22) y localidad Histórica y del Caribe Norte con 20,3% (15), El 44,4% de los casos de dengue notificados proceden de los barrios: Olaya Herrera con 7,3% (230), San Fernando 5,7% (179), El Pozón 4,5% (142), La Esperanza 2,9% (91), Bayunca 2,4% (76),

San José de los Campanos 2,3% (72), Los Caracoles 2,1% (65), Boston 2,0% (64), Blas de Lezo 2,0% (62), Nelson Mandela 1,9% (61), Daniel Lemaitre 1,8% (56), La Candelaria 1,7% (52), San Pedro Mártir 1,6% (50), San Francisco 1,5% (46), El Líbano 1,3% (40), La Consolata 1,2% (38), Zaragocilla 1,2% (38), y Escallonvilla 1,2% (38). Se graficaron los barrios hasta con 17 casos notificados a semana de corte, a nivel distrital se demostró a través del LDSP y laboratorio de virología del INS, la circulación de los serotipos DENV-1 DENV-2, DENV-3 y DENV-4, siendo el DENV-2 predominante en los casos graves y fatales.

### **Malaria**

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2022, se reportaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de Cartagena, 53 casos de malaria, 46 de estos captados en el distrito de Cartagena. Del total de casos de malaria, 45 de ellos que representan el 85% corresponden a malaria por *P. vivax*, 6 casos (11%) por *P. falciparum*, y 2 casos (4%) por Infección mixta o asociada, Según la procedencia de los casos notificados, 18 casos proceden del departamento de Bolívar: Cartagena (9), Villanueva, Santa Rosa, Montecristo, San Jacinto, Córdoba, Turbaco, Magangué, Arenal y María La Baja; 12 casos al Chocó: Bajo Baudó Pizarro (6), Litoral del Bajo San Juan (2), Belén de Bajará (2), Quibdó, y Atrato. 5 casos a Córdoba: Puerto Libertador (4), y Monte Líbano. 4 casos a Antioquia: Zaragoza, Caucasia, Antioquia y Apartadó. 3 casos a Nariño: Mosquera (2) y Tumaco. 2 casos al Valle: Buenaventura (2). 2 casos de El Palmar. 1 caso Zulia: Almirante Padilla (El Toro). 1 caso Norte de Santander (Cúcuta). 1 caso Mérida: Andrés Bello (La Azulita). 1 caso del Guaviare: San José del Guaviare. 1 caso de Cauca: Guapi; y 1 caso de Apure, municipio Achagua, El análisis de las características sociodemográficas de los casos de malaria se realizará con los casos que registran procedencia Cartagena (9). A semana de corte se evidencia que, los hombres son los más afectados para la especie *vivax*; mientras que para *falciparum* son las mujeres quienes aportan la mayor frecuencia. El 100% de los casos de *P. vivax* y 66,7% de *P. falciparum* provenían de la cabecera municipal. Por régimen de afiliación, los casos de *P. vivax* se concentran en el régimen subsidiado, los casos de *P. falciparum* 1 pertenecía al contributivo, 1 caso al subsidiado y el otro no registra afiliación al SGSSS. El promedio de edad de los pacientes es de 36,5 años, distribuyéndose la enfermedad en la población económicamente activa.

### **Leishmaniasis**

Hasta semana epidemiológica 52 de 2022, se reportaron al Siviigila distrital 4 casos de Leishmaniosis cutánea, 2 de estos correspondientes al género femenino y 2 casos al masculino, el 75% provenientes de la cabecera municipal. Vale la pena señalar que, a pesar de que el distrito de Cartagena no es endémico para la transmisión de la enfermedad, se hace necesario fortalecer e intensificar la vigilancia de este evento a través de las estrategias de vigilancia activa (BAC y BAI), teniendo en cuenta la cercanía con municipios (Montes de María) endémicos del departamento de Bolívar y los desplazamientos de la población de Cartagena a estas zonas. Asimismo, es importante mejorar la calidad del diagnóstico y formulación de tratamiento anti Leishmaniásico conforme lo establece el protocolo y la guía de manejo clínico del evento.

### **Desnutrición aguda moderada y severa**

En el Distrito de Cartagena en el 2022 se notificaron 251 una con una prevalencia de 0,29 por cada 100 menores de 5 años y con un incremento del 52% comparado con el año anterior, cabe destacar que a finales del 2021 se fortalece la vigilancia del evento con desarrollo de capacidades a los profesionales de la salud en la atención de los menores con desnutrición aguda, moderada y severa acorde por lo planteado por la resolución 2350 del 2020 y las BAI. De los caso notificados 5 fueron reincidentes (casos que consultan pasado 3 meses y continúa en desnutrición), lo cual corresponde al 2.0%, n de estos 1 es del régimen contributivo de Mutual SER y 4 del subsidiado (Mutual SER, Coosalud y Sanitas), 4 corresponden a la localidad de la virgen y turística, y 1 a la localidad Industrial de la Bahía, 4 de los casos corresponden al estrato 1, todos mayores de 1 año.

La desnutrición para el 2022 presentó un 8% corresponden a niños y niñas menores de 6 meses de edad, El 74,5% de los casos corresponde a desnutrición aguda moderada y 25,5 % a desnutrición aguda severa. Los signos clínicos más frecuentes fueron: Delgadez 58,9%, piel reseca 27,3%, cambios en el cabello 19,6%, anemia detectada por palidez palmar 21,3%. . El riesgo de muerte se establece si el perímetro braquial está por debajo de 11,5 cm, teniendo en cuenta esta situación se evidencio que el 21% de los casos registraron un perímetro braquial inferior al punto de corte, aquí solo se

tiene en cuenta los mayores de 6 meses de edad. El 51% de los casos presentaron un esquema de vacunación completo al momento de la atención, 46 de los casos (18,3%) fueron hospitalizados. El 85% asistencia a sus controles, el 51% fueron referidos por carnet de vacunación y al 4% (n=10) no se activó la ruta de atención.

De acuerdo al comportamiento según localidad de residencia de los pacientes, se puede evidenciar que la Localidad 2 (De la Virgen y turística) registró el mayor número de Casos de DNT con (n=119) correspondiente al 47,4%, los barrios donde más casos se presentaron en esta localidad fue: El Pozón, Olaya herrera, Fredonia y la María, la Localidad 3 (Industrial y de la Bahía) con 82 casos, el barrios donde más casos se presentaron en esta localidad fue: Nelson Mandela, Pasacaballos y la Localidad 1 (Histórica y del caribe norte) con 50 casos, Daniel Lemetrie, Torices y Zaragocilla fue la que reportó mayor número de casos en esta localidad. Del centro poblado el que mayor número de casos aportó fueron Pasacaballos seguido de Bayunca con 8 casos y tercer lugar la Boquilla.

## **Maternidad segura**

### **Mortalidad materna**

Durante el 2022 se notificaron en el distrito de Cartagena un total de 12 casos de muertes maternas de mujeres residentes en el distrito de las cuales 10 se clasificaron como muertes maternas tempranas. La razón de mortalidad materna para el año 2022 fue de 56,9 por 100.000 nacidos vivos menor en comparación con la razón de mortalidad materna en el 2021, La razón de mortalidad materna en el 2022 fue de 68,3 casos por cada 100.000 nacidos vivos, presentando una ligera disminución con respecto al año anterior. En el 2018 presentó la razón de mortalidad más baja y en 2019 se presentó la razón de mortalidad más alta en el distrito de Cartagena desde 2017. Desde el año 2020 ha presentado una tendencia a la disminución, sin embargo, esta no ha sido estadísticamente significativa y tampoco se ha cumplido la meta planteada en los ODS, En el 2022 la mayor proporción de muertes maternas ocurrieron en mujeres entre 20 y 24 años de edad y entre 35 y 39 años de edad. Por régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la mayoría de los casos pertenecían al régimen subsidiado. Respecto a la nacionalidad, 4 casos corresponden a mujeres migrantes venezolanas. Según el lugar de residencia, la mayoría vivía en el área urbana. Por localidad, 5 casos eran de la localidad de La Virgen y Turística, 4 casos de la localidad Industrial y de la Bahía y un caso de la localidad Histórica y del Caribe Norte. El total de los casos de mortalidad materna notificados reportó “otros” como grupo étnico, de acuerdo con la causa de muerte el 60,0 % corresponde a casos de muertes maternas directas y el 40,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna por causas directas en el distrito de Cartagena durante el 2022 fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo.

### **Morbilidad materna extrema**

Durante el año 2022 se notificaron al subsistema de vigilancia en salud pública 1704 casos de morbilidad materna extrema. Posterior al proceso de depuración se identificaron 58 casos con ajuste 6 y D, para un total de 1646 casos notificados por UPGDs del distrito durante el 2022, con una razón de 63,6 por 1.000 nacidos vivos. La población con nacionalidad diferente a colombiana y residentes en el distrito corresponde a 86 casos (7,7 %). Al realizar el análisis de las variables sociales y demográficas se encontró que durante el 2022 la mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema se concentró en los grupos de edad de 20 a 24 años y 25 a 29 años. Por tipo de afiliación al régimen de seguridad social en salud, 60,3 % pertenecía al régimen subsidiado, 33,3 % al régimen contributivo y 4,6 % no tenía ningún tipo de afiliación. En cuanto a la nacionalidad, 7,7 % eran migrantes venezolanas. Según pertenencia étnica, 95,9 % de los casos notificados se presentaron en mujeres de “otros” grupo poblacionales, 4,0 % en mujeres afrocolombianas. Con relación al área y localidad de residencia, la mayoría de los casos se presentaron en mujeres residentes en el área urbana, 39,4 % estaban ubicados en la localidad de La Virgen y Turística, 35,3 % en la localidad Industrial y de la Bahía y 24,5 % en la localidad Histórica y del Caribe Norte.

### **Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía**

La mortalidad perinatal es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. La muerte neonatal

es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en neonatales tempranas, ocurren entre los primeros 7 días de vida y neonatales tardías las que ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida.

Durante el año 2022 se notificaron al subsistema de vigilancia en salud pública 420 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Posterior al proceso de depuración se identificaron 3 casos con ajuste 6 y D. Para el análisis se excluyeron 124 casos residentes en otros municipios. De esta forma el total de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía de población residente en el distrito de Cartagena en 2022 fue 293. La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía para el 2022 fue de 17,2 por 1000 nacidos vivos, mayor en comparación con la razón de mortalidad en 2021, 15,99 por 1000 nacidos vivos, de acuerdo con el momento de ocurrencia, 138 (47,1 %) corresponden a muertes ante parto 141 (48,1 %) a muertes post parto y 14 (4,8%) muertes intraparto. Con relación al análisis de las causas agrupadas de mortalidad perinatal y neonatal tardía, el mayor porcentaje son causas relacionadas con la Pre maturez, seguido por otras causas de muertes y luego las relacionadas con asfixia.

De acuerdo al análisis de características sociales y demográficas, por grupos de edad de la madre la mayor proporción de casos de muerte perinatal y neonatal se presentó en mujeres entre 20 a 34 años. Por régimen de afiliación, 95,3 % de los casos notificados tienen algún tipo de afiliación al sistema de seguridad social, siendo el régimen subsidiado donde más se registran casos con 68,6 % de los casos. En cuanto a la nacionalidad de la madre, 11 % eran migrantes venezolanas. Respecto a la etnia, 3,0 % eran afrocolombianas; según área y localidad de residencia, 97,9 % residían en el área urbana y la mayor proporción de casos notificados eran de la localidad de la Virgen y Turística.

### **Sífilis gestacional**

Entre la semana epidemiológica 1-52 de 2022 se notificaron al SIVIGILA para el evento 750, Sífilis Gestacional, en el Distrito de Cartagena de Indias un total de 373 casos que cumplieron con definición de caso y una prevalencia de 21,01 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos, en el año 2021 se confirmaron 332 casos y una prevalencia de 18,70 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos, en 2020 se confirmaron 217 casos y una prevalencia de 12,77 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos, en año 2019 se confirmaron 186 casos y una prevalencia de 10,49 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos, para el año 2018 se confirmaron 136 casos y una prevalencia de 7,12 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos, observándose un incremento sostenido en el número de casos que cumplen con la definición y que ve reflejado en el incremento de la razón de prevalencia anual. El mayor incremento se presentó en el año 2022, al realizar un análisis de las características sociales y demográficas de sífilis gestacional se evidencia que el rango de edad con mayor número de casos es de 20-24 años con un 40.21 %, seguido de 14-19 años con un 23.86%. Del total de casos el 67.56% pertenece al régimen subsidiado, seguido del contributivo 17,43% y el 14,21 % (n=53) no se encuentra asegurado. El 93.55% pertenece a la etnia de otros, seguido de negro, mulato y afrocolombiano con un 6.01 %, el 94.91 % se encuentran en la cabecera municipal y el 4.83 % en el centro poblado, teniendo en cuenta los casos notificados de Sífilis Gestacional en el Distrito de Cartagena de acuerdo con la distribución por Localidad a periodo epidemiológico XIII de 2022 se evidencio en la Localidad de la Virgen y Turística se presentó el 50.40 % (n=188) de los casos, seguido de la localidad histórica y del Caribe Norte con un 24.40 % (n=91) e Industrial y de la Bahía con el 23.86 % (n=89), el 1.34 % (n=5) no registro en la notificación de Sivigila localidad o barrio. en el Distrito de Cartagena, Teniendo en cuenta el número de casos presentados de sífilis gestacional por afiliación a EAPB a PE XIII de 2022 en el Distrito de Cartagena, el 27.08% (101) corresponden a la EAPB Coosalud, seguido de Mutual Ser con un 25.20 % (94), No asegurado con un 15.28 % (57), Salud total EPS con el 11.26 % (42), Nueva EPS con un 5.90 % (22), Cajacopi con un 5.63 % (21), teniendo en cuenta el número de casos presentados de sífilis congénita por afiliación a EAPB a PE XIII de 2022 en el Distrito de Cartagena, la EAPB Coosalud presentó el 37,97% (30) de los casos, seguida de no asegurado con el 26,58% (21), Mutual Ser con 13,92% (11), Cajacopi 10,13% (8), las otras EAPB representan porcentajes menores.

#### **Sífilis Congénita**

Teniendo en cuenta la notificación al SIVIGILA del evento 740 sífilis Congénita, en el Distrito de Cartagena de Indias a 2022 se reportaron por parte de las UPGD un total de 79 casos con una prevalencia de 4,45 casos por 1000 nacidos vivos + mortinatos, mientras que en el 2021 se evidenciaron 122 casos y una prevalencia de 6,87 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos, para el año 2020 un total de 83 casos y una prevalencia de 21,59 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos, en

el 2019 un total de 47 casos, con una prevalencia de 11,32 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos, y para 2018 un total de 38 casos con una prevalencia de 13,24 casos X 1000 nacidos vivos + mortinatos.

Al realizar un análisis del comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita en el 2022 el 55,70% (n=44) corresponde al sexo femenino y el 44,30% (n=35) sexo masculino. El 67,09 % pertenece al régimen subsidiado, el 26,58% (n=21) no asegurado y el 6,33% (n=5) al régimen contributivo. En relación con la pertenencia étnica el 98,73 % (n=78) pertenece a otro grupo y el 1,27 % (n=1) a Negro, Mulato o afrocolombiano, por área de ocurrencia se reporta mayor proporción del 94,94% (n=75) en la cabecera municipal, y el 5,6% (n=4) en rural disperso. El 72,15% (n=57) corresponde al estrato 1, el 25,32 % (n=20) al estrato 2 y el 2,53 %.

En concordancia con lo anterior y teniendo en cuenta los casos notificados de Sífilis Congénita de acuerdo con la distribución por Localidad, se evidencio en la Localidad de la Virgen y Turística el mayor número de casos en los barrios Olaya Herrera 12,66% (n=10), Bayunca, Boston, La María y El Pozón con un 6,33% (n=5) cada uno respectivamente, en la Localidad Histórica y del Caribe Norte el barrio Altos de San Isidro aportó con el 2,53% (n=2), y en la Localidad Industrial de la Bahía los barrios Nelson Mandela 2,53% (n=2), San Fernando con un 2,53% (n=2) y San Pedro Martir 2,53% (n=2). El 79% de las madres de los casos notificados como sífilis congénita en el 2022 en el Distrito de Cartagena fueron notificadas como sífilis gestacional.

Solo el 75,34 % (n=281) de las gestantes notificadas para el evento de sífilis gestacional recibió controles prenatales, El diagnóstico se realizó en un 42% (n=160) en el primer trimestre, seguido del tercer trimestre, con el 32,44% (n=121) y en el segundo trimestre el 24,66% (n=92), el 21,18% (n=79) no recibieron tratamiento de penicilina benzatínica 2.400.000 IM durante su gestación, el 55,23 % (n=206) con tratamiento incompleto y solo el 23,59% (n=88) recibió el tratamiento completo. El 57,91% (n=216) de los contactos sexuales no recibió tratamiento. Se requiere fortalecimiento de las acciones de vigilancia, políticas y acciones que aseguren que las gestantes tengan tamizaje en el primer trimestre para sífilis, y que se garantice el tratamiento adecuado y oportuno para sífilis gestacional tanto a la gestante como a los a los contactos sexuales y su seguimiento por 30, 60, 90 días.

### **Vigilancia integrada en menores de 5 años por IRA, EDA Y DNT**

Durante el año 2022 en el distrito de Cartagena las UPGD notificaron 15 casos de muertes probables asociado a infección respiratoria aguda, desnutrición y enfermedad diarreica aguda, de los cuales al realizar las unidades de análisis Distrital, fueron descartados dos, Confirmados 3 por DNT y 9 Confirmados por IRA y un caso no concluyente a la espera de resultado de necropsia por medicina legal, quedando un total de 12 casos confirmados por el evento. Al comparar el comportamiento y tendencia con el año anterior se observa un aumento del 87.5%; en el cual llegaron a notificar hasta dos casos por semana epidemiológica, Con relación a las tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años, en el distrito de Cartagena la tendencia fue en aumento con una tasa de 10.4 muertes por 100.000 menores de 5 años; Al comparar el comportamiento y tendencia del evento con los años anteriores encontramos el pico más alto fue en el año 2018 con una tasa de incidencia de 41.9 muertes por 100.000 menores de 5 años. De acuerdo a los determinantes sociodemográficos del evento mortalidad en menor de 5 años por IRA, EDA y DNT se observa la mayoría de los casos notificados tenían edades menor de un año con un 55.6% (5) y de 1 a 4 años representando el 44.4% (4), afiliados régimen contributivo con un 66.7% (6) Subsidiado con un 33.3% (3), ubicados en el área de cabecera municipal con un 88.9% (8), Durante el año 2022 se observó los casos probables notificados en el software SIVIGILA de muerte por IRA, en menor de 5 años, la mayoría residían en la localidad de la Virgen y turística con un 44.4% (4), seguido de la localidad Industrial y de la Bahía e Histórica y del Caribe Norte con un 22.2% (2), respectivamente, Teniendo en cuenta el comportamiento del evento según EAPB la mayoría de los casos estaban afiliados a la EAPB Salud Total con un 33.3 % (3), seguido de Sanitas con un 22.2% (n=2) ; Mutual SER, Cajacopi, Coosalud y Famisanar con un 11.1% (1).

Con relación a las tasas de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años, en el distrito de Cartagena la tendencia fue en ascenso con una tasa de 3.5 muerte por 100.000 menores de 5 años; Al comparar el comportamiento con los años anteriores se observa que en el año 2018 y 2019 tuvimos un comportamiento paralelo con una tasa de incidencia de 3,7 muertes por 100.000 menores de 5 años. Es importante aclarar en los años 2015 -2017 el evento se notificaba de forma integral es decir no se contaba con la variable clasificación de caso donde se especificaba la causa de muerte (IRA, EDA y/o DNT) partir del año 2018 se incluyó esta variable en las bases; la tasa de población utilizada para este cálculo fue tomada de los registros DANE del distrito de Cartagena, de acuerdo a los determinantes sociodemográficos del evento

mortalidad en menor de 5 años por DNT se observó la mayoría de los casos notificados tenían edades menores de un año con un 100% (3), afiliados régimen subsidiado con un 100% (3), ubicados en el área de cabecera municipal con un 100% (3), Durante el año 2022 en el distrito de Cartagena se observó los casos probables notificados en el software SIVIGILA de muerte por DNT en menor de 5 años, la mayoría residían en la localidad de la Virgen y turística con un 66,7% (2), seguido de la localidad Industrial y de la Bahía con un 33,3% (1), en la localidad Histórica y del Caribe norte no se presentaron casos.

### Violencia de género

A periodo epidemiológico número XIII de 2022, en el Distrito de Cartagena, fueron notificado al Sistema de vigilancia en salud pública, un total de 1425 casos sospechosos de violencia de género, cabe resaltar que en el año 2021 se notificaron 981 y el año 2020 a esta misma semana se notificaron 604 casos, al comparar los dos últimos años se evidenció un incremento del 45%.

En cuanto al comportamiento del evento se pudo evidenciar que para el 2020 de la semana epidemiológica 1 a la 12 se reportaron el mayor número de casos, con un promedio de 24 casos por semanas, a partir de la semana 13 el evento disminuyó de manera abrupta pasando de reportar de 14 casos en la semana epidemiológica 12 a 1 caso en la semana 13, cabe destacar que a partir de la semana 13 a la 52 se reportaron un promedio de 6 casos por semanas; situación está que se pudo haber presentado por efectos de la pandemia, donde no estaban habilitados servicio de manera presencial. Es de anotar que el aumento en la notificación de este evento durante los años 2021 cuando a mediados de año ya los servicios se estaban habilitando de manera paulatina y en el 2022 cuando se inicia la prestación de los servicios de manera presencial las víctimas probablemente comienza a consultar por agresiones físicas, psicológicas o sexuales, y aún más con el apoyo que han tenido por medio de entidades y líneas de atención en salud mental, para el 2022 el comportamiento del evento presentó varios picos, siendo el más alto el de la semana 21 con 44 casos, las semanas 28, 35, 39, y 42 con 42 y 41 casos respectivamente, la semana que menos casos se reportaron fue la 52 con 16 casos, la incidencia para este último año fue de 135,0 casos x 100000 habitantes.

Con relación a la distribución de los casos de violencia de género en el distrito de Cartagena y frente a la ubicación por localidad y/o Barrios, se evidenció que la localidad que más le aportó a la proporción de notificación fue en la localidad 2 la virgen y turística con un total de 305 casos, donde se destacan el barrio Olaya Herrera con 145 con un porcentaje de un 23,6% casos, según lo evidenciado por las notificaciones recibidas durante el 2022. Es importante resaltar que la localidad Industrial y de la bahía le aportó al sistema de vigilancia un total 486 casos, el barrio que más casos notificó en la localidad Industrial y de la Bahía, fue Nelson Mandela con 87 casos con una proporción de 17,9% en este evento. Así mismo en localidad 1 histórica y del caribe el barrio que se vio más afectado por esta Situación fue el corregimiento de la Boquilla, sumando un total de 31 casos con una proporción 9,8%. Las violencias de género reportadas, el sexo más expuesto fue el femenino con un total de 1212 casos, que representa una proporción de 85,1%, además según rango de edades el grupo que posee el mayor número de casos es el de 10 a 14 Años, aportando 26,5% de la población afectada. Con relación al régimen de seguridad social la mayor carga a la notificación pertenece al régimen Subsidiado con un total de 855 casos representado un 60,0%. En relación al área de ocurrencia de casos en el distrito de Cartagena se pudo definir que la mayor carga de notificación está constituida por la Cabecera municipal con un porcentaje del 98,7% de los casos y según lo evidenciado por el sistema de vigilancia en salud pública se pudo determinar que las EAPB que más casos presentaron fueron Coosalud, con una proporción de 26,1% en segundo lugar encontramos a Mutual Ser con 17,5% del total de los casos, Salud Total con un porcentaje de 16,4%, finalmente Nueva EPS con una proporción 6,4 %.

En lo concerniente a la modalidad de la violencia, se identificó que para el Distrito de Cartagena las modalidades que más se presentaron en la población, fueron la violencia física aportando una proporción de 46,4%, seguida de la violencia de tipo acceso carnal, con un 17,2% y en tercer lugar actos sexuales a la fuerza y otros actos sexuales) con 14,2%, esta última da lugar a efectos psicológicos perdurables para sus víctimas, durante el tiempo incluido para el despliegue del presente informe se pudo observar que el sexo más expuesto es el femenino con un total de 137 casos, (55,9%), además según rango de edades el grupo que posee el mayor número de casos es el de 1 a 4 Años, aportando 18,8% de la población afectada. Con relación al régimen de seguridad social la mayor carga a la notificación pertenece al régimen Subsidiado

con un total de 142 casos representando un 58,0%. En relación al área de ocurrencia de casos en el distrito de Cartagena se pudo definir que la mayor carga de notificación está constituida por la Cabecera municipal con un porcentaje del 97,6% de los casos, según lo evidenciado por el sistema de vigilancia en salud pública se pudo determinar que las EAPB que más casos presentaron fueron Mutual Ser, con una proporción de 36,3% en segundo lugar encontramos a Salud Total con 22,0% le sigue Coosalud con un porcentaje 18,8% de los casos, seguida de Sura con un porcentaje de 6,1%, y así sucesivamente Nueva EPS y Sanitas con una proporción 5,3% entre otros.

## **Micobacterias Tuberculosis y Lepra**

### **Tuberculosis**

De acuerdo a la información suministrada desde el programa de Tuberculosis durante el periodo correspondiente al 1 de enero de 2020 a 30 de diciembre de 2023 se han reportado en el distrito de Cartagena de Indias un total de 1578 casos de TB. De los cuales el 84.0% (1326 casos) fueron pulmonares y 16.0% (252 casos) extra pulmonares. Con respecto a la condición de ingreso al programa, los casos nuevos representaron un 88.4% (1578 casos), los reingresados por pérdida en el seguimiento ocupan el segundo lugar con 7.0% (111 casos) y los remitidos representan el 2.4% (38 casos).

Teniendo en cuenta las edades de presentación de TB, se evidenció que el grupo con más casos reportados fue el grupo de 26 a 30 años con 205 casos (12.9%), seguidos del grupo de 21 a 25 años con 189 casos (11.9%) y de 31 a 35 años con 183 casos (11.5%), es importante resaltar que la tuberculosis en niñas, niños y adolescente sigue siendo de gran impacto en salud pública, durante el periodo de 2020 a 2023, se presentaron un total de 108 casos en menores de 18 años; distribuidos en su mayoría en el grupo de adolescente entre 15 y 17 años con un 37.0% (40 casos) se evidencia un aumento de casos en población de la niñez (1-5 años). Al evaluar las características sociodemográficas de los casos incidente se observa la distribución según sexo con predominio masculino durante todos los años del periodo, dato acorde a las características de reporte a nivel nacional y mundial definidas por mayor número de contactos y factores de riesgo en la población masculino; con respecto a la pertenencia étnica siendo mayoritaria la población sin auto reconocimiento, seguido por los grupos afrodescendiente con una tendencia descendente en la presentación de casos nuevos; por otro lado, los indígenas muestran un comportamiento estable con un caso promedio por año en los últimos 4 años.

Dentro de los grupos poblacionales de riesgo, los migrantes siguen siendo la población más afectada con una tendencia descendente hasta 2020 y estabilización durante el periodo 2021 a 2023, llama la atención en pico presentado en personas privadas de la libertad durante el año 2023, el resto de grupos han presentado una tendencia estable en el tiempo

Hasta la semana 52 de 2022 se han notificado al Sivigila 435 casos de tuberculosis de todas las formas como municipio de procedencia Cartagena. Comparando el comportamiento con el año 2021 se aprecia una disminución del 38.1% n= (315) para la anualidad 2020 se observa una disminución del 46.4% n= (202) y en comparación con la anualidad 2019 se puede apreciar una disminución del 9.6% n= (397), En relación a las variables sociodemográficas, el 63.4% (n=276) de los casos de tuberculosis se registró en el sexo masculino siendo este género presenta la mayor incidencia de los casos a semana epidemiológica 52; el grupo de edad de 20 a 24 años registran el 12.9% (56) siendo este el grupo etario con mayor número de casos. En cuanto al aseguramiento el 63.4% (276) pertenecen al régimen subsidiado; por pertenencia étnica, el 98.6% (n=398) se notificaron en otros grupos poblacionales, con respecto a la Localidad de residencia, se evidencia en la localidad 2 de la virgen y turística la localidad con mayor número de casos con un 38.3% (167) siendo el barrio el Olaya herrera con un 7.3% (32) casos el barrio con mayor número de notificados en las 3 localidades, Con respecto a la afiliación de los pacientes al SGSS, la mayoría pertenece a las Administradoras de Planes de Beneficio Coosalud con un 26.5% (113); Se aprecia que 12.4% (53) no registran afiliación.

Con respecto al tipo de Tuberculosis, se observa que el 90.1% (392) de los casos corresponden a tuberculosis pulmonar y el 9.9 % (43) de los casos notificados corresponden a tuberculosis Extra pulmonar, De acuerdo con la distribución por tipo de caso el 60.9% (265) fueron confirmados por laboratorio para tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, En relación a la clasificación de los casos, Respecto al tipo de Tuberculosis, se observa que el 92.2% (401) de los casos corresponden a los pacientes nuevos, el 7.8% (34) se reportan para casos previamente; estos datos se manifiestan para tuberculosis

pulmonar como Extra pulmonar, hasta la semana 52 de 2022 se han notificado al SIVIGILA 435 casos de tuberculosis de todas las formas como municipio de procedencia Cartagena. Comparando el comportamiento con el año 2021 se aprecia una disminución del 38.1% (315) para la anualidad 2020 se observa una disminución del 46.4% (202) y en comparación con la anualidad 2019 se puede apreciar una disminución del 9.6% (397) lo que evidencia una tendencia al incremento al compararla con los años anteriores.

## Lepra

A semana epidemiológica 52 del año 2022 se ha reportado al SIVIGILA 2 casos de lepra en el distrito de Cartagena en periodos epidemiológicos distintos de los casos presentados sólo 1 presentó máximo grado de discapacidad 1, Se calcula una tasa de notificación de 1.2 (N=6) de casos por cada 100.000 habitantes para el sexo masculino y un 0.4 (n=2) para el sexo femenino, teniendo una tasa de notificación de 0.8 (n=8) en el Distrito de Cartagena por cada 100.000 habitantes.

## VIH/SIDA

En el año 2022 se notificaron al SIVIGILA un total de 766 casos de VIH/SIDA y muerte por SIDA con municipio de procedencia Cartagena, dicha notificación excluye casos diagnosticados en años anteriores y casos que NO residan por más de 6 meses en el distrito de Cartagena, Presentando un aumento del 29% en los casos nuevos hasta el mismo periodo con relación al año 2021 donde se presentaron un total de n=592 casos, la tasa de incidencia acumulada para el distrito es de 72,41 casos por cada 100.000 habitantes para el año 2022 mientras que para el 2021 en el mismo periodo fue de 56,71 casos por cada 100.000 habitantes.

En relación a las variables sociodemográficas, el mayor número de casos de contagio por VIH/SIDA se dan en el sexo masculino aportando el 74,2 % (n=568) de los casos, representando el mayor riesgo de transmisibilidad de la enfermedad relacionada principalmente por la promiscuidad y el número de parejas sexuales que estos frecuentan; el grupo de edad de 25 a 29 presentan la mayor participación porcentual con un 18,1% (n=139) de casos, registrándose que el 63% de los casos se encuentran entre las edades de los 20 a 39 años siendo la población activa sexualmente. En cuanto al tipo de régimen la mayor parte de la población contagiada se encuentra en el subsidiado con el 62% (n=476) de los casos grupo que obedece a los estratos 1 y 2 en los cuales el desconocimiento del riesgo, las medidas de cuidado ante el contagio de la ITS, condiciones relacionadas con conductas psicosociales, el consumo de sustancias psicoactivas entre otros factores de riesgo que aumentan las condiciones para la transmisión de la enfermedad. Por pertenencia étnica, el 94.8% (n=726) se notificaron en otros grupos poblacionales, seguido de Negro, mulato afrocolombiano con el 4,4% (n=34), Según área de ocurrencia de los casos el 98.3. % (n=753) se presentaron en cabecera municipal.

Respecto a la Localidad de residencia en el cual se presentaron mayor número de casos fue la localidad 2 de la virgen y Turística con un 35% n=(267) siendo los Olaya Herrera y El pozón los que mayor proporción aportan, seguido están la localidad 3 con un 33% (n=253) y tercer lugar la localidad 1 Histórica y del caribe con 228 casos que representan el 30%, Se identifica un porcentaje de pacientes sin datos de localidad equivalente al 2% (n=18).

En relación a la Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) se evidencia que MUTUAL SER posee el mayor número de casos notificados con el 37.4% (n=286), seguido de COOSALUD con el 15,45% (n=118), uno de los hallazgos más representativos es que el 8,51% (n=65) de los casos no presentan algún tipo de afiliación o se encuentran indeterminados.

En referencia al mecanismo probable de transmisión se observa con un mayor peso porcentual el mecanismo de transmisión sexual representa aproximadamente el 97,7% de los contagios notificados a corte de semana epidemiológica 52, siendo la orientación heterosexual con 62% (n=463) casos seguido de la orientación homosexual con un 31% (n=230) de casos, en un menor porcentaje se encuentran los mecanismos de transmisión materno infantil con 0,9% y los tatuajes con el 0,8%.

## Hepatitis B, C, B-Delta

Entre la semana epidemiológica 1-52 de 2022 se notificaron al SIVIGILA para el evento 340 Hepatitis B, C, B-Delta en el Distrito de Cartagena de Indias un total de 47 casos que cumplieron con definición de caso, con una tasa de incidencia de 4.51 casos por 100.000 habitantes, en el año 2021 se confirmaron por laboratorio un total de 40 casos, con una tasa de incidencia de 3.88 casos por 100.000 habitantes, para el 2020 se confirmaron por laboratorio un total de 15 casos, con una tasa de incidencia de 1.47 casos por 100.000 habitantes. El mayor incremento se presentó en el año 2022 para el Distrito de Cartagena, en comparación al histórico del evento.

Al realizar un análisis de las características sociales y demográficas de la Hepatitis B, C, B-Delta se evidencia que el rango de edad con mayor número de casos es de 60 años o más con un 19 % (n=9), seguido de 25-29 años con un 17% (n=8). Del total de casos el 57.45% pertenece al régimen subsidiado, seguido del contributivo 29.79% y el 6.38% (n=3) no se encuentra asegurado. El 95.74% pertenece a la etnia de otros, seguido de negro, mulato y afrocolombiano con un 4.26 %, el 97.87 % se encuentran en la cabecera municipal y el 2.13 % en el centro poblado.

Teniendo en cuenta los casos notificados de Hepatitis B, C, B-Delta en el Distrito de Cartagena de acuerdo con la distribución por Localidad a periodo epidemiológico XIII de 2022 se evidenció que la Localidad de la Virgen y Turística un mayor número de casos en los barrios, El Pozón 6.8% (n=3), Arroyo de Piedra 4.26 % (n=2), La Esperanza 4.26 % (n=2), Las Gaviotas 4.26 % (n=2), en la Localidad Histórica y del Caribe Norte se confirmó el evento en 12 barrios del Distrito de Cartagena cada uno aportó un 2,13 % (n=1) al evento, la Localidad Industrial y de La Bahía San Fernando aportó el 4.26 % (n=2) al evento.

De acuerdo a los casos presentados de Hepatitis B, C, B-Delta por afiliación a EAPB a PE XIII de 2022 en el Distrito de Cartagena, el 42.55% (n=20) corresponden a la EAPB Mutual Ser, Salud total EPS con el 17.02 % (n=8), Coosalud con un 8.51 % (n=4), No asegurado 6.38 % (n=3).

Por otro lado, con respecto al modo de transmisión más probable de casos de Hepatitis B-C y Coinfección/Superinfección por Hepatitis B y Delta en el Distrito de Cartagena a periodo epidemiológico N° XIII el 73% (n=29) corresponde a la transmisión sexual, un 18% (n=7) transmisión horizontal, en tercer lugar, transmisión percutánea/ parenteral 10% (n=4) y en último la transmisión materno perinatal no se reportan casos.

## Accidente Ofídico

En el año 2022 en el Distrito de Cartagena se notificó un total de 29 casos de Accidente ofídico; comparándolo con el año 2021, aumentó un 329% en el mismo periodo evaluado pasando de 7 casos notificados a notificar 29 casos para el año 2022 y con relación al año. De acuerdo a los determinantes demográficos y sociales se presentó que la mayor proporción de los casos notificados se presentó en el sexo femenino; el grupo de edad en el cual se presentó la mayor proporción fue en el de 30 a 34 año de edad; el régimen de seguridad social con la mayor proporción fue el contributivo; con relación a la pertenencia étnica se observa que los afrocolombianos, negros o mulatos ocupan el 14% y el 97% de los casos se presentó en la cabecera municipal, y de acuerdo a los determinantes demográficos y sociales se presentó que la mayor proporción de los casos notificados se presentó en el sexo femenino; el grupo de edad en el cual se presentó la mayor proporción fue en el de 30 a 34 año de edad; el régimen de seguridad social con la mayor proporción fue el contributivo; con relación a la pertenencia étnica se observa que los afrocolombianos, negros o mulatos ocupan el 14% y el 97% de los casos se presentó en la cabecera municipal.

## Agresiones por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia

Durante el año 2022 en el Distrito de Cartagena se han notificado un total de 1610 casos de Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia. Al distrito de Cartagena le corresponde una tasa de incidencia en el año 2022 de 152.6 casos por 100.000 habitante, el seguimiento epidemiológico de 2022, en el Distrito de Cartagena, que resultó de la notificación al sistema nacional de vigilancia (SIVIGILA), después de la depuración de la base de datos archivo plano de animales potencialmente transmisores de rabia incluyendo los animales de producción, para el 2019 fue de 1152 casos,

577 casos para el 2020, en el 2021 se presentaron un total de 1053 casos y para el año en estudio 1610; Al analizar el comportamiento de la notificación de este evento, se ha evidenciado un incremento del 53% comparado con el año anterior y una diferencia de 557 casos, para este año se evidencia que la semana epidemiológica que más casos notificó fue la 51 con 55 casos, correspondiente al 3,4% del total de casos notificados, y el promedio de 30,9 casos por semana, Al distrito de Cartagena le corresponde una tasa de incidencia en el año 2022 es de 2,7 casos por 100.000 habitantes. De acuerdo con los determinantes sociales y demográficos del evento agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según el sexo de las personas agredidas, el 54,3% (875) de los casos notificados se registró en el sexo masculino, de acuerdo con la variable grupo de edad el grupo de menores de 15 años aportó la mayor proporción de casos hasta este periodo, con un 43,2% (695) del total de los casos notificados, Revisando la variable tipo de seguridad social, el 45,9% (739) pertenece al subsidiado y el contributivo un 42,4% (682); el 77,1% (1241) tiene pertenencia étnica "Otro" y el 98,4% (1584) de los casos son pacientes residentes en la cabecera municipal y de acuerdo a las Empresa Administradora de Planes de Beneficios, en los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Salud Total fue quien presentó mayor número de casos, con un 24% (n=394) del total de casos notificados,

### **Leptospirosis**

Durante el año 2022, en el Distrito de Cartagena al subsistema de información Sivigila se notificaron un total de 297 casos sospechosos de Leptospirosis. En el año 2021 hasta el mismo periodo evaluado se notificaron 97 casos sospechosos y en el 2022 se notificaron 297 casos sospechosos. Teniendo en cuenta lo anterior, podemos evidenciar un aumento del 206% con relación al año 2021. En el distrito de Cartagena durante el 2022 presenta una tasa de Incidencia de 0,9 casos por cada 100.000 habitantes. Para calcular la incidencia del evento, el numerador es el número de casos Confirmados por Leptospirosis, a la fecha de corte de la elaboración de este comportamiento, en el Distrito de Cartagena se han confirmado dos casos, los cuales tienen resultado de MAT positivo. Hasta el periodo evaluado se notificaron 16 casos sospechosos de mortalidad por leptospirosis y ninguna muerte se confirmó, De los casos notificados de Leptospirosis en el distrito de Cartagena (471) el 0,4% (n=2) fueron confirmados, el 36,9% (174) se descartaron y un 62,6% (295) se encuentran como sospechosos, De acuerdo a los determinantes demográficos y sociales, el 66% (196) de casos de Leptospirosis en el sexo masculino, el 40% (n=18) se registró mayor número en el grupo de edad de 10 a 14 años con un 16% (n=48); el 67% (200) pertenece al régimen subsidiado; por pertenencia étnica el 93% (275) se notificaron en otro y el 99,7% (296) se notificó con área de procedencia cabecera municipal.

Para el año 2022 se presentó una mortalidad por leptospirosis con una letalidad de 12,5%, encima de la de Colombia que se reportó en 7,3%

### **Morbilidad por IRAG**

Durante el año 2022 y luego de comparar con el año anterior se observó que la proporción de IRAG y del total de hospitalizaciones por todas las causas en las UPGD del distrito fue del 5,4%, lo cual mostró una disminución del 2.5%. Se observa que las atenciones brindadas para este servicio fueron en la mayoría en menores de 5 años, siendo más alta en los niños de edad de un año con un 30%.

### **Hospitalizaciones por IRAG en UCI**

Durante el año 2022 y luego de comparar con el año anterior se observa que la proporción de IRAG y del total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas en las UPGD del distrito es del 9,4%, lo cual muestra una disminución del 9.1%. Se observa las atenciones brindadas para este servicio fueron en la mayoría en menores de 5 años, siendo más alta en los niños de edad de 2 a 4 años con el 43.7%

### **Consultas externas y urgencias por IRA**

Durante el año 2022 y luego de comparar con el año anterior se observa que la proporción de IRA y del total de casos atendidos en consulta externa y urgencias por todas las causas en la UPGD del distrito es del 4.8%, mostrando una disminución del 3.4%. De las atenciones para servicio de consulta externa y Urgencia por IRA se observa un descenso de

la atención en los diferentes grupos de edades en comparación al año 2021, siendo más alto en el grupo de edades de 2 a 4 años con un 18,2% en lo corrido del 2022.

### **Enfermedades huérfanas o raras**

En el Distrito de Cartagena, fueron notificado al sistema de vigilancia en salud pública, un total de 245 casos de enfermedades Huérfanas o Raras con un promedio de 5 casos por semanas y con una disminución del 14% comparado con el año inmediatamente anterior, donde se notificaron 286 y el año 2020 a esta misma semana se notificaron 176 casos. La incidencia de las enfermedades huérfanas o raras fue de es 23,2, casos x 100000 habitantes, Con relación a la distribución de los casos de enfermedades Huérfanas o Raras en el Distrito de Cartagena y frente a la ubicación por localidad y/o Barrios, se evidenció que la localidad que más le aportó a la notificación fue la localidad 3 Industrial y de la Bahía con un total de 85 casos, donde se destacan el barrio Nelson Mandela con 9 casos (10,6%) seguida de la localidad De La Virgen y Turística, le aportó al sistema de vigilancia un total 81 casos, el barrio que más casos se reportaron fue Olaya Herrera con 16 casos con una proporción de 19,8% . Así mismo en localidad 1 histórica y del caribe el barrio que se vio más afectado por esta Situación fue el barrio Zaragocilla, sumando un total de 8 casos con una proporción 10,8%.

### **Cáncer en menores de 18 años.**

Hasta la semana 52 correspondiente el periodo epidemiológico XIII, fueron notificados un total de 47 registros y solo cinco (5) presentan a la fecha realización de ajustes (1 con ajuste 7 y 4 con ajuste 3), lo que significa un promedio de 1 ajuste reportado cada 10 semana, Durante el análisis de las variables sociodemográficas en Cáncer en Menores de 18 Años podemos evidenciar que el 70,21% (33) de los casos notificados se presentaron para el sexo masculino; el mayor número de casos en los grupos de edad corresponde a 5 a 9 años con un 29,79% (14) de los casos; también se evidencia que el 57,45% pertenece al régimen subsidiado (n=27), el 38,30% (n=18) pertenece al régimen contributivo mientras que existe una paridad del 2,13% para un caso perteneciente a régimen de excepción y otro caso No asegurado; y un 100.00% (n=15) residen en la cabecera municipal. Cabe resaltar que cinco (5) de los casos son de nacionalidad venezolana que representa un 10,64%, El mayor peso estadístico en relación a las EAPB lo comparten Coosalud EPS con un 19,15% (9), seguida de Mutual ser con un 17,02% (8) y salud total S.A. E.P.S. con un 14,89% (7), En lo referente al comportamiento del evento de Cáncer en menores de 18 años por Localidad y Barrios se evidencia que la localidad De La Virgen y Turística presenta un 44,6% de los casos (21)

## **INMUNOPREVENIBLE**

### **Tosferina.**

Hasta la semana 52 del 2022 se notificaron veinticuatro (24) casos probables de tosferina, en el año 2022 en el distrito de Cartagena. Se comienzan a notificar de la semana 30 en adelante, podría depender la notificación, por el aumento de las lluvias, que conlleva al aumento de síntomas respiratorios. Dos casos digitados por error de notificación, veintiún (21) casos descartados y un caso con resultado positivo, todos con muestras de laboratorio.

### **Parotiditis**

Para el año 2022 se notificaron (58) casos de Parotiditis en el distrito de Cartagena, ninguno de los casos hace parte de brotes y se han revisado por BAI diagnósticos diferenciales desde 2022 se ha intensificado la búsqueda por BAI y requerimientos a las UPGD, ya que se ha encontrado subregistro del evento, siendo de notificación obligatoria, Teniendo en cuenta la localidad se relaciona a continuación quien tuvo mayormente número de casos fue la localidad de la virgen y turística Para el año 2022 se notificaron (58) casos de Parotiditis en el distrito de Cartagena, para el año 2021 se notificaron 56 casos del evento de los cuales 32 casos se encontraron en búsqueda activa institucional que se ha venido reforzó en el año.

## Meningitis Bacteriana y Enfermedad Meningocócica

En el año 2022 se notificaron veinticinco (25) casos de Meningitis Bacteriana en el Distrito de Cartagena, 10 casos confirmados por laboratorio y de estos uno por microorganismo en seguimiento, los otros por gérmenes distintos, por unidad de análisis se da como confirmado otro caso para un total de 11 casos confirmados y 14 casos descartados, ya que no cumple con definición operativa, o realización de laboratorios, dando resultados negativos. Se reportan tres (3) casos fallecidos, siendo los mismos confirmados dos (2) por laboratorio y por unidad de análisis uno (1), todos por microorganismo en no seguimiento, En el año 2022 se notificaron veinticinco (25) casos de Meningitis Bacteriana en el Distrito de Cartagena con 11 casos confirmados. De los 11 casos se reportaron 4 casos fallecidos.

2021 se notificaron ocho (8) casos de Meningitis Bacteriana en el Distrito de Cartagena, de los cuales un (1) caso se encuentra confirmado para Meningitis Meningocócica, tres (3) confirmados por otros agentes

En el año 2020 se notificaron 6 casos dando confirmación de tres y en el 2019 probables 18 casos con 11 casos confirmados.

## Varicela

En el año 2022 se notificaron al sistema de vigilancia 449 casos de Varicela en el distrito de Cartagena de Indias. Reportándose 10 brotes hasta la semana 36, entre 2019 y 2020, se presenta una disminución, que puede ser inferida por el distanciamiento y aislamiento dado por la pandemia del COVID 19, además del cierre de instituciones educativas y otras instituciones que están a favor de ser focos de contagio. En el año 2012 se notificaron al sistema de vigilancia un total de quinientos diecinueve (519) casos de varicela confirmados por clínica. Para el año 2022 se notificaron al sistema de vigilancia 449 casos de Varicela en el distrito de Cartagena de Indias. Reportándose 10 brotes cerrados, El año 2022 tuvo una notificación al sistema de vigilancia de 449 casos de Varicela en el distrito de Cartagena de Indias. Se notificó un brote de varicela en EPMSC Cartagena para la semana 6 con dos (2) casos inicialmente, terminando con 5 casos que cumplieron con tratamiento médico y aislamiento. Este brote por cumplimiento del tiempo de contagio se cerró.

Para semana 26 y 27 se reportan cuatro (4) brotes, uno en nuevamente en EPMSC Cárcel de Ternera, otro en Centro penitenciario Bellavista y dos últimos en institución modalidad internado Corgestacol y niños de papel. Casos cerrados por cumplimiento de tiempo. Entre la semana 29 a la 36 se reportan cuatro brotes (4) uno en institución militar y tres en entornos educativos, y en la última semana nuevo brote en EPMSC Cárcel de ternera. Todos los brotes notificaron el cierre.

A continuación se ilustra los eventos de interés en salud pública que se incrementaron el 2022 y que se priorizaron. (Tabla 62)

**Tabla 62.** Comportamiento de los eventos de notificación obligatoria en aumento, el Distrito de Cartagena, a semana epidemiológica 52 del 2022.

EVENTO	Indicador	Colombia	Cartagena
Dengue	Tasa de incidencia por 100.000 personas a riesgo	143,7	298,7
Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años	Prevalencia por cada 100 menores de 5 años	0,56	0,29
Letalidad por Dengue	Porcentaje	0,12	0,2
Hepatitis B-	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	3,9	4,51

EVENTO	Indicador	Colombia	Cartagena
<b>Leptospirosis</b>	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	0,5	0,9
<b>Letalidad por Leptospirosis</b>	Porcentaje	7,3	12,5
<b>Sífilis congénita</b>	1.000 nacidos vivos + mortinatos	2,7	4,45
<b>Sífilis Gestacional</b>	1.000 nacidos vivos + mortinatos	16,3	21,01
<b>VIH/SIDA</b>	Tasa de Incidencia por cada 100.000 habitantes	36,3	51,4
<b>Violencia de Género, intrafamiliar</b>	Tasa de Incidencia por cada 100.000 habitantes	271,6	131,9
<b>Morbilidad materna extrema</b>	Razón por 1.000 nacidos vivos	54,7	63,6
<b>Mortalidad Materna</b>	Razón por 100.000 nacidos vivos	42,9	56,9
<b>Mortalidad perinatal y neonatal tardía</b>	Razón de mortalidad Perinatal y neonatal tardía por 1.000 nacidos vivos	14,1	17,2
<b>AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA</b>	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	291	153,4

Fuente: SiviGila Cartagena 2022

### 3.1.6. Análisis de la población en condición de discapacidad

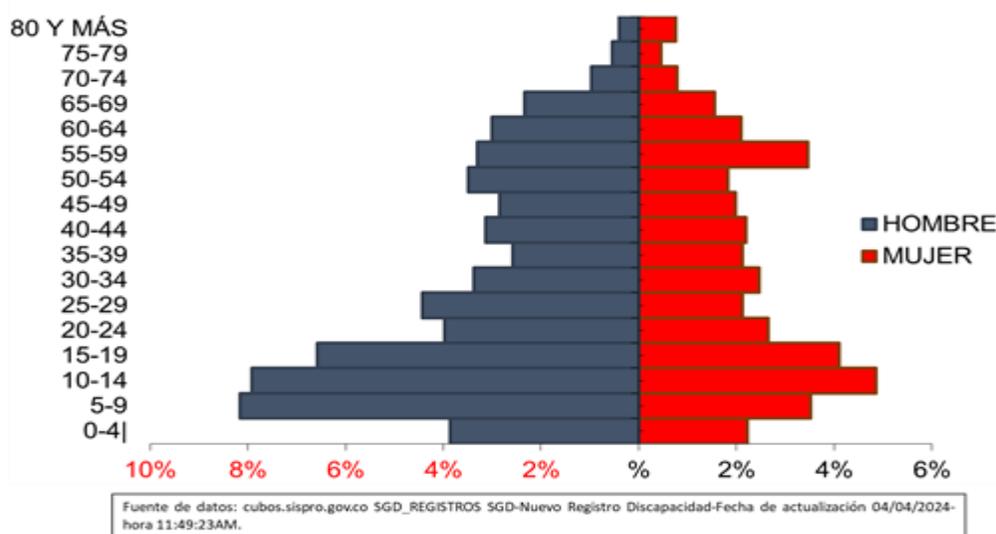
En Colombia existen dos grandes enfoques para la medición estadística de la discapacidad[1]: La primera es el set de preguntas sobre dificultades en el funcionamiento humano, recomendada por el Grupo de Washington para realizarse en censos y encuestas, enfoque utilizado en operaciones estadísticas del DANE (Dicha lista consta de las siguientes seis preguntas sobre el grado de dificultad para realizar actividades en seis esferas funcionales básicas: 1. ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para ver, [incluso cuando usa sus gafas]? 2. ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para oír, [incluso cuando usa la(s) prótesis auditiva(s)]? 3. ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para caminar o subir escalones? 4. ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para recordar o concentrarse? 5. ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para valerse por sí mismo, como lavarse el cuerpo o vestirse? 6. Cuando emplea su lenguaje habitual, ¿tiene [usted/él/ella] dificultad para comunicarse, por ejemplo, para entender a los demás o para que [lo/la] entiendan?). La segunda es la adoptada para los registros administrativos, principalmente el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad-RLCPD del Ministerio de Salud y Protección Social, incorpora el modelo conceptual de la CIF, es decir el modelo biopsicosocial (contempla la interacción entre aspectos corporales, individuales, sociales y ambientales) lo que permitirá identificar las deficiencias en las funciones y estructuras corporales y también las limitaciones de la actividad y la participación, de acuerdo con la Resolución 1239 de 2022 (deroga las Resoluciones 113 y 1043 de 2020).

Los datos estadísticos de las personas con discapacidad en Cartagena, disponemos en primer lugar el CENSO 2018-DANE, donde 22.180 personas residentes del Distrito de Cartagena presentan un grado de dificultad para realizar algunas actividades, con una prevalencia del 2,51%, en segundo lugar el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad-RLCPD, anterior plataforma web del ministerio de salud y protección social, en el cual se registraba el auto reconocimiento de las personas con discapacidad, donde reposan datos históricos con corte a julio de 2020. (datos históricos del año 2011 al 30 julio de 2020), nos indica que se auto reconocieron con discapacidad 17.085 personas, si

tomamos la Población total del Distrito de Cartagena es de 1.036.134 habitantes[2], al enfrentar con el RLCPD la prevalencia de la discapacidad se ubica en el 1,6%[3] y en tercer lugar el nuevo RLCPD[4] en marcado en la resolución 1239 de 2022, que para el desarrollo de este análisis de la población con discapacidad en el Distrito de Cartagena tomaremos como referencia, en cual reposa un total de 3.786 personas con discapacidad certificadas.

La pirámide de discapacidad del Distrito de Cartagena, vemos que presenta una forma **desequilibrada o desajustada**, dado que la estructura piramidal de los hombres es diferente a la de las mujeres, donde los actores sociales, económicos, de violencia, entre otros, pueden influir en la distribución de la discapacidad por sexo, por lo tanto evidenciamos que de las 3.727 personas con discapacidad (es anotar que la tabla de los datos del cubos.sispro.gov.co, arrojo que un total de 59 personas no registra o no reportan el sexo), el 61% (n= 2.267) son hombres, lo cual significa que están más expuesto adquirir una discapacidad que las mujeres que representan una menor proporción del 39% (n=1.460). De acuerdo a la prevalencia de la discapacidad por grupo de edad, los adolescentes de 10 a 19 años presentan la mayor proporción con 23,4% (n=874) más hombres que en mujeres, le sigue la población joven de 20 a 29 años con el 13,1% y en tercer lugar los adultos mayores de 80 años con 1,1%. (Figura 29).

Figura 29. Pirámide de la población en condición de discapacidad, 2023



[1] Estado actual de la medición de la discapacidad en Colombia, Nota ESTADISTICA, DANE 2022.

[2] Parámetros poblacionales del Distrito actualmente (DANE. Datos de población Cartagena – 2018)

[3] Este valor se obtiene de dividir 17.085 total Registrados entre 1.036.134 habitantes de Cartagena.

[4] Fuente de los datos: cubos.sispro.gov.co SGD\_REGISTROS SGD-Nuevo Registró Discapacidad y fecha de actualización 04 abril de 2024 y hora 11:49:23AM.

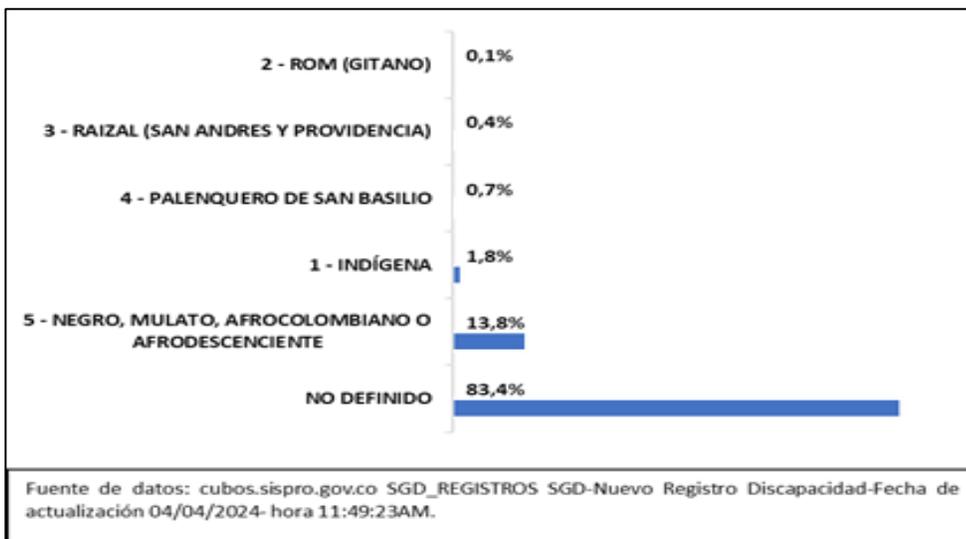
En Colombia de acuerdo a la resolución 1239 de 2022 se reconocen siete categorías de discapacidad (física, auditiva, visual, sordo ceguera, psicosocial, mental, múltiple), una persona puede clasificar en una o más de una categoría de discapacidad, en Cartagena del total de 3.876 personas con discapacidad, la proporción por categoría se divide de la siguiente manera: Física con el 53,4%, seguidamente 52,2% Intelectual, Múltiple 52,2% y Psicosocial 43,4%, con menor proporción Sordo ceguera 0,2%, Auditiva 9,4% y Visual 10,8%. (Tabla 63).

**Tabla 63. Categoría de Discapacidad, Distrito de Cartagena, año 2023**

CATEGORIA DE DISCAPACIDAD	FEMENINO	MASCULINO	NO DEFINIDO	NR - NO REPORTADO	Total general	Proporción
Física	878	1.110	12	21	2.021	53,4%
Visual	156	245	3	3	407	10,8%
Auditiva	146	207		1	354	9,4%
Intelectual	709	1.216	28	24	1.977	52,2%
Psicosocial (Mental)	546	1.061	26	9	1.642	43,4%
Sordoceguera	2	4			6	0,2%
Múltiple	721	1.205	30	19	1.975	52,2%
<b>Total general</b>	<b>1.460</b>	<b>2.267</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>3.786</b>	<b>100%</b>

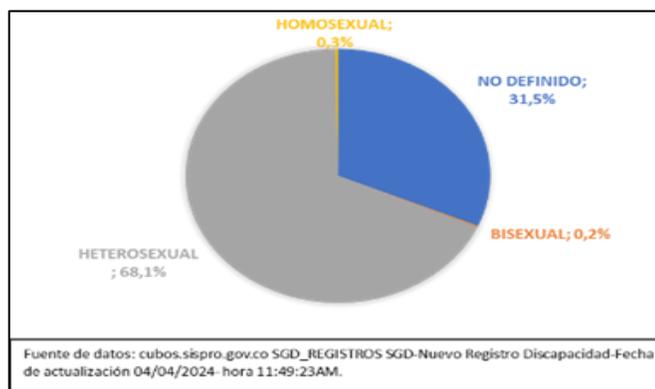
Fuente de datos: cubos.sispro.gov.co SGD\_REGISTROS SGD-Nuevo Registro Discapacidad-Fecha de actualización 04/04/2024- hora 11:49:23AM.

El auto reconocimiento étnico, se refiere al sentimiento de pertenencia cultural de la persona, no a sus rasgos físicos o al color de la piel, se define exclusivamente por auto reconocimiento; esto es, porque la persona se reconozca o se considere a sí misma como tal, en el Distrito de Cartagena el 83,4% de las personas con discapacidad no se auto reconocen con una etnia, el 13% se reconoce negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, 1,8% Indígena, 0,7% Palenquero de San Basilio, 04% Raizal y ROM 0,1%. (Figura 30)

**Figura 30. Autoreconocimiento étnico de población con discapacidad Distrito de Cartagena**

Las orientaciones sexuales se definen como el patrón de atracción sexual, erótico o amoroso hacia un determinado grupo de personas definidas por su género o su sexo. Es importante mencionar, que el 68,1% de las personas con discapacidad se consideran Heterosexuales, el 0,3% Homosexual, el 0,2% Bisexual y el 31,5% no definido. (Figura 31)

**Figura 31.** Orientación sexual de la población con discapacidad del Distrito de Cartagena



De acuerdo el grupo de SISBEN, el 21,7% de las personas con discapacidad se ubican en el Grupo B –Pobreza Moderada, seguidamente el 16,6% Grupo A –Pobreza Extrema, 9,9% Grupo C –Condición Vulnerable y el 51,3% no reporta ningún Grupo de SISBEN, situación preocupante para la garantía de los derechos en salud y demás programas de bienestar social.

**Tabla 64.** Nivel del SISBEN de personas con discapacidad del distrito de Cartagena.

Grupo de SISBEN	Numero de Personas	Proporción
Grupo A: comprende a hogares en situación de pobreza extrema. En este grupo los hogares estarán clasificados en 5 subgrupos, desde A1 hasta A5.	630	16,6%
Grupo B: corresponde a hogares en condición de pobreza moderada. Este grupo tendrá 7 subgrupos desde el B1 hasta el B7.	821	21,7%
Grupo C: corresponde a hogares en condición de vulnerabilidad. Este grupo tendrá 18 subgrupos desde el C1 hasta el C18.	376	9,9%
Grupo D: comprende hogares que no están en situación de pobreza. Este grupo tendrá 21 subgrupos desde el D1 hasta el D21.	16	0,4%
NR - NO REPORTADO	1.942	51,3%
<b>Total general</b>	<b>3.786</b>	<b>100,0%</b>

Fuente de datos: cubos.sispro.gov.co SGD\_REGISTROS SGD-Nuevo Registro Discapacidad- Fecha de actualización 04/04/2024- hora 11:49:23A M.

Con respecto a la doble condición; discapacidad y víctima del conflicto armado, el 18,5% (n=700) de las personas con discapacidad son víctimas del conflicto armado, donde el principal hecho victimizantes tiene que ver el Desplazamiento Forzado con el 97,7% y seguidamente Amenaza 12,9%.

Según el enfoque diferencial por tipo de población, que evidencia el grado de vulnerabilidad de esta población, observamos que el 27,1% población Sisbenizada, 0,2% Comunidades indígenas y población carcelaria 0,1%. 0,6%.

El lugar de residencia de las personas con discapacidad del distrito de Cartagena, el 89,9% se ubica en la cabecera, rural 4,4% y centro poblado 0,7%.

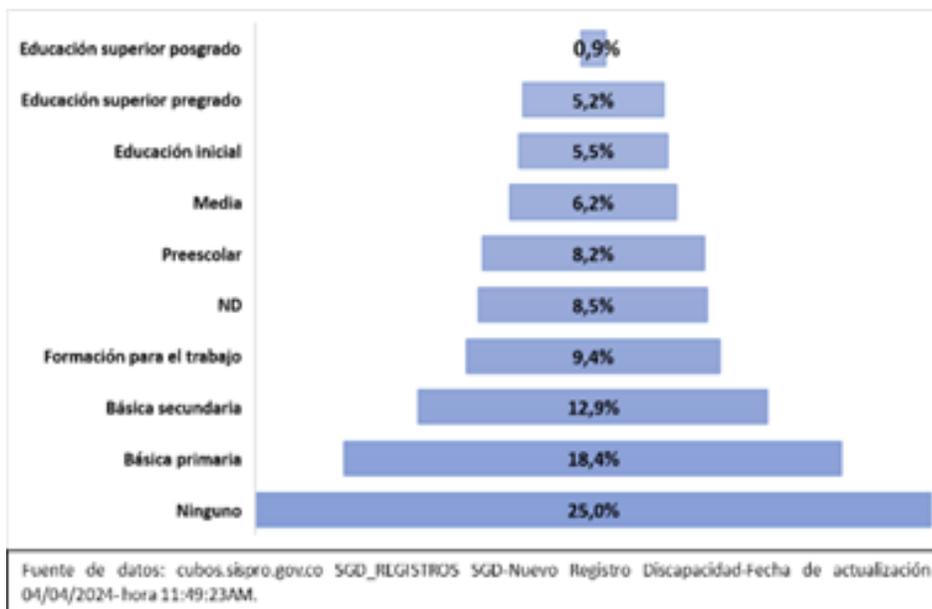
**Tabla 65. Enfoque diferencial grupo poblacional, de personas con discapacidad del distrito de Cartagena**

GRUPO POBLACIONAL	Numero de Personas	Proporción
COMUNIDADES INDIGENAS	8	0,2%
HABITANTE DE LA CALLE	1	0,0%
MENORES DESVINCULADOS DEL CONFLICTO ARMA	1	0,0%
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	1	0,0%
NR - NO REPORTADO	2.680	70,8%
POBLACION CARCELARIA DEL INPEC DECRETO 2	2	0,1%
POBLACION DESMOVILIZADA	1	0,0%
POBLACION INFANTIL A CARGO DEL ICBF	1	0,0%
POBLACION RURAL NO MIGRATORIA	9	0,2%
POBLACION SISBENIZADA	1.025	27,1%
SIN INFORMACION	57	1,5%
<b>Total general</b>	<b>3.786</b>	<b>100,0%</b>

Fuente de datos: cubos.sispro.gov.co SGD\_REGISTROS SGD-Nuevo Registro Discapacidad-Fecha de actualización 04/04/2024- hora 11:49:23AM.

En referencia al reconocimiento de sus derechos en el sector de educación, el 24,1% de las personas con discapacidad asiste a una institución educativa, el 67% se encuentra desescolarizado y de ellos el 30% refiere que la causa principal por la cual no estudian se debe a que “Ya terminó sus estudios”, seguidamente 20,3% no estudia porque “La institución no garantizó los servicios de apoyo”, al revisar la tasa de alfabetismo de las personas con discapacidad el 52,9% sabe leer y escribir y el 38,6% no lee y no escribe. Con respecto al nivel educativo alcanzado, es un indicador que evidencia la exclusión, el 25% de las personas con discapacidad no alcanzo ningún nivel educativo, mientras que 18,4% básica primaria y 12,9% básica secundaria, una menor proporción educación superior pregrado y posgrado, respectivamente 5,2% y 0,9%. Esto con lleva que las personas con discapacidad no puedan desempeñarse y asumir diferentes roles de carácter socio-productivo, colocándolas en un alto grado de vulnerabilidad. (Figura 32)

**Figura 32. Reconocimientos de los derechos en el sector educativo, de la población con discapacidad, Cartagena**



Una aproximación a las barreras que restringen u obstaculizan la participación de las personas con discapacidad en igual de condiciones con las demás, en primer lugar, se ubican las barreras actitudinales que hacen referencia a las conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas y prejuicios, donde el 47% de las personas con discapacidad no perciben actitudes negativas, tanto solo un 6% percibe actitudes negativas de Miembros de la familia cercana y de amigos el 4,7%. En segundo lugar, la existencia o no de las barreras físicas y arquitectónicas influyen en la equiparación de oportunidades, acceso a los servicios, garantía de derechos y calidad de vida, dentro de estos espacios físicos, encontramos que el 54,3% perciben barreras en el uso del Transporte público, seguidamente el 51,3% en el Espacio público, 41,9% Edificaciones públicas o privadas y 22,3% en la Vivienda. Y en tercer lugar las barreras de comunicación, el acceso a la información, es vital e incide en la calidad de vida, en el conocimiento, aprendizaje, la información y la comunicación a la cual puedan tener acceso las personas hace parte del entorno cercano, el 39,1% percibe barreras de comunicación en las Entidades de salud, el 16,5% Entidades educativas, el 5,4% en tecnologías de información y comunicación TIC y medios de comunicación masivos (Radio, Tv) el 4,5%.

Con respecto en la realización de actividades vitales como miembro de una familia y como ciudadano, evidenciamos principalmente que el 93,5% de las personas con discapacidad participa en actividades con los familiares, es decir, que asiste a la celebración de matrimonios, cumpleaños, bautizos entre otras, el 18,5% en actividades religiosas o espirituales y Comunitarias 11,3%. En lo concerniente al reconocimiento de sus derechos en el mercado laboral, el 9,3% de las personas con discapacidad se encuentra trabajando, una gran proporción se encuentra sin ingreso 44,2%, tan solo el 11,2% devenga ingreso por debajo de 1 Salario mínimo mensual legal vigente.

En relación con la afiliación en salud, de acuerdo con el RUAF - Registro Único de Afiliados, evidenciamos que el 92,2% cuenta con aseguramiento o afiliación a salud, es de anotar que este reporte solo refleja los afiliados al régimen contributivo y subsidiado, donde el 33,8% cuenta con una afiliación en el régimen contributivo 59,1% al régimen subsidiado, este último la principales EPS donde está afiliada las personas con discapacidad son: Mutual Ser y Coosalud, respectivamente el 22,1% y 20,8%. En materia de la atención en salud, de acuerdo con el Sistema de Información de Prestaciones de Salud-RIPS, la causa externa de atención en Salud, es el motivo que origina la mayor proporción en la demanda del servicio, donde el 95,6% enfermedad general, otra 80,5, otro tipo de accidente 13% y accidente de trabajo 7,9%. En relación con la rehabilitación funcional de las personas con discapacidad una mayor proporción consulta los servicios de Terapia ocupacional 51,7%, seguidamente el 50,2% Fonoaudiología, Fisioterapia 48,9% y Psicología 48,2%. En referencia al uso de productos de apoyos, el 8,3% accede a Productos de apoyo para la movilidad (por ejemplo, bastón, muletas, caminador, silla de ruedas), el 2,1% Productos de apoyo para la visión (por ejemplo, gafas para baja visión, telescopios, binoculares) y el 1,6% Productos de apoyo para la audición (por ejemplo, trompetillas, audífonos, implantes).

### **3.2. Análisis de la mortalidad.**

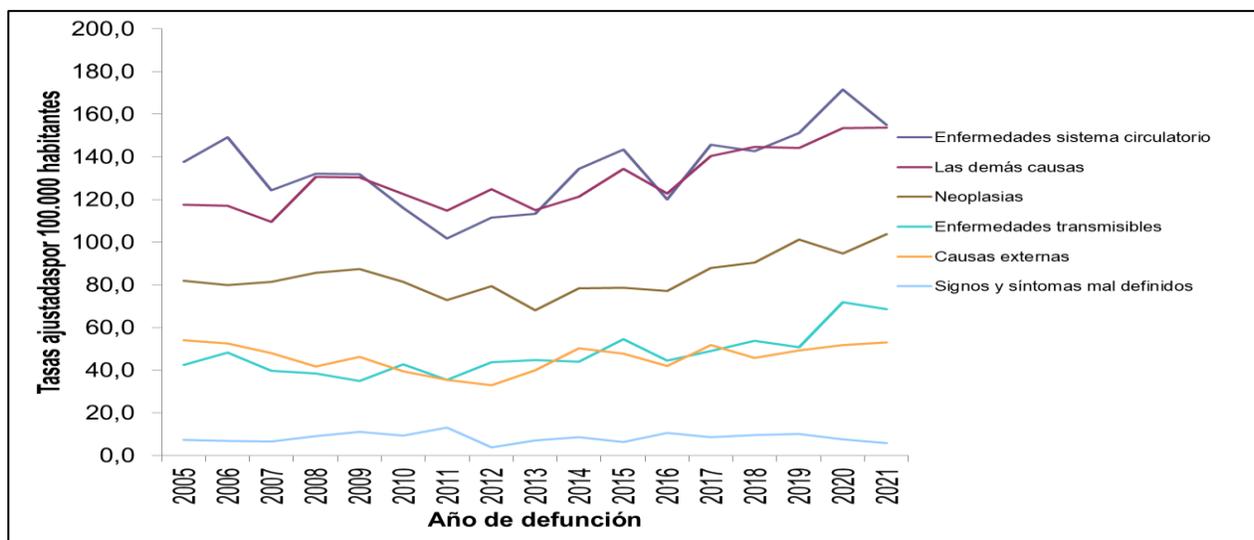
#### **3.2.1 Mortalidad general por grandes causas (Ajuste de tasas por edad).**

En el Distrito de Cartagena de Indias a nivel general, el grupo de grandes causas las tasas ajustadas presentaron mayor carga a la mortalidad fueron en su orden las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias, situación que se ha mantenido durante toda la serie analizada, con relación a la tendencia se observa un comportamiento al descenso con tasas que van desde 171,4 muertes por 100.000 habitantes en el 2020, hasta 154,9 muertes por 100.000 habitantes en el año 2021 lo que refleja una reducción de la proporción de 9,6% menos y 16,48 muertes menos por cada 100.000 cartageneros que lo ocurrido en el año inmediatamente anterior. Con relación al comparativo con el año 2005 la condición de la tendencia se mantiene al aumento con un porcentaje de 12,5%. En segundo lugar, se ubican las demás causas con una leve tendencia que se visualiza al aumento, muestra una proporción de 0,17% más que pasa de 153,5 muertes por 100.000 habitantes en el 2020 a 153,8 muertes por 100.000 habitantes al final de la serie (2021). En tercer escalafón se sitúan las neoplasias y manteniéndose por toda la serie en este lugar, con un comportamiento al incremento con tasas que van desde 94,8 muertes por 100.000 habitantes en el 2020, hasta 103,7 muertes por 100.000 habitantes en el año 2021 muertes por 100.000 habitantes, esto refleja una proporción en aumento de aproximadamente 69,4% y su equivalente de 8,9 muertes menos por cada 100.000 habitantes en el 2021.

Para el año 2021, las Enfermedades del Sistema Circulatorio fueron la causa más frecuente de mortalidad en hombres, con 178,2 muertes por 100.000 habitantes, esta gran causa muestra una tendencia al aumento durante el periodo recorrido entre 2005 y 2021, con un equivalente de 20,3 muertes más en el 2021 causadas en este género por cada 100.000, el riesgo de morir debido a enfermedades del sistema circulatorio se disminuyó en 19,3% con respecto al año inmediatamente anterior, seguidamente se encuentran las demás causa y las neoplasias con tasas ajustadas de 173,2 y 113,8 muertes por cada 100.000 hombres, con relación a las demás muestran una tendencia al decremento con proporciones de riesgo en 0,6% lo contrario ocurre para las neoplasias cuya tendencia es al aumento con un proporción de 9,2% más que en el 2020 y su equivalente de 9,6 muertes más por cada 100.000 hombres.

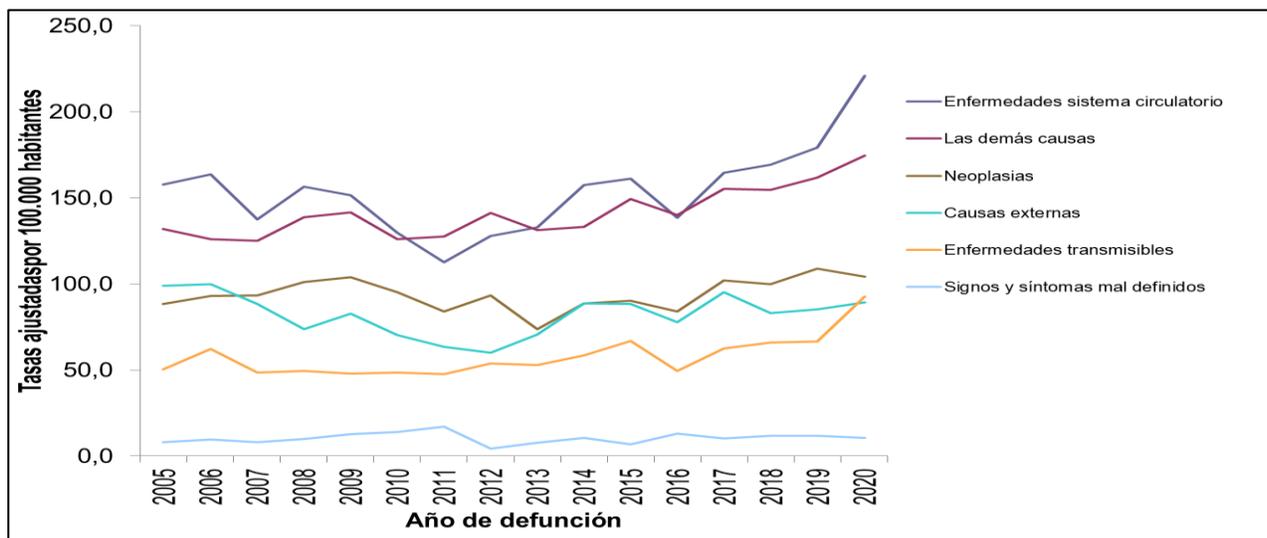
Con relación a las mujeres, presenta un comportamiento muy similar a la mortalidad general y la de género masculino. Se destaca como principal causa de mortalidad el grupo de las demás en manteniéndose durante tres años consecutivos y con una tendencia que se dirige a incrementar aumentando el riesgo en 31,4% cuando se compara el 2005 con el 2021 y al aumento entre el 2020 y 2021 con una riesgo proporcional de 0,9% y su equivalente de 1,9 casos más por cada 100.000 mujeres, en segundo y tercer lugar se ubican las Enfermedades sistema circulatorio y las Neoplasias 136,6 y 97,6 muertes por cada 100.000 mujeres respectivamente. Al comparar las causas ajustadas entre hombres y mujeres se evidenció que tanto en hombres como en mujeres las tres principales causas de mortalidad está dada por las mismas patologías sin embargo se observa una diferencia en el posicionamiento, las demás causas son más altas en hombres con 18,9% más de riesgo de morir por este grupo de patología que en mujeres donde se nota como primer grupo de mortalidades, con relación a las enfermedades del sistema circulatorio se denota que la mujeres tienen un 23,3% menos de riesgo en comparación con el género masculino de fallecer por esta gran causa con un equivalente de 41,5 muertes menos por cada 100.000 mujeres. ((Figura 33, 34 y 35).

**Figura 33. Tasa de mortalidad ajustada por edad del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**



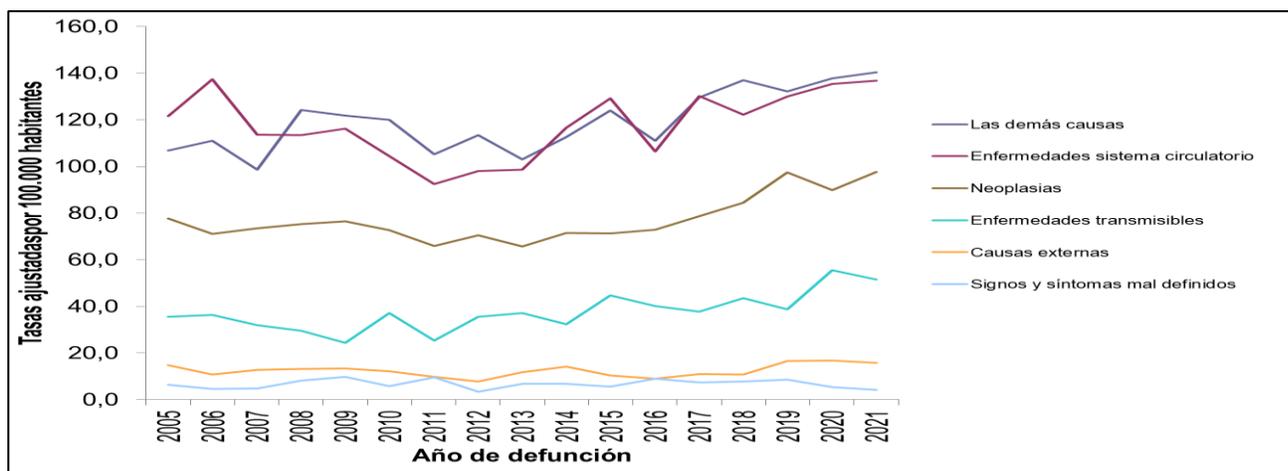
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2005-2021.

**Figura 34.** Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2005-2021.

**Figura 35.** Tasa de Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del Distrito de Cartagena 2005 –2021.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2005-2021.

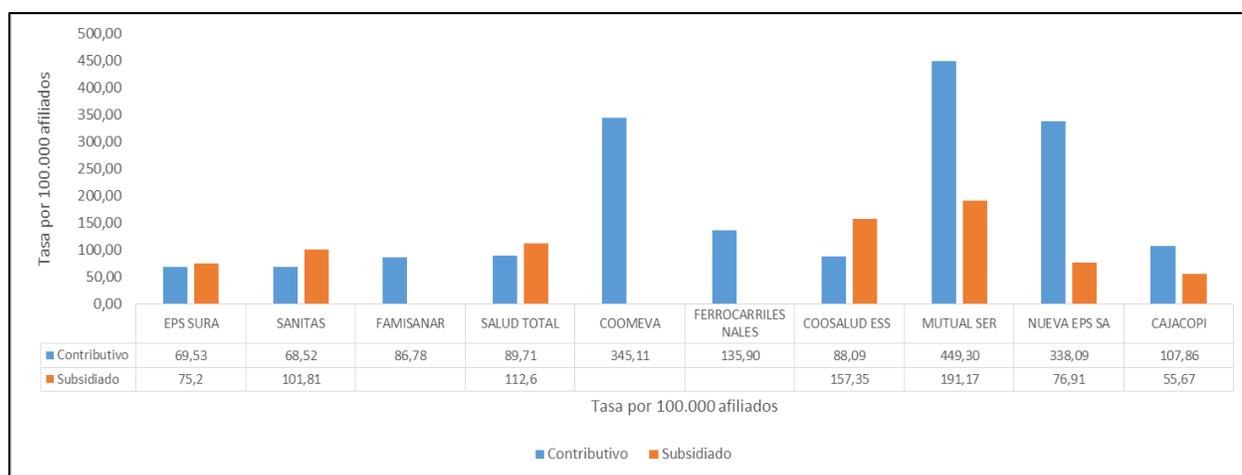
Para el análisis de las tasas ajustadas de mortalidad por EAPB se tomaron las tres primeras causas de mortalidad en población general como fueron las circulatorias, las demás causas y neoplasias.

En el Distrito de Cartagena para el 2021 para mortalidad ajustada por el sistema circulatorio por régimen de seguridad social fue más alta para el subsidiado que el contributivo con una tasa de 157,17 frente al subsidiado que fue de 113,66 por cada 100.000 afiliado, para el contributivo con tasas más altas que en hombres.

En el Distrito de Cartagena para el 2021, en cuanto al régimen de afiliación, el que aportó las mayores tasas por sistema circulatorio el régimen contributivo y la EAPB que reportó la mayor tasa fue EAPB Mutual Ser, con una tasa de 449,30

muerres por cada 100.000 afiliados, seguido de Coomeva con una tasa de 345,11 muertes por cada 100.000 afiliados y en ter lugar Nueva EPS con una tasa de 338,09 muertes por cada 100.000 afiliados. En cuanto al régimen subsidiado las tasa más altas la aportó Mutual Ser con una tasa de 191,17 por cada 100.000 afiliados, seguido de Coosalud con una tasa de 157,35 muertes por cada 100.000 afiliados y en tercer lugar 112,6 muertes por cada 100.000 afiliados, le sigue Sanitas, Nueva EPS, EPS Sura, Cajacopi entre otras (Figura 36).

**Figura 36.** Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades del sistema circulatorio, por EAPB de afiliación en el Distrito de Cartagena en el 2021.

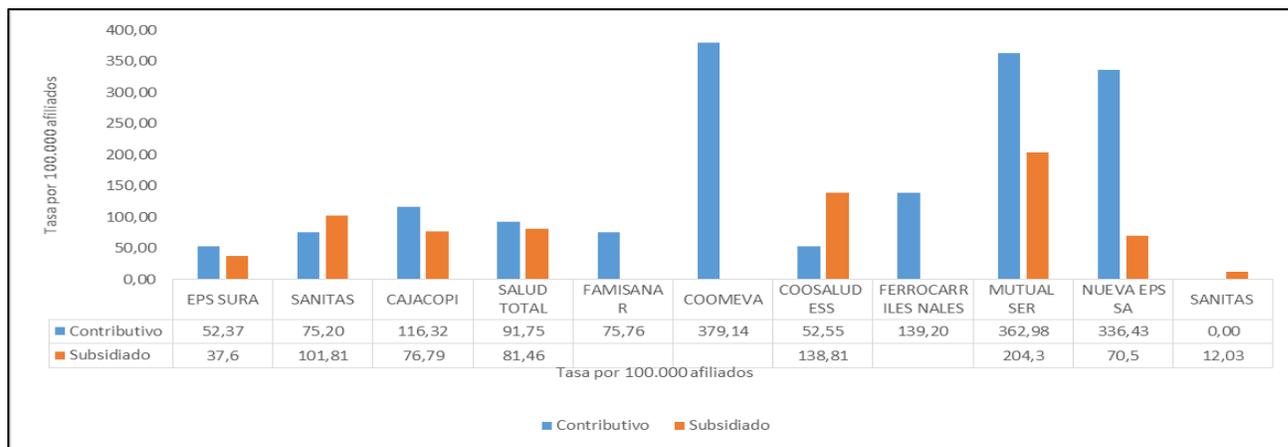


Fuente: Elaboración propia, Bodega de Datos de SISPRO (SGD), RIPS, Registro de EEVV, BDUA, Proyecciones DANE, CAC-ERC, CAC-VIH

En el Distrito de Cartagena para el 2021 para mortalidad ajustada por las demás causas, se reportó tasa más alta en el subsidiado que en contributivo, con tasa de 151,41 frente 116,35 por cada 100.000 afiliados, por sexo en el contributivo más alta en mujeres y en el subsidiado no hay diferencias estadísticas.

Al realiza el análisis por EAPB se evidencia que el régimen contributivo aporta las tasas más alta, ocupando el primer lugar Coomeva con una tasa Mutual SER con 379,14 por cada 100.000 afiliados, seguido de Mutual Ser con una tasa de 363,0 muertes por cada 100.000 afiliados y en ter lugar Nueva EPS con tasas de 336,4 por cada 100.000 afiliados con en lo que respecta al régimen subsidiado las primeras que aportan mayor carga en su orden son: Mutual Ser, Coosalud y Sanitas, con tasas de 204,3, 138,81 y 101,81 por cada 100.000 afiliados (Figura 37)

**Figura 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad por todas las demás causas, por EAPB de afiliación en el Distrito de Cartagena en el 2021.**

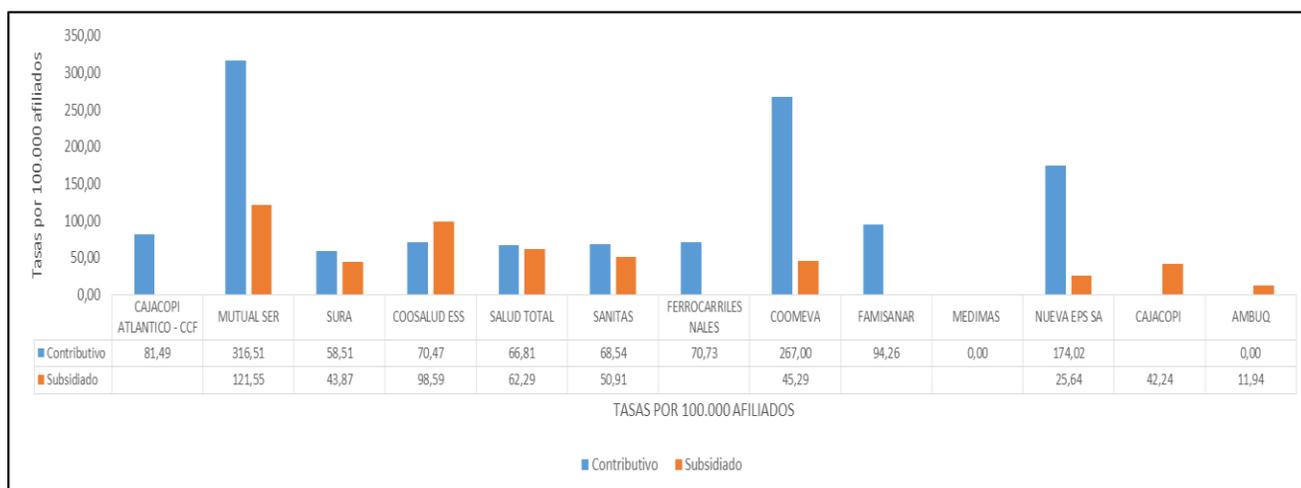


Fuente: Elaboración propia, Bodega de Datos de SISPRO (SGD), RIPS, Registro de EEV, BDU, Proyecciones DANE, CAC-ERC, CAC-VIH

En el Distrito de Cartagena para el 2021 para mortalidad ajustada por las neoplasias, se reportó tasa más alta en el subsidiado que en contributivo, con tasa de 98,19 frente 81,98 por cada 100.000 afiliados, por sexo con tasas más altas en mujeres.

Al realiza el análisis por EAPB se evidencia que el régimen contributivo aporta las tasas más alta, ocupando el primer lugar la Nueva EPS con una tasa Mutual SER con 316,51 por cada 100.000 afiliados, seguido de Coomeva con una tasa de 267, muertes por cada 100.000 afiliados y en ter lugar Nueva EPS con tasas de 174,2 por cada 100.000 afiliados con en lo que respecta al régimen subsidiado las primeras que aportan mayor carga en su orden son: Mutual Ser , Coosalud y Salud Total, con tasas de 121,5, 98,59, y 62,29 por cada 100.000 afiliado las En el caso de los regímenes especiales Ecopetrol, Magisterio y U. de Cartagena. (Figura 38).

**Figura 38. Tasa de mortalidad ajustada por edad por Neoplasias causas, por EAPB de afiliación en el Distrito de Cartagena en el 2021.**



Fuente: Elaboración propia, Bodega de Datos de SISPRO (SGD), RIPS, Registro de EEV, BDU, Proyecciones DANE, CAC-ERC, CAC-VIH

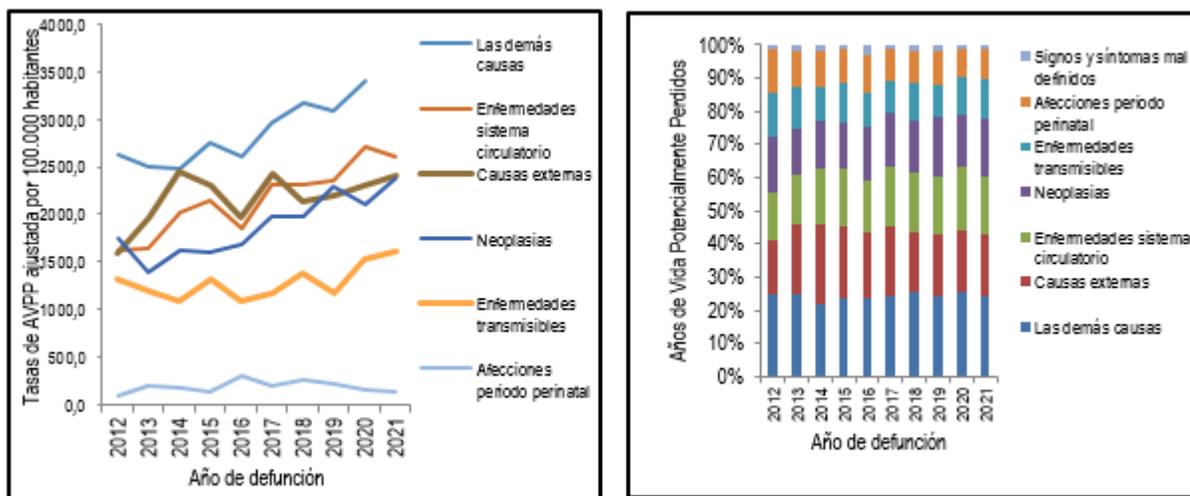
## Mortalidad general por grandes causas

El indicador Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) hace referencia a la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimiento prematuro. Este indicador permite priorizar y determinar cuáles son las causas de muerte que más pérdidas de años tienen y en qué grupos de edad se están presentando para así poder realizar intervenciones que permitan alargar los años de vida de la población en el Distrito de Cartagena.

Entre el 2012 y 2021 la principal causa de muerte en la población general fueron el grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), con una tendencia al incremento pasando de tasas de AVPP de 2.618,5 en el 2012 a 3.359,5 muerte por cada 100.000 habitantes, con su pico máximo en este último año del análisis y con años de vida potencialmente perdidos (AVPP) de 24% (30.624).

Segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio que produjeron un 2.613,6 muertes por cada 100.000 habitantes y causaron el 18% (22.478) de todos los años de vida potencialmente perdidos (AVPP); en tercer lugar le siguen las causas externas para el 2021 con un tasa de 2.378,9 muertes por cada 100.000 habitantes, con los AVPP de 19% (23.589), en cuarto lugar se ubican las neoplasias con una tasa de 2.370 muertes por cada 100.000 habitantes y AVPP 17% (22.088). (Figura 39).

Figura 39. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas, Distrito de Cartagena 2005 a 2021

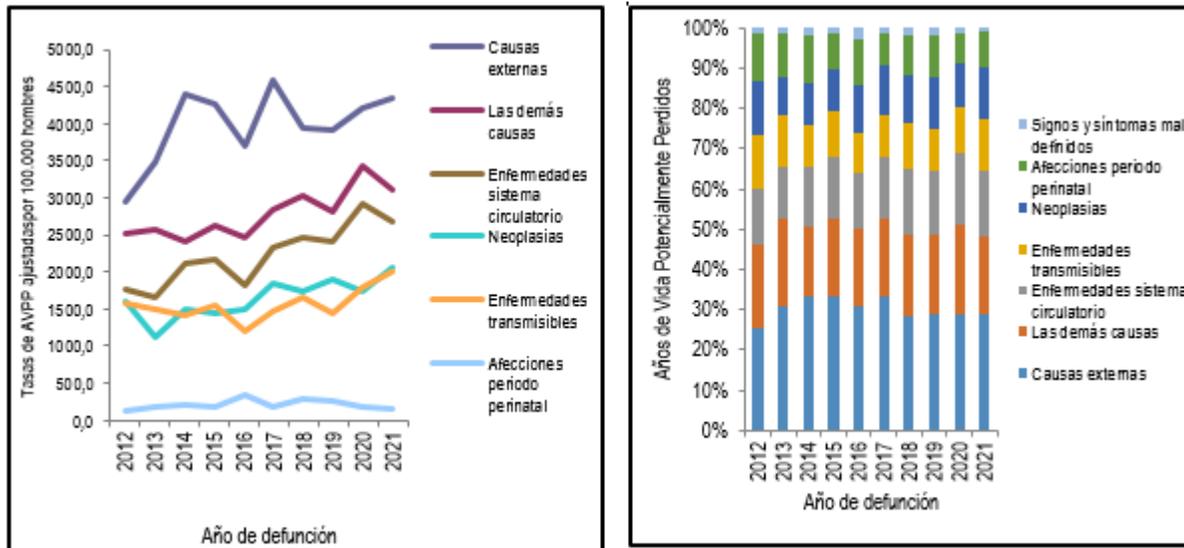


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2005-2021.

El comportamiento de la mortalidad por causas externas en hombres es la principal causa de mortalidad, entre 2012 y 2021 las tasas ajustadas de mortalidad pasaron de 2.937 a 4.331 muertes por cada 100.000 hombres, con tendencia al incremento en los últimos tres años, lo que demuestra el incremento de la violencia en la ciudad de Cartagena; en 2021 provocaron el 28,8% (20.306) de todos los AVPP en hombres. El grupo de las demás causas se ubican en segundo lugar con una tendencia a al incremento del 2012 a 2021 pasando de tasas de 2.512 en el 2012 a 3.112,9 muertes por cada 100.000 hombres en el 2021 y con una disminución del 9,5% comparado con el año inmediatamente anterior y produjeron el 19,5% de AVPP, Las enfermedades del sistema circulatorio se ubican en un tercer lugar en el último año del análisis se observa una tasas de 2.681,6 muertes por cada 100.000 hombres y produjeron el 16,2% (22.478) AVPP. Las neoplasias por su parte han demostrado un comportamiento fluctuante con un incremento del 18,6% comparado con los dos últimos

años, donde para el 2020 su tasa fue de 1.716,2 a 2.048,5 muertes por cada 100.000 hombres. Las enfermedades transmisibles ocupan el quinto lugar con una tasa de 2.013 muertes por cada 100.000 hombres para el 2021 y con el 12,9% (15.051) AVPP (Figura 40)

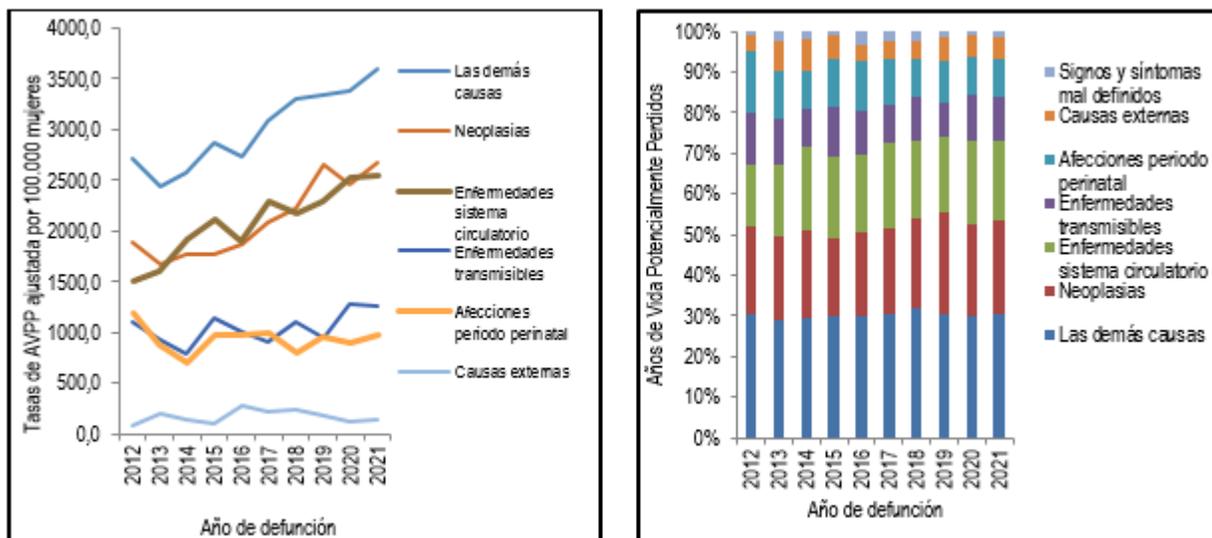
**Figura 40. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos, por grandes causas, en hombres, Distrito de Cartagena 2005 a 2021**



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2005-2021.

Entre el 2005 y 2021 a diferencia de los hombres la prima causa de muerte en las mujeres fueron las demás causas, alcanzando una tasa de 3.588,5 muertes por cada 100.000 mujeres y provocando el 32,2% (16.729) de todos los AVPP en este sexo, cabe destacar el incremento en los últimos cuatro años, donde en el en el 2018 su tasa fue de 3.308,0 muertes por cada 100.000 mujeres. Las neoplasias ocupan el segundo lugar de frecuencia con una tasa de 2.668,4 por cada 100.000 mujeres para el último año y provocando el 23,4% (12.939) AVPP. Las enfermedades del sistema circulatorio en tercer lugar con una tasa ajustada de 2.550,7 muertes por cada 100.000 mujeres, generando 19,7% (10.887) AVPP, el incremento en tasas ajustadas entre 2012 y 2021 pasan de 1.506,3 a 2.550,7. (Figura 41)

**Figura 41. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos, por grandes causas, en mujeres, Distrito de Cartagena 2005 a 2021**



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2005-2021.

### 3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo

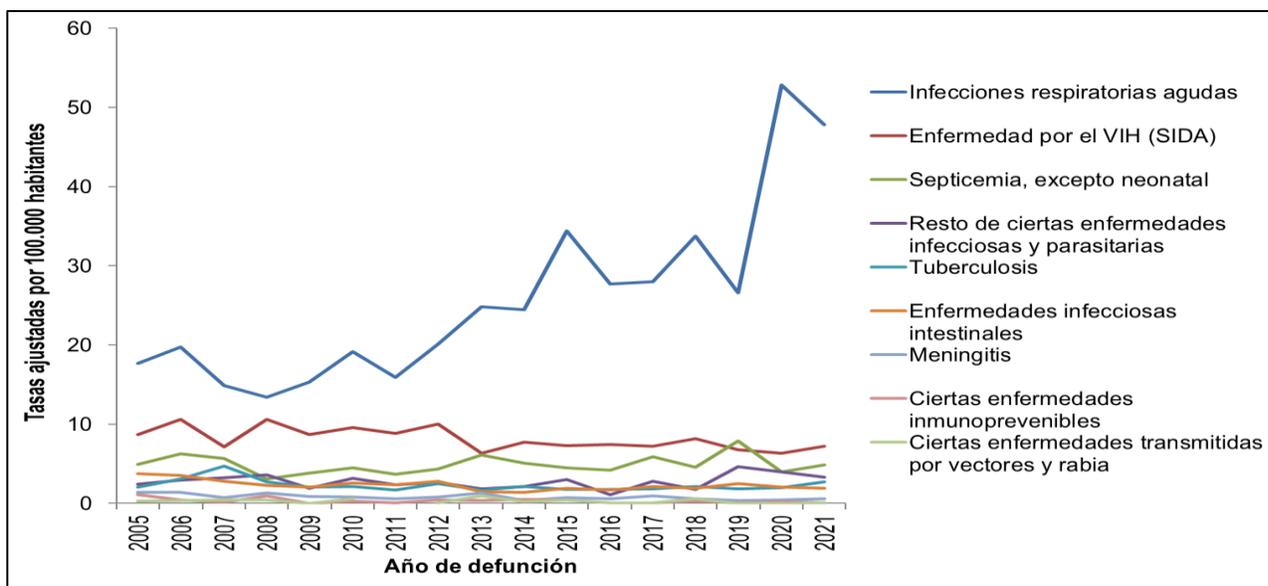
Para la Organización Mundial de la Salud, una enfermedad se considera transmisible cuando la misma se puede transmitir de un ser humano a otro, de una especie animal al hombre y como vía de transmisión pueden ser los insectos, el sexo, el aire que respiramos, el agua que bebemos o el suelo en donde vivimos.

#### Enfermedades transmisibles general Distrito de Cartagena.

Con relación a lo evidenciado en el indicador de enfermedades transmisibles en el Distrito de Cartagena se evidencia que la quinta causa de mortalidad por esta gran causa y manteniéndose por toda la serie analizada son las infecciones respiratorias agudas con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 47,8 por cada 100.000 habitantes la tasa más alta fue precisamente el año actual, aportando el 69,6% de la carga por este grupo de causas, es importante mencionar que para el año 2021 se esperaba observar un incremento marcado debido a causa del SARS-CoV-2/COVID 19, el comportamiento por edad afecta más las edades extremas mayores de 70 años que aportan una proporción de 46,2%, Cuando se analiza la serie completa si se compara el comportamiento de casos evidenciados entre los dos últimas anualidades se puede definir que el grupo mostró una tendencia al descenso con una proporción de 9,5% con su equivalente de 5,04 casos por 100.000 cartageneros menos, seguidamente se encontró la enfermedad por el VIH (SIDA), con una tasa de 10,5 defunciones por cada 100.000 habitantes una tendencia que se dirige al aumento con 0,8% más riesgo de morir en el 2021 que el 2020 este subgrupo de causa aporta un total de 10,5 % de la carga al este grupo de causa; en tercer lugar manteniéndose por dos años seguidos, se ubicó la Septicemia, excepto neonatal con una tasa ajustada de 7,07 muertes por cada 100.000 habitante, con un aumento de 22,3% puntos porcentuales y su equivalente de 0,89 casos más por cada 100.000 habitantes, de acuerdo con el sexo, se evidencia que para ambos la Infecciones respiratorias agudas ocupan el primer puesto la tasa de mortalidad en hombres (58,5 x 100.000 hombres) experimentó ser más alta al valor en mujeres (39,0 x 100.000 mujeres), proyectando siempre una tendencia al descenso en ambos sexos. Con relación a la enfermedad por VIH/SIDA aún sigue en una posición importante como causa de muerte en los hombres y mujeres ubicándose en el segundo lugar. Esta situación muestra que la condición de ser hombre predispone en un 66.0% el riesgo de morir por esta patología, además que por cada 10 hombres que muere por esta patología fallecen un total 3 mujeres, las edades más afectadas en hombres por esta patología son las de 70 años y más con 501 adultos mayores

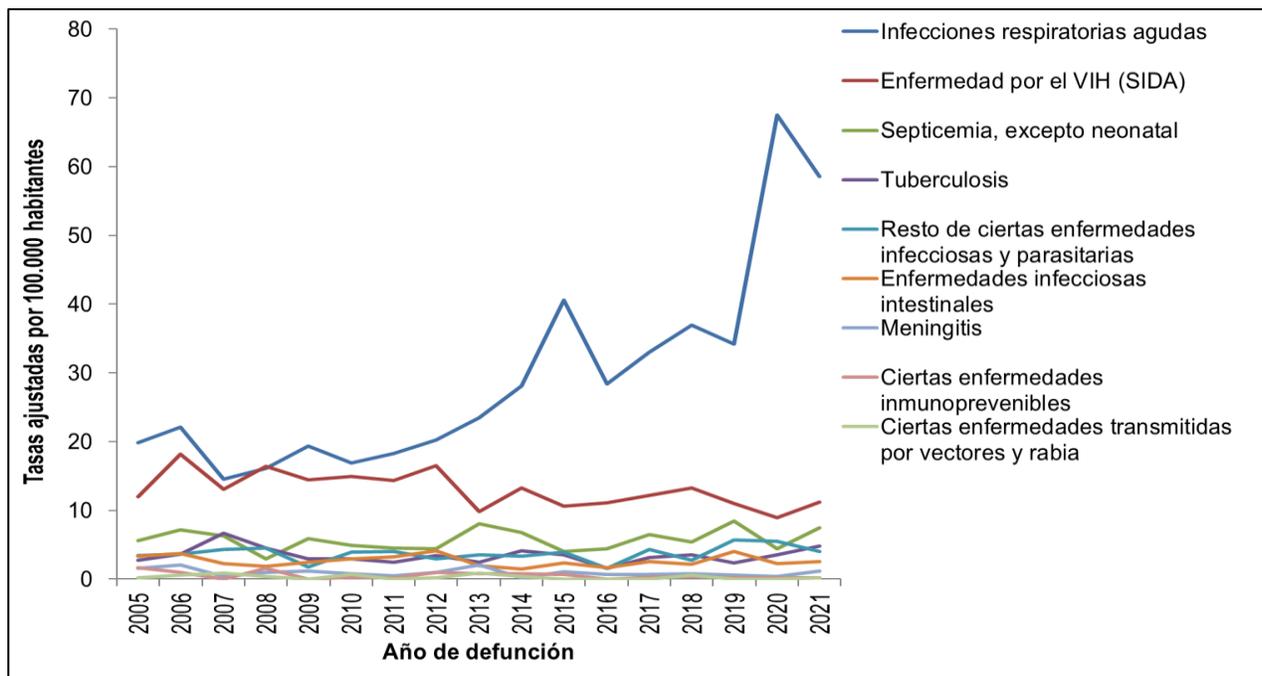
afectados y los de 80 años y más en las mujeres con un total de 296 seguido de 70 a 74 años con un total de 114, al realizar un análisis dónde se pueda definir el grupo poblacional que aporta el mayor incremento entre 2020 y el 2021 fue en el género masculino de 35 a 39 años, con el 78 % seguido de grupo poblacional de 40 a 44 años que muestra un incremento de 64,%, selección al género femenino se observa un incremento en las edades comprendidas entre 55 a 59 años y de 05 a 09 años con incrementos del 43 % y del 150 % consecutivamente. (Figura 42, 43 y 44).

**Figura 42.** Tasa de mortalidad ajustadas por edad para las enfermedades transmisibles general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



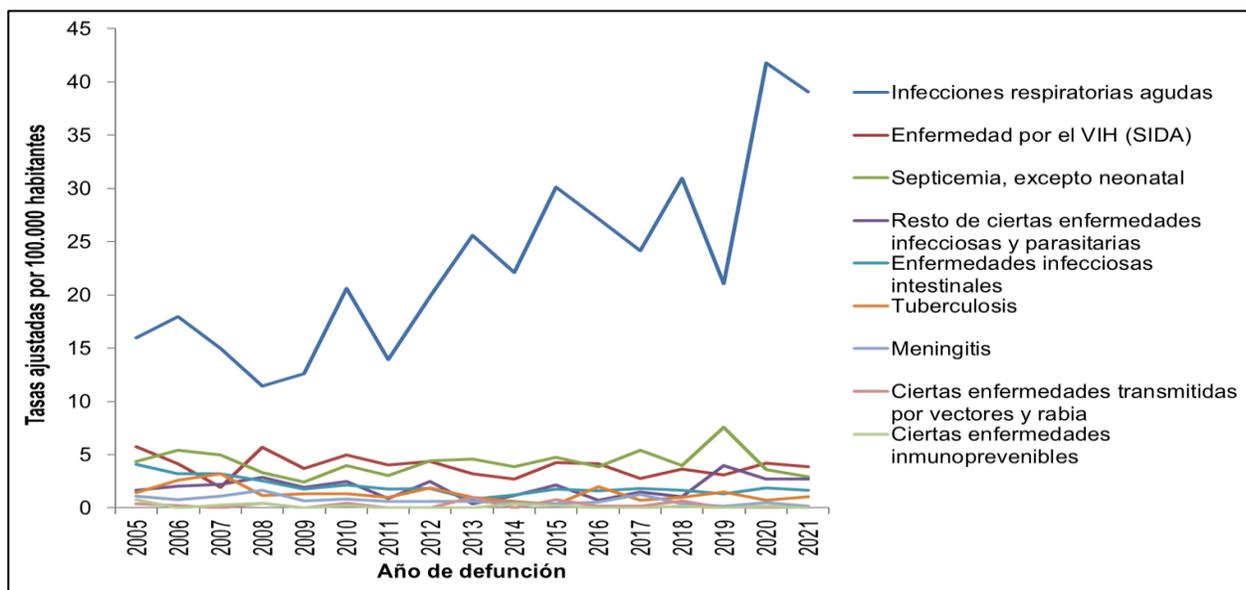
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

**Figura 43.** Tasas de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

**Figura 44.** Tasas de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



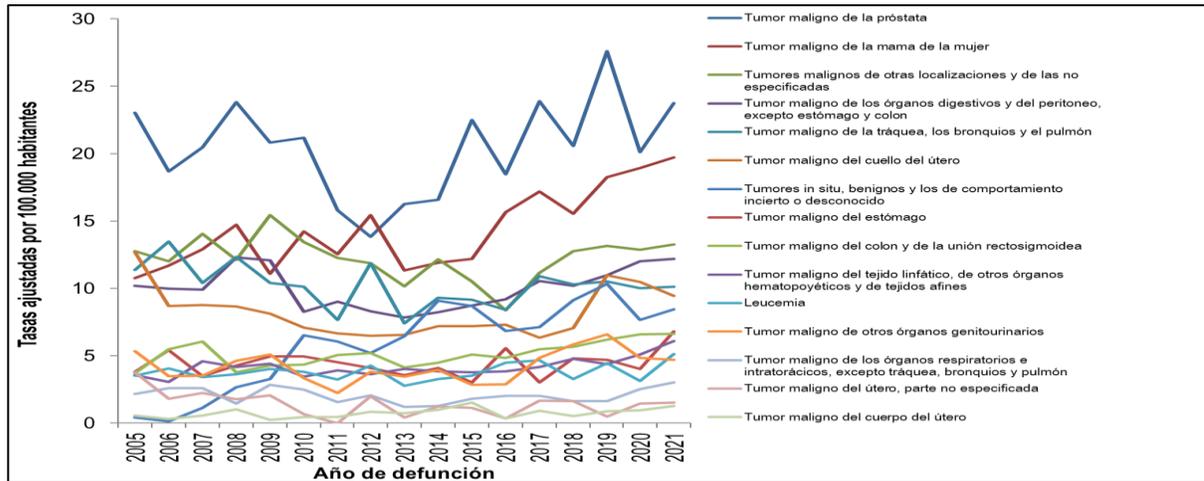
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

## Neoplasias

Es una alteración de la proliferación y de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor. Las neoplasias en la población en general del Distrito de Cartagena representan la tercera causa de muerte dentro de las grandes causas, manteniéndose en esta posición desde hace dos años consecutivos. En primer lugar, se encuentra el Tumor maligno de la próstata con 23,7 muertes por cada 100.000 hombres, seguidamente se encontró el tumor maligno de la mama de la mujer que actualmente aporta una tasa de 19,6 muertes por cada 100.000 habitantes, con tendencias al incremento, en tercer lugar, se encuentra los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con un aporte a la tasa de mortalidad general de 13,2 muertes por cada 100.000 habitantes. (Figura 45).

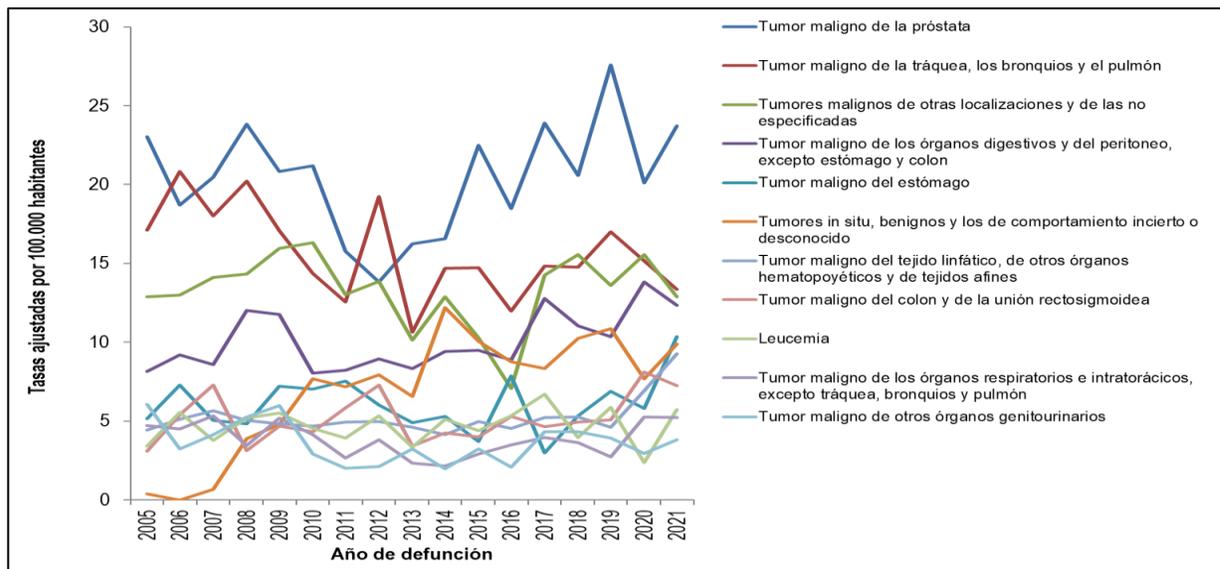
Al desagregar por género se observó que en los hombres en el periodo analizado y para el subgrupo de causas que comprenden las neoplasias, se denotan en el 2021 que los Tumor maligno de la próstata como la primera causa de mayor mortalidad con una tasa de 23,7 defunciones por cada 100.000 hombres. Con relación al cáncer de próstata se pudo observar que el grupo poblacional más afectado fueron de 65 y más lo que contienen más del 91,7 % de la afectación seguido con un 8,2 % las edades de 60 a 64 años; en segundo lugar se encontró el Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con una tasa ajustada de 13,3 muertes por cada 100.000 hombres, la mayor proporción de muertes en los hombres por esta patología ocurrieron en los grupos de edades entre los 80 años o más con una proporción de 42,8 % seguido de 60 a 64 años con un porcentaje de 11,2% y con relación a las mujeres se observó que la mayor proporción por grupo de edad la aportó las muertes entre 70 a 80 años y más 43,7%; y con relación al comportamiento entre los dos últimos años se puede definir que la población de 40 a 44 años con un incremento de 300%; y por último en tercer lugar se ubican los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con un comportamiento le aporta al este grupo de causas una tasa de 13,3 muertes por cada 100.000 hombres se muestra además que estos subgrupos de causas todos ofrecen una tendencia que se dirige al descenso, también se pudo definir que en lo concerniente al género masculino en este subgrupo de causa se puede observar que la mayor proporción de mortalidades las aportan los grupos de edades de 65 a 69 años y los de 80 años o más con un porcentaje de 16,6% cada una y en la mujeres se observó que en los dos primeros puestos se ubican el grupo de 80 años o más con una proporción de 25,82 y el segundo grupo de edad los de 65 a 69 años con 12,9%, en esta misma línea de análisis por género se definió que las mujeres y para el subgrupo de causas comprendidas entre las neoplasias y en su orden Tumor maligno de la mama de la mujer con 19,69 muertes por cada 100.000 mujeres, seguido de al Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificada que para este análisis aporta una tasa de 13,3 muertes por cada 100.000 mujeres y aportando una proporción a la carga de mortalidad por este grupo de causa en mujeres de 20,1% y de 13,6% respectivamente y tendencias al incremento en ambas patologías, en tercer lugar, se resalta las muertes por Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon que aporta una tasa de 12,1 muertes por cada 100.000 mujeres con 12,4% de proporción a la carga de mortalidad. (Figura 45, 46 y 47).

Figura 45. Tasa de mortalidad ajustadas por edad para las neoplasias general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



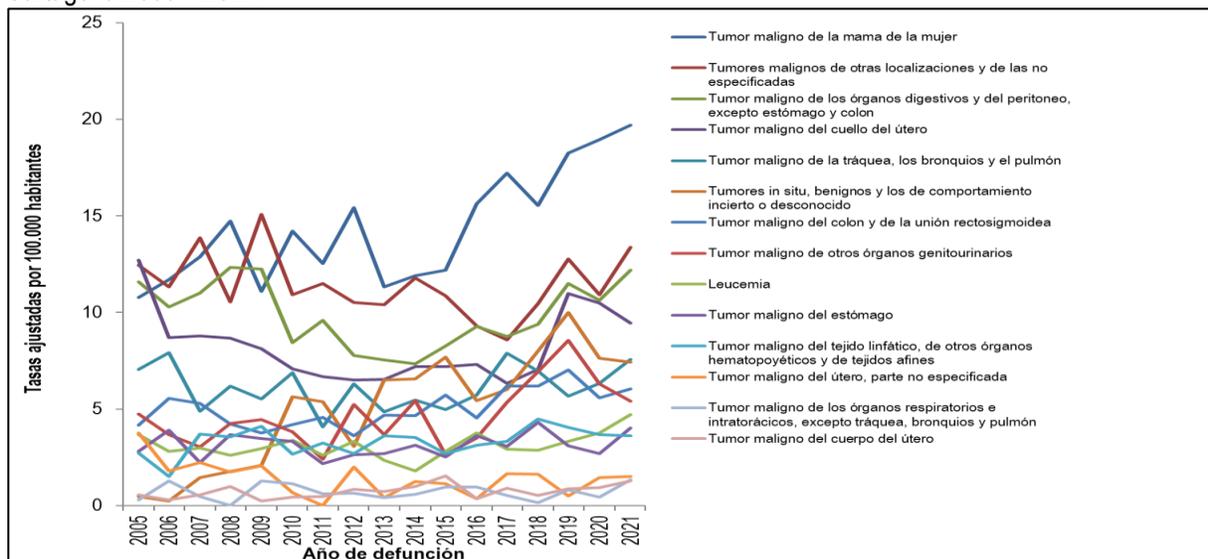
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021.

Figura 46. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021

**Figura 47.** Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

### Enfermedades del sistema circulatorio

Las patologías del sistema circulatorio se reconocen cada vez más como un importante problema de salud pública por el constante aumento de la mortalidad y la prevalencia de factores de riesgo.

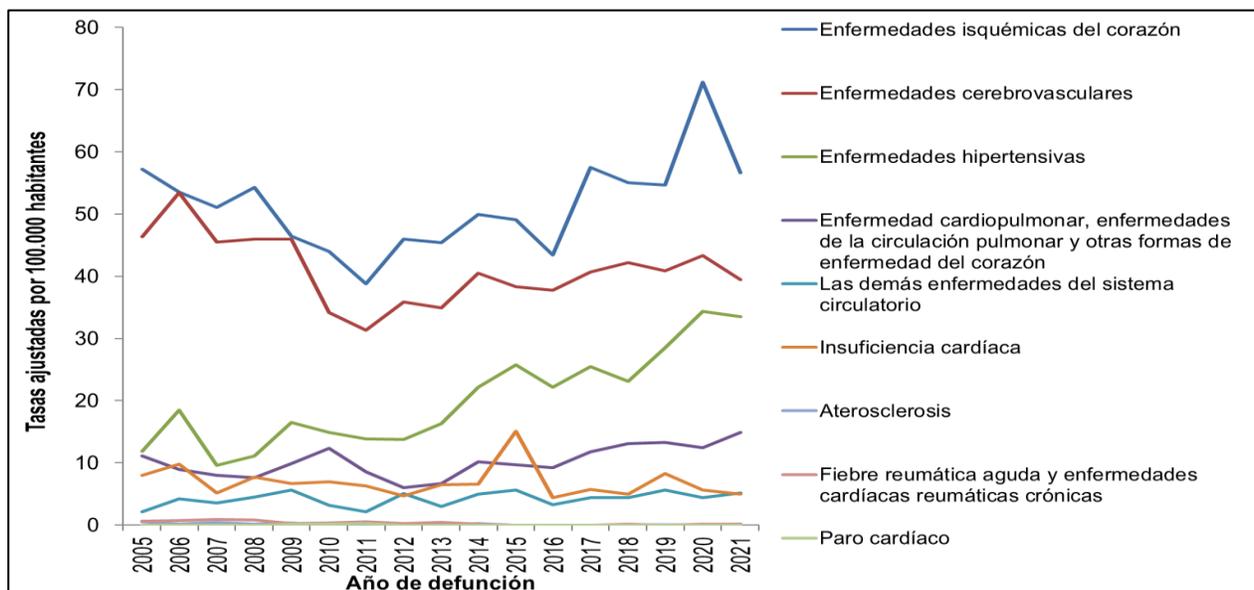
En el Distrito de Cartagena en el año 2021, al igual que en Colombia las enfermedades isquémicas del corazón es el subgrupo de causa que más representó mortalidades con una tasa ajustada de 56,6 muertes por 100.000 habitante en esta patología en Cartagena aporta al grupo de grandes causas un 36,5%, se destaca una disminución de 20,3 puntos porcentuales cuando se compara con el año 2019, y su equivalente de 14,5 casos de fallecimientos por cada 100.000 habitantes más. Para este caso en particular se observó que las mujeres aportan una proporción que supera el 80 % a partir de los grupos poblacionales 65 a 80 años y más y con relación al género masculino se encontró dentro del análisis que los grupos de edad que más aportan a la carga de mortalidad por este es un grupo de causa fueron en primero y segundo lugar respectivamente de 80 años o más y de 70 a 74 años con 29,3 % y 13,6 %.

Las enfermedades cerebrovasculares desde lo ocurrido en el 2005 se ubicaron en segundo lugar con 43,3 muertes por 100.000 habitantes una tendencia a la disminución que muestra una probabilidad de 8,8% menos de morir por esta patología en el 2021 y por último, en tercer lugar, se ha mantenido por 16 años consecutivos, Enfermedades hipertensivas con una tasa de 33,4 muertes por cada 100.000 habitantes aportando un 21,6% a la carga general de mortalidad por este grupo de causa, se denota una tendencia al descenso de 2,5% cuando se compara con el 2020.

Al analizar el comportamiento por género con relación a este subgrupo de causa te puedo definir qué en el género femenino las 3 primeras grupos de edades que más le aportan a la carga de mortalidad son respectivamente, De 80 años o más con una proporción de con 48,8% el grupo de 75 a 79 años seguido del grupo de edad de 70 a 74 años con una proporción de 13,4% y en tercer lugar con una proporción de 10,8% De 70 a 74 años que entre los 3 suman más del 70% de la tasa de mortalidades acumuladas en el territorio por este subgrupo de causa, también se observa un cambio porcentual en el grupo de edad de 65 a 69 años que muestra un incremento 54,5 %, la situación en género masculino se presenta de la siguiente forma De 70 a 80 años o más es donde se acumula la mayor proporción de muertes aportando un 56,2% cuándo se observa el comportamiento entre las dos últimas anualidades se observa que el grupo poblacional de 75 a 79 años muestra una tendencia al incremento representado por él 119,2 %

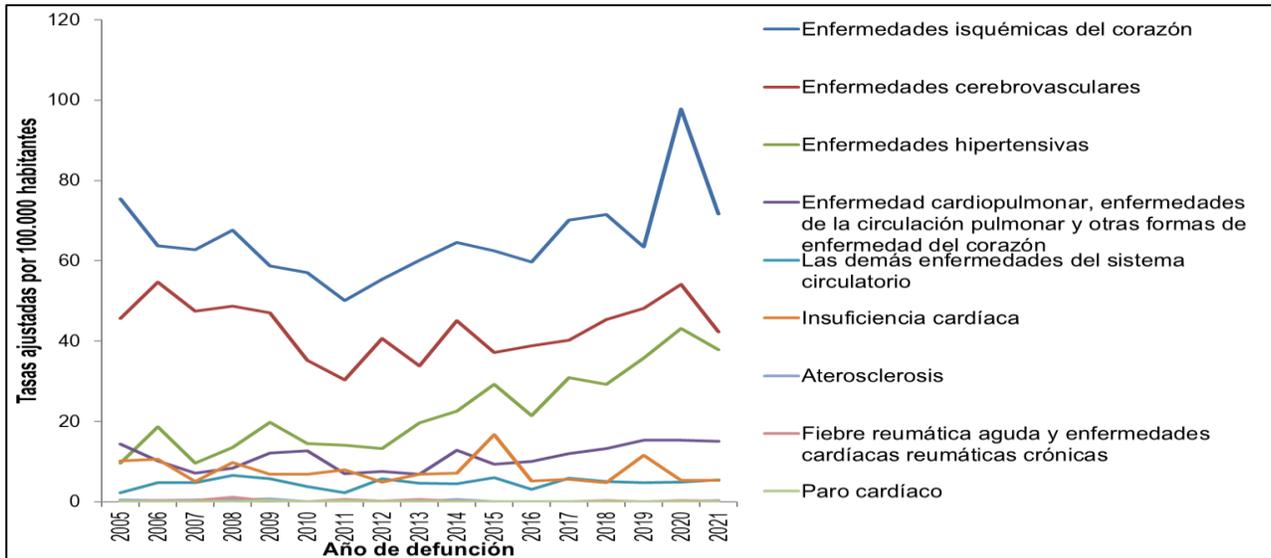
Con relación al comportamiento del género masculino y femenino la mayor carga en la mortalidad por este subgrupo de causas, muestran los tres primeros puestos en ambos géneros, situación que va en la misma línea del comportamiento general de la ciudad y la nación donde la Enfermedades isquémicas del corazón, Enfermedades cerebrovasculares y Enfermedades hipertensivas, con relación a las Enfermedades cerebrovasculares tendencias se denota que las enfermedades isquémicas del corazón muestran reducción en mujeres con 12,6% y en hombres la tendencia es al descenso 26,6% cuando se compara el 2020 y el 2021, con relación a las Enfermedades cerebrovasculares se muestra un incremento de 4,6% en el género femenino, por lo contrario en el género masculino se muestra un comportamiento a descenso (13,3%). Con relación a las Enfermedades hipertensivas si muestran un incremento sustancial entre el 2005 y el 2020, en mujeres superan el 35% y en hombres la situación desmejora aún más con un riesgo de morir que supera el 292,9 al comparar los datos de lo ocurrido en 2020 entre género se observa que las mujeres están en menos riesgo de morir que los hombres especialmente cuando se habla de las Enfermedades hipertensivas, donde la diferencia supera el 20%. Y un equivalente de 7,7 muertes menos en mujeres que en hombres (Figura 48, 49 y 50).

**Figura 48.** Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en población general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



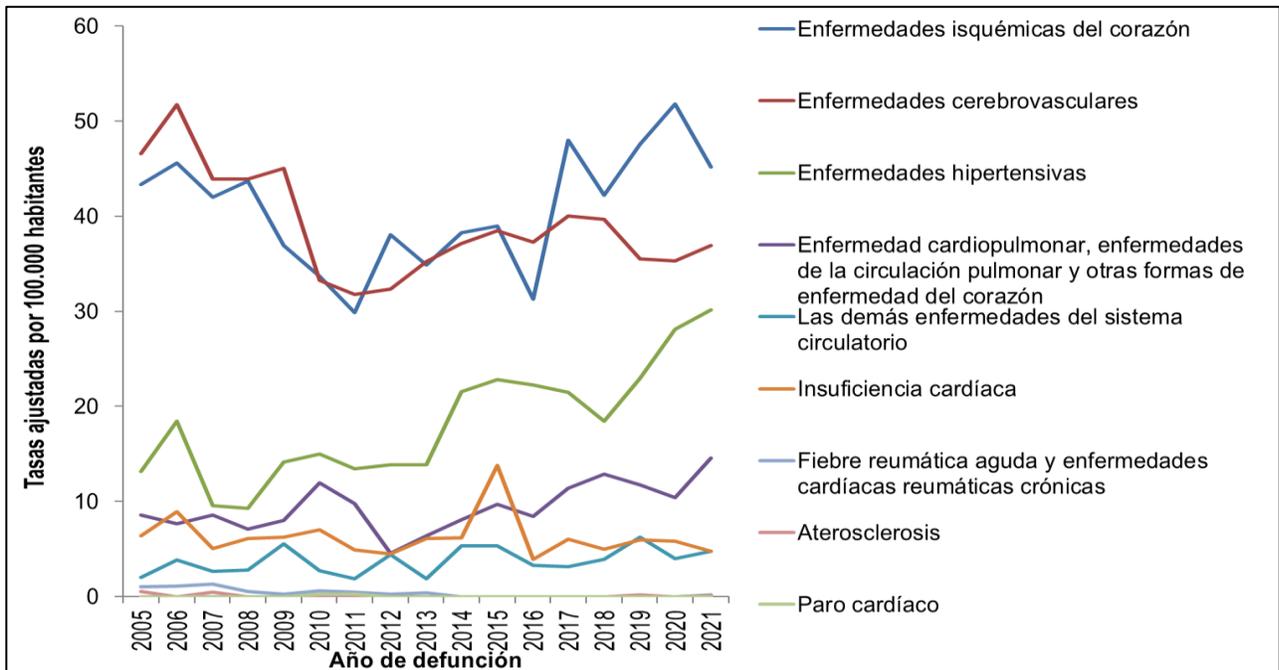
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

**Figura 49.** Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021

**Figura 50.** Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

### Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Dentro del grupo de causas de ciertas afecciones originadas en el período perinatal se encuentran Muertes por Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, Muertes por Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, Muertes por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, Muertes por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta, Muertes por Sepsis bacteriana del recién nacido y Muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal, para esta ocasión se Realiza un análisis que permite semaforizar el comportamiento comparado con Colombia. Al realizar un comparativo entre Lo observado en el país y el Distrito se observa que para las muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal y las muertes por Sepsis bacteriana del recién nacido que son las dos primeras causas que aportan más muertes en esta población se demostró que en Cartagena existe más riesgo de fallecer que en Colombia con aproximadamente 11,9% y 29,6% consecutivamente la razón Colombia Cartagena muestra que para por cada 10 muertes que ocurren en Cartagena por esta causa (Muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal) en Colombia solo ocurren 8 (ocho) y con relación a Muertes por Sepsis bacteriana del recién nacido por cada 10 muertes en Colombia en el Distrito de Cartagena ocurre solo 7 casos.

Según las tendencias se observa que al incremento se encuentran: Muertes por Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, muertes por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta, las muertes por Sepsis bacteriana del recién nacido y las muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal muestra una tendencia al incremento.

Durante este análisis se logró determinar que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre Cartagena y Colombia. Se denota que la mayoría de las muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se producen en el género masculino. (Tabla 66).

**Tabla 66.** Semaforización de los porcentajes de Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal del Distrito de Cartagena 2005-2020.

Causa de muerte	Colombia	Cartagena	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Muertes por Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	4,08	3,25	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘		
Muertes por Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	9,27	4,88	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	
Muertes por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	24,41	19,51	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘		
Muertes por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	4,73	4,88	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘		
Muertes por Sepsis bacteriana del recién nacido	17,56	22,76	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	
Muertes por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	39,95	44,72	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	

Fuente: Bodega base de datos SISPRO -Elaboración propia

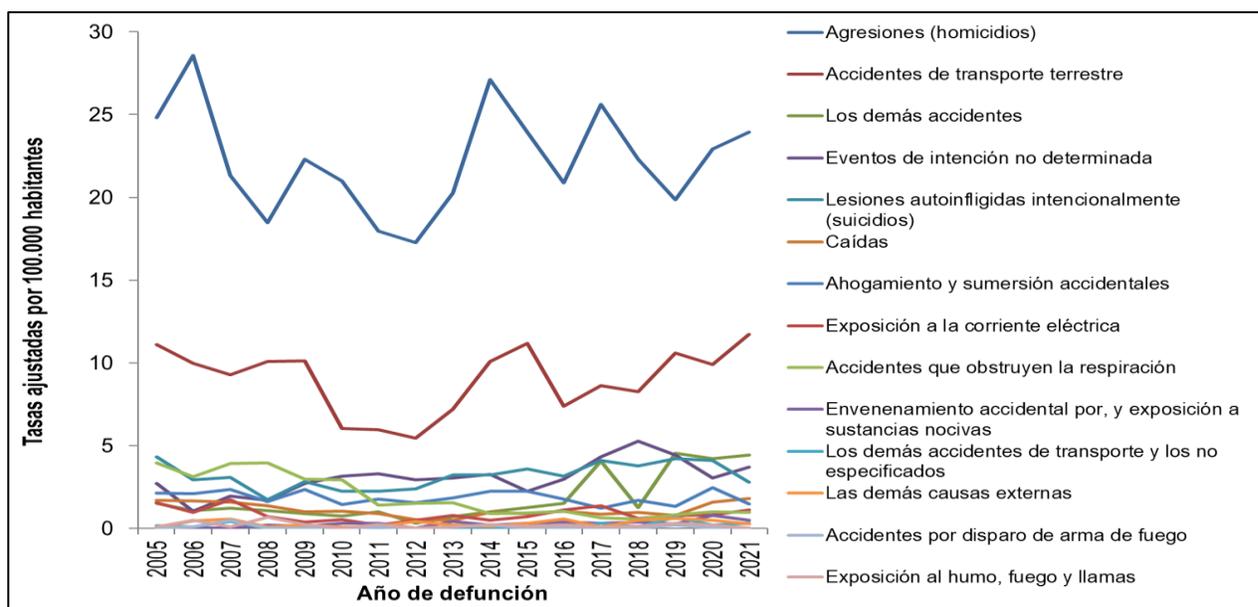
## Causas externas

La mortalidad por causas externas abarca las lesiones no intencionales, que comprenden los accidentes, y las lesiones intencionales (violencia), que pueden ser auto infligidas (lesiones auto infligidas intencionalmente) o causadas por terceros (agresiones). Los accidentes y la violencia constituyen problemas importantes para la salud pública en Colombia no sólo por la elevada mortalidad que ocasionan, sino también por las discapacidades y el elevado costo resultantes de las lesiones no mortales. Además, porque aportan un porcentaje importante de años de vida potencialmente perdidos, por muertes prematuras.

En el Distrito de Cartagena las causas externas ocupan en cuarto lugar de frecuencia de mortalidad, en el 2021 las agresiones (homicidio) se destacaron como la principal causa de muerte del grupo de causas externas en el transcurso de todos los años 2005 – 2021, observándose una tendencia con propensión al aumento, que representa un 4,4%, su equivalencia en datos absolutos de 1,0 casos menos por 100.000 habitantes, existe una brecha importante entre sexos, la tasa de mortalidad por homicidios es 17,1 veces más alta en hombres que en mujeres y un equivalente en riesgo porcentual del 94,0% y 42,7 casos menos de muertes por esta causa en 100.000 mujeres. Con relación a la distribución de las agresiones por homicidio en el distrito de Cartagena por grupos de edad se nota una situación particular teniendo en cuenta que para ambos sexos se observan las mayores proporciones a partir de los 15 años hasta los 34 años de edad es así que para hombres el porcentaje es 65,1 % y para mujeres la proporción está ubicada con 55,7%.

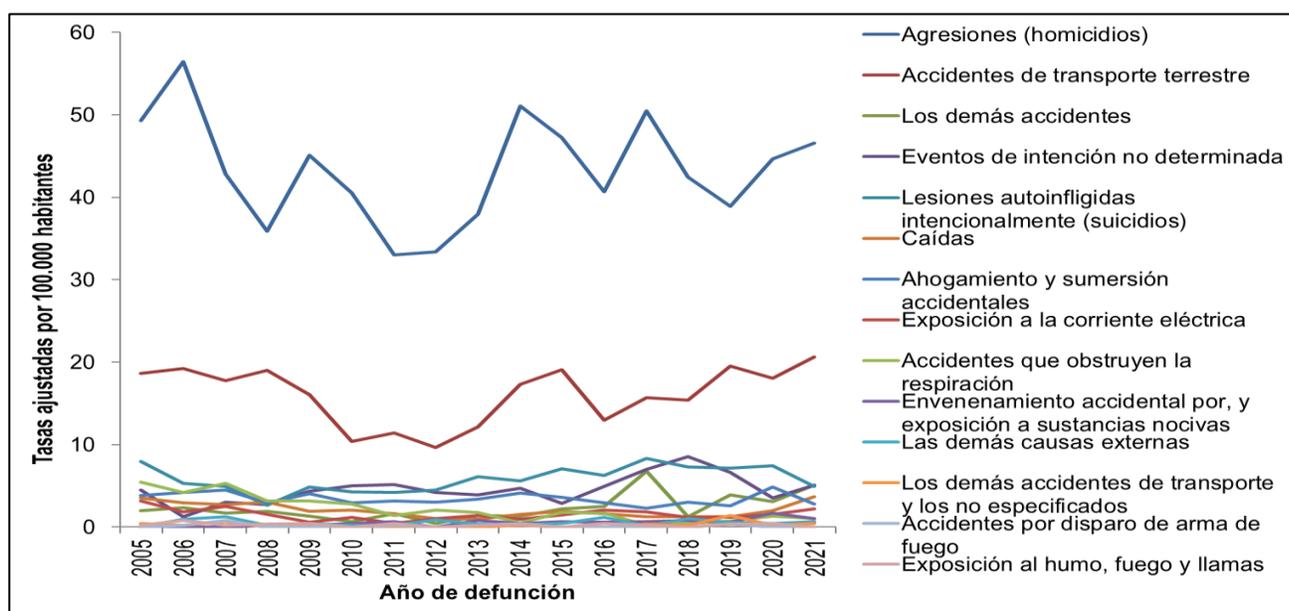
Por su parte, los accidentes de transporte terrestre ocupan el segundo lugar con una tasa de 11,7 por cada 100.000 habitantes se observa a pesar que la tendencia desde el 2005 es al aumento se observó un descenso de 5,7 puntos porcentuales cuando se compara el 2019 con el 2020, al verificar la situación de esta subcausa entre géneros se denota que los hombres tienen un 81,3% más de riesgo que las mujeres de fallecer por esta subcausa corresponde a 16,7 casos de muertes por cada 100.000 habitantes, en tercer lugar se encuentran a nivel general, en lo concerniente a los accidentes de tránsito la situación se comporta de misma forma que las agresiones (homicidio), siendo que los grupos de edad más afectados se presentan en primer lugar para hombres de 25 a 29 años con 175 casos lo cual representa una proporción de 15,4 % en mujeres dos grupos de edad se ubican en el primer puesto los de 25 a 29 años y los de 30 a 34 años cada 1 aportando el 10,7% ( 157 ). Sobre el comportamiento de acuerdo entre 2019 y el 2020 se pudo observar un incremento de 300% en el grupo poblacional De 30 a 34 años para el género femenino para el género femenino el grupo de edad entre De 25 a 29 años muestra un incremento de 111,1 %. los demás accidentes que aportan una tasa de mortalidad ajustada de 4,2 defunciones por cada 100.000 habitantes ocupando el tercer escalafón en general, al realizar una discriminación por género se observa que este subgrupo de causa es la que le aporta más carga de mortalidades al género femenino con una tasa de 4,9 muertes por cada 100.000 mujeres y muestra una tendencia al incremento pasando del 2005 con 1,05 casos por 100.000 Hab, en hombres este tipo de situación está ubicada en sexto lugar con 3,1 casos por 100.000 habitantes, Frente a los demás accidentes el análisis nos muestra que para el género femenino se evidenciaron durante la serie analizada 3 muertes en los siguientes grupos de 10 a 14 años, de 65 a 69 años y de 80 años una para cada grupo de edad en los hombres primero y segundo lugar fueron ocupados de la siguiente manera De 20 a 24 años una frecuencia absoluta de 5 casos ocurridos en todo lo recorrido de la serie aportando un 27,7 % y el grupo de 35 a 39 años con 16,6 % ( 3 ). (Figura 51, 52 y 53).

**Figura 51.** Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en población en general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



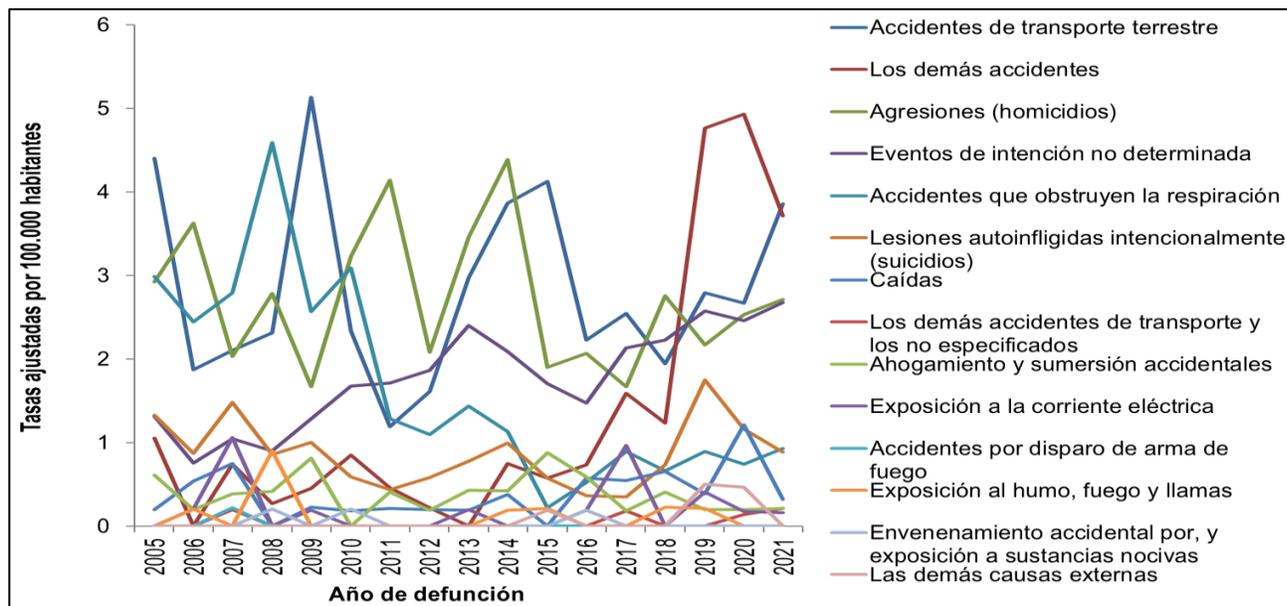
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021.

**Figura 52.** Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021.

**Figura 53.** Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

### Mortalidad por las demás causas

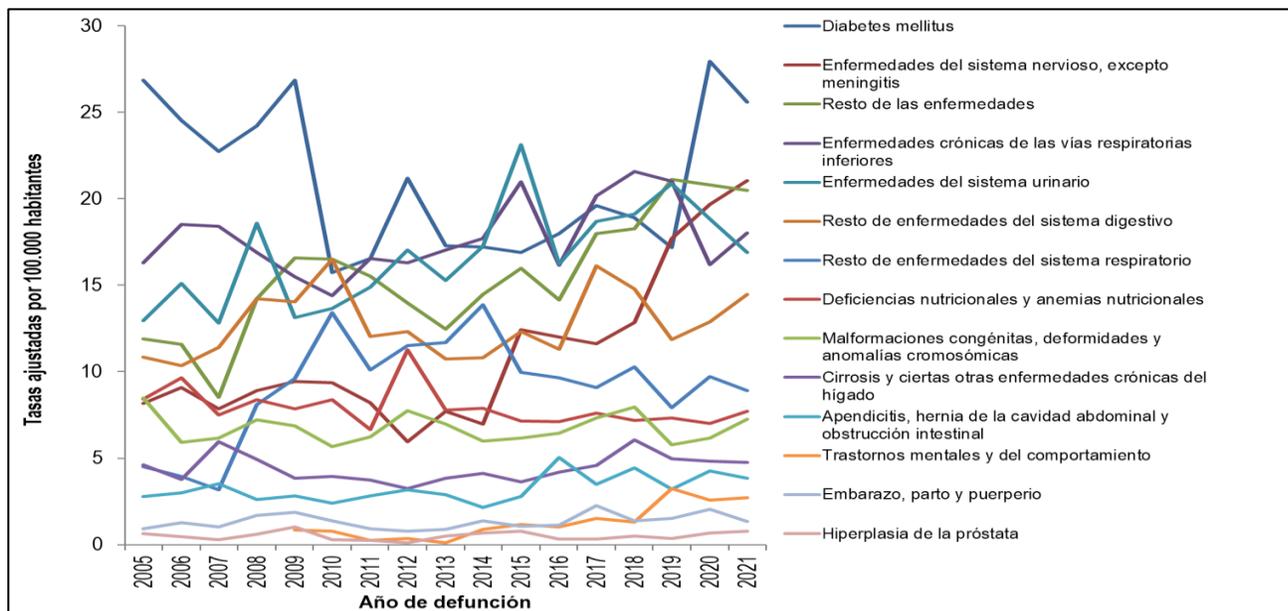
Para este grupo de enfermedades para la población general, las que presentaron mayor número de muertes fueron la Diabetes mellitus, las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis y el resto de las enfermedades son las tres primeras causas con tasas ajustadas que en su orden aportan a la carga de mortalidad así: 25,58, 21,0 y 20,4 muertes por cada 100.000 habitantes, para el caso de Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis muestra una tendencia que se dirige al incremento con un aumento del riesgo de 6,9% con su equivalente 1,3 casos más por cada 100.000 personas; para la Diabetes mellitus y el resto de Resto de las enfermedades la tendencia es al descenso con 8,3% y 1,4% respectivamente, lo que ofrece un total de 2,3 y 0,30 muertes menos por cada 100.000 habitantes.

El comportamiento por género se pudo inferir qué el mayor grupo de personas afectadas por esta causa en las mujeres es el de 60 a 80 años y más aportando una proporción del 84,2% que representa un total de 1320 muertes en toda la serie analizada en hombres los grupos de 65 años a 80 años y más lo cual ofrece un proporción de 68,6 % con un total de casos que asciende a 800 muertes en este género.

Cuando se analiza el contexto de género se observa que la mortalidad de este grupo de causa en las mujeres se ve influenciado por Diabetes mellitus, Resto de las enfermedades y Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis y que en su orden aportan a la carga general los siguientes datos 23,7; 22,8 y 19,8 muertes por cada 100.000 mujeres; en los hombres los tres primeros lugares esta representados por Diabetes mellitus, aportando una tasa de 27,9 defunciones por cada 100.000 hombres, seguido de las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con 25,1 casos por cada 100.000 hombre y la Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis que aporta 21,7 muertes por cada 100.000 hombres, para la Diabetes mellitus se observa que existe una razón hombre mujer muestra que por cada 10 (diez), hombres que fallecen por esta patología, mueren 1 (una) mujeres mostrando un riesgo en hombres más alto (15,0%), con relación al Resto de las enfermedades se determinó que esta es más alta en mujeres ocupando el segundo lugar y en hombres se encuentra en la sexto posición y una razón que indica que por cada 10 hombres que fallecen por esta condición mueren alrededor de 7 mujeres. las tasas de Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis reflejan la siguiente situación esta patología en ambos géneros ocupan la tercera posición sin embargo los hombres se encuentran con 8,3

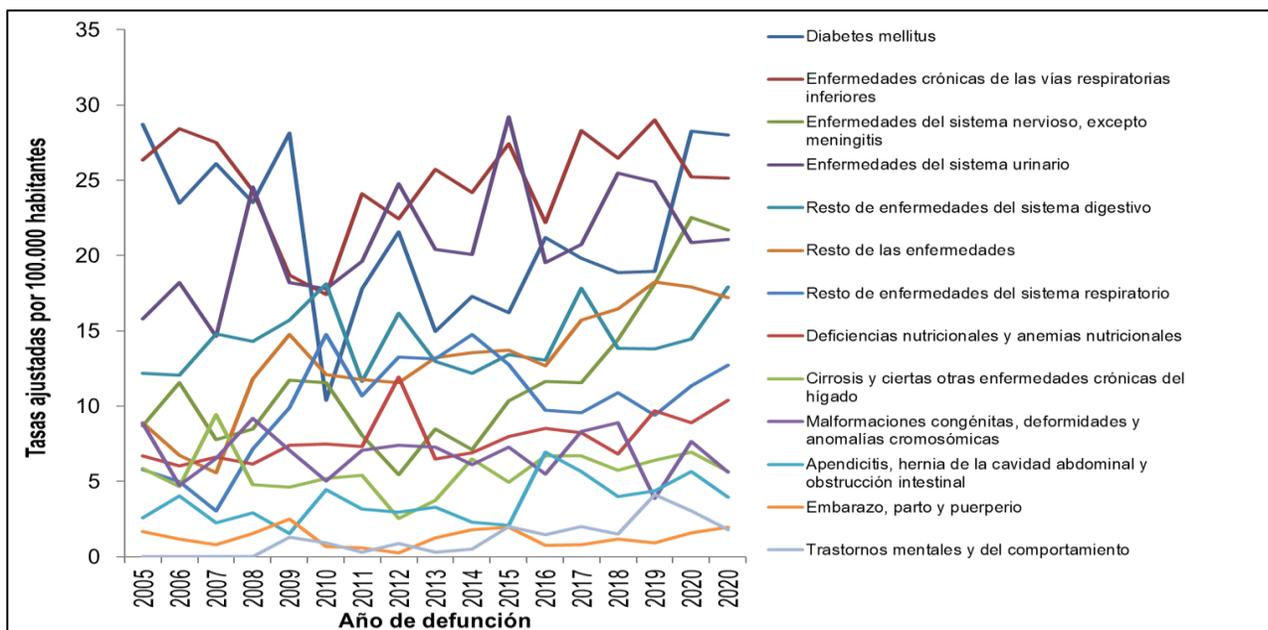
puntos porcentuales por debajo de las mujeres (Figura 54 , 55 y 56).

**Figura 54. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en población general del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.**



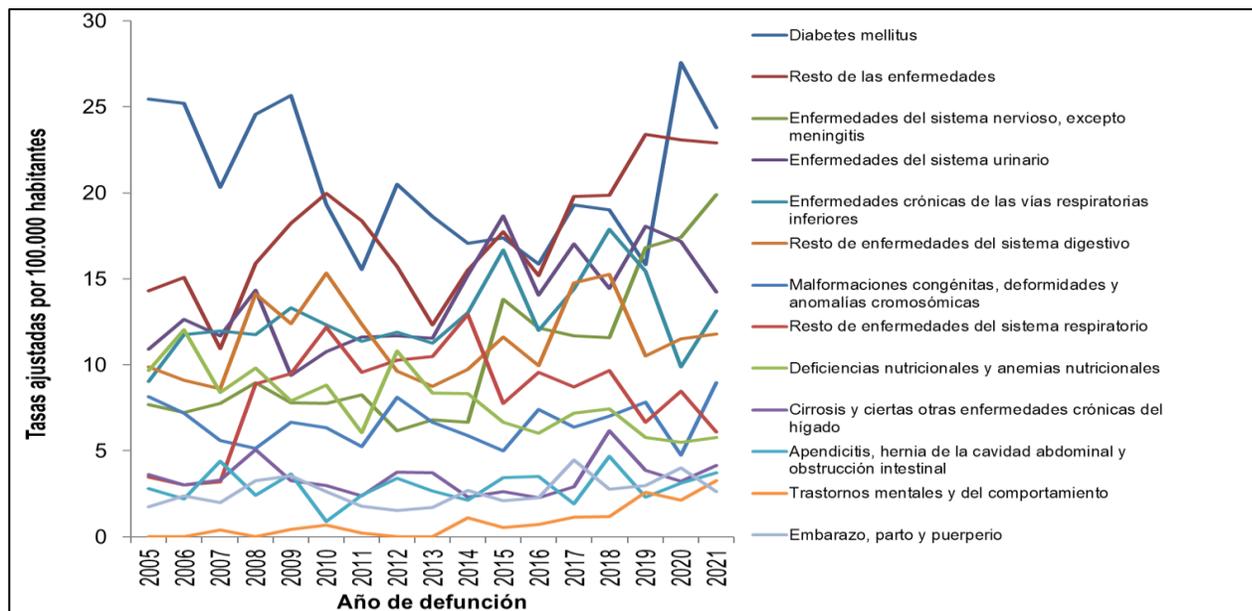
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

**Figura 55. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.**



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

**Figura 56. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2021.**



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

### Las tasas de mortalidad por causas específicas.

Al realizar una evaluación de la mortalidad por eventos de interés que forman parte del plan decenal de salud pública 2012 – 2021, se propone un análisis de tendencia de indicadores trazadores de mortalidad. Al analizar estos indicadores se pudo verificar que el 90% de los indicadores priorizados en esta semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas no presenta diferencias estadísticas significativas entre el valor que toma el indicador en Bolívar y el indicador del Distrito de Cartagena para el 2021, es decir que a pesar que haya valores relativos menores o superiores al indicador del departamento, no hay diferencias estadísticas significativa. Las tasas ajustadas por edad por enfermedades transmisibles presentan tasas muy superiores a Bolívar, mostrando entonces unas diferencias altamente significativo, donde Cartagena aporta una tasa ajustada de 68,68 y Bolívar de 47,31 lo que demuestra un 21,3 muertes más en Cartagena por cada 100.000 habitantes y su equivalente proporcional de 45,1%.

Con relación a las tendencias la Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino, Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus, Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto infligidas intencionalmente y la Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles, se dirigen al descenso. Por lo contrario, las Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre, Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata, Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estómago, Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento y Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios), muestran un comportamiento que se dirige al incremento. (Tabla 67).

**Tabla 67. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del Distrito de Cartagena 2005-2021**

Causa de muerte	Bolívar	Cartagena	Comportamiento															
			2006	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	12,76	11,74	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	14,89	19,70	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	8,85	9,45	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	17,44	23,73	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	5,39	6,79	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	22,20	25,58	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	3,22	2,78	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,74	2,73	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	19,33	23,95	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	47,31	68,68	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	

Fuente: Bodega Sispro; Ministerio de Salud y Protección Social

### 3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

En el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizará la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45%, lo cual equivale a una reducción de casi ocho muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Sin embargo, se observa que entre 1998 y 2000 el indicador experimentó un APC de 1,3 aunque este incremento no fue estadísticamente significativo, posteriormente entre 2000 y 2014 la reducción tuvo un APC de -4,1 siendo significativo con un nivel de confianza del 95%.

## Tasas específicas de mortalidad

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

Al evaluar la mortalidad por los 16 grupos de causas por sexo en menores de 1 año (mortalidad infantil), el mayor riesgo de mortalidad en esta población fue por afecciones originadas en el periodo perinatal, durante los 16 años analizados, se observa que para el año 2021 se produjeron 224 defunciones, donde la principal causa de muerte fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal con 63% (142 muertes) y una tasa de 8,08 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, con una tendencia del 2005 al 2021 que se mantiene; seguido de mal formaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con 22,3% (50 muertes) y una tasa de 2,85 por cada 1.000 nacidos vivos y una tendencia a la disminución del 2005 a 2021, donde en el 2005 su tasa fue de 3,97 por cada 1.000 nacidos vivos. En tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio con 4,5% (10 defunciones) y una tasa de 0.57 por cada 1.000 nacidos vivos.

Por ser el mayor impacto de muerte en el 2021 fue el masculino con el 52% (117 muertes), siendo la principal causa de muerte en este sexo ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 78 muertes para una tasa de 8,76 muertes en niños por cada 1.000 nacidos vivos, seguido de mal formaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 19 muertes para una tasa de 2,13 muertes en niños por cada 1.000 nacidos vivos y en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio con 7 muertes y una tasa de 0,79 muertes en niños por cada 1.000 nacidos vivos.

En las niñas se produjeron 107 muertes para el 2021, al igual que los niños la principal causa de mortalidad es por afecciones originadas en el periodo perinatal con 64 muertes y una tasa menor a lo de los niños, cuya tasa fue de 7,38 muertes en niñas por cada 1.000 nacidos vivos, seguido se encuentran las malformaciones congénita, deformidades y anomalías cromosómica con mayor número de casos que en los niños con 31 casos y una tasa de 3,58 muertes en niñas por cada 1.000 nacidos vivos y en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio con 3 casos y una tasa de 0,35. (Tablas 68, 69 y 70)

**Tabla 68.** Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, menores de 1 año según la lista de las 67 causas del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,46	1,23	1,31	0,95	0,56	0,70	0,58	0,55	0,42	0,20	0,56	0,21	0,36	0,21	0,11	0,12	0,28
Tumores (neoplasias)	0,12	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,11	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,06	0,00	0,00	0,06	0,15	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,11	0,06	0,06	0,06
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,82	0,56	0,62	0,59	0,36	0,35	0,16	0,65	0,21	0,20	0,15	0,21	0,26	0,11	0,29	0,18	0,34
Enfermedades del sistema nervioso	0,58	0,56	0,12	0,53	0,25	0,53	0,16	0,10	0,10	0,15	0,10	0,05	0,26	0,16	0,23	0,30	0,11
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,06	0,00	0,06	0,00	0,30	0,35	0,26	0,25	0,10	0,05	0,10	0,16	0,26	0,21	0,00	0,12	0,11
Enfermedades del sistema respiratorio	1,52	0,90	1,06	1,42	0,76	0,88	0,79	0,85	0,99	1,04	0,96	0,58	0,62	1,70	0,51	0,66	0,57
Enfermedades del sistema digestivo	0,18	0,00	0,19	0,36	0,05	0,23	0,05	0,20	0,10	0,15	0,10	0,21	0,15	0,11	0,06	0,06	0,11
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,17	0,00	0,12	0,20	0,06	0,00	0,00	0,05	0,00	0,25	0,00	0,05	0,05	0,00	0,12	0,06
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,87	5,43	6,80	8,59	7,46	4,97	6,00	7,63	6,38	6,59	6,36	7,51	6,57	6,94	8,05	7,33	8,08
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,97	2,91	3,56	3,67	2,84	2,46	2,68	3,21	2,96	2,33	2,42	2,47	2,98	3,39	2,97	2,92	2,85
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,06	0,06	0,00	0,12	0,25	0,41	0,21	0,10	0,31	0,20	0,05	0,26	0,05	0,21	0,11	0,00	0,17
Todas las demás enfermedades	0,00	0,06	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,47	0,45	0,44	0,41	0,56	0,47	0,26	0,20	0,31	0,20	0,05	0,11	0,00	0,11	0,17	0,12	0,00

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021

**Tabla 69. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, en niños menores de 1 año según la lista de las 67 causas del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,34	1,51	1,57	0,79	0,39	0,90	0,92	0,39	0,60	0,29	0,89	0,31	0,20	0,21	0,00	0,12	0,34
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,23	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,11	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,11	0,00	0,11
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,45	0,43	0,24	0,45	0,49	0,23	0,10	0,49	0,30	0,29	0,10	0,31	0,20	0,10	0,11	0,23	0,45
Enfermedades del sistema nervioso	0,90	0,54	0,12	0,68	0,39	0,56	0,31	0,10	0,20	0,10	0,00	0,10	0,20	0,21	0,23	0,35	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	0,11	0,10	0,19	0,10	0,10	0,10	0,00	0,10	0,31	0,00	0,12	0,11
Enfermedades del sistema respiratorio	1,45	0,97	1,45	1,81	0,68	1,13	0,72	0,78	1,01	1,05	0,89	0,61	0,80	2,16	0,56	0,58	0,79
Enfermedades del sistema digestivo	0,22	0,00	0,24	0,45	0,10	0,11	0,10	0,19	0,10	0,19	0,10	0,20	0,20	0,10	0,11	0,12	0,11
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,11	0,00	0,11	0,39	0,11	0,00	0,00	0,10	0,00	0,30	0,00	0,10	0,00	0,00	0,12	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	10,07	6,37	7,13	10,62	7,63	5,64	7,06	7,69	6,96	8,49	6,42	8,28	6,44	8,34	9,13	7,60	8,76
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,92	2,27	3,51	4,86	2,84	2,03	3,28	2,92	3,33	2,38	2,77	2,25	3,52	3,71	1,80	3,51	2,13
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,11	0,00	0,00	0,11	0,29	0,45	0,00	0,19	0,10	0,29	0,10	0,31	0,00	0,00	0,23	0,00	0,11
Todas las demás enfermedades	0,00	0,11	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,22	0,43	0,36	0,45	0,78	0,45	0,41	0,29	0,10	0,38	0,00	0,10	0,00	0,00	0,23	0,23	0,00

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021

**Tabla 70. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, en niñas menores de 1 año según la lista de las 67 causas del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,58	0,93	1,03	1,12	0,74	0,49	0,22	0,72	0,21	0,10	0,21	0,11	0,52	0,22	0,23	0,12	0,23
Tumores (neoplasias)	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	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 de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,12	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,22	0,70	1,03	0,75	0,21	0,49	0,22	0,83	0,11	0,10	0,21	0,11	0,31	0,11	0,46	0,12	0,23
Enfermedades del sistema nervioso	0,24	0,58	0,13	0,37	0,11	0,49	0,00	0,10	0,00	0,21	0,21	0,00	0,31	0,11	0,23	0,24	0,23
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,12	0,00	0,13	0,00	0,11	0,61	0,43	0,31	0,11	0,00	0,10	0,32	0,42	0,11	0,00	0,12	0,12
Enfermedades del sistema respiratorio	1,58	0,81	0,64	1,00	0,84	0,61	0,87	0,93	0,96	1,03	1,03	0,54	0,42	1,20	0,46	0,73	0,35
Enfermedades del sistema digestivo	0,12	0,00	0,13	0,25	0,00	0,36	0,00	0,21	0,11	0,10	0,10	0,22	0,10	0,11	0,00	0,00	0,12
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,23	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,11	0,00	0,12	0,12
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,55	4,42	6,45	6,34	7,28	4,25	4,87	7,45	5,77	4,55	6,31	6,69	6,71	5,46	6,95	7,05	7,38
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,02	3,60	3,48	2,36	2,85	2,92	2,06	3,52	2,57	2,27	2,07	2,70	2,41	3,06	4,17	2,31	3,58
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,12	0,00	0,12	0,21	0,36	0,43	0,00	0,53	0,10	0,00	0,22	0,10	0,44	0,00	0,00	0,23
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,73	0,46	0,52	0,37	0,32	0,49	0,11	0,10	0,53	0,00	0,10	0,11	0,00	0,22	0,12	0,00	0,00

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021

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

Los grupos de causas de mortalidad que presentan las tasas de mayor riesgo de morir de niños y niñas de 1 a 4 años en el periodo del 2005 a 2021 son las enfermedades del sistema respiratorio seguido de las causas externas de morbilidad y mortalidad y en tercer lugar los tumores (neoplasias).

Para el 2020 se registraron 26 muertes en esta edad, de los cuales la primera causa de muerte está dada por tumores (neoplasias) con el 34,6% (9 muertes) para un tasa de 12,89 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años, seguido se reportan enfermedades del sistema nervioso y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, cada una con una tasa de 5,73 muertes por cada menor de 1 a 4 años, la primera con tendencia al incremento del 2005 al 2021 con tendencia al incremento donde en el 2005 con una tasa de 2,81 y la segunda con tendencia a la disminución donde en el 2005 fue de 16,88 muerte por cada 100.000 menores de 1 a 4 años y en tercer lugar se dieron las causas

externas de morbilidad y mortalidad del 2005 al 2021 su tendencia fue a la disminución, con valores de 21,01 y para el último año de 4,30 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años.

En cuanto al sexo se observa que se registraron mayor número de muertes en el masculino con 14 (53,8%), la primera causa de mortalidad tanto en niños como en niñas está dada por tumores (neoplasias) con 5 casos para niñas y con una tasa de 14,67 muertes por cada 100.000 niñas de 1 a 4 años y los niños con 4 casos y una tasa de 11,20 por cada 100.000 niños menores de 1 a 4 años, en igual tasa en niños se encuentran las enfermedades del sistema nervioso. En segundo lugar en las niñas se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y se registran también causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa de 5,78 muertes por cada 100.000 niñas menores de 1 a 4 años y ambas con tendencia a la disminución. En el caso de los niños las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 5,60 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años. (Tabla 71, 72 y 73)

**Tabla 71. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, menores de 1 a 4 años según la lista de las 67 causas del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	11,25	7,07	4,27	7,16	8,65	1,45	2,93	16,24	7,44	7,50	3,02	0,00	4,59	1,54	1,46	2,87	1,43
Tumores (neoplasias)	4,22	12,73	7,12	10,03	7,21	5,81	5,86	8,86	5,95	4,50	6,04	6,08	9,18	4,61	5,85	5,74	###
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,54	2,92	0,00	1,43
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,25	11,31	5,69	2,86	2,88	2,91	4,39	4,43	7,44	3,00	1,51	3,04	1,53	7,68	1,46	2,87	1,43
Enfermedades del sistema nervioso	2,81	5,66	2,85	7,16	5,77	1,45	10,25	1,48	5,95	3,00	1,51	7,61	7,65	6,15	4,38	5,74	5,73
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	1,41	1,41	0,00	0,00	1,44	5,81	0,00	4,43	1,49	1,50	7,56	1,52	3,06	4,61	1,46	2,87	1,43
Enfermedades del sistema respiratorio	16,88	15,56	2,85	5,73	7,21	5,81	7,32	7,38	11,91	7,50	12,09	13,69	10,71	12,29	8,77	5,74	1,43
Enfermedades del sistema digestivo	2,81	0,00	1,42	0,00	0,00	2,91	2,93	1,48	1,49	0,00	3,02	0,00	0,00	0,00	2,92	2,87	1,43
Enfermedades del sistema genitourinario	1,41	1,41	1,42	2,86	1,44	1,45	0,00	1,48	0,00	1,50	0,00	1,52	1,53	1,54	1,46	1,43	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	1,42	0,00	0,00	0,00	0,00	1,48	0,00	0,00	1,51	0,00	0,00	1,54	1,46	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16,88	5,66	2,85	2,86	8,65	4,36	1,46	4,43	10,42	7,50	4,53	13,69	4,59	3,07	0,00	4,30	5,73
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	1,43	0,00	0,00	2,93	1,48	1,49	3,00	3,02	6,08	3,06	1,54	4,38	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,49	0,00	0,00	0,00	0,00	3,07	2,92	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	21,09	5,66	8,54	7,16	4,33	5,81	16,11	4,43	13,40	7,50	12,09	7,61	9,18	3,07	10,23	2,87	4,30

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021

**Tabla 72. Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años, por cada 100.000 niños entre 1 y 4 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,31	8,34	2,80	2,81	1,32	0,00	2,87	17,37	1,67	11,76	2,96	0,00	6,00	0,00	2,85	2,80	0,00
Tumores (neoplasias)	2,77	13,91	8,39	16,87	8,49	5,70	5,74	8,68	2,92		8,88	5,96	8,99	9,03	5,71	2,80	11,20
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,87	0,00	0,00	2,94	0,00	0,00	0,00	3,01	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,08	11,13	5,59	2,81	2,83	5,70	8,62	2,89	1,67	2,94	2,96	2,98	0,00	0,00	2,85	5,61	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	5,54	2,78	2,80	5,62	2,83	2,85	5,74	2,89	8,75	5,88	2,96	5,96	6,00	6,02	5,71	8,41	11,20
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,77	0,00	0,00	0,00	2,83	5,70	0,00	8,68	2,92	0,00	2,96	0,00	3,00	6,02	0,00	2,80	2,80
Enfermedades del sistema respiratorio	13,38	16,69	2,80	8,43	2,83	5,70	8,62	8,68	1,67	5,88	14,81	5,96	14,99	12,04	14,27	8,41	2,80
Enfermedades del sistema digestivo	5,54	0,00	2,80	0,00	0,00	2,85	2,87	2,89	2,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,61	2,80
Enfermedades del sistema genitourinario	2,77	2,78	2,80	2,81	0,00	0,00	0,00	2,89	0,00	2,94	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00	2,80	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16,61	2,78	5,59	2,81	1,32	2,85	2,87	5,79	5,83	2,94	5,92	8,94	3,00	3,01	0,00	5,61	5,60
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	2,81	0,00	0,00	2,87	0,00	0,00	2,94	2,96	2,98	0,00	0,00	2,85	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,01	2,85	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	30,46	11,13	13,98	2,81	5,66	2,85	22,98	5,79	23,34	5,88	8,88	11,92	11,99	3,01	11,42	5,61	2,80

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021

**Tabla 73. Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años, por cada 100.000 niñas entre 1 y 4 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	14,29	5,75	5,80	1,68	5,88	2,96	2,99	15,07	3,04	3,06	3,09	0,00	3,12	3,14	0,00	2,94	2,93
Tumores (neoplasias)	5,72	11,51	5,80	2,92	5,88	5,93	5,98	9,04	9,12	9,19	3,09	6,21	9,37	0,00	5,99	8,81	14,67
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,96	5,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,99	0,00	2,93
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,43	11,51	5,80	2,92	2,94	0,00	0,00	6,03	3,04	3,06	0,00	3,11	3,12	15,68	0,00	0,00	2,93
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	8,63	2,90	8,76	8,83	0,00	14,94	0,00	3,04	0,00	0,00	9,32	9,37	6,27	2,99	2,94	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	2,88	0,00	0,00	0,00	5,93	0,00	0,00	0,00	3,06	12,34	3,11	3,12	3,14	2,99	2,94	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	14,29	14,39	2,90	2,92	11,77	5,93	5,98	6,03	12,16	9,19	9,26	21,75	6,25	12,55	2,99	2,94	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,96	2,99	0,00	0,00	0,00	6,17	0,00	0,00	0,00	5,99	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	2,92	2,94	2,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,11	0,00	3,14	2,99	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	2,90	0,00	0,00	0,00	0,00	3,01	0,00	0,00	3,09	0,00	0,00	3,14	2,99	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	17,15	8,63	0,00	2,92	5,88	5,93	0,00	3,01	15,19	12,25	3,09	18,64	6,25	3,14	0,00	2,94	5,87
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,99	3,01	3,04	3,06	3,09	9,32	6,25	3,14	5,99	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,04	0,00	0,00	0,00	0,00	3,14	2,99	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	11,43	0,00	2,90	1,68	2,94	8,89	8,96	3,01	3,04	9,19	15,43	3,11	6,25	3,14	8,98	0,00	5,87

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEV 2005-2021

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

La tasa de mortalidad en los menores de cinco años indica la probabilidad de que un recién nacido pierda la vida antes de alcanzar los cinco años. Permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como la disponibilidad de alimentos, los ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua apta para el consumo y a saneamiento básico. Además, dada la baja posibilidad de que una minoría económicamente aventajada afecte la tasa en un país, este indicador ofrece una medida cercana al estado de salud de la mayoría de los niños y de la población general como un todo.

La mortalidad en la niñez (niños y niñas menores de 5 años), en el distrito de Cartagena entre el 2005 al 2021 el 60% de las causas de muertes presentaron una tendencia decreciente, y la mayoría ocurren antes de cumplir el primer año de vida, atribuible a ciertas afecciones ocurridas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Para el 2021 las ciertas afecciones ocurridas durante el periodo perinatal registraron una tasa de 163,37 muertes por cada 100.000 menores de 5 años con un incremento en tasas de 15,1% comparado con el año inmediatamente anterior, seguido de malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 62,13 muertes por cada 100.000 menores de 5 años con un incremento de 4% comparado con el 2020. En tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 12,66 muertes por cada 100.000 menores de 5 años (Tabla 74).

Tanto en niños como en niñas no se presenta diferencias por sexo en el orden de las dos primeras causas que produce la mortalidad, donde la primera causa está dada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con tasa más alta en niños que en niñas, en cambio las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas más altas en niñas, en tercer lugar se ubican las infecciones respiratorias en niños con tasas de 17,98 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años y en las niñas la tasa es mucho más baja de 7,07 muertes por cada 100.000 niñas menores de 5 años, ocupando estas el cuarto lugar junto con las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas además de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. El tercer lugar en las niñas lo ocupan los tumores (neoplasias) que en los niños se ubican en un cuarto lugar junto con tumores (neoplasias), enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales además de enfermedades del sistema nervioso (Tabla 74, 75 y 76).

Los barrios con 5 casos o más de mortalidad en la niñez para el 2021 fueron: Olaya Herrera, el Pozón, Nelson Mandela, San José de los Campanos, La Candelaria y Bicentenario.

**Tabla 74. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, por cada 100.000 menores de 5 años según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	37,32	30,71	27,46	24,16	19,67	15,14	15,26	26,05	15,54	10,85	15,79	4,89	12,28	6,16	3,51	4,60	6,90
Tumores (neoplasias)	5,65	10,24	5,72	10,35	5,79	4,66	4,70	11,84	4,78	3,62	4,86	4,89	7,37	6,16	7,02	4,60	10,35
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,13	0,00	0,00	1,15	3,47	1,16	3,52	2,37	0,00	1,21	1,21	0,00	0,00	3,69	3,51	1,15	2,30
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	24,88	20,47	16,02	13,81	10,41	9,32	7,04	18,95	10,76	7,23	4,86	7,33	7,37	8,62	7,02	5,75	8,05
Enfermedades del sistema nervioso	13,57	15,92	4,58	16,11	10,41	11,64	11,74	3,55	7,17	6,03	3,64	7,33	12,28	8,62	8,19	10,35	6,90
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,26	1,14	1,14	0,00	8,10	11,64	5,87	9,47	3,59	2,41	8,50	6,11	8,59	8,62	1,17	4,60	3,45
Enfermedades del sistema respiratorio	42,97	30,71	21,74	32,21	23,14	22,13	23,48	26,05	32,27	31,34	32,80	24,44	23,33	49,25	17,54	17,25	12,66
Enfermedades del sistema digestivo	5,65	0,00	4,58	6,90	1,16	6,99	3,52	5,92	3,59	3,62	4,86	4,89	3,68	2,46	3,51	3,45	3,45
Enfermedades del sistema genitourinario	1,13	4,55	1,14	4,60	5,79	2,33	0,00	1,18	1,20	1,21	6,07	1,22	2,46	2,46	1,17	3,45	1,15
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	171,89	110,31	125,85	166,81	170,10	98,98	133,82	181,19	147,00	160,33	154,27	174,77	157,15	162,54	166,08	141,48	163,37
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	90,47	63,69	67,50	73,63	71,74	52,40	61,04	79,35	76,49	62,69	61,95	68,44	74,89	81,27	60,82	59,81	62,13
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,13	1,14	0,00	3,45	5,79	8,15	7,04	3,55	8,37	7,23	3,64	11,00	3,68	6,16	5,85	0,00	3,45
Todas las demás enfermedades	0,00	1,14	0,00	0,00	1,16	0,00	0,00	0,00	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00	3,69	2,34	4,60	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	26,01	13,65	14,87	13,81	16,20	13,97	18,78	8,29	17,93	10,85	10,93	37,89	7,37	4,93	11,70	4,60	3,45

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021

**Tabla 75. Tasas específicas de mortalidad en niños menores de 5 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	33,35	37,93	31,38	18,02	18,13	18,25	23,00	23,21	23,42	16,54	23,81	7,19	9,63	4,83	2,28	4,50	6,74
Tumores (neoplasias)	2,22	11,16	6,72	18,02	6,80	4,56	4,60	16,24	2,34	0,00	7,14	4,79	7,22	12,07	9,14	2,25	8,99
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	2,25	4,53	0,00	2,30	0,00	0,00	2,36	2,38	0,00	0,00	4,83	2,28	0,00	2,25
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	17,79	17,85	8,97	11,26	13,60	9,13	9,20	13,92	16,39	9,45	4,76	9,58	4,81	2,41	4,57	8,99	8,99
Enfermedades del sistema nervioso	22,23	13,39	4,48	18,02	11,33	13,69	11,50	4,64	11,71	7,09	2,38	7,19	9,63	9,66	9,14	13,49	8,99
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,22	0,00	0,00	0,00	13,60	6,85	2,30	11,60	4,68	2,36	4,76	2,40	4,81	12,07	0,00	4,50	4,50
Enfermedades del sistema respiratorio	44,47	33,47	29,14	42,80	18,13	27,38	23,00	25,53	32,78	30,71	33,33	19,17	31,29	60,35	22,85	17,98	17,98
Enfermedades del sistema digestivo	8,89	0,00	6,72	9,01	2,27	4,56	4,60	6,96	4,68	4,72	2,38	4,79	4,81	2,41	2,28	6,74	4,50
Enfermedades del sistema genitourinario	2,22	4,46	2,24	4,51	9,07	2,28	0,00	2,32	2,34	2,36	7,14	0,00	4,81	0,00	0,00	4,50	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	200,10	131,63	132,24	211,76	176,77	114,09	158,72	183,33	161,58	210,25	154,75	194,05	154,04	195,52	185,05	146,10	175,31
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	91,16	49,08	69,48	99,12	74,79	43,36	75,91	74,26	81,96	61,42	71,43	59,89	86,65	89,31	36,55	71,92	47,20
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,22	0,00	0,00	4,51	6,80	9,13	2,30	4,64	2,34	9,45	4,76	9,58	0,00	0,00	6,85	0,00	2,25
Todas las demás enfermedades	0,00	2,23	0,00	0,00	2,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,83	2,28	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	28,90	17,85	17,93	11,26	22,66	11,41	27,60	11,60	21,08	14,17	7,14	59,89	9,63	2,41	13,71	8,99	2,25

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2020

**Tabla 76. Tasas específicas de mortalidad en niñas menores de 5 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena, 2005 – 2021.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	41,43	23,20	23,37	30,56	21,28	11,89	7,19	29,02	7,32	4,92	7,44	2,49	15,04	7,54	4,79	4,71	7,07
Tumores (neoplasias)	9,21	9,28	4,67	2,35	4,73	4,76	4,79	7,26	7,32	7,39	2,48	4,99	7,52	0,00	4,79	7,07	11,78
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,30	0,00	0,00	0,00	2,36	2,38	4,79	4,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,51	4,79	2,36	2,36
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	32,22	23,20	23,37	16,46	7,09	9,51	4,79	24,19	4,88	4,92	4,96	4,99	10,02	15,08	9,59	2,36	7,07
Enfermedades del sistema nervioso	4,60	18,56	4,67	14,11	9,46	9,51	11,99	2,42	2,44	4,92	4,96	7,48	15,04	7,54	7,19	7,07	4,71
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,30	2,32	2,34	0,00	2,36	16,65	9,59	7,26	2,44	2,46	12,40	9,98	12,53	5,03	2,40	4,71	2,36
Enfermedades del sistema respiratorio	41,43	27,84	14,02	21,16	28,37	16,65	23,97	26,60	31,73	32,00	32,24	29,94	15,04	37,70	11,98	16,49	7,07
Enfermedades del sistema digestivo	2,30	0,00	2,34	4,70	0,00	9,51	2,40	4,84	2,44	2,46	7,44	4,99	2,51	2,51	4,79	0,00	2,36
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	4,64	0,00	4,70	2,36	2,38	0,00	0,00	0,00	0,00	4,96	2,49	0,00	5,03	2,40	2,36	2,36
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	142,69	88,15	119,20	119,90	163,14	83,23	107,88	176,95	131,81	108,32	153,76	154,68	160,38	128,19	146,19	136,63	#####
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	89,76	78,87	63,10	47,02	68,57	61,83	45,55	84,65	70,79	64,01	52,08	77,34	62,65	72,89	86,28	47,11	77,78
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	2,32	0,00	2,35	4,73	7,13	11,99	2,42	14,65	4,92	2,48	12,47	7,52	12,57	4,79	0,00	4,71
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,44	0,00	0,00	0,00	0,00	2,51	2,40	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	23,02	9,28	11,69	16,46	9,46	16,65	9,59	4,84	14,65	7,39	14,88	14,97	5,01	7,54	9,59	0,00	4,71

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021

A continuación se listan las primeras causas de mortalidad en el Distrito. (Figura 57)

**Figura 57. Principales causas de mortalidad, Cartagena 2021**

Principales causas de Mortalidad Cartagena 2021	Tasa de mortalidad por 100.000 personas	Porcentaje de Defunción
Enfermedades isquémicas del corazón	56,6	10,3
Infecciones Respiratorias Aguda	47,8	8,6
Enfermedades cerebrovasculares	43,3	7,2
Enfermedades hipertensivas	33,4	6,2
Diabetes mellitus	25,58	4,6
Agresiones (Homicidios)	23,95	4,3
Enfermedades del sistema Nervioso excepto meningitis	21,04	3,8
Resto de las enfermedades	20,48	3,7
Tumor maligno de mama	19,6	1,2
Enfermedades Crónicas de vías respiratorias inferiores	18,02	3,3
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	13,3	2,4
Resto		44,4
Total		100

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2021

### 3.2.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Se analiza mediante un análisis de brecha mediante el método de Rothman, K.J.; Greenland utilizando el intervalo de confianza de 95% y genera una semaforización que permite identificar y la priorización los indicadores trazadores de mortalidad materno – infantil, debido a que se identifican los indicadores que se encuentra en peor situación en comparación con los resultados a nivel nacional.

A continuación, se describe y se analizan los indicadores de razón de razones de la mortalidad materna, las razones tasas de mortalidad neonatal; mortalidad infantil ajustada; mortalidad en la niñez ajustada; mortalidad por IRA; mortalidad por EDA y mortalidad por desnutrición en un periodo de 2005 a 2021. En el Distrito de Cartagena no se presenta diferencia estadísticamente significativa para los indicadores trazadores maternos infantiles en comparación con el país, si se observa que la Tasa de mortalidad neonatal, Tasa de mortalidad infantil y Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años muestran que el distrito se encuentra con un indicador muy por encima del nacional evidenciando entonces diferencias significativas con diferencias relativas de 12,%; 12% y 15% sucesivamente, por otro lado, para el 202 se observa una tendencia creciente, Tasa de mortalidad neonatal, Tasa de mortalidad infantil y Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. (Tabla 77).

**Tabla 77. Semafización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Distrito de Cartagena 2005- 2021.**

Causa de muerte	Colombia	Cartagena	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Razón de mortalidad materna	83,16	73,98	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad neonatal	7,11	9,22	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad infantil	10,94	13,20	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,36	12,66	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,41	1,15	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	7,80	0,07	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2018

## Mortalidad materna

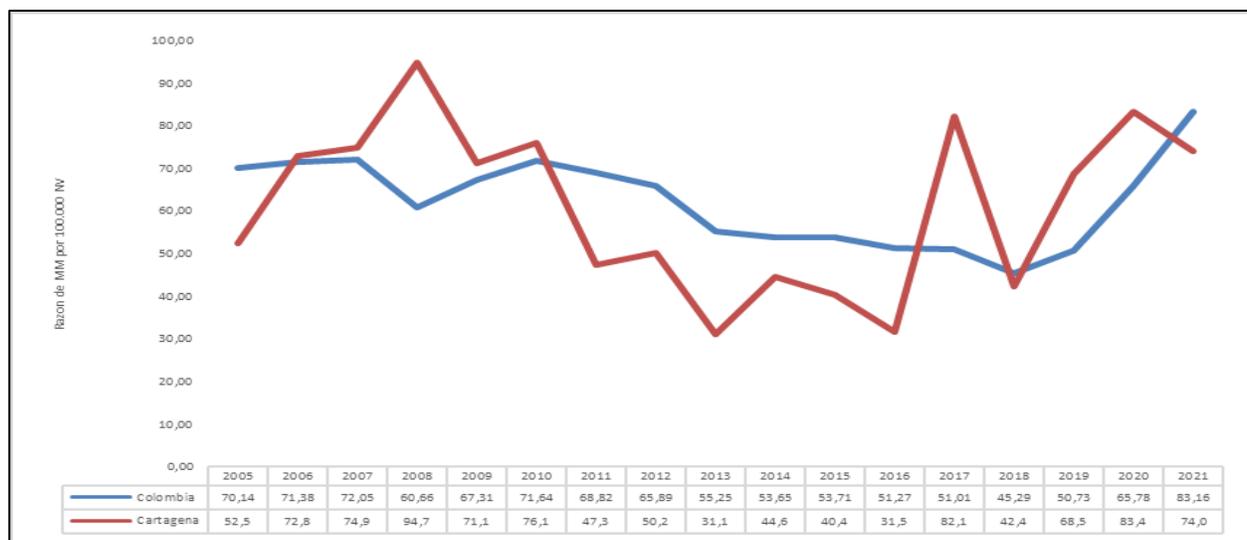
La mortalidad materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. La evaluación de este indicador le permite al Distrito de Cartagena conocer el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos y en comparación con el país.

En el Distrito de Cartagena la mortalidad materna ha mostrado un descenso de 9,3 entre el 2020 y el 2021 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Adicional, se observa que los picos más altos se fueron en 2008 y 2017 con 94,74 y 82,08 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, para la actual anualidad Cartagena (83,3 muertes maternas por cada 100.000 muertes maternas por cada 100.000 NV ), se encuentra por encima de la línea nacional en lo que se traduce en un 26,7% más riesgo de fallecer por este tipo de mortalidad que la colombiana entre 2006 a esta situación equivale a 17,8 muertes más por cada 100.000 NV, muestra además que por cada 10 muertes maternas en Colombia puede haber 13 muertes maternas en Cartagena, entre 2006 a 2010 se ha ubicado por encima de la razón nacional, luego nuevamente ocurre esta situación en el 2017 y en el 2019 y por último en el 2020, es decir, que el 53% de los años analizados de la muerte materna en el Distrito de Cartagena se ubica por debajo de la línea nacional. Al comparar las muertes con el año inmediatamente anterior se disminuyeron en un 11,2%. (Figura 58).

Por localidades el mayor número de casos se concentraron en localidad Industrial y de la Bahía con el 46% (n=6). Dos de las muertes maternas eran residentes de Nelson Mandela, las otras residían en los barrios de Albornoz, Simón Bolívar, Paseo Bolívar, Parque Heredia, Villa Estrella, La Boquilla, Getsemaní. En cuanto al régimen de seguridad social el mayor número de casos lo aportó el Subsidiado, donde la mayor RMM la aportó la Nueva PS con una Razón de 222,72 por cada

100.000 NV, seguido de Mutual SER, Comfamiliar Cartagena y Coosalud con RMM de 203,74, 110,62 y 28,3 por 100.000 NV y en cuanto al régimen contributivo se tiene Salud Total con una RMM de 133,69 por 100.000 NV. (Figura 58)

**Figura 58. Razón de mortalidad materna, del Distrito de Cartagena, 2005 –2021**



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2020.

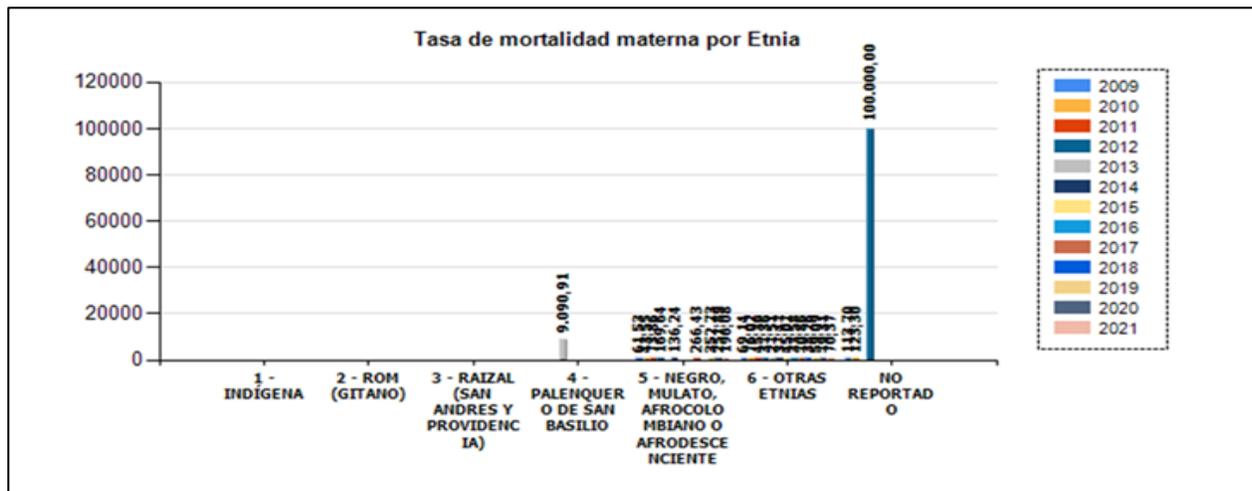
Al analizar el comportamiento de la razón de mortalidad materna por etnia, se observa que otras etnias presenta muertes maternas en toda la serie de tiempo estudiada, que se muestra en la variable no reportado es a la que más carga aporta al análisis situación que de alguna manera permite un alto grado de sesgo y calidad del dato lo cual trunca el análisis debido al no reporte de esta variable correctamente en los sistemas de información., seguidamente se observó la etnia negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, aportado una carga importante en el total presentado. Por otro lado, se presenta una disminución en el 2020 a nivel general de 22,1 puntos porcentuales comparando 2020 y su equivalente de 55,8 muertes maternas en esta etnia por cada 100.000 mujeres. (Tabla 78 y figura 59).

**Tabla 78. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.**

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO</b>	0	0	0	0	9.090,91	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE</b>	61,53	43,55	73,86	169,64	0	136,24	0	0	266,43	0	352,73	251,89	196,08
<b>6 - OTRAS ETNIAS</b>	69,14	76,02	45,36	37,36	27,51	37,47	45,07	33,58	70,86	38,26	59,09	79,31	70,37
<b>NO REPORTADO</b>	113,70	123,30	0	100.000,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total General</b>	71,08	76,05	47,33	50,18	31,13	44,63	40,41	31,49	82,08	42,39	68,54	83,36	73,98

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2020.

**Figura 59.** Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2009-2020.

### Área de residencia.

El comportamiento de la razón de mortalidad materna en el Distrito de Cartagena según el área de residencia, se presenta mayor concentración en lo rural disperso, en comparación con el resto, muy a pesar de que no se presentaron muertes en la actual anualidad, en segundo lugar se ubicaron la muertes maternas en centro poblado que para la actual anualidad se observó una razón de 102,7 muertes por cada 100.000 NV, por último se ubica la cabecera 72,8 muertes por 100.000 nacidos vivos aportando en el último, con un descenso del 18,0% entre el 2020 y 2021 su equivalente de 16,0 muertes más por cada 100.000 NV.

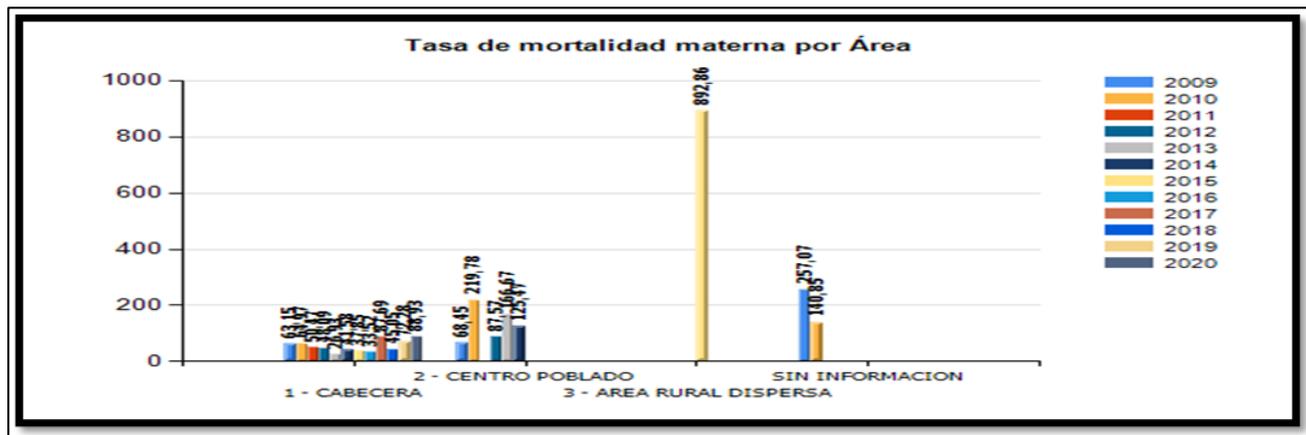
Por otro lado, la razón de mortalidad materna más alta se observa en el área rural dispersa en el 2015 con 892,8 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. (Tabla 79, figura 60)

**Tabla 79.** Indicadores de Razón de mortalidad materna por área de residencia Distrito de Cartagena, 2010 – 2021.

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - CABECERA	63,15	64,97	50,47	48,09	26,93	41,58	37,85	33,52	87,69	45,05	72,28	88,93	72,84
2 - CENTRO POBLADO	68,45	219,78	0	87,57	166,67	125,47	0	0	0	0	0	0	102,77
3 - AREA RURAL DISPERSA	0	0	0	0	0	0	892,86	0	0	0	0	0	0
SIN INFORMACION	257,07	140,85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total General	71,08	76,05	47,33	50,18	31,13	44,63	40,41	31,49	82,08	42,39	68,54	83,36	73,98

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2009-2021.

Figura 60. Indicadores de razón de mortalidad materna por área de residencia Distrito de Cartagena, 2010 – 2020.



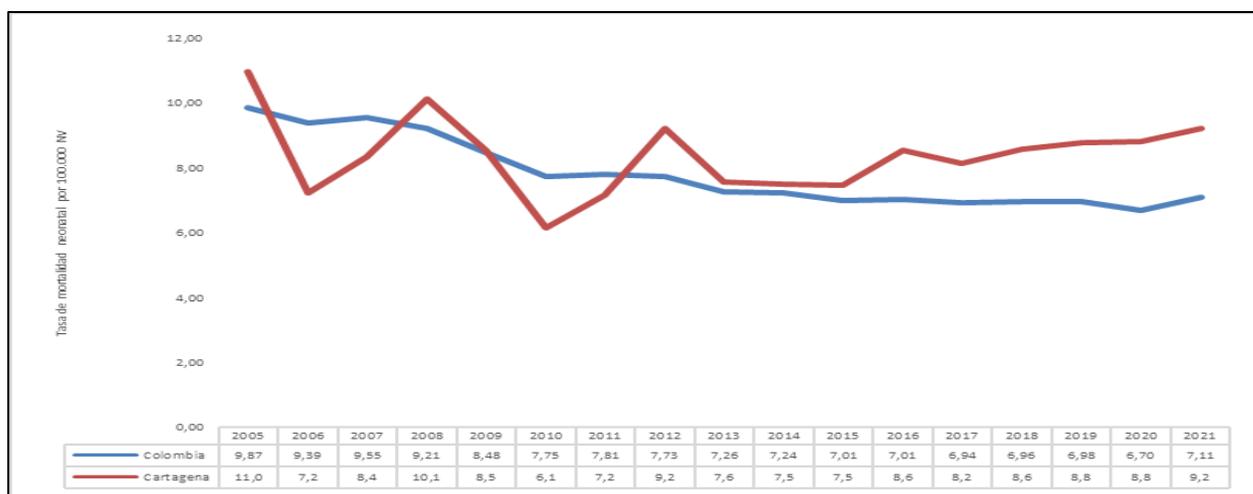
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2009-2021.

### Mortalidad neonatal.

La mortalidad neonatal se define como el número de muertes de niños desde el nacimiento hasta el día 28 por cada 1.000 nacidos vivos en un periodo y lugar determinado, es decir, es el cociente entre el número de muertes de niños desde el nacimiento hasta el día 28 y el número de nacidos vivos multiplicado por 1.000 nacidos vivos expresado por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal se puede considerar que hace parte de la mortalidad infantil, por eso es de gran importancia su medición porque permite correlacionar brechas de desigualdad en este tipo de población analizada.

Al analizar el comportamiento por vigencias se observa entre el 2005 y 2021 una disminución en 1,7 muertes neonatales, lo que es equivalente a una reducción de 16,0 %, sus tasas para el 2005, 2008, 2009, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 estuvieron por encima del comportamiento en el país, la tasa más alta se presentó en 2005 con 11 muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos, y la más baja en 2010 con una tasa de 6,1 muertes neonatal por 1.000 nacidos vivos. Se denota que por cada 10 menores que fallecen por mortalidad neonatal tardía en Colombia mueren 7 en Cartagena, en la última vigencia de análisis se identifica un 29,3% por encima de la tasa de mortalidad neonatal comparada con el resultado nacional. y su equivalencia de 2,09 muertes por cada 100.000 NV (Figura 61).

Figura 61. Mortalidad Neonatal, del Distrito de Cartagena, 2005 -2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

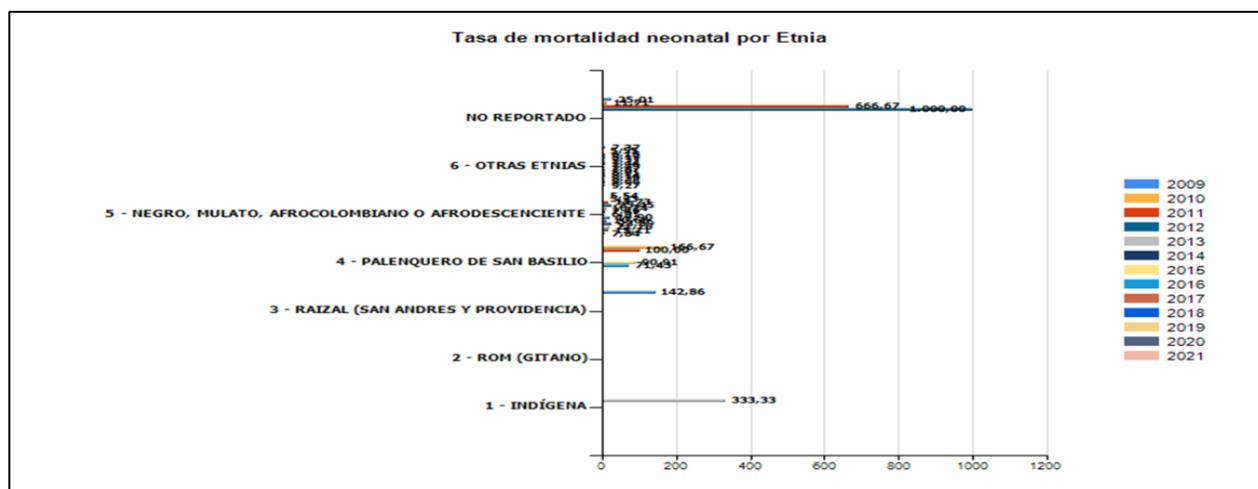
Al analizar las tasas de mortalidad neonatal por etnia en el Distrito de Cartagena se observa que no reportado aporta la mayor carga de la serie mostrando mala calidad del dato seguidamente se observa la etnia Palenquero de san Basilio que a pesar de la no presencia de casos reportados desde el 2017 a 2021 posteriormente se encuentra la etnia negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente presenta la mayor carga de muerte, resaltando su mayor pico en 2018 con 23,59 muertes neonatales de este grupo étnico por 100.000 nacidos vivos, se observó que el comportamiento se dirige al incremento con un total de 41,5 puntos porcentuales que equivalen a 2,3 muertes más en el 2021 comparada con el 2009 en esta etnia, esto también refiere que por cada 10 negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente que murieron en el 2009, fallecieron un total de 7 en el 2021 (Tabla 80 y figura 62)

**Tabla 80.** Tasa de mortalidad neonatal por etnia del Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - INDÍGENA	0	0	0	0	333,33	0	0	0	0	0	0	0	0
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	142,86	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	0	166,67	100,00	0	0	0	90,91	71,43	0	0	0	0	0
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	5,54	5,23	17,73	25,45	10,24	7,49	6,91	19,90	10,66	23,59	21,16	15,11	7,84
6 - OTRAS ETNIAS	7,37	5,55	6,18	8,17	7,37	7,44	7,49	7,67	8,01	8,14	8,39	8,66	9,27
NO REPORTADO	25,01	11,71	666,67	1.000,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total General</b>	<b>8,53</b>	<b>6,14</b>	<b>7,15</b>	<b>9,23</b>	<b>7,57</b>	<b>7,49</b>	<b>7,48</b>	<b>8,56</b>	<b>8,16</b>	<b>8,58</b>	<b>8,80</b>	<b>8,81</b>	<b>9,22</b>

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2009-2021.

**Figura 62.** Tasa de mortalidad neonatal por etnia del Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2009-2021

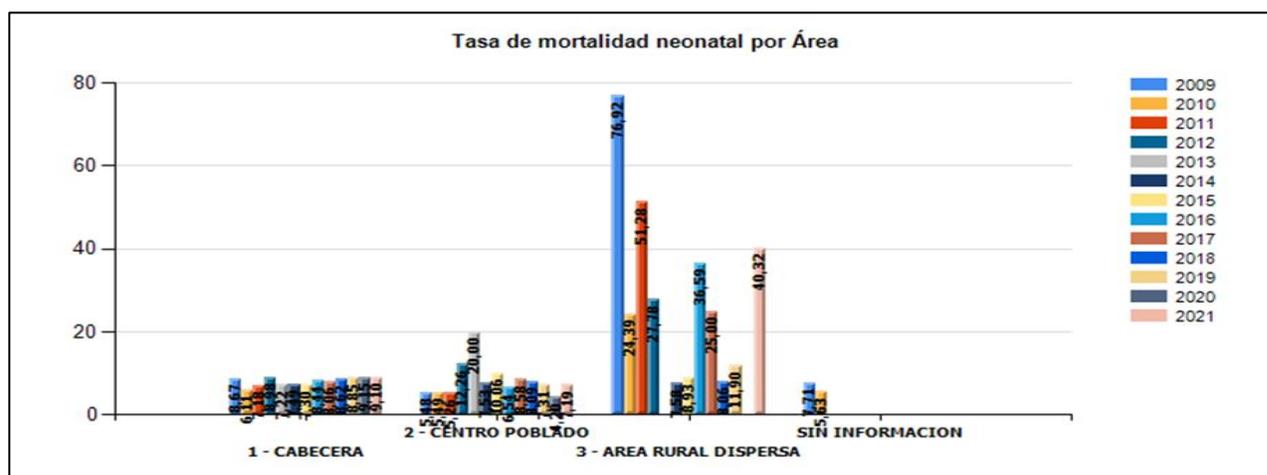
Con relación al área de residencia en lo concerniente a la mortalidad neonatal en el Distrito de Cartagena, se puede observar que la mayor carga de muertes en este grupo se encuentra en el área rural dispersa con el pico más alta en 2009 con 76,92 muerte neonatales por 100.000 nacidos vivos en esta área. Por otro lado, en el 2021 hubo una disminución en 47.5% de muerte con respecto al 2009 al comparar la información ofrecida entre el 2020 y el 2021 se observó un incremento de 100% teniendo en cuenta que para el 2020 no se presentaron casos en esta área. Seguidamente el centro poblado se posiciona en segundo lugar con una tasa en el 2021 de 7,19 muertes por cada 100.000 NV Por todo lo anterior, es necesario que el Distrito intensifique acciones encaminadas a la mitigación del riesgo de muerte de la población neonatal, especialmente en la zona rural dispersa. (Tabla 81 y figura 63).

**Tabla 81.** Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia en el Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - CABECERA	8,67	6,11	7,18	8,98	7,22	7,49	7,30	8,44	8,06	8,62	8,85	9,15	9,10
2 - CENTRO POBLADO	5,48	5,49	5,26	12,26	20,00	7,53	10,06	6,54	8,58	8,09	7,31	4,20	7,19
3 - AREA RURAL DISPERSA	76,92	24,39	51,28	27,78	0	7,58	8,93	36,59	25,00	8,06	11,90	0	40,32
SIN INFORMACION	7,71	5,63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total General</b>	<b>8,53</b>	<b>6,14</b>	<b>7,15</b>	<b>9,23</b>	<b>7,57</b>	<b>7,49</b>	<b>7,48</b>	<b>8,56</b>	<b>8,16</b>	<b>8,58</b>	<b>8,80</b>	<b>8,81</b>	<b>9,22</b>

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2009-2021

**Figura 63.** Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia en el Distrito de Cartagena, 2009 – 2021.



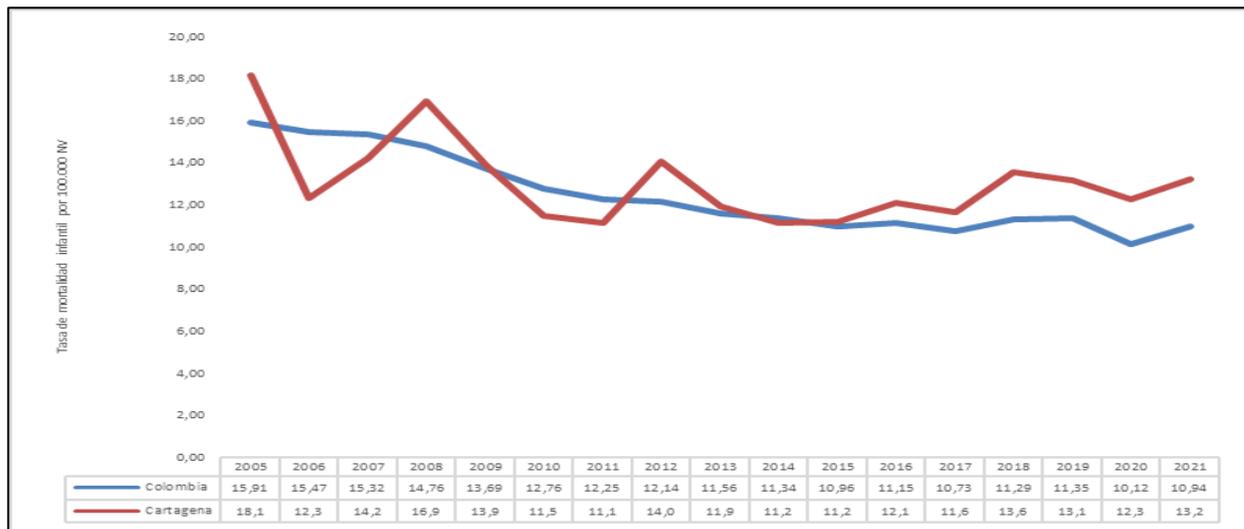
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2009-2021.

### Mortalidad infantil.

La mortalidad infantil hace referencia al número de muertes que ocurren antes de cumplir un año de edad. Es el cociente entre el número de muertes en menores de un año y el número de nacimientos ocurridos en un lugar y periodo de tiempo determinado, multiplicado por 100.000 nacidos vivos.

En el Distrito de Cartagena las muertes en menores de un año, se puede observar que un comportamiento fluctuante, por lo que, en los años 2006, 2007, 2010, 2011 y 2014 por debajo del indicador nacional, mientras que el resto de las vigencias se ubicaron por encima, aportando un 68,7 % del total de los años analizado, presentando el pico más alto 2005 con 18,14 muertes en menores de un año por 100.000 nacidos vivos, con respecto a 2021 se observa un aumento de 20,6% y su equivalente de 2,2 muertes por cada 100.000 NV en menores con respecto a la línea nacional. (Figura 64)

**Figura 64.** Tasa de mortalidad infantil, Distrito de Cartagena, 2005-2021.



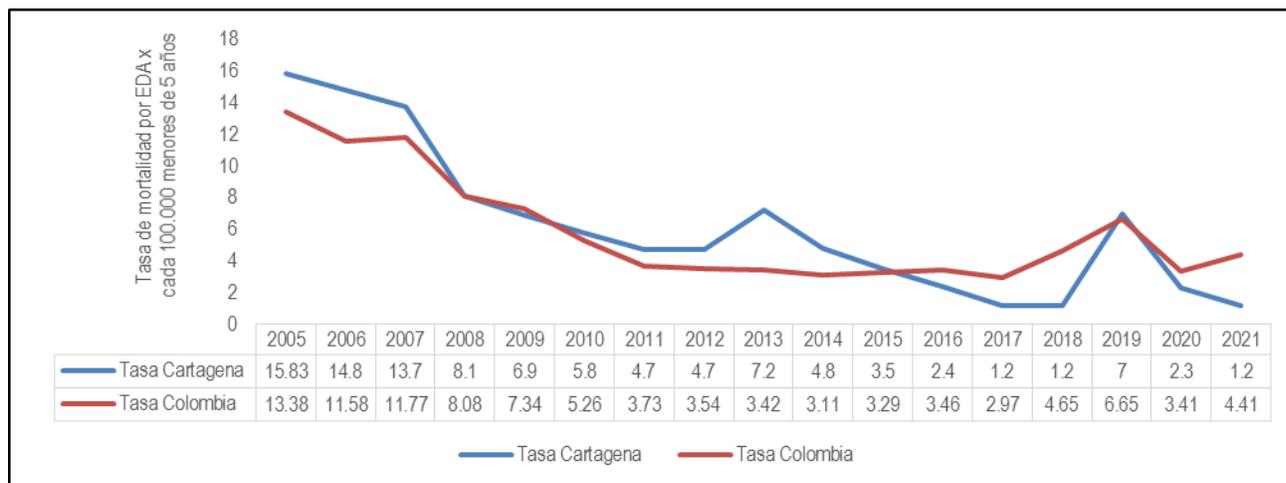
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

### Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA.

La Tasa de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Menores de 5 años es el número de muertes de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue una Enfermedad Infecciosa Intestinal sobre el número total de población menor de 5 años para un año dado por cada 100.000 personas de ese grupo de edad, en un determinado territorio.

En el Distrito de Cartagena la mortalidad de menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda, al igual que en Colombia se observa una tendencia decreciente, el Distrito se ubica por debajo de los resultados nacionales en los años 2009, 2016, 2017, 2018, 2020 y 2021. Se resalta que el pico más alto fue en 2005 con 15,83 muertes por 100.000 en menores de cinco años. Se mantuvo la misma tasa en él, 2017 y 2018, cuando se compara el 2005 con el último año de la serie se observó una reducción de 92,7% y un equivalente de 14,6 casos menos en el 2021, Cartagena se encuentra con un 73,9% menos comparado con Colombia. Para el 2021 se reportó una tasa 1,15 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. (Figura 65)

**Figura 65.** Tasa de mortalidad por EDA, del Distrito de Cartagena, 2005- 2021.



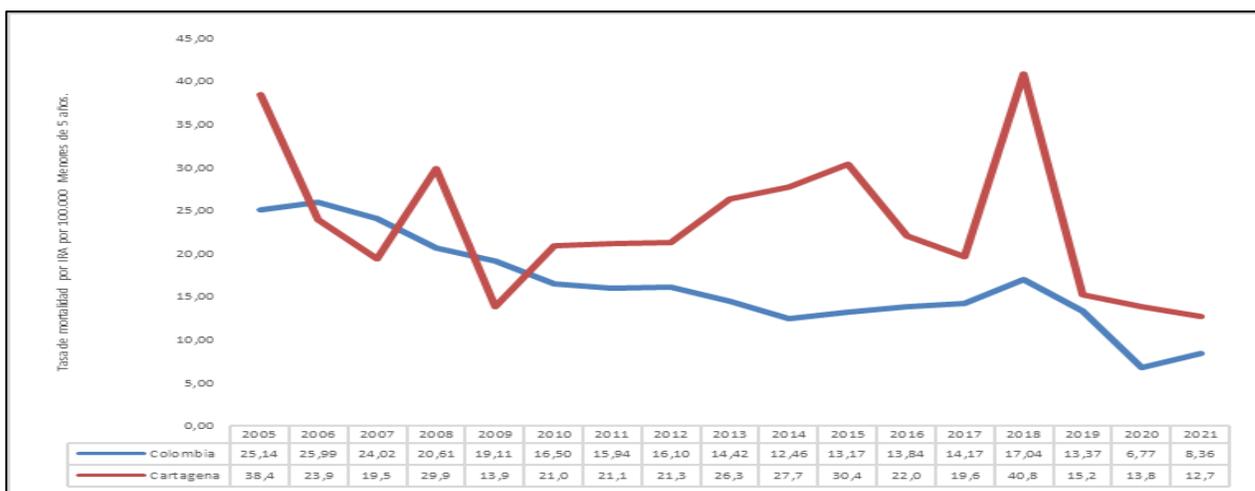
Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

### Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años es el cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue una Infección Respiratoria Aguda (IRA) y el número total de población menor de 5 años para un año dado por cada 100.000 personas de ese grupo de edad, en un determinado país, territorio o área geográfica. Y La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda por IRA en el Distrito de Cartagena tiene un comportamiento fluctuante, solamente en los años 2006, 2007 y 2009 se ubicó el territorio por debajo de los resultados nacionales, es decir, más del 81.2 % de los años analizados se encuentra por encima de tasa nacional.

Por otro lado, el distrito presentó el pico más alto en 2018 con 41,87 muertes por IRA por 100.000 menores de 5 años, al comparar comportamiento con el 2019, se observó una reducción del 67,0% con un total en términos absoluto de 25,7 casos menos entre 2005 y el 2021. La tendencia durante la serie analizada se observó que hubo un descenso de aproximadamente 7,9 % y su equivalente de 1,1 muertes menos en 2021 comparado con el 2020 (Figura 66)

**Figura 66.** Tasa de mortalidad por IRA del Distrito de Cartagena, 2005- 2021.

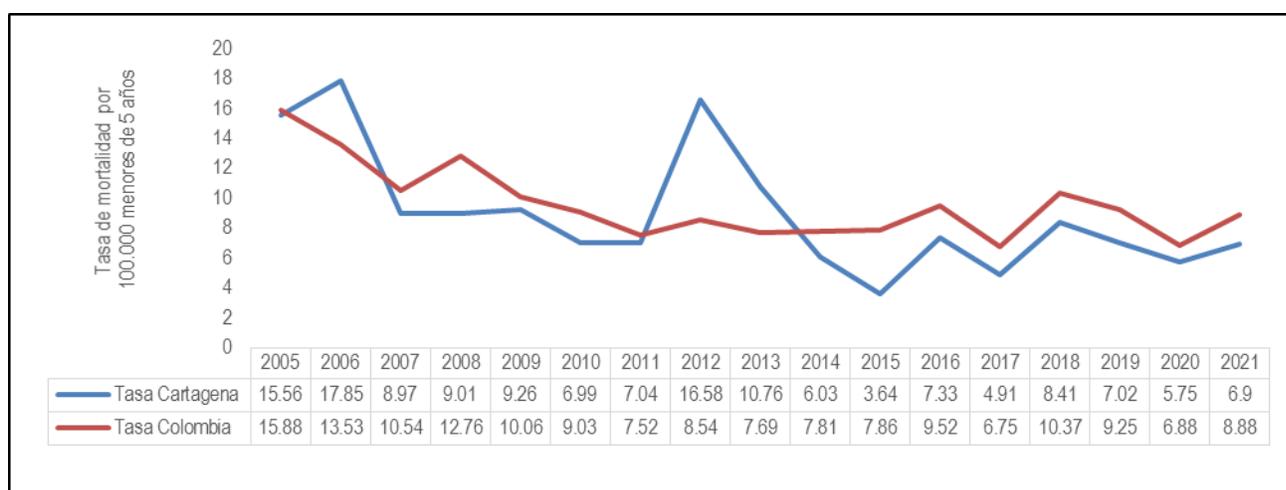


Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

### Mortalidad por desnutrición crónica.

Cartagena ha presentado tasas más altas y fluctuantes que el promedio nacional en varios períodos, sin embargo Cartagena ha logrado reducir significativamente la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años a partir de 2013. En 2015 alcanzó su tasa más baja del período (3.64), mientras que la tasa nacional se mantuvo por encima de 7 hasta 2019, en 2020, tanto Cartagena (5,75) como Colombia (6,88) registraron sus tasas más bajas, probablemente influenciadas por la pandemia de COVID-19. En 2021, la tasa de Cartagena (6,9) se acercó a la nacional (8,88). Es importante destacar que la desnutrición infantil es un problema multicausal que requiere un abordaje integral desde diferentes sectores, incluyendo salud, educación, protección social y seguridad alimentaria. Acciones como la promoción de la lactancia materna, la suplementación con micronutrientes, el tratamiento de la desnutrición aguda y el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de las familias son fundamentales para reducir este flagelo que afecta el desarrollo y la supervivencia de los niños y niñas. (Figura 67)

**Figura 67.** Tasa de mortalidad por desnutrición, del Distrito de Cartagena, 2005- 2021.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2005-2021.

## CONCLUSIONES

### MORBILIDAD

Tras analizar los datos de atención médica en el Distrito de Cartagena entre 2009 y 2022, se observa una disminución del 8% en las consultas atendidas en 2022 en comparación con 2021. Destaca que el 54.5% de las atenciones corresponden a mujeres, sugiriendo una mayor necesidad de servicios de salud en este grupo, especialmente en aspectos relacionados con funciones reproductivas. Se identifica que la demanda de atención se concentra en los cursos de vida de la adultez y en personas mayores de 60 años, mientras que la infancia presenta la menor demanda. Es preocupante la disminución de consultas en la adultez, juventud y adolescencia, lo que indica posibles brechas en la atención de estos grupos. Por otro lado, el aumento en consultas de primera infancia, infancia y personas mayores de 60 años señala la necesidad de fortalecer la atención en estos segmentos.

El análisis de la situación de salud en el Distrito de Cartagena resalta que las enfermedades no transmisibles son la principal causa de consulta en el 2022, representando el 61.5% de todas las atenciones. Estas enfermedades, asociadas a estilos de vida poco saludables como la falta de ejercicio, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, plantean un

desafío significativo para la salud de la población. Es esencial implementar estrategias que aborden estos factores de riesgo y contribuyan a la reducción de la carga de enfermedades no transmisibles.

Se observa que las condiciones no transmisibles impactan de manera creciente a medida que aumenta la edad, siendo los adultos mayores de 60 años los más afectados, con un 82.16% de consultas en este grupo. Es crucial enfocar intervenciones específicas en este segmento de la población para prevenir y controlar estas enfermedades crónicas.

Además, la persistencia de condiciones mal clasificadas, especialmente en los cursos de vida de adolescencia y juventud, destaca la necesidad de mejorar los criterios de diagnóstico y tratamiento para garantizar una atención de calidad y precisa. Esta situación lleva a resaltar la importancia de establecer protocolos claros y criterios médicos definidos para una atención efectiva.

El análisis de la situación de salud en el Distrito de Cartagena revela la importancia de abordar las condiciones transmisibles y nutricionales, con un enfoque especial en la primera infancia y la infancia. Se observa que la primera infancia representa el primer lugar en consultas por estas condiciones, con una mayor atención en hombres, mientras que en la infancia, las mujeres presentan una mayor carga de enfermedades. Es esencial implementar estrategias educativas y preventivas desde edades tempranas para abordar estas problemáticas de manera efectiva.

Las lesiones tienen un impacto significativo en la infancia, adolescencia y juventud, lo que resalta la necesidad de desarrollar estrategias educativas y preventivas para reducir la incidencia de accidentes y promover un entorno seguro para estos grupos de edad. Asimismo, las condiciones maternas exigen una atención especial, con una tendencia a la disminución en la adolescencia y al aumento en la juventud, lo que destaca la importancia de brindar servicios de salud materna adecuados en todas las etapas de la vida.

Es fundamental implementar programas dirigidos a reducir los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en grupos como adolescentes, jóvenes e infantes, que representan más del 50% de las consultas por esta causa. Promover estilos de vida saludables desde edades tempranas puede contribuir a prevenir enfermedades crónicas en el futuro y mejorar la salud de la población. El análisis de la situación de salud en el Distrito de Cartagena revela que las condiciones maternas perinatales representan una alta proporción de atenciones, con un 82.9% en el 2022, y afecta más a mujeres que a hombres. Esta situación destaca la necesidad de fortalecer los servicios de salud materna y perinatal para garantizar una atención adecuada a las mujeres en estos momentos cruciales de su vida.

En lo que respecta a las enfermedades no transmisibles, se observa que este grupo de causas ha presentado una mayor carga en la consulta durante el periodo 2009-2022, con un total de 22.596.435 (65,6%). Las enfermedades cardiovasculares tuvieron el mayor impacto en el 2021, aunque se observará una disminución en el 2022. Por otro lado, las condiciones orales y genitourinarias aumentaron en el 2022, especialmente en mujeres, lo que sugiere la necesidad de abordar estas enfermedades con intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de las mujeres.

El análisis destaca la creciente carga de morbilidad relacionada con los trastornos mentales y de comportamiento, con un aumento significativo en las consultas atendidas de 2013 a 2022. Se observa una mayor prevalencia en mujeres, con un 53% de las consultas, y un incremento en consultas en los últimos años, posiblemente influenciado por los efectos de la pandemia. Esta tendencia ascendente plantea desafíos para los servicios de salud mental y subraya la importancia de implementar estrategias efectivas de prevención, detección temprana y tratamiento.

Los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos también muestran un aumento significativo en las consultas, con una variación porcentual del 31% comparado 2022 con respecto del 2021. Este tipo de consulta, predominantemente en mujeres, plantea la necesidad de abordar de manera integral los factores emocionales y psicológicos que pueden influir en la salud mental de la población.

Los trastornos emocionales y del comportamiento en la niñez y adolescencia también presentan un aumento considerable en las consultas, con un incremento del 100% de 2017 a 2022. Este grupo de consultas, mayoritariamente en hombres,

resalta la importancia de brindar atención especializada y apoyo emocional a los niños y adolescentes en momentos críticos de su desarrollo.

La situación de salud mental en Cartagena es preocupante, especialmente en lo que respecta al aumento de la conducta suicida y la mortalidad por suicidios en los últimos años.

Los trastornos mentales y de comportamiento por el consumo de sustancias psicoactivas también han experimentado un incremento sostenido del 2013 al 2022, con un mayor número de consultas realizadas por hombres.

La conducta suicida es un problema de salud pública, con una tasa de incidencia de 53,08 casos por cada 100.000 habitantes en 2022. El grupo de edad más afectado es el de 15 a 19 años, con el 33,3% de los casos.

La tasa de conducta suicida y mortalidad por suicidios ha aumentado en las mujeres, con un 72,3% de los casos. Las causas de la conducta suicida son multifactoriales, incluyendo factores biológicos, socioculturales y psicosociales.

La presencia de conflictos y estresores, como la muerte de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar y sobreprotección de los padres, se asocian con la depresión.

Para abordar esta situación, se necesitan intervenciones en salud mental que incluya la coordinación intersectorial, el desarrollo de capacidades comunitarias e institucionales, la participación social, la gestión del conocimiento, la vigilancia en salud pública y la gestión de intervenciones colectivas.

Además, es necesario abordar las diferencias de género y los factores socioculturales que pueden influir en la ocurrencia de trastornos mentales. Se requiere el aumento de capacidad instalada para disminuir las barreras que garanticen la prestación de servicio de la población con calidad.

## **MORTALIDAD**

La situación de salud en el Distrito de Cartagena de Indias presenta una tendencia al descenso en la mortalidad general, con una reducción del 9,6% en el 2021 en comparación con el año inmediatamente anterior. Sin embargo, las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias siguen siendo las principales causas de mortalidad en la población general, con una tendencia al aumento en el caso de las neoplasias.

En cuanto al género, las enfermedades del sistema circulatorio siguen siendo la principal causa de mortalidad en hombres, con una tendencia al aumento en el período analizado. Por otro lado, las demás causas y las neoplasias ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente en la mortalidad masculina, con una tendencia al decremento y al aumento respectivamente. En el caso de las mujeres, las demás causas siguen siendo la principal causa de mortalidad, seguidas de las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio.

En esta misma línea de ideas la tendencia al incremento en la mortalidad por causas externas en los hombres, especialmente la violencia, que ha provocado un aumento en la tasa de mortalidad en los últimos años. Por otro lado, las enfermedades transmisibles ocupan el quinto lugar en la mortalidad masculina, lo que indica la necesidad de fortalecer los programas de prevención y control de enfermedades infecciosas.

Esta situación debe motivar al fortalecimiento de los programas de prevención y control de enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y demás causas de mortalidad, implementar medidas para reducir la violencia y la mortalidad por causas externas en hombres, mejorar los programas de prevención y control de enfermedades transmisibles, implementar estrategias para reducir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, fortalecer los sistemas de vigilancia y monitoreo de la salud para una respuesta oportuna y efectiva a las necesidades de salud de la población.

El análisis de la situación de salud en el Distrito de Cartagena revela varias problemáticas importantes que requieren intervención. En primer lugar, las neoplasias representan la tercera causa de muerte, con el cáncer de próstata y el cáncer de mama como principales contribuyentes a la mortalidad. Estrategias de intervención podrían incluir campañas de concienciación sobre detección temprana y acceso equitativo a servicios de diagnóstico y tratamiento.

En cuanto a las enfermedades del sistema circulatorio, aunque se observa una disminución en algunas condiciones como las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas siguen siendo preocupantes. Aquí, las intervenciones pueden enfocarse en la promoción de estilos de vida saludables, la gestión de factores de riesgo y el acceso a la atención médica especializada.

Las causas externas, como los accidentes y la violencia, también representan un desafío significativo, especialmente con un aumento en las agresiones (homicidios) y los accidentes de transporte terrestre. Estrategias para abordar estos problemas podrían incluir medidas de seguridad vial, programas de prevención de la violencia y el fortalecimiento de los servicios de emergencia y trauma.

Además, es crucial prestar atención a las afecciones perinatales, donde se observa un riesgo más alto de mortalidad en comparación con el promedio nacional. Mejorar el acceso a la atención prenatal de calidad y fortalecer los servicios neonatales podrían ser enfoques importantes para reducir estas cifras.

El análisis destaca la necesidad de enfoques integrales y coordinados que inciden en múltiples factores contribuyentes a la salud y la mortalidad en el Distrito de Cartagena. Estrategias que aborden tanto la prevención como la atención médica son fundamentales para mejorar los resultados de salud en la comunidad.

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez en el Distrito de Cartagena revela una serie de desafíos en materia de salud pública que requieren atención y estrategias de intervención específicas.

En primer lugar, se observa que las principales causas de mortalidad en menores de un año están relacionadas con afecciones originadas en el periodo perinatal, seguidas de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, así como enfermedades del sistema respiratorio. Estos hallazgos destacan la importancia de garantizar una atención prenatal adecuada y de mejorar la calidad de los servicios de atención materno-infantil para prevenir y tratar eficazmente estas condiciones.

Por otro lado, en el grupo de niños de 1 a 4 años, los tumores (neoplasias) representan la principal causa de mortalidad, seguidos de enfermedades del sistema nervioso y malformaciones congénitas. Esta situación resalta la necesidad de fortalecer los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer infantil, así como de promover estilos de vida saludables y medidas de prevención para reducir el riesgo de enfermedades congénitas.

Es importante señalar que las tasas de mortalidad infantil y en la niñez presentan diferencias entre los sexos, con tasas más altas en los niños para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, mientras que las malformaciones congénitas son más prevalentes en las niñas. Esta disparidad resalta la importancia de abordar las necesidades específicas de cada grupo poblacional y de implementar intervenciones equitativas.

Además, se identifican áreas geográficas dentro del Distrito de Cartagena con una mayor concentración de casos de mortalidad infantil y en la niñez, lo que sugiere la necesidad de dirigir los recursos y las intervenciones hacia estas comunidades para reducir las brechas en salud y mejorar los resultados.

En resumen, el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez en el Distrito de Cartagena destaca la importancia de abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud, mejorar el acceso a la atención médica y fortalecer los programas de prevención y tratamiento de enfermedades específicas para garantizar un futuro saludable para todos los niños y niñas en la región.

Después de analizar detenidamente la situación de salud en el Distrito de Cartagena, se identifican diversas problemáticas que requieren atención prioritaria. Entre ellas, se destaca la disparidad étnica en la mortalidad materna y neonatal, evidenciando la necesidad de estrategias específicas para comunidades marginadas como la etnia negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente. Además, la concentración de muertes maternas y neonatales en áreas rurales dispersas señala la urgencia de intervenciones dirigidas a mejorar el acceso y la calidad de la atención prenatal y neonatal en estas zonas.

En cuanto a la mortalidad infantil, a pesar de fluctuaciones en el tiempo, persiste una tendencia preocupante, con un aumento en el 2021. Esto indica la importancia de fortalecer programas de atención integral a la infancia, especialmente en áreas donde se registra una mayor incidencia de mortalidad.

La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y por Infección Respiratoria Aguda (IRA) también demanda atención, con tasas que en su mayoría superan los resultados nacionales. Esto sugiere la necesidad de implementar medidas preventivas y de tratamiento efectivas, así como mejorar las condiciones sanitarias y de higiene en la comunidad.

Finalmente, aunque la mortalidad por desnutrición crónica muestra una ligera disminución en los últimos años, sigue siendo una preocupación en el Distrito de Cartagena. Es esencial fortalecer programas de nutrición y acceso a alimentos saludables, así como abordar determinantes sociales que contribuyen a esta problemática.

En resumen, para abordar estas problemáticas de manera efectiva, es crucial implementar intervenciones integrales, centradas en la equidad y el acceso universal a servicios de salud de calidad, con especial énfasis en las comunidades más vulnerables y en áreas con mayores necesidades. Implementar sistemas de información más eficientes para garantizar el reporte adecuado de variables clave. Desarrollar programas específicos para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil en comunidades étnicas y áreas rurales dispersas. Garantizar acceso equitativo a servicios de salud de calidad, especialmente en zonas con altas tasas de mortalidad. Promover la educación en salud materno-infantil y campañas de prevención de enfermedades como la EDA. Establecer mecanismos de seguimiento para evaluar el impacto de las intervenciones y ajustar estrategias según sea necesario.

## **CARTOGRAFÍA SOCIAL**

La cartografía social es una metodología de análisis de la situación de salud que se basa en la elaboración colectiva de mapas y la participación de los actores comunitarios en la configuración y significación de los territorios sociales. Esta metodología permite conocer las experiencias, sentidos, y significaciones que tienen que ver con el territorio y los procesos de salud, lo que genera ventajas importantes de reconocimiento de la visión de los habitantes y la legitimación de la acción institucional. La cartografía social se construye colectivamente y de forma procesual, y desata procesos de comunicación entre los participantes y pone en evidencia diferentes tipos de saberes que se mezclan para poder llegar a una imagen colectiva del territorio. La cartografía en la metodología para el ASIS, debe apoyar el análisis de la situación de salud en el distrito de manera permanente.

## **METODOLOGÍA**

La metodología de cartografía social se basa en la participación activa de la comunidad en todo el proceso de elaboración del mapa. Se utiliza una estrategia participativa que fomenta la colaboración y el intercambio de conocimientos entre los miembros de la comunidad. El mapa final refleja la experiencia colectiva del grupo que lo ha producido y puede ser utilizado como herramienta de planificación, gestión y evaluación de proyectos comunitarios.

La implementación de esta metodología se llevó a cabo en cuatro pasos, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud Pública y Servicios Sociales (MSPS).

En el primer paso, se identificó actores de la comunidad y se definió el objetivo del mapa participativo. Fueron convocados

actores como: Representante comunitarios, representantes de entidades territoriales en Salud, EAPB, educación entre otras.

Se llevaron a cabo 5 pasos de acuerdo a los lineamientos dispuesto por el MSPS.

**1. Apertura del espacio:** Inicialmente se realizó la presentación de las personas convocadas, cada una con su perfil específico y actividades que influyen en la comunidad. Entre los asistentes se encontraron líderes comunitarios, representantes de organizaciones sociales, funcionarios públicos, académicos y expertos en el tema.

Después de la presentación, se socializa la agenda con los propósitos de la jornada, dando espacio para la formación de grupos, se explica la metodología de trabajo y se distribuyen los grupos para lo cual se tuvo en cuenta la distribución equitativa en número, pertenencias e sector, y diversidad de actores, con el fin de garantizar una participación activa y representativa de todos los interesados.

Una vez conformados los grupos, se hizo entrega de los materiales necesarios para la construcción de la cartografía social de cada localidad, incluyendo papel, marcadores de colores de acuerdo a las convenciones, lápiz, borrador, sacapuntas y lapicero. De esta manera, los participantes pudieron trabajar de manera colaborativa y efectiva en la identificación y análisis de los diferentes aspectos sociales, económicos y ambientales de su comunidad.

**2. Asignación de roles,** dando cumplimiento a los lineamientos para un desarrollo organizado de la jornada se asignaron los siguientes cargos al interior de cada localidad,, moderador, dibujante, el cual no debe tener experiencia ya que la idea fundamental es que cada equipo construya gráficamente su territorio y microterritorio, relator y apoyo logístico.

Se forma 4 grupos: 2 grupos de localidad 1, 1 grupo localidad 2 y 1 grupo localidad 3

Se marcan las mesas con el número de localidad



Fuente: Cartografía social

**3. Identificación de las convenciones:** Las convenciones, a su vez, se refieren a los gráficos y colores utilizados para identificar o hacer referencia a elementos específicos dentro de los mapas elaborados por los asistentes de cada localidad. En la cartografía social, la identificación de las convenciones es fundamental para socializar las convenciones propuestas y determinar si es necesario considerar alguna convención adicional que no haya sido discutida previamente.

Las convenciones cartográficas, como los símbolos y colores acordados, son esenciales para garantizar la comprensión y la interpretación adecuada de la información representada en los mapas. Al socializar estas convenciones, se busca

asegurar que todos los participantes se familiaricen con su significado y puedan utilizarlas de manera consistente en la construcción de la cartografía social de cada microterritorio.

La discusión sobre las convenciones propuestas y la posibilidad de incluir otras que no hayan sido consideradas inicialmente permitió garantizar la claridad y la coherencia en la representación de la información en los mapas. Esto facilitó la comunicación efectiva y la interpretación precisa de los datos recopilados durante el proceso de cartografía social, lo que a su vez contribuye a una mejor comprensión de la realidad social y territorial de la comunidad.



CONVENCIONES			
ICONO	SIGNIFICADO	ICONO	SIGNIFICADO
	Fuente de agua		Lugar que representa riesgo para la salud
	Centro poblado / Caserío / zona de viviendas		Zona de derrumbes / deslizamientos
	Centro educativo		Zonas de contaminación
	Hospital /centro de salud		Parques, reservas forestales
	Zona de conflicto armado		Inundaciones
	Instituciones gubernamentales /fundaciones		Comunidades indígenas
	Empresas / Industrias		Comunidades negras, afros, indígenas



**4. Elaboración de mapa y apertura de diálogo:** En la etapa de elaboración del mapa y apertura del diálogo en la cartografía social, se dispuso de mesa por cada grupo con los participantes dispuestos de tal forma que se facilitará una mejor visualización del mapa y fomentar la interacción y el intercambio de ideas.

Para la elaboración del mapa, se tuvo en cuenta dibujar lo más cercano posible al croquis del territorio, asegurándose de incluir detalles relevantes y representativos del entorno.

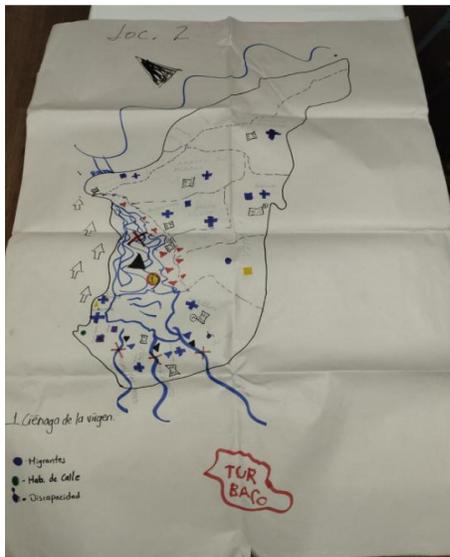
Este enfoque de trabajo colaborativo y participativo, con los participantes dispuestos alrededor de la mesa central, promueve la creatividad, la comunicación abierta y la construcción colectiva de conocimiento a través de la cartografía social. La visualización conjunta del mapa y la apertura del diálogo en este formato facilitó la identificación de aspectos clave, la generación de ideas y la toma de decisiones informadas para abordar los desafíos y oportunidades presentes en el territorio.



### Localidad 1

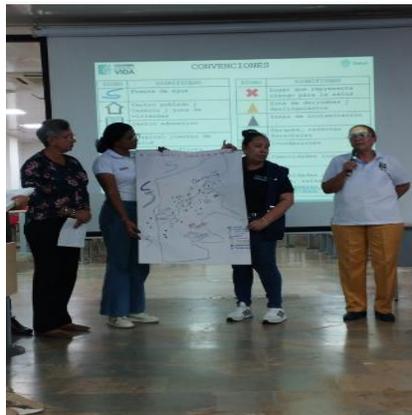


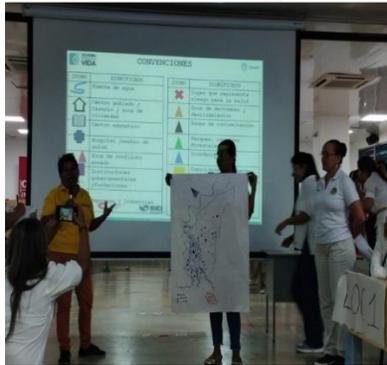
### Localidad 2



### Localidad 3







**5. Diligenciamiento de la matriz:** Durante la fase de diligenciamiento de la matriz en la cartografía social, se utilizó este instrumento como herramienta para la organización y sistematización de la información recopilada en los espacios participativos. La matriz se diligenció de manera paralela al desarrollo del espacio de participación, lo que permitió una captura oportuna y precisa de las necesidades y situaciones en salud identificadas en cada Localidad

La matriz fue diseñada con una visión realista para la gestión de posibles soluciones, teniendo en cuenta que cada problemática debe estar ubicada por eje estratégico del plan decenal de salud pública. Esto facilitó la clasificación y priorización de las necesidades y problemáticas identificadas, lo que a su vez permitió la generación de recomendaciones acciones y concretas para abordar los desafíos en salud en cada localidad.

Esta metodología de trabajo colaborativo y participativo permitió una visión integral y sistémica de la situación de salud en cada localidad.

La identificación de problemas y necesidades en salud deben ir enfocadas a posibles soluciones que permitan la gestión de las mismas. En este espacio mediante la identificación de convenciones se logró plasmar en la matriz las debilidades y fortalezas para dar solución a las diferentes problemáticas encontradas, partiendo de las siguientes preguntas orientadoras:

- Ejes estratégicos, ¿Cuáles son las principales problemáticas en salud?
- ¿Qué situaciones influyen en las respuestas a las necesidades en salud?
- ¿Qué propondría para mejorar dichas problemáticas?

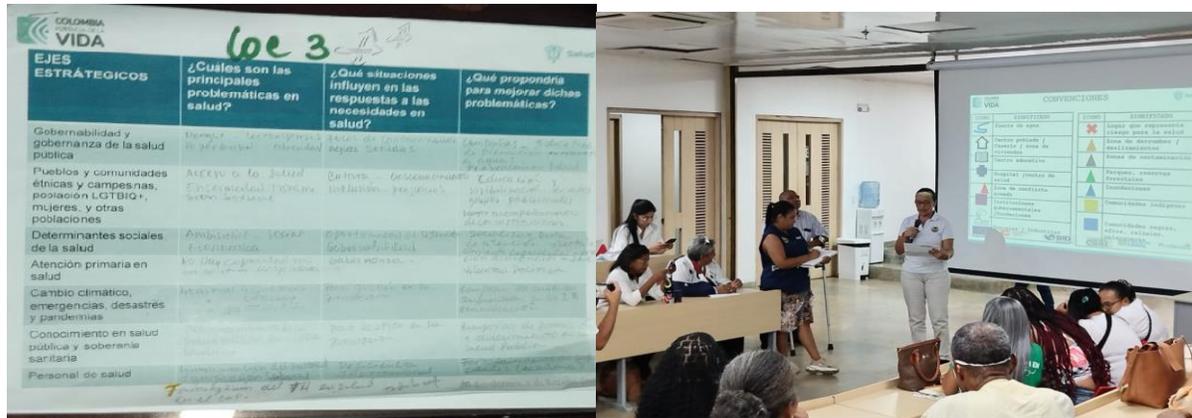
Este producto de esta estrategia fue socializado con los actores en salud y entes competentes para la gestión de resultados del mismo.

**loc 1**

EJES ESTRATÉGICOS	¿Cuáles son las principales problemáticas en salud?	¿Qué situaciones influyen en las respuestas a las necesidades en salud?	¿Qué propondría para mejorar dichas problemáticas?
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	de mala administración pública, falta de recursos	en el presupuesto en salud en toda la población	Seguir en el presupuesto en salud en toda la población de salud
Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, población LGTBQ+, mujeres, y otras poblaciones	mas centros de salud y mas atención a los adultos de calle	en las zonas rurales y en las zonas de alta vulnerabilidad	crear centros de salud en zonas rurales y en las zonas de alta vulnerabilidad
Determinantes sociales de la salud	destrucción de zonas urbanas y rurales	destrucción de zonas urbanas y rurales	reconstrucción de zonas urbanas y rurales
Atención primaria en salud	atención primaria en salud	atención primaria en salud	atención primaria en salud
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	planes de contingencia y protocolos de atención	planes de contingencia y protocolos de atención	planes de contingencia y protocolos de atención
Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria
Personal de salud	de personal de salud	de personal de salud	de personal de salud

**loc 2**

EJES ESTRATÉGICOS	¿Cuáles son las principales problemáticas en salud?	¿Qué situaciones influyen en las respuestas a las necesidades en salud?	¿Qué propondría para mejorar dichas problemáticas?
Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	de mala administración pública, falta de recursos	en el presupuesto en salud en toda la población	Seguir en el presupuesto en salud en toda la población de salud
Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, población LGTBQ+, mujeres, y otras poblaciones	mas centros de salud y mas atención a los adultos de calle	en las zonas rurales y en las zonas de alta vulnerabilidad	crear centros de salud en zonas rurales y en las zonas de alta vulnerabilidad
Determinantes sociales de la salud	destrucción de zonas urbanas y rurales	destrucción de zonas urbanas y rurales	reconstrucción de zonas urbanas y rurales
Atención primaria en salud	atención primaria en salud	atención primaria en salud	atención primaria en salud
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	planes de contingencia y protocolos de atención	planes de contingencia y protocolos de atención	planes de contingencia y protocolos de atención
Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria
Personal de salud	de personal de salud	de personal de salud	de personal de salud



### Localidad 1. Histórica y del Caribe Norte

"Hubo un desconocimiento de nuestro territorio al momento de plasmarlo en el mapa", lamentó uno de los líderes, con la voz cargada de frustración. "Por cuánto omitimos en primera instancia incluir la zona insular".

Entre los problemas que más afligen a la comunidad, los temas de salud ocupaban un lugar destacado. "En Islote, contamos con un puesto de salud, pero la accesibilidad es un desafío", explicó otro líder, con gesto preocupado. "Está en un segundo piso, lo que dificulta el acceso para muchos de nuestros habitantes".

Las carencias en servicios básicos en salud resonaban en cada palabra. "No hay servicio de energía eléctrica, deficiencia de insumos, ni siquiera servicio de vacunación".

"Y el consumo de sustancias psicoactivas sigue en aumento, sin una intervención adecuada por parte de las autoridades".

Pero los problemas no se limitaban a la salud. "En diferentes sectores de nuestra localidad, los basureros satélites se multiplican, poniendo en riesgo la salud de nuestros vecinos", "Y la invasión del espacio público por parte del comercio solo agrava la situación".

El Cerro de la Popa, venerado por su belleza natural, también sufría. "Sin alcantarillado, sin acueductos, con una eliminación inadecuada de desechos", "Zonas de invasión y alto riesgo de derrumbe amenazan la seguridad de quienes habitan en sus laderas".

En el Barrio de San Bernardo de Asís, la falta de condiciones habitacionales mínimas era una realidad desgarradora. "En esa zona de invasión, muchos de nuestros vecinos viven en condiciones precarias".

Incluso el centro histórico de la ciudad, reconocida en todo el mundo, no escapaba al flagelo de la prostitución. "Es una mancha en nuestra historia.

Y la Bahía, fuente de vida y sustento para muchos, sufría la contaminación provocada por la negligencia de algunos comerciantes y compradores en el sector de Bazurto.

"Las instituciones educativas están en un estado lamentable", "Sin fluido eléctrico, con mobiliario insuficiente y una infraestructura que deja mucho que desear".

El tema de la salud también preocupaba profundamente a la comunidad. "Nuestra red hospitalaria está lejos de ser adecuada", "Y la población con discapacidad se encuentra en una situación aún más precaria, sin acceso completo a

servicios de primera infancia e infancia".

El consumo de sustancias psicoactivas era otro problema urgente que requería una respuesta coordinada. "Necesitamos una inversión social interdisciplinaria, tanto a nivel institucional como comunitario", "Y debemos abordar la segregación de migrantes, proporcionando programas de inclusión y trabajando en la accesibilidad".

Los riesgos naturales también acechaban la comunidad, especialmente en áreas como el pie de la Popa. "El riesgo de derrumbe, inundaciones y mar de leva amenazan nuestra zona urbana", "Y la construcción de viviendas en zonas de riesgo solo agrava la situación".

La falta de personal capacitado en el ámbito de la salud era un obstáculo importante. "No contamos con suficiente talento humano para intervenir de manera efectiva", "Y la escasez de profesionales especializados para atender las necesidades específicas de nuestra población es alarmante".

Para abordar estos desafíos, se propuso llevar la oferta institucional directamente al territorio comunitario. "Necesitamos una búsqueda activa de población a través de gestores sociales", sugirió otro líder, con optimismo. "Esto fortalecerá nuestra atención primaria en salud y nos permitirá responder a la demanda inducida".

Además, se planteó la creación de una red de veeduría capacitada para acompañar las acciones institucionales y difundir información educativa en la comunidad. "Es crucial contar con multiplicadores que puedan llevar adelante actividades de información, educación y comunicación", enfatizó otro líder, con determinación.

La caracterización de los habitantes de calle y la formación de profesionales especializados en el manejo del consumo de sustancias psicoactivas también fueron aspectos destacados en la discusión. "Debemos entender las necesidades específicas de estos grupos y proporcionarles el apoyo necesario", concluyó otro líder, con un brillo de esperanza en los ojos.

"La caracterización de los habitantes de calle es una prioridad urgente". "En el Centro Histórico, esta población vulnerable enfrenta numerosos desafíos, y necesitamos garantizar su acceso a la salud desde el Hospital Universitario del Caribe".

"Para ello, proponemos la creación de una oficina de articulación dedicada a la atención de habitantes de calle". "Es fundamental reconocer que representan la pobreza extrema y carecen de todo tipo de atención".

Pero las preocupaciones de la comunidad no se limitaban al Centro Histórico. "En Las Lomas del Marión, la urbanización ha sido afectada por invasiones, y otros barrios como Zaragocilla, Nueva Granada y Las Brisas también sufren con la erosión".

"Exigimos resultados después de la inversión social". "Y debemos abordar la contaminación causada por el exceso de basura en el medio ambiente, involucrando a los operadores de recolección de basura en estos escenarios".

"Es crucial incluir los certificados de discapacidad para caracterizar adecuadamente a esta población en el distrito". La invasión del espacio público también era motivo de preocupación. "En sectores como el Centro, Bocagrande, el Castillo y la Zona Insular, la presencia de vendedores ambulantes está causando problemas", advirtió otro líder, con gesto pensativo.

"Debemos fortalecer la Oficina del Sisbén y abordar la contaminación ambiental causada por los basureros satélites", "Y es urgente mejorar el estado de las vías en mal estado que dificultan la movilidad de nuestros vecinos".

"Consideramos necesario implementar comedores u ollas comunitarias para atender a la población en extrema pobreza".

"Invitamos a la red hospitalaria a asumir su responsabilidad y brindar una atención más efectiva y oportuna para evitar tragedias como el 'Paseo de la Muerte'".

"Y debemos identificar y abordar los puntos críticos de derrumbe, como en las Lomas del Marión, entre otros barrios". "En las zonas más remotas, como Isla de Tierra Bomba, Isla Fuerte y el Archipiélago de San Bernardo, la falta de fuentes de agua potable es un desafío constante". "Dependemos de pozos artesanales que muchas veces no garantizan agua segura para el consumo".

Los centros poblados y caseríos también enfrentaban sus propios desafíos. "En Boca Chica, Isla del Rosario y otros lugares, las condiciones de vivienda son precarias". "Necesitamos mejorar la infraestructura para garantizar hogares seguros y dignos para nuestros vecinos".

La presencia de habitantes de calle era una realidad dolorosa en varios sectores de la ciudad. "Hemos identificado puntos críticos en barrios como Bocagrande, Manga y Pie de la Popa". "Es fundamental abordar esta situación con compasión y políticas públicas efectivas".

El Hospital Universitario era otro punto de preocupación. "Hemos visto casos preocupantes de habitantes de calle que han fallecido por enfermedades como el VIH y la hepatitis B". "Es necesario fortalecer la atención en salud y garantizar que todos reciban el cuidado que merecen".

"Además, enfrentamos problemas de infraestructura como canales y tanques de agua en mal estado, lo que aumenta el riesgo de enfermedades como el dengue". "Y nuestras canchas deportivas y sedes comunales necesitan mejoras urgentes para brindar espacios adecuados para la comunidad".

La recolección de basura también era una preocupación recurrente. "La acumulación de desechos es un problema en muchos barrios". "Necesitamos que la alcaldía preste atención a esta problemática y garantice un servicio eficiente".

"Y no podemos olvidarnos de nuestros adultos mayores, quienes necesitan más atención y cuidado por parte de la comunidad y las autoridades", concluyó otro líder, con un llamado a la solidaridad.

## **Localización 2. De la Virgen y Turística**

"Es fundamental la reinversión de recursos institucionales para mejorar nuestras condiciones de vida". "Necesitamos garantizar que los fondos se destinen de manera efectiva para abordar nuestras necesidades más urgentes".

El estado de las fuentes de agua era una preocupación primordial. "Los caños y ciénagas están en riesgo debido a la excesiva urbanización en zonas cercanas". "Esto no solo afecta la calidad del agua, sino que también contribuye a la proliferación de roedores y otras plagas".

La infraestructura hospitalaria era otro punto crítico. "Necesitamos ampliar el talento humano en el sector de la salud y mejorar la infraestructura de nuestros hospitales". "Es crucial garantizar una atención adecuada para todos nuestros vecinos".

Las zonas de conflicto, especialmente entre los jóvenes en riesgo, requerían atención urgente. "Estamos trabajando en conjunto con la alcaldía local para ofrecer condiciones de trabajo y espacios de participación social". "Queremos brindar oportunidades a nuestra juventud y alejarlos de la violencia y la delincuencia".

El riesgo para la salud era una preocupación constante. "La leptospirosis, el dengue y otras enfermedades son una amenaza en zonas como el Pie de la Popa". "Y la contaminación de los caños y canales solo agrava la situación".

La intervención de operadores de recolección de basura fue esencial. "Estamos luchando contra el taponamiento de los canales debido a la mala disposición de desechos por parte de la comunidad". "Necesitamos concientizar y educar a nuestros vecinos para evitar inundaciones y problemas de salud".



"En esta localidad conviven comunidades negras, indígenas, migrantes y afrodescendiente". "Es crucial que fortalezcamos las políticas públicas para optimizar nuestros recursos y garantizar que nadie quede atrás".

La capacidad instalada insuficiente en las escuelas y centros de salud era una preocupación compartida. "Necesitamos mejorar nuestras instituciones educativas y de salud para brindar una atención de calidad a todos nuestros vecinos". "Y debemos abordar las barreras de accesibilidad que impiden que algunos miembros de nuestra comunidad accedan a la atención médica que necesitan".

La caracterización de la población diferencial y la atención primaria en salud eran aspectos clave para garantizar la inclusión de todos. "Debemos identificar las necesidades específicas de cada grupo y brindarles el apoyo necesario". "Es fundamental que nadie se quede atrás en nuestro camino hacia un futuro más justo y equitativo".

La contaminación de las ciénagas era un problema urgente que requería una solución inmediata. "La contaminación de nuestras ciénagas aumenta el riesgo de inundaciones y afecta la salud de nuestra comunidad. "Necesitamos tomar medidas para proteger nuestro entorno natural y garantizar la seguridad de todos".

La falta de humanización en la atención de la población con discapacidad era una preocupación compartida. "Es importante incluir el lenguaje de señas en el talento humano de nuestras escuelas y centros de salud". "Debemos asegurarnos de que todos puedan acceder a los servicios que necesitan de manera digna y respetuosa".

El megaproyecto de reinversión y renovación hídrica era una oportunidad para mejorar la calidad de vida de todos los habitantes de la localidad. "Este proyecto podría beneficiar a nuestra comunidad, pero debemos asegurarnos de que se tenga en cuenta a todos los grupos, especialmente a aquellos con discapacidad".

### **Localidad 3. Industrial y de la Bahía**

"Con una población de 320,000 habitantes según el censo de 2018, nuestra localidad es diversa y dinámica". "Estamos organizados en cinco unidades comuneras de gobierno, cada una con su propia identidad y desafíos".

"En la unidad comunera número 11, contamos con 33,000 habitantes, mientras que en la número 12 tenemos 91,000 y en la 13, 43,000. La unidad rural alberga a 10,000 personas en localidades como Membrillar, Pasacaballos y Bajo el Tigre".

Entre las preocupaciones más apremiantes, se destacaba la insuficiencia de personal de salud para atender a la creciente población. "En nuestros puestos de salud, como La Reina, La Tele, El Ternera y Arroz Barato, enfrentamos dificultades para brindar una atención oportuna". "Aunque contamos con un hospital en construcción, necesitamos más recursos para garantizar un servicio de calidad".

La urbanización Simón Bolívar presentaba problemas de inundación y contaminación, mientras que la presencia de caños representaba un riesgo para la salud y el medio ambiente. "Necesitamos medidas urgentes para abordar estas preocupaciones y proteger a nuestra comunidad".

A pesar de los desafíos, la localidad también contaba con fortalezas. "Organizaciones como Juanfe brindan apoyo y capacitación a jóvenes madres solteras, contribuyendo al desarrollo de nuestra comunidad".

Sin embargo, había aspectos negativos que debían abordarse, como la falta de gestión para mejorar la señalización y la falta de inclusión de personas con discapacidad en los parques y espacios públicos. "Necesitamos trabajar juntos para crear una comunidad más inclusiva y accesible para todos".

La movilidad también era un problema, con puntos críticos de accidentes en lugares como la Bomba del Amparo, el

Semáforo de Sao y la entrada y salida del Parque Heredia. "Necesitamos medidas para garantizar la seguridad de nuestros vecinos en las vías".

"Nos enfrentamos a múltiples riesgos para la salud en nuestra localidad", "El lote de la Algodonera y el basurero de Veolia representan focos de contaminación que ponen en peligro la salud de nuestros residentes. Además, la presencia de drogadicción en la zona industrial agrava esta situación, generando contaminación auditiva y química que afecta a todos".

"Es crucial que adaptemos nuestras zonas para garantizar la accesibilidad de personas con discapacidad. "Nuestros espacios públicos deben ser seguros y accesibles para todos los miembros de la comunidad".

Sin embargo, también se identificaron debilidades que requerían atención inmediata. "Las pandillas en barrios como Navas Meisel, Milagro, San Pedro, Urbanización San Simón Bolívar y otros representan un riesgo para la seguridad de nuestra comunidad". "Además, la presencia de habitantes de calle y la deficiencia en la infraestructura educativa son problemas que no podemos ignorar".

"Debemos realizar visitas de inspección para evaluar el estado de nuestras instituciones educativas y mejorar nuestros espacios recreativos". "Necesitamos el apoyo de las autoridades locales y la colaboración de la comunidad para abordar estas debilidades".

La población migrante y la comunidad LGTBIQ+ también requerían atención y apoyo. "Es importante que brindemos apoyo y recursos a nuestros vecinos migrantes y a la comunidad LGTBIQ+ para garantizar su integración y bienestar", enfatizó otro líder, con un enfoque en la diversidad y la inclusión.

A pesar de los desafíos, la localidad también contaba con importantes fortalezas que podrían ser aprovechadas para impulsar el desarrollo. "Contamos con cuerpos de agua que pueden promover el turismo y la pesca, así como proyectos industriales en Mamonal que pueden generar empleo y riqueza para nuestra comunidad".

"Esta localidad alberga una importante zona industrial que rodea la Bahía", comenzó uno de los líderes, señalando los barrios aledaños como El Milagro, Alameda, La Central, Los Corales, y muchos otros. "Sin embargo, nos enfrentamos a serias amenazas, como la inundación en áreas como Milagro, San Pedro y Urbanización La Plazuela, que ponen en peligro a nuestra comunidad".

"Es esencial que se desarrolle un plan maestro de aguas fluviales para abordar estos problemas". "Nos enfrentamos a la contaminación y la acumulación de desechos en nuestros cuerpos de agua, lo que genera un ambiente propicio para la proliferación de roedores, vectores y enfermedades transmisibles".

La infraestructura educativa y de seguridad también fue objeto de preocupación. "Necesitamos intervenciones urgentes de la Secretaría de Educación para abordar las deficiencias en nuestras escuelas y centros de detección transitoria" "Además, la cárcel de Ternera presenta serios problemas de seguridad y de capacidad, lo que pone en riesgo tanto a los detenidos como a sus familiares".

"En términos de movilidad, necesitamos una mayor atención por parte de las autoridades locales y del DATT para abordar los puntos críticos y mejorar la seguridad vial". "Además, los operadores de basura deben mejorar su recolección para evitar la acumulación de desechos en nuestras calles".

Entre las enfermedades más comunes se encontraban el dengue, la leptospirosis y la hipertensión, lo que requería una acción urgente en materia de promoción y prevención de la salud. "Necesitamos una mayor atención institucional y una mejor gobernanza para abordar estas preocupaciones".

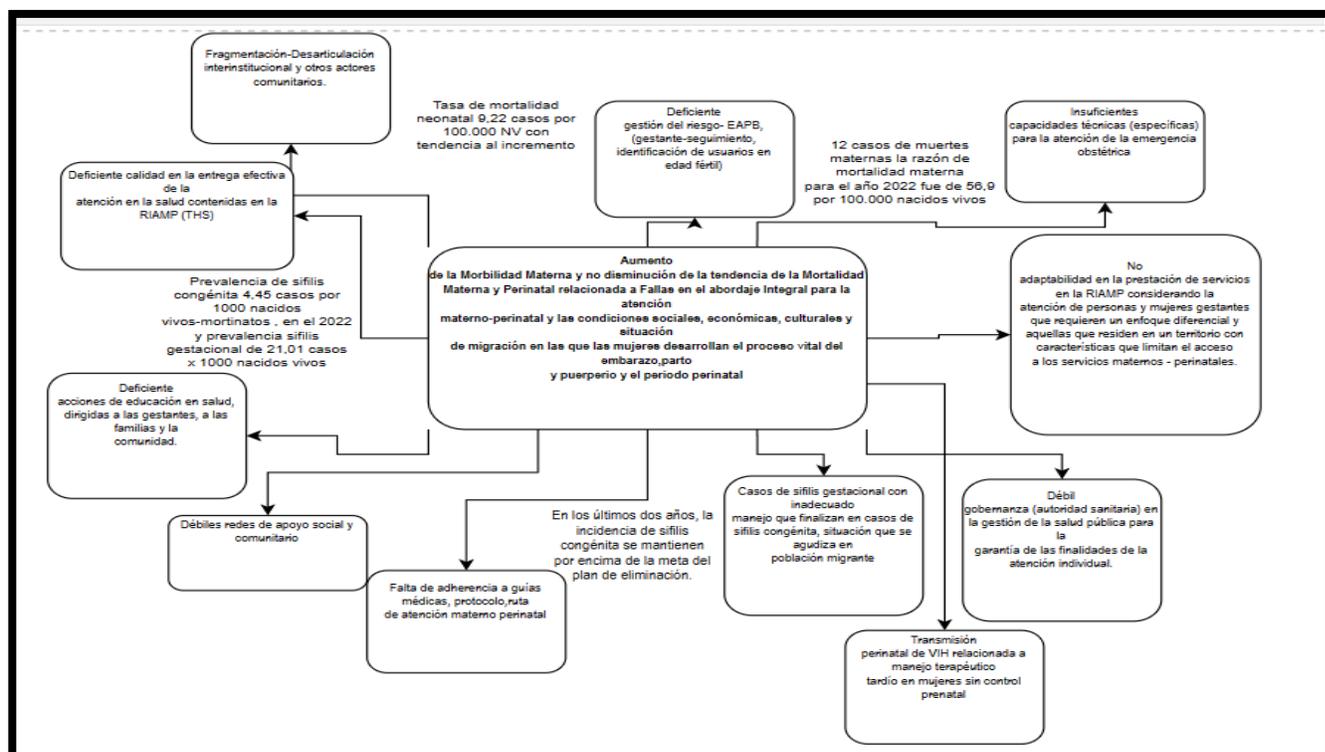
### 3.3. Núcleos de inequidades

#### 3.3.1 Morbilidad Materna, Mortalidad Materna y Perinatal

Aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal relacionada a Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal y las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las que mujeres desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal

- Deficiente calidad en la entrega efectiva de la atención en la salud contenidas en la RIAMP (THS)
- No adaptabilidad en la prestación de servicios en la RIAMP considerando la atención de personas y mujeres gestantes que requieren un enfoque diferencial y aquellas que residen en un territorio con características que limitan el acceso a los servicios maternos - perinatales.
- Falta de adherencia a guías médicas, protocolo, ruta de atención materno perinatal.
- Insuficientes capacidades técnicas (específicas) para la atención de la emergencia obstétrica
- Débil gobernanza (autoridad sanitaria) en la gestión de la salud pública para la garantía de las finalidades de la atención individual.
- Deficiente acciones de educación en salud, dirigidas a las gestantes, a las familias y la comunidad.
- Deficiente gestión del riesgo- EAPB, (gestante-seguimiento, identificación de usuarios en edad fértil)
- Fragmentación- Desarticulación interinstitucional y otros actores comunitarios.
- Débiles redes de apoyo social y comunitario.
- Casos de sífilis gestacional con inadecuado manejo que finalizan en casos de sífilis congénita, situación que se agudiza en población migrante, En los últimos dos años la incidencia de sífilis congénita se mantiene por encima de la meta del plan de eliminación.
- Transmisión perinatal de VIH relacionada a manejo terapéutico tardío en mujeres sin control prenatal

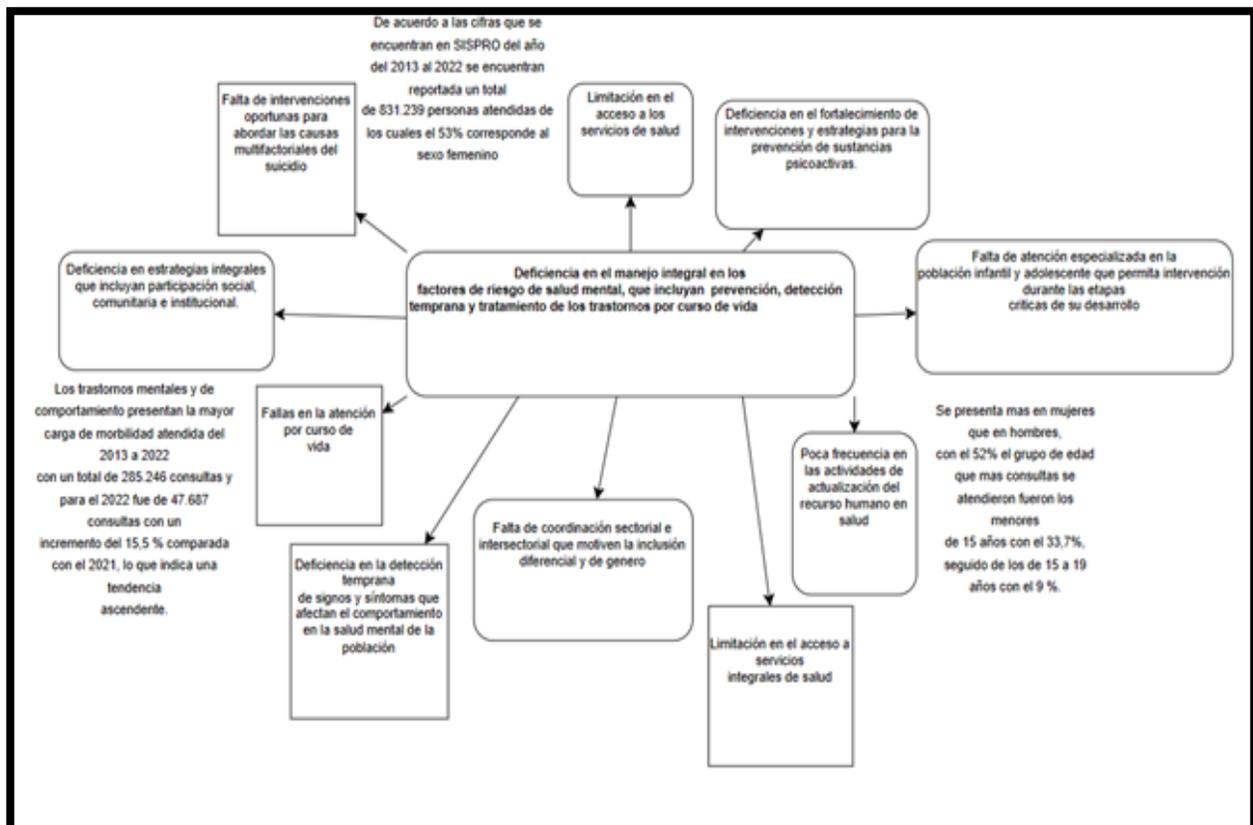
Figura 68. Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal



### 3.3.2. Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida

- Limitación en el acceso a los servicios de salud
- Falta de atención especializada en la población infantil y adolescente que permita intervención durante las etapas críticas de su desarrollo
- Falta de coordinación sectorial e intersectorial que motiven la inclusión diferencial y de género
- Deficiencia en estrategias integrales que incluyan participación social, comunitaria e institucional.
- Fallas en la atención por curso de vida
- Deficiencia en el fortalecimiento de intervenciones y estrategias para la prevención de sustancias psicoactivas.
- Poca frecuencia en las actividades de actualización del recurso humano en salud
- Falta de intervenciones oportunas para abordar las causas multifactoriales del suicidio
- Deficiencia en la detección temprana de signos y síntomas que afectan el comportamiento en la salud mental de la población
- Limitación en el acceso a servicios integrales de salud

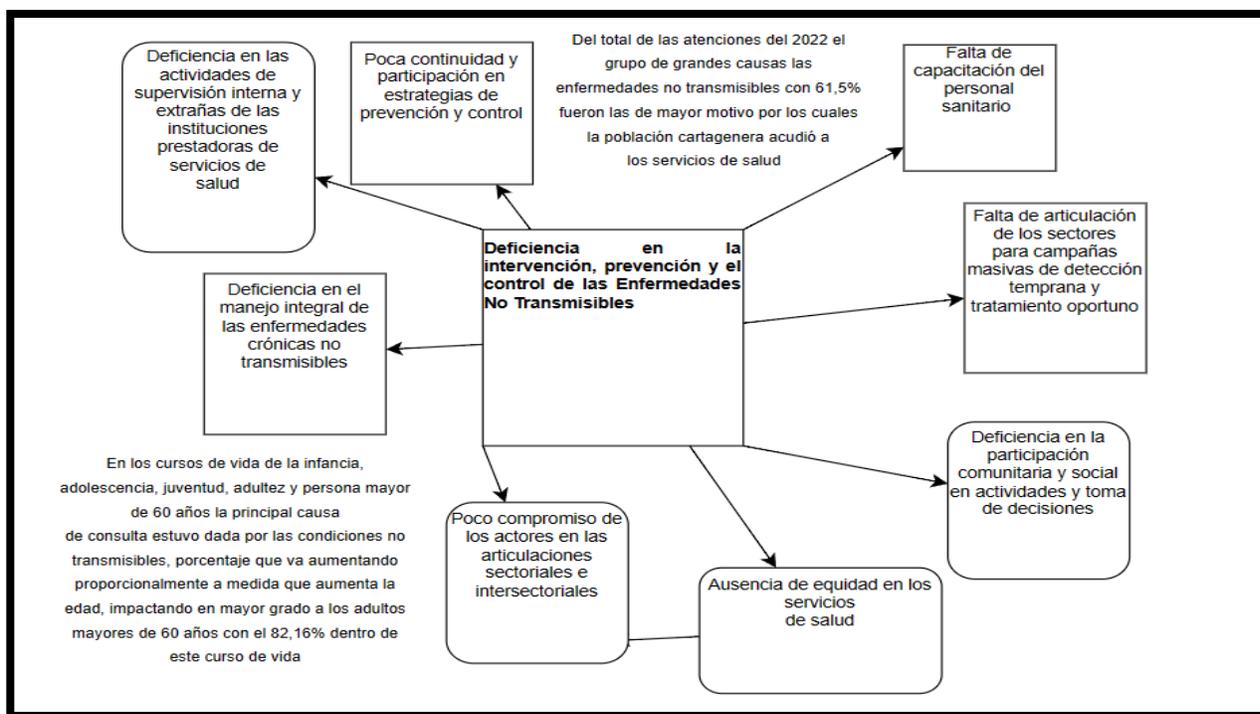
**Figura 69.** Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida



### 3.3.3 Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles

- Poca continuidad y participación en estrategias de prevención y control
- Falta de articulación de los sectores para campañas masivas de detección temprana y tratamiento oportuno
- Ausencia de equidad en los servicios de salud
- Deficiencia en el manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles
- Deficiencia en la participación comunitaria y social en actividades y toma de decisiones
- Poco compromiso de los actores en las articulaciones sectoriales e intersectoriales
- Deficiencia en las actividades de supervisión interna y extrañas de las instituciones prestadoras de servicios de salud
- Falta de capacitación del personal sanitario

Figura 70. Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles

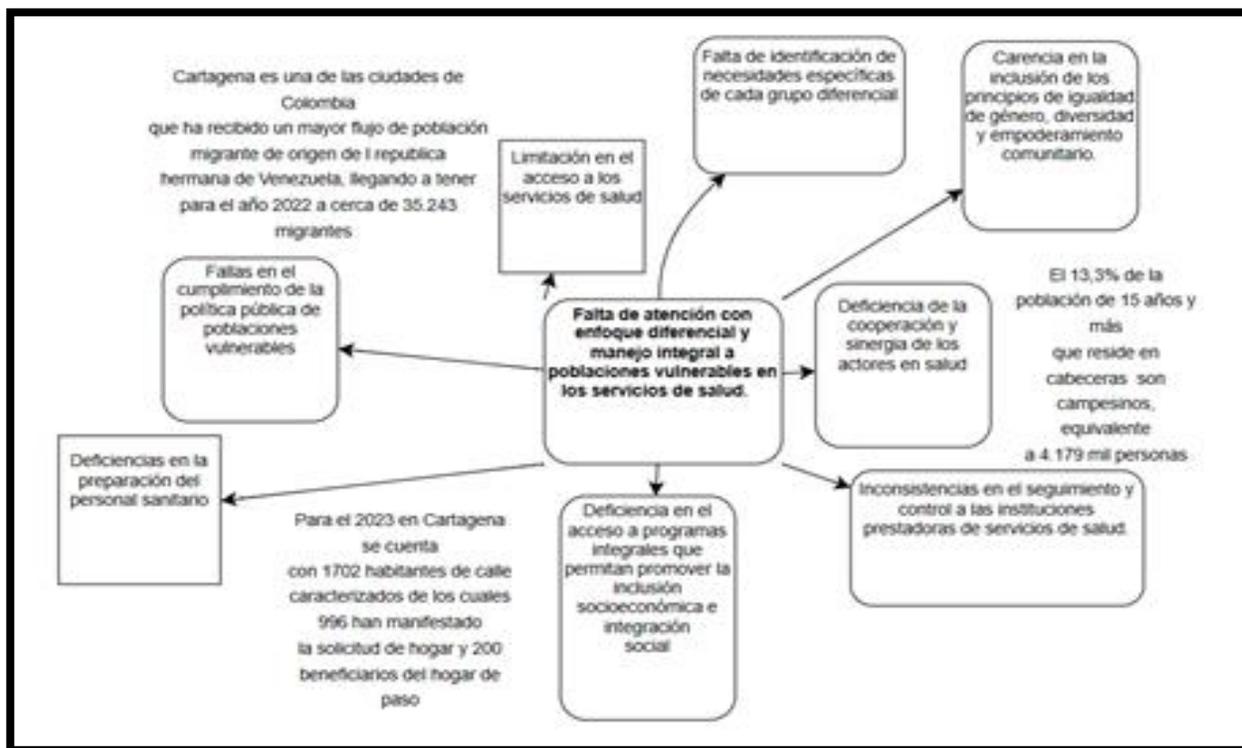


### 3.3.4. Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.

- Falta de identificación de necesidades específicas de cada grupo diferencial
- Deficiencia de la cooperación y sinergia de los actores en salud
- Deficiencia en el acceso a programas integrales que permitan promover la inclusión socioeconómica e integración social
- Fallas en el cumplimiento de la política pública de poblaciones vulnerables
- Inconsistencias en el seguimiento y control a las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Deficiencias en la preparación del personal sanitario
- Limitación en el acceso a los servicios de salud

- Carencia en la inclusión de los principios de igualdad de género, diversidad y empoderamiento comunitario.

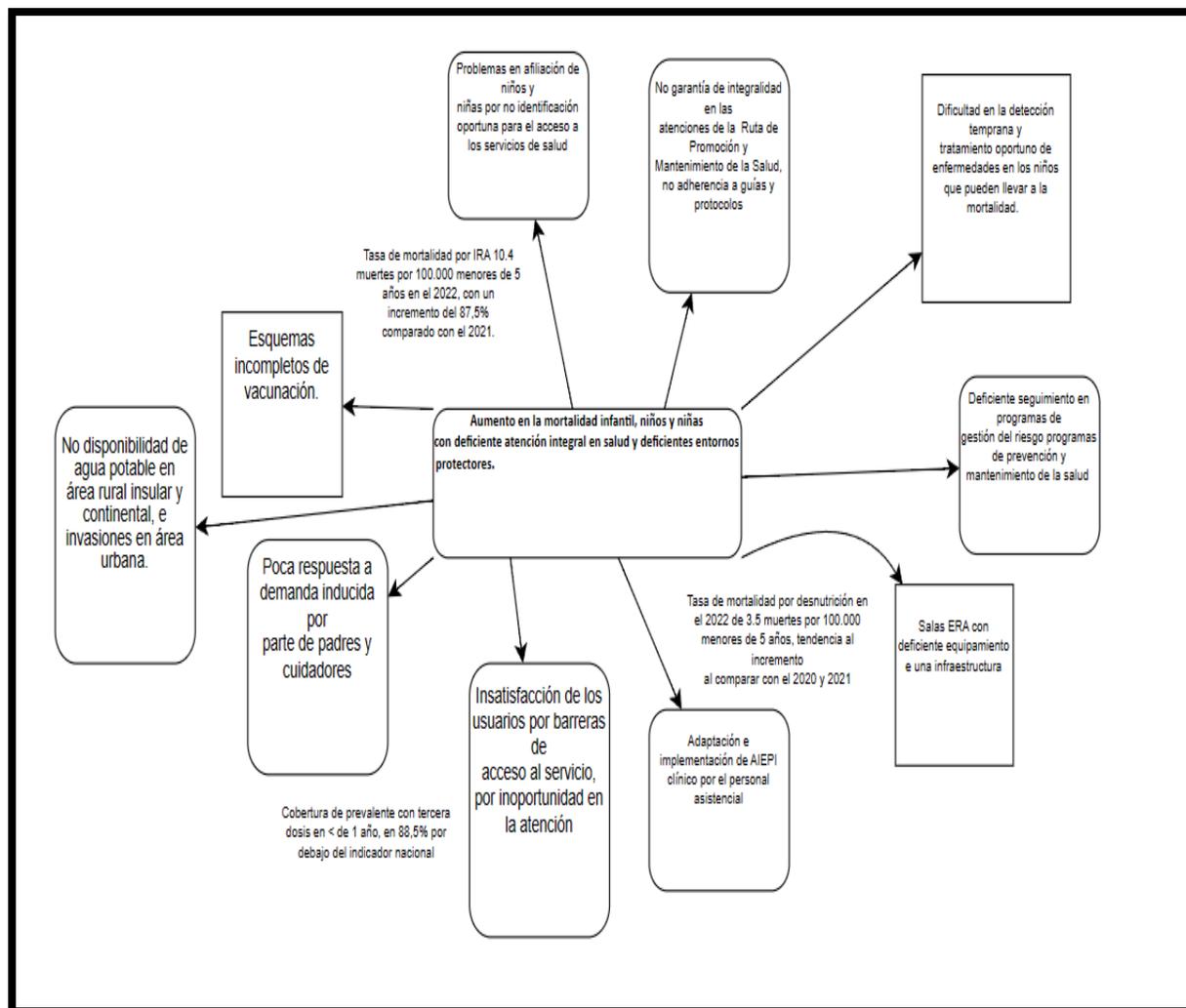
**Figura 71.** Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.



### 3.3.5. Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inmunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.

- Problemas en afiliación de niños y niñas por no identificación oportuna para el acceso a los servicios de salud
- No garantía de integralidad en las atenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, no adherencia a guías y protocolos
- Dificultad en la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en los niños que pueden llevar a la mortalidad.
- Deficiente seguimiento en programas de gestión del riesgo programas de prevención y mantenimiento de la salud
- Salas ERA con deficiente equipamiento e una infraestructura
- Adaptación e implementación de AIEPI clínico por el personal asistencial
- Esquemas incompletos de vacunación.
- Insatisfacción de los usuarios por barreras de acceso al servicio, por inoportunidad en la atención.
- Poca respuesta a demanda inducida por parte de padres y cuidadores
- No disponibilidad de agua potable en área rural insular y continental, e invasiones en área urbana.

**Figura 72.** Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones Inmunoprevenible) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.



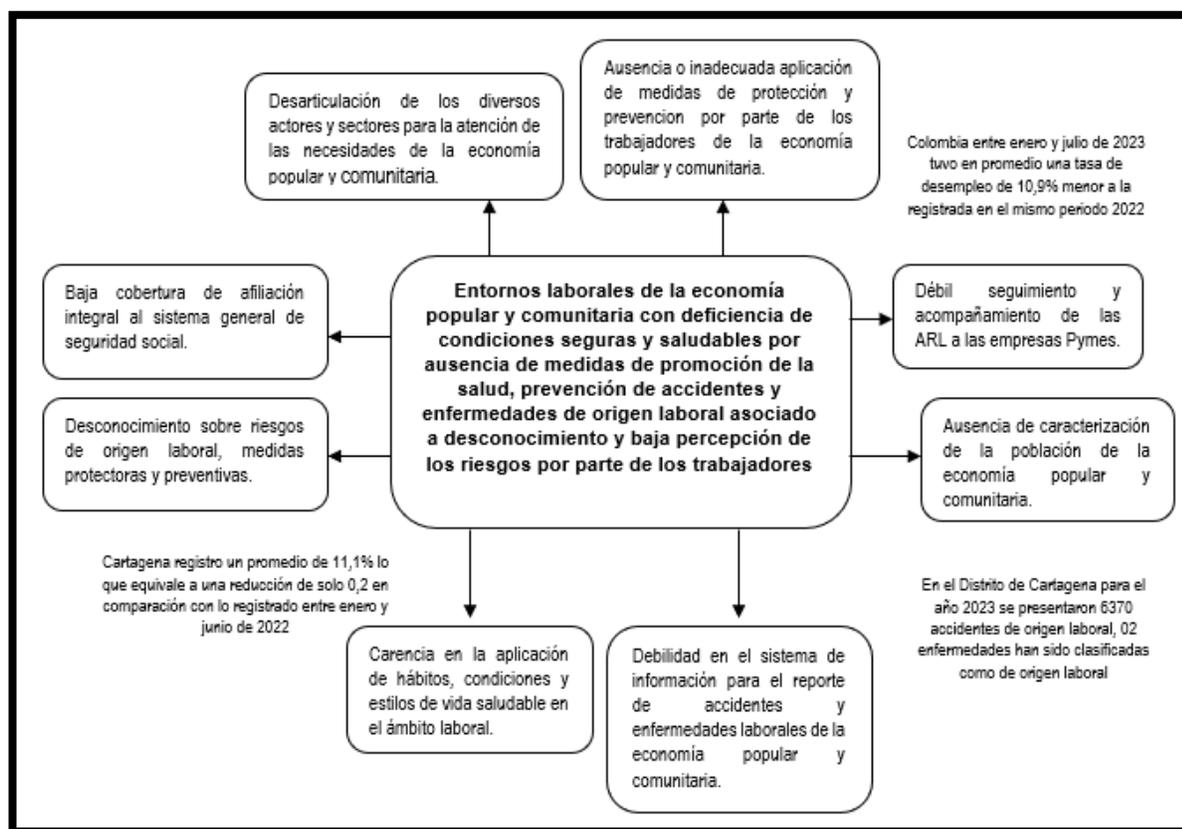
### 3.3.6. Entornos laborales de la economía popular y comunitaria

Entornos laborales de la economía popular y comunitaria con deficiencia de condiciones seguras y saludables por ausencia de medidas de promoción de la salud, prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral asociado a desconocimiento y baja percepción de los riesgos por parte de los trabajadores

- Baja cobertura de afiliación integral al sistema general de seguridad social.
- Desconocimiento sobre riesgos de origen laboral, medidas protectoras y preventivas.
- Debilidad en el sistema de información para el reporte de accidentes y enfermedades laborales de la economía popular y comunitaria.
- Ausencia de caracterización de la población de la economía popular y comunitaria.
- Débil seguimiento y acompañamiento de las ARL a las empresas Pymes.
- Desarticulación de los diversos actores y sectores para la atención de las necesidades de la economía popular y comunitaria.

- Carencia en la aplicación de hábitos, condiciones y estilos de vida saludable en el ámbito laboral.
- Ausencia o inadecuada aplicación de medidas de protección y prevención por parte de los trabajadores de la economía popular y comunitaria.

**Figura 73. Incremento de riesgos laborales en la población trabajadora de la economía popular y comunitaria: Falta de control en el ambiente laboral.**

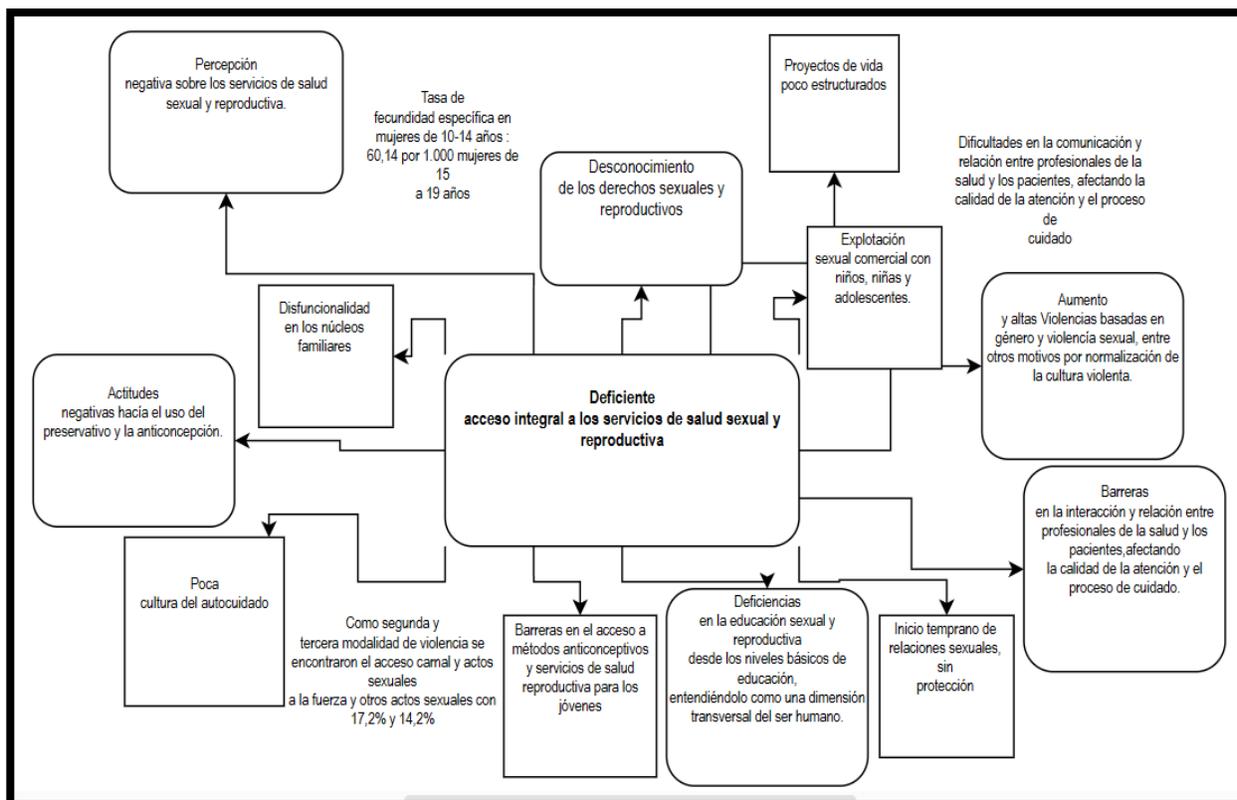


### 3.3.7. Deficiente acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva

- Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos
- Poca cultura del autocuidado
- Proyectos de vida poco estructurados
- Inicio temprano de relaciones sexuales, sin protección
- Disfuncionalidad en los núcleos familiares
- Aumento y altas Violencias basadas en género y violencia sexual, entre otros motivos por normalización de la cultura violenta.
- Deficiencias en la educación sexual y reproductiva desde los niveles básicos de educación, entendiéndolo como una dimensión transversal del ser humano.
- Actitudes negativas hacia el uso del preservativo y la anticoncepción.
- Barreras en el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva para los jóvenes.
- Explotación sexual comercial con niños, niñas y adolescentes.

- Percepción negativa sobre los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Barreras en la interacción y relación entre profesionales de la salud y los pacientes, afectando la calidad de la atención y el proceso de cuidado.

**Figura 74. Deficiencia al acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva**

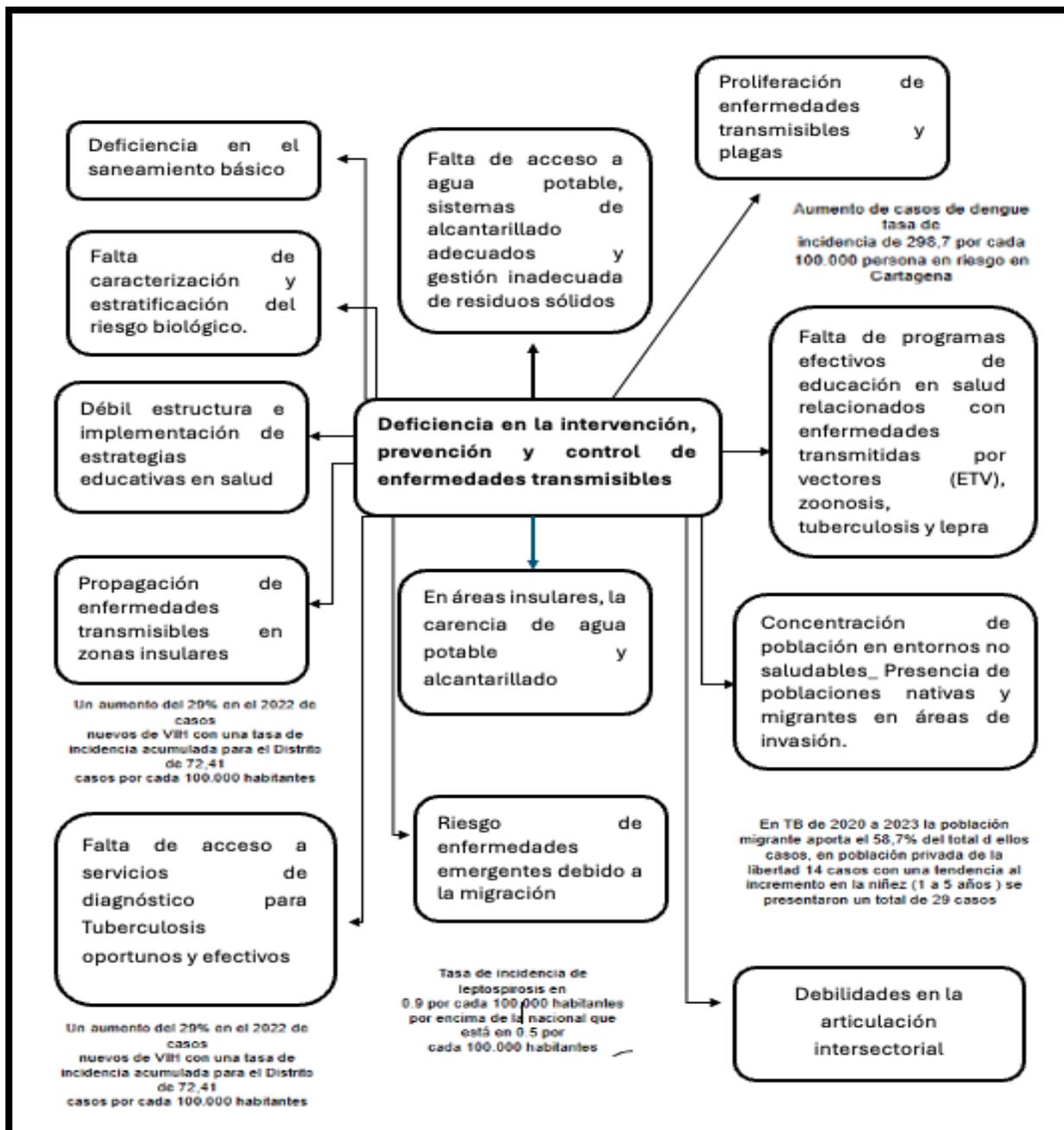


### 3.3.8. Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles

- Deficiencia en el saneamiento básico
- Falta de acceso a agua potable, sistemas de alcantarillado adecuados y gestión inadecuada de residuos sólidos
- Proliferación de enfermedades transmisibles y plagas
- Débil estructura e implementación de estrategias educativas en salud
- Falta de programas efectivos de educación en salud relacionados con enfermedades transmitidas por vectores (ETV), zoonosis, tuberculosis y lepra
- Propagación de enfermedades transmisibles en zonas insulares
- En áreas insulares, la carencia de agua potable y alcantarillado adecuados puede provocar un aumento en la carga de morbilidad y mortalidad, ya que la concentración de población en entornos poco saludables facilita la propagación de enfermedades.
- Concentración de población en entornos no saludables\_ Presencia de poblaciones nativas y migrantes en áreas de invasión.
- Falta de acceso a servicios de diagnóstico para Tuberculosis oportunos y efectivos puede dificultar la detección temprana y el control de la tuberculosis.
- Riesgo de enfermedades emergentes debido a la migración

- Debilidades en la articulación intersectorial para abordar enfermedades transmisibles como ETV, zoonosis, lepra y tuberculosis, lo que limita la efectividad de las intervenciones.
- Falta de caracterización y estratificación del riesgo biológico.

Figura 75. Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles

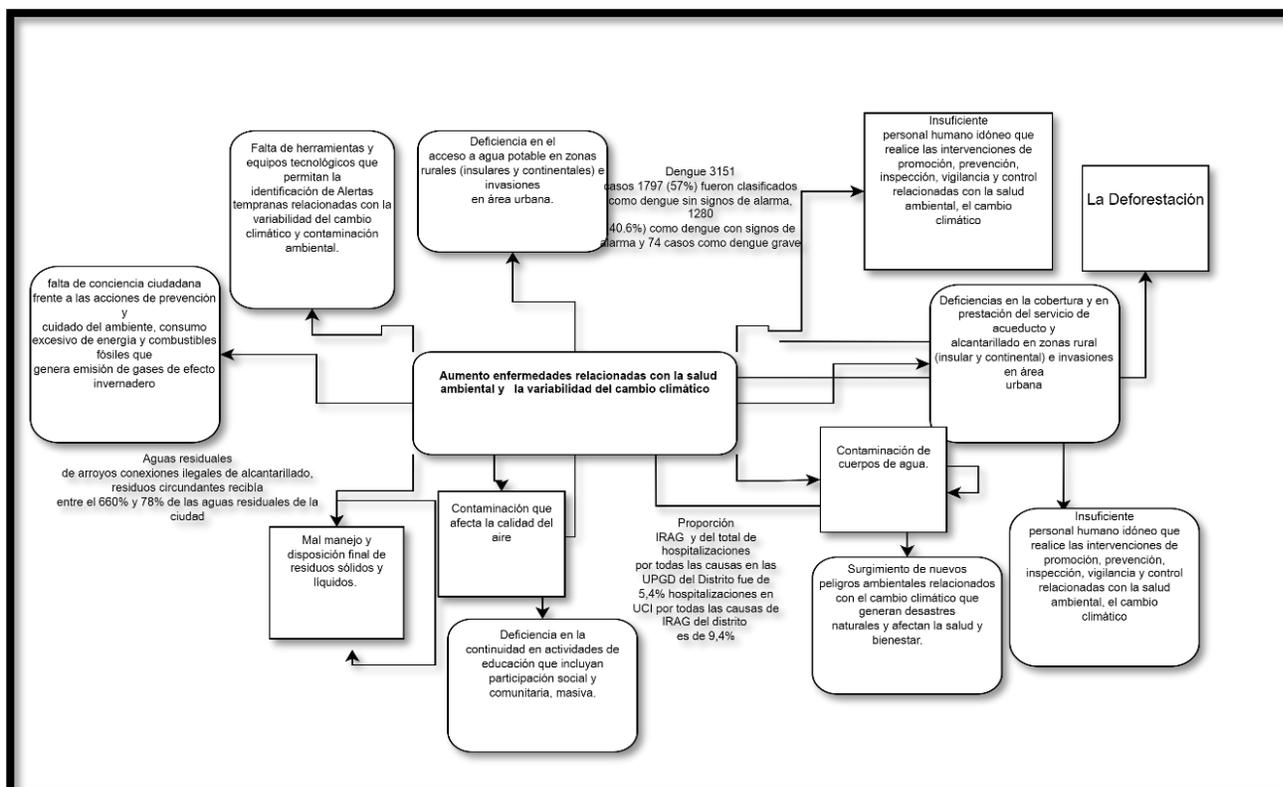


### 3.3.9. Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático

- Deficiencia en el acceso a agua potable en zonas rurales (insulares y continentales) e invasiones en área urbana.

- Deficiencias en la cobertura y en prestación del servicio de acueducto y alcantarillado en zonas rural (insular y continental) e invasiones en área urbana.  
Mal manejo y disposición final de residuos sólidos y líquidos.
- Contaminación de cuerpos de agua.
- Deficiencia en la continuidad en actividades de educación que incluyan participación social y comunitaria, masiva.
- falta de conciencia ciudadana frente a las acciones de prevención y cuidado del ambiente, consumo excesivo de energía y combustibles fósiles que genera emisión de gases de efecto invernadero. Contaminación que afecta la calidad del aire.
- Falta de herramientas y equipos tecnológicos que permitan la identificación de Alertas tempranas relacionadas con la variabilidad del cambio climático y contaminación ambiental.
- Incumplimiento de normas sanitarias en establecimientos de productos de uso y consumo humano.
- Surgimiento de nuevos peligros ambientales relacionados con el cambio climático que generan desastres naturales y afectan la salud y bienestar.
- La Deforestación.
- Insuficiente personal humano idóneo que realice las intervenciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control relacionadas con la salud ambiental, el cambio climático
- No adherencia a la aplicación de protocolos y rutas integrales de atención en salud ante eventos de salud Pública de Importancia internacional ESPII.

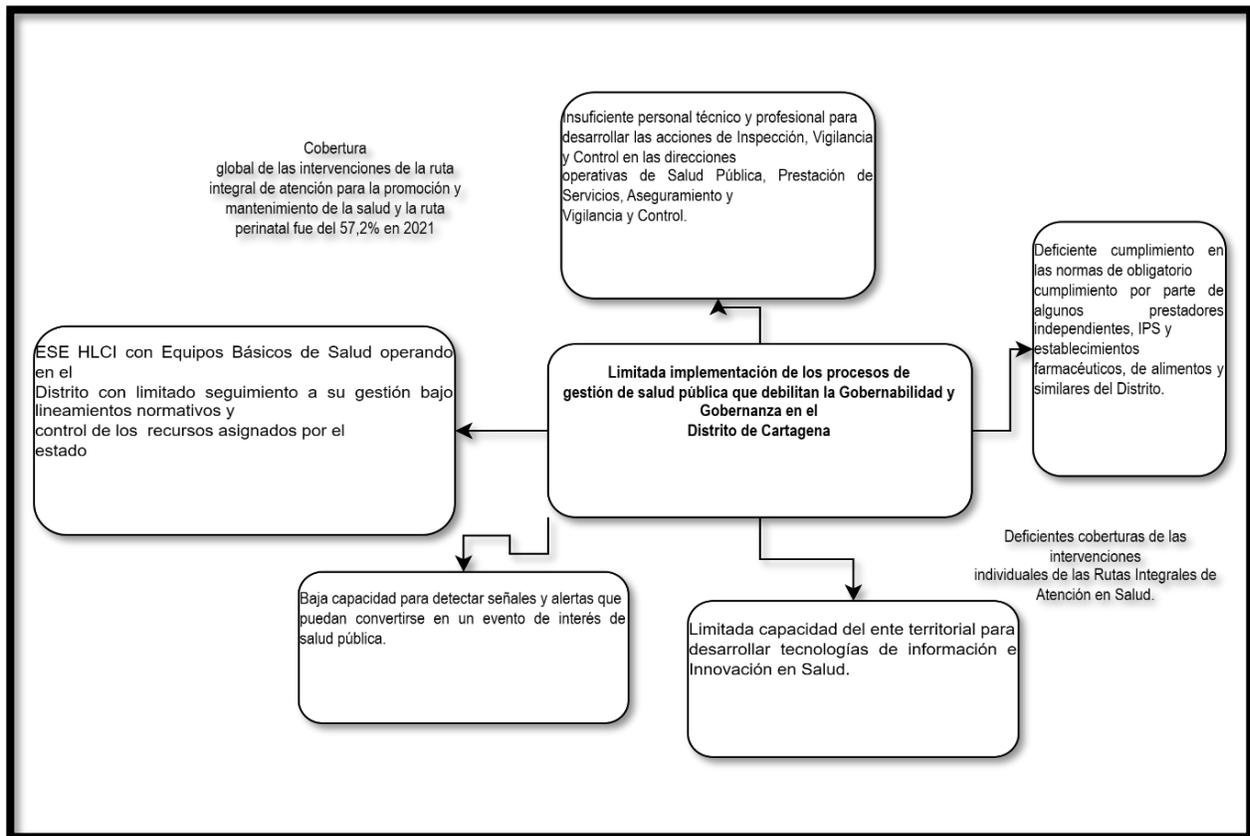
**Figura 76. Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático**

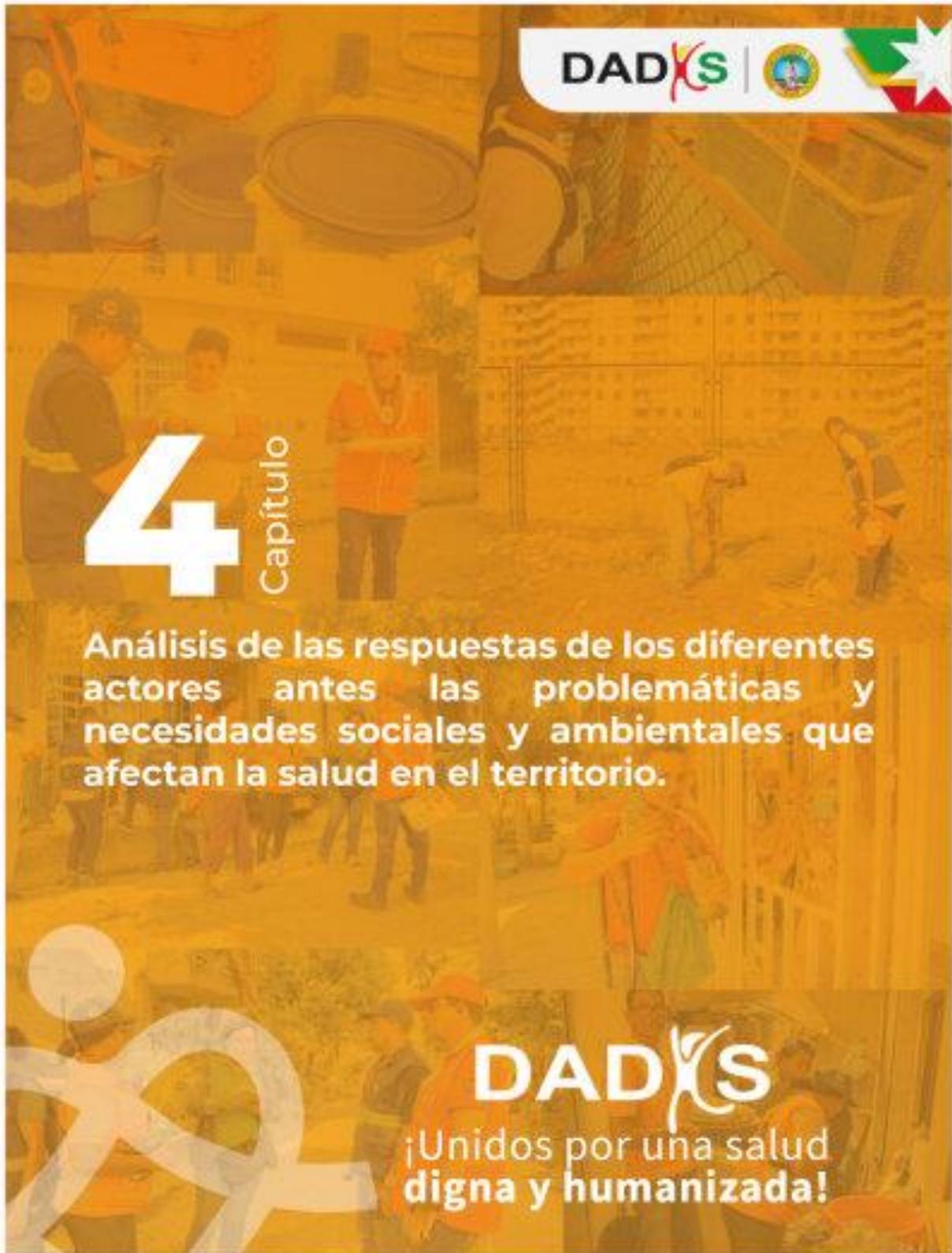


### 3.3.10. Limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.

- Insuficiente personal técnico y profesional para desarrollar las acciones de Inspección, Vigilancia y Control en las direcciones operativas de Salud Pública, Prestación de Servicios, Aseguramiento y Vigilancia y Control.
- Deficiente cumplimiento en las normas de obligatorio cumplimiento por parte de algunos prestadores independientes, IPS y establecimientos farmacéuticos, de alimentos y similares del Distrito.
- Limitada capacidad del ente territorial para desarrollar tecnologías de información e Innovación en Salud.
- ESE HLCI con Equipos Básicos de Salud operando en el Distrito con limitado seguimiento a su gestión bajo lineamientos normativos y control de los recursos asignados por el estado
- Deficientes coberturas de las intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Baja capacidad para detectar señales y alertas que puedan convertirse en un evento de interés de salud pública.

Figura 77. Limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.





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

Parte del análisis de situación de salud en el territorio, tiene que ver con la respuesta institucional y social que se ha venido desarrollando frente a las problemáticas identificadas. Así las cosas, se identificaron las problemáticas y se analizaron la respuesta dada desde los actores y/o sectores, reconociendo la posición o rol.

Para reconocer la posición o rol del actor involucrado, se utilizó las definiciones de la Metodología general ajustada para la formulación de proyectos del DNP, en el módulo 1 de Identificación, sección 3. Participantes.

Para esta mesa se tuvo en cuenta las siguientes definiciones:

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

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

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

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

**Tabla 82.** Análisis de las respuestas de los diferentes actores antes las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
<b>Riesgos para la salud asociados a un clima cambiante</b>	<p>Implementación de Estrategias de mitigación y respuesta de los riesgos asociados a la variabilidad del cambio climático que permita prevenir, y mitigar los impactos de desastres naturales</p> <p>Control de la contaminación del agua, gestión de basuras y mantenimiento de espacios públicos.</p> <p>Planificación y ejecución de proyectos para mejorar la gestión del agua y prevenir inundaciones.</p> <p>Control de contaminación en cuerpos de agua y espacios públicos.</p>	<p>Inversión en vivienda para la comunidad</p> <p>Saneamiento e infraestructura básica</p> <p>Monitoreo de áreas de alto riesgo y limpieza de canales</p> <p>Campañas de educación y promoción de la salud</p> <p>Estrategia para promover en los entornos laborales, económico, popular y comunitaria uso de energía renovable</p> <p>Promover proyectos y aplicaciones de proceso</p>	<p>Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud</p> <p>Corvivienda</p> <p>Gestión del riesgo</p> <p>Bomberos</p> <p>Infraestructura</p> <p>Secretaría de Gobierno</p> <p>Desarrollo de participación social</p> <p>Planeación distrital</p> <p>Escuela de</p>	<p>Cooperante</p> <p>Beneficiario</p> <p>Afectado</p> <p>Oponentes</p> <p>Perjudicado</p>	<p>Garantía de la respuesta institucional por la ET mediante el abordaje de las etapas o pasos de planeación en salud (formulación; ejecución o implementación; Seguimiento y evaluación).</p>	<p>Técnica y financiera esta debe incluir (marco legal y financiero, acuerdos institucionales, convenios con cooperación internacional, regalías, SGP y recursos propios. PIC, intersectorialidad y transectorialidad)</p>

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	<p>Campañas saludables con ciclo vías, espacio libres de humo, incentivar el uso de transporte no mecánico con los diferentes entornos</p> <p>Sensibilización a la población del buen uso de recursos naturales</p> <p>Promover a la población vulnerable el autocuidado por altas temperaturas</p> <p>Intervenciones enfocadas en la promoción de elementos de protección personal para la prevención de enfermedades causadas por condiciones ambientales</p> <p>Desarrollar procesos de coordinación intersectorial con diversos sectores y actores para la prevención de enfermedades de origen ambiental y la promoción de la salud en los cursos de vida</p>	<p>de gestión del conocimiento para obtener información útil para la toma de decisiones en salud pública.</p>	<p>Gobierno EPA Cardique Empresas de servicios públicos</p> <p>Salud pública: Ambiente, VSP, IRA/EDA</p>			
<p><b>Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.</b></p>	<p>Abordar las necesidades específicas de cada grupo (migrantes, habitantes de calle y población en situación de pobreza extrema, discapacidad). Estos programas deben incluir áreas como vivienda, nutrición, educación, salud, trabajo y apoyo legal y psicológico, que permita promover la inclusión socio-económica, la integración social considerando programas específicos para cada grupo.</p> <p>Mejorar la calidad de vida en barrios marginados mediante un enfoque integral que incluya el desarrollo urbano sostenible, abordar las necesidades de niños y adolescentes, desarrollar programas específicos para</p>	<p>Programas de inclusión y atención específicos para migrantes, habitantes de calle y población en situación de pobreza extrema, discapacidad, así como adulto mayor, Etnias, ROM</p> <p>Acciones para mejorar la calidad de vida en barrios marginales y atención especial a las maternas, primera infancia, infancia y adolescencia.</p> <p>Promoción de programas sociales que aborden las necesidades específicas de la comunidad, como atención a jóvenes en riesgo y población vulnerable.</p>	<p>Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud</p> <p>cancillería IPS EAPB ARL Secretaría participación y desarrollo social PES Programa de discapacidad Cooperación internacional (migrante/ONG) Población</p>	<p>Cooperante Beneficiario</p>	<p>Garantía de atención en salud con enfoque diferencial e intercultural a la población del distrito</p> <p>Garantizar los deberes y derechos de población vulnerable</p> <p>Cobertura de población objeto</p> <p>Disminución de NBI y mejorar la calidad de vida</p>	<p>SGP Recursos propios Regalías Cooperación Recursos corrientes Gestión de recursos, donaciones, presentar proyectos</p>

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	poblaciones vulnerables y brindar apoyo de salud mental a migrantes y personas desplazadas. Este enfoque debe guiarse por los principios de igualdad de género, diversidad y empoderamiento comunitario.	Aumentos de rubros económicos para la realización de hospitales y centros médicos y centros de Socialización de ruta de atención, fortalecimiento de capacidades, atención diferencial rehabilitación  Exigir que las IPS desde su modelo tengan implementado enfoque	vulnerable			
<b>Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida</b>	<p>Detectar tempranamente signos y síntomas que afectan el comportamiento, en la salud mental de la población, bajo estrategias efectivas para prevenir y tratar estas afecciones especialmente en las mujeres.</p> <p>Brindar atención especializada a la población infantil y adolescente bajo un enfoque emocional que permita intervención oportuna durante las etapas críticas de su desarrollo.</p> <p>Abordar las causas multifactoriales del suicidio, que permitan intervenir los factores biológicos, socioculturales y psicosociales.</p> <p>Fortalecer las intervenciones y estrategias de prevención para consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>Abordar los problemas de salud mental con coordinación entre diferentes sectores, que motivan la inclusión diferencial y de género.</p> <p>Desarrollo de capacidades comunitarias</p>	<p>Aumento de la atención en salud mental, especialmente en la población joven</p> <p>Más equipo psicosocial en las Instituciones educativas</p> <p>inversión social interdisciplinario institucional y comunitaria</p> <p>Profesionales especializados para manejar personas con consumo de sustancias psicoactivas dentro de la misma comunidad que contenga también la caracterización de los mismos.</p> <p>Poca disponibilidad del servicio de atención psicosociales víctima del conflicto armado</p> <p>La falta de empleo puede llevar al incremento del estrés, problemas psicosociales, acceso restringido a los servicios de salud, por la pérdida de ingresos.</p>	<p>Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud</p> <p>IPS Secretaria de Educación</p>	<p>Cooperante</p> <p>Beneficiario Afectado</p>	Que el usuario reciba de manera oportuna la atención en todos los niveles que se requieran	<p>Recursos propios SGP</p> <p>Regalías</p>



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	<p>institucionales, participación social, gestión del conocimiento, vigilancia de la salud pública y gestión de intervenciones colectivas.</p> <p>Incrementar la capacidad instalada para reducir barreras y asegurar la prestación de servicios de salud mental de calidad a la población.</p>					
<b>Incremento de riesgos laborales en la población trabajadora de la economía popular y comunitaria</b>	<p>Integrar en el macro proceso de Desarrollo Económico estrategias de intervención en salud pública, como la promoción de entornos laborales seguros, la expansión de la cobertura de salud y la implementación de programas de apoyo psicosocial para los trabajadores.</p> <p>Desarrollar estrategias de entornos laborales seguros de acuerdo a las principales actividades económicas informales del Distrito incluyendo las que se potencializan en temporada turística.</p> <p>Fortalecer las alianzas entre el sector público y privado para garantizar que el desarrollo económico se traduzca en beneficios tangibles para la salud y el bienestar de todos los habitantes de Cartagena.</p> <p>Realizar intervenciones colectivas orientadas a la falta de empleo que está trayendo consigo graves repercusiones en la salud pública, aumentando el estrés, los problemas psicosociales y el acceso limitado a los servicios de salud. Incluir la temática de violencia y pandillas con enfoque multidimensional que combine medidas de</p>	<p>Segregación de migrantes en las zonas insulares, presencia de población LGTBI ejerciendo prostitución en el centro histórico, aumento de enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Formalización laboral en gremio de pescadores, eje social pesquero y seguridad alimentaria</p> <p>Estabilidad del talento humano del CRUE , recurso y planta idónea, calificado y entrenado en trato humanizado integrado</p> <p>Talleres de emprendimiento de campañas de inclusión laboral población LGTBI</p> <p>La falta de empleo puede llevar al incremento del estrés, problemas psicosociales, acceso restringido a los servicios de salud, por la pérdida de ingresos.</p>	Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud	Cooperante	Que la población en trabajo informal reciba capacitación en riesgos laborales	



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	prevención, protección y atención integral, así como una colaboración estrecha entre el gobierno, la sociedad civil y otras partes interesadas.					
<b>Necesidad de fortalecer estrategias Integrales de IEC en Salud en Instituciones Educativas</b>	<p>La creación de espacios de participación y diálogo entre padres, estudiantes, docentes, autoridades educativas para identificar necesidades, prioridades y soluciones en materia educativa y salud.</p> <p>Fortalecimiento de las escuelas saludables con educación en salud con un enfoque integral, para el desarrollo de entornos saludables, la provisión de servicios básicos en salud y el respeto a los derechos humanos</p> <p>Promover una cultura en salud a través de estrategias de IEC en temas de salud según las necesidades de la comunidad educativa, la prevención de adicciones, enfermedades transmisibles y no transmisibles, promoción de hábitos de vida saludable y en educación sexual.</p>	<p>Mayor número de instituciones para educación con personas con discapacidad</p> <p>La creación de comedores comunitarios y la ampliación de los programas de alimentación escolar, también pueden desempeñar un papel fundamental para abordar la inseguridad alimentaria y la malnutrición.</p> <p>Crear espacios de participación y diálogo entre padres de familia, estudiantes, docentes, autoridades educativas y líderes comunitarios</p>	Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud	Cooperante		
<b>Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles</b>	<p>Implementar estrategias de prevención y control. Esto incluye promover estilos de vida saludables, realizar campañas de concientización sobre detección temprana y tratamiento oportuno, así como garantizar el acceso equitativo a servicios de salud.</p> <p>Implementar programas de prevención de la violencia, medidas de seguridad vial y fortalecimiento de los servicios de emergencia y</p>	<p>Ampliación de la red hospitalaria.</p> <p>Talento humano insuficiente para cubrir la demanda de usuarios.</p>	Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud	Cooperante IPS	Garantizar a los usuarios que reciban una atención digna e integral en todos los niveles de atención	

Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	<p>trauma.</p> <p>Implementar estrategias de promoción, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo estilo de vida saludable, salud oral, visual, auditiva, cardiovascular, cáncer</p>					
<b>Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal</b>	<p>Mejorar el acceso y la calidad de la atención preconcepcional, prenatal, perinatal y neonatal, así como desarrollar programas específicos para comunidades étnicas y áreas o zonas dispersas.</p> <p>Garantizar una atención prenatal adecuada y mejorar la calidad de los servicios de atención materno-infantil para prevenir y tratar eficazmente las afecciones originadas en el periodo perinatal. Esto incluye programas de seguimiento durante el embarazo, atención al parto y cuidados neonatales</p>	<p>Falta de adherencias a guías y protocolo de atención</p> <p>Defice en la academia para adherencia de guías y protocolos de atención</p> <p>Poco tiempo al médico para atención</p> <p>Autocuidado en la gestión del riesgo</p>	<p>Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud</p> <p>ACADEMIA MSPS</p>	Cooperante	Atención integral y enfoque diferencial a la población con acceso y cobertura	
<b>Brechas de atención en la salud que incrementa la mortalidad infantil</b>	<p>Fortalecer los programas de detección temprana y tratamiento de enfermedades infantiles, especialmente tumores, enfermedades del sistema nervioso y malformaciones congénitas.</p> <p>Fortalecer los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer infantil y promover estilos de vida saludables y medidas de prevención pueden ayudar a reducir el riesgo de cáncer infantil.</p> <p>Promover estilos de vida saludables y medidas preventivas para reducir el riesgo de enfermedades</p>	<p>Participación de la comunidad en el proceso salud - enfermedad</p> <p>Fortalecimiento de la implementación de modelo CERS (Cuidado, entorno y ruralidad saludable)</p> <p>Educación en estilo de vida saludable</p>	Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud	Cooperante		



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	<p>congénitas y adquiridas.</p> <p>Adaptar las estrategias de prevención y tratamiento según las necesidades específicas de cada grupo poblacional.</p> <p>Promover la educación en salud y desarrollar campañas de prevención de enfermedades como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y desnutrición crónica que incluya mejorar las condiciones sanitarias y de higiene en la comunidad para prevenir la propagación de enfermedades</p> <p>Dirigir recursos y estrategias hacia áreas geográficas con mayor concentración de mortalidad infantil y en la niñez para reducir las brechas en salud.</p>					
<p><b>Aumento de enfermedades relacionadas con la falta de saneamiento básico producto del uso y consumo humano.</b></p>	<p>Implementar estrategias de intervención que aborden las desigualdades en el acceso a servicios básicos y la calidad del agua para consumo humano.</p> <p>Incluir inversiones en infraestructura de saneamiento y agua potable, programas de educación sobre higiene y saneamiento, y políticas que aborden las desigualdades socioeconómicas y étnicas en el acceso a servicios básicos.</p> <p>Fortalecer la vigilancia y el seguimiento de los indicadores de salud y garantizar la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre la prestación de servicios básicos.</p> <p>Fortalecimiento de la</p>	<p>Inversión en infraestructura de saneamiento básico, baja calidad del agua, no llega el agua de manera regular en barrios marginados</p> <p>Falta de acueducto y alcantarillado</p> <p>Campañas educativas de prevención en manejo de aguas, prevención en salud</p>	<p>Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud</p>	<p>Cooperante</p> <p>Alcalde</p> <p>SSGP</p> <p>Regalía</p> <p>ICLD</p> <p>EPA</p> <p>Aguas de Cartagena</p> <p>EMP Aseo</p>	<p>Aumento de la cobertura de acueducto y alcantarillado</p> <p>Garantía que las comunidades cuenten con acciones y actividades de prevención y mitigación de los efectos asociados al cambio climático, así como la capacidad de respuesta del estado ante la presencia de dichos factores</p>	<p>SGP</p> <p>TCLD</p>



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	<p>inspección, vigilancia y control de productos de uso y consumo</p> <p>Desarrollar programas de promoción y prevención de enfermedades zoonóticas</p>					
<p><b>Deficiencia en el acceso y cobertura de salud para la población migrante venezolana.</b></p>	<p>Implementar programas de atención primaria de salud que aborden las necesidades específicas de la población migrante venezolana con jornadas de salud en áreas con alta concentración de migrantes, donde se ofrezcan servicios de atención médica básica, atención prenatal, vacunación, salud mental, entre otros.</p> <p>Continuar con la ampliación de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a la población migrante venezolana. Esto podría incluir la simplificación de los procesos de afiliación y la promoción de la inscripción en el régimen.</p> <p>Brindar capacitación específica al personal de salud sobre las necesidades médicas y culturales de la población migrante venezolana que incluya sensibilización sobre las enfermedades prevalentes en Venezuela, barreras lingüísticas, y la importancia de ofrecer un entorno de atención sensible a la diversidad cultural.</p> <p>Establecer programas de salud mental dirigidos a la población migrante venezolana, que incluyan servicios de asesoramiento psicológico, apoyo emocional y tratamiento para trastornos de estrés postraumático u otras</p>	<p>Bajo cobertura en salud en población migrantes</p> <p>Desarrollo de talleres de sensibilización a la población migrantes Venezolana, que les permita reconocer derecho y deberes</p>	<p>Alcaldía - Departamento administrativo Distrital de Salud</p>	<p>Cooperante</p>	<p>Toda la población migrante tenga la posibilidad de afiliarse a una EPS que garantice su acceso a los servicios de salud</p> <p>Garantizar a las poblaciones vulnerables las herramientas que conlleven a mejorar su calidad de vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta la atención de enfoque diferencial y manejo integral</p>	



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
	<p>condiciones relacionadas con la migración.</p> <p>Sostener mecanismos de coordinación intersectorial entre el sector salud, organizaciones no gubernamentales, agencias de cooperación internacional, instituciones educativas y otros actores relevantes para garantizar una respuesta integral y coordinada al fenómeno migratorio.</p>					
<b>Deficiencia al acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva</b>	<p>Fortalecimiento de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en las instituciones de salud pública que garanticen la disponibilidad de servicios integrales de salud sexual y reproductiva incluyendo educación anticoncepción, atención prenatal, parto seguro, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Promover en las instituciones los derechos sexuales reproductivos, incluyendo derecho a la información, toma de decisiones informada la privacidad y confidencialidad.</p> <p>Brindar capacitación al personal de salud en prestación de servicios sensibles al Género, cultura apropiada, para garantizar acceso equitativo de calidad a todas las personas.</p> <p>Coordinación entre instituciones de salud y educación para que se garantice una educación integral en salud sexual reproductiva desde edades tempranas.</p>	<p>Implementación de cursos en materia de educación y reproducción sexual en las instituciones educativas.</p> <p>Fortalecer la educación sexual y reproductiva desde los niveles básicos de educación, dejando de verlo como un tabú y entendiéndolo como un punto importante y necesario en la salud general del ser humano.</p> <p>Promover una educación sexual integral que brinde información clara y precisa sobre la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Mejorar el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva para los jóvenes. Además, es fundamental fomentar una cultura de respeto y responsabilidad sexual.</p>				



Problemática	Respuesta institucional e intersectorial	Respuesta social	Actor responsable	Posición o rol del actor o sector	Intereses	Contribución/ Gestión de conflictos
<p><b>Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles.</b></p>	<p>Sostenibilidad y fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica que permita detectar, monitorear responder a brotes, epidemias de enfermedades transmisibles</p> <p>Sostenibilidad y Fortalecimiento de los programas de inmunización, mejora de la coberturas y la promoción de la confianza de la población en las vacunas</p> <p>Fortalecimiento en los sistema de salud en la capacitación del personal de salud y la mejora de infraestructura y los recursos</p> <p>Fortalecimiento en la intervención prevención y control de enfermedades transmisibles como tuberculosis, zoonosis y las ETV, que son multifactorial y requiere de un enfoque integral donde se considere la compleja interacción entre los animales, el entorno y la salud humana.</p>	<p>Campañas encaminadas a prevención de dengue, leptospirosis, IRA, EDA</p> <p>Campañas educativas de prevención en manejo de aguas, para prevención de enfermedades.</p> <p>Contaminación ambiental, incluyendo los cuerpos de agua, propagación del dengue, de enfermedades de la piel, leptospirosis</p> <p>Condiciones geográficas y ambientales riesgos zona insular, por incremento de enfermedades transmisibles</p>				

Fuente: Elaboración propia, Mesa técnica



# 5

Capítulo

## **Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio.**



**DADXS**

**¡Unidos por una salud  
digna y humanizada!**



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

Dando cumplimiento al de la resolución 100 de 2024 este capítulo se desarrolló con la siguiente metodología, una vez construidos los núcleos de inequidad socio sanitaria producto de la cartografía social y de la elaboración de los tres primeros capítulos, se procedió a diligenciar el rol de los actores frente a cada uno de los problemas o situaciones en salud teniendo en cuenta la respuesta institucional, social, los intereses y la contribución de los mismos. El proceso de priorización fue realizado a través de dos mesas técnicas convocadas por el ente territorial DADIS (Departamento Administrativo Distrital De Salud) , la cuales se desarrollaron en dos sesiones de cuatro horas, contando con la logística y apoyo de las representantes de la política Proyecto de Apoyo Integral al Sistema de Salud en Migración – PAISS.

Para el ejercicio se iniciaron las mesas con la lectura del orden del día, las cuales incluían la socialización de la metodología de priorización, en primera instancia se proyectó como fue la construcción de los tres primeros capítulos con los datos y fuentes de los mismos, posteriormente se presentó el lineamiento y la forma como establece la priorización.





La puntuación de los núcleos de inequidad socio sanitaria para su priorización se basa en los siguientes criterios:

**Magnitud:** criterio que permite determinar el tamaño de un problema o necesidad. Hace referencia a la identificación de las características de las personas afectadas (grupos de edad, sexo, etnia, situación o condición, área geográfica), el comportamiento de los daños en el transcurso del tiempo, para determinar tendencias en la variación por regiones. Se refiere a qué tan grande e importante es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas. Se refiere a qué tan grande e importante es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas. Se va a definir por cuartiles:

- Baja: 1 cuartil (0 a 25%).
- Medio: 2 cuartil (26 a 50%).
- Alto: 3 cuartil (51 a 75%)
- Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%).

**Pertinencia Social e intercultural:** Interés de la comunidad “cualidad de algo de corresponderse totalmente con su contexto”, Es la medición entre una necesidad real (tangible) de interés en salud pública, ante una percepción formal de la comunidad obtenida a través del ASIS participativo. En este caso la pregunta a responder es ¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto

**Trascendencia:** permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales, socioeconómicas, socioculturales de los daños en salud en las personas, las familias, las comunidades y el territorio. Da cuenta de qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo Indicadores que se pueden usar: AVPP, ausentismo laboral, ausentismo escolar, AVISA.

También dan cuenta los siguientes indicadores sociales:

- Grado de desintegración familiar y social
- Alcoholismo
- Violencia,
- Farmacodependencia
- Discapacidad o invalidez
- Marginación social y laboral
- Dependencia impuesta a causa de un problema de salud

- Duración del dolor experimentado

La pregunta orientadora fue ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?

Se definió por cuartiles.

- Baja: 1 cuartil (0 a 25%).
- Medio: 2 cuartil (26 a 50%).
- Alto: 3 cuartil (51 a 75%)
- Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%)

Para la capacidad de intervención, se determinó a partir de dos categorías: Factibilidad y Viabilidad

Factibilidad: se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, a través de las autoridades regionales, los planes nacionales de salud, el ministerio de salud, agencias, voluntarios y/o otras fuentes de intervenir y jerarquizar la resolución de los problemas de salud. Para algunos autores se refiere al costo – eficiencia de las actividades, y a la estimación de los resultados que se obtendrán utilizando recursos de costo conocido. Eficiencia de las actividades, y a la estimación de los resultados que se obtuvo utilizando recursos de costo conocido.

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto

Viabilidad: es la posibilidad de llevar un programa de salud con la voluntad política. Hace referencia al personal humano capacitado, recursos materiales e infraestructura, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio.

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto

Una vez socializados los criterios de priorización se procedió a la presentación de la matriz, diseñada internamente para hacer de la puntuación un ejercicio amigable y fácil de diligenciar, utilizando una escala del 1 al 10 en donde 1 es bajo y 10 muy alto además de dividirlos por percentiles se le agregaron colores para semaforizar el grado de cumplimiento de los criterios para la priorización.

De acuerdo a la disposición del lugar (salón de eventos hotel Barlovento) se dispuso a los asistentes en mesas agrupados por temáticas, en donde además de proyectar se hizo entrega en medio físico del siguiente formato de puntuación previamente explicado con los núcleos de inequidad socio sanitaria.



**Tabla 83. Priorización ASIS Cartagena 2023.**

PRIORIZACIÓN ASIS CARTAGENA 2023											
PROBLEMATICAS	CRITERIOS	Bajo			Medio			Alto		Muy alto	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático	Magnitud								■		
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.	Magnitud							■			
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inmunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.	Magnitud						■				
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida	Magnitud							■			
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Entornos laborales de la economía popular y comunitaria con deficiencia de condiciones seguras y saludables por ausencia de medidas de promoción de la salud, prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral asociado a desconocimiento y baja percepción de los riesgos por parte de los trabajadores	Magnitud									■	
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles	Magnitud						■				
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal relacionada a Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal y las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las que mujeres desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal	Magnitud							■			
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles	Magnitud						■				
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Deficiencia al acceso integral a lo servicios de salud sexual y reproductiva	Magnitud									■	
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										
Morbimortalidad evitable por limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.	Magnitud								■		
	Pertinencia										
	Trascendencia										
	Factibilidad de la intervención										
	Viabilidad de la intervención										

En la siguiente tabla se muestra la consolidación final de la puntuación y el resultado final de la priorización de los núcleos de inequidad socio sanitaria teniendo en cuenta cada uno de los criterios con sus respectivas definiciones y la relación con cada problema o necesidad en salud. Luego de realizar el ejercicio de puntuación las profesionales encargadas de la construcción del documento ASIS 2023 del Distrito de Cartagena de Indias, pasaban por cada puesto de los asistentes para recibir la herramienta la cual fue sistematizada ingresando los valores de manera inmediata y socializada con los

líderes de programa y asistes entre ellos la subdirectora del Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, directores operativos.

**Tabla 84. Priorización ASIS Cartagena 2023.**

PRIORIZACIÓN ASIS CARTAGENA 2023											Sumatoria	Ponderación General	
PROBLEMATICAS	CRITERIOS	Bajo			Medio		Alto		Muy alto				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático	Magnitud								32			32	147
	Pertinencia					10			8	9		27	
	Trascendencia			3					16	9		28	
	Factibilidad de la intervención						6		16	9		31	
	Viabilidad de la intervención						6	7	16			29	
Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.	Magnitud							21		18		39	184
	Pertinencia				4		6	7	8	9		34	
	Trascendencia						12		16	9		37	
	Factibilidad de la intervención					5		14	8	9		36	
	Viabilidad de la intervención						6	14		18		38	
Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inmunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.	Magnitud							28			10	38	189
	Pertinencia				4			14		9	10	37	
	Trascendencia				4			7	8	9	10	38	
	Factibilidad de la intervención						12	7		9	10	38	
	Viabilidad de la intervención							14		18	6	38	
Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida	Magnitud									36	10	46	208
	Pertinencia			3					8	9	20	40	
	Trascendencia			3					8		30	41	
	Factibilidad de la intervención						6	7		27		40	
	Viabilidad de la intervención						6		8	27		41	
Entornos laborales de la economía popular y comunitaria con deficiencia de condiciones seguras y saludables por ausencia de medidas de promoción de la salud, prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral asociado a desconocimiento y baja percepción de los riesgos por parte de los trabajadores	Magnitud						24				10	34	159
	Pertinencia					5	18				10	33	
	Trascendencia						18		8		10	36	
	Factibilidad de la intervención				4	5	12		8			29	
	Viabilidad de la intervención			3		5	12	7				27	
Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles	Magnitud									27	10	37	189
	Pertinencia						6		8	27		41	
	Trascendencia						6		8	18		32	
	Factibilidad de la intervención						6			32		38	
	Viabilidad de la intervención						6		8	27		41	
Aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal relacionada a Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal y las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las que mujeres desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal	Magnitud								32		10	42	226
	Pertinencia							7	24		10	41	
	Trascendencia							7	8	9	30	54	
	Factibilidad de la intervención								8	18	20	46	
	Viabilidad de la intervención						6		8	9	20	43	
Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles	Magnitud								18	9	10	35	171
	Pertinencia								8	9	10	36	
	Trascendencia							7		18	10	36	
	Factibilidad de la intervención						12			18		30	
	Viabilidad de la intervención							7	8	9	10	34	
Deficiencia al acceso integral a lo servicios de salud sexual y reproductiva	Magnitud							7	16	9		32	154
	Pertinencia							14	8	9		31	
	Trascendencia							14	16	9		32	
	Factibilidad de la intervención						6	7	16			29	
	Viabilidad de la intervención							14	2			30	
Morbimortalidad evitable por limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.	Magnitud								16			16	84
	Pertinencia									18		18	
	Trascendencia									18		18	
	Factibilidad de la intervención								16			16	
	Viabilidad de la intervención								16			16	

Tabla 85. Matriz de Priorización

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención
	¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?
Problemas					
Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO
Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.	ALTO	MUY ALTO	ALTO	ALTO	MUY ALTO
Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inmunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.	ALTO	ALTO	MUY ALTO	MEDIO	MUY ALTO
Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO
Entornos laborales de la economía popular y comunitaria con deficiencia de condiciones seguras y saludables por ausencia de medidas de promoción de la salud, prevención de accidentes y	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO
Aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal relacionada a Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal y las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las que mujeres desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal	ALTO	ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO
Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles	ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO
Deficiencia al acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.	ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	ALTO	ALTO

Finalmente se consolidó en el anexo 2 matrices de priorización el resultado del ejercicio socializado con todos los asistentes



de las dos mesas técnicas realizadas para el ejercicio de puntuación.



## **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 ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

El análisis de situación construido con la participación activa de los actores institucionales y comunitarios en el territorio, ha permitido identificar las problemáticas con una visión más amplia desde el sentir de las comunidades, así como la capacidad de respuesta que se ha 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 esto se anexa matriz . Anexo 1

### **Conclusiones**

En el análisis participativo con la metodología de la cartografía social con la participación de las comunidades de las diferentes localidades del Distrito de Cartagena y diferentes actores, se listaron las necesidades sentidas tanto de la comunidad como de los diferentes actores y se concluye.

La situación de salud en las localidades de Cartagena de Indias presenta una serie de desafíos comunes que afectan la calidad de vida de sus habitantes. Entre las problemáticas identificadas se encuentran la insuficiencia de personal en las instituciones de salud, problemas de inundación y contaminación, falta de gestión para mejorar la accesibilidad y seguridad en espacios públicos, puntos críticos de accidentes, focos de contaminación, enfermedades comunes y riesgos ambientales. Estos problemas tienen un impacto directo en la salud y el bienestar de la comunidad, limitando el acceso a servicios básicos, exponiendo a riesgos ambientales y de seguridad, y afectando la calidad de vida de los residentes. Para abordar estas problemáticas de manera integral y efectiva, se requiere una acción coordinada y colaborativa entre las autoridades locales, la comunidad y los diferentes actores involucrados en cada localidad. Algunas posibles soluciones para mejorar la situación de salud en las localidades de Cartagena incluyen:

1. Fortalecer la infraestructura de atención de salud y educativa para garantizar acceso equitativo y servicios de calidad para todos los habitantes, especialmente en áreas marginadas y con necesidades específicas.
2. Implementar medidas de prevención y control de enfermedades como el dengue, la leptospirosis e hipertensión entre otras.
3. Mejorar la gestión de residuos y la protección del entorno natural para reducir la contaminación y prevenir riesgos ambientales.
4. Promover la inclusión de personas con discapacidad en espacios públicos y mejorar la accesibilidad en parques y áreas recreativas.
5. Implementar estrategias de seguridad vial en puntos críticos de accidentes para reducir los riesgos de lesiones y accidentes.
6. Fortalecer la atención primaria en salud y ampliar el talento humano en el sector salud para garantizar una atención de calidad para todos los habitantes.
7. Realizar acciones de promoción y prevención de la salud para abordar enfermedades comunes y mejorar la calidad de vida de la población.

Los núcleos de inequidad identificados en el ASIS de Cartagena abarcan una amplia gama de áreas que impactan la salud y el bienestar de la población. Estos incluyen deficiencias en el manejo integral de factores de riesgo de salud mental,

limitaciones en el acceso a servicios de salud, falta de atención especializada en poblaciones vulnerables, aumento de la mortalidad infantil por enfermedades prevalentes, morbilidad materna, mortalidad materna y perinatal, entornos laborales con condiciones inseguras, deficiente acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, intervención inadecuada en enfermedades transmisibles, y problemas relacionados con la salud ambiental y el cambio climático. Abordar los núcleos de inequidad requiere un enfoque integral, intersectorial y participativo que priorice la equidad, la prevención y la promoción de la salud en todos los aspectos de la vida de la población de los Cartageneros.

Dentro de las primeras cinco priorizaciones de acuerdo a las problemáticas definidas y las puntuaciones dadas por los diferentes actores en la mesa técnica se encuentra en su orden: Aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal relacionada a Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal y las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las que mujeres desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal, seguido de la Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida, en tercer lugar con la misma puntuación se encuentra Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles, y Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas causada por enfermedades prevalentes en la primera infancia (IRA, EDA, desnutriciones inmunoprevenibles) con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores; cuarto lugar Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud y en quinto lugar Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles.

Luego de priorizar los problemas identificados por la mesa técnica, se procede a plantear las transformaciones en salud o posibles soluciones a dichas problemáticas. Para ello, se aprovechó el espacio de trabajo con los líderes de programa y personal técnico y profesional de la entidad de salud del Departamento Administrativo de Salud (DADIS), donde se identificaron las posibles soluciones a cada una de las causas raíz de los problemas priorizados. .

Estas transformaciones buscan dar respuesta a todas las necesidades de salud identificadas, alineándolas con los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública, teniendo en cuenta los objetivos y resultados esperados de los mismos, así como los pilares y componentes del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo. y Resolutivo.

Con este ejercicio se da por finalizado el Análisis de Situación de Salud (ASIS) participativo, para dar paso al componente estratégico del Plan Territorial de Salud. En esta etapa, a las transformaciones identificadas se les asignarán metas de resultado y de producto, asociadas a bienes y servicios del nivel territorial, con el fin de cumplir con la apuesta en salud del territorio.

Las transformaciones en salud representan las soluciones propuestas para abordar las problemáticas identificadas en el ASIS, alineadas con los instrumentos de planificación en salud y el modelo de atención vigente. Su implementación efectiva permitirá avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de la población del territorio.