



<https://sigob.cartagena.gov.co/SeguimientoCorrespondencia?id=noQ6cXa0whhwHtPcxGYI085nmQ%2FYKDOa8JjqE9E4zeE%3D>

Cartagena de Indias D. T y C., viernes, 12 de diciembre de 2025

Oficio AMC-OFI-0202417-2025

CERTIFICACION DISTRITO DE CARTAGENA

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD - DADIS

De conformidad con las competencias normativa de la Ley 715 del 2001, artículo 43, que dispone entre otras, que 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 las situaciones dl municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación.

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

CERTIFICA QUE:

Fue actualizado el documento para el Distrito de Cartagena Vigencia 2025 y el siguiente aval da cuenta que cumple con 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 requerida, toda vez que utilizo la información enviada para su actualización.



<https://sigob.cartagena.gov.co/SeguimientoCorrespondencia?id=noQ6cXa0whhwHtPcxGY1085nmQ%2FYKDOa8JjqE9E4zeE%3D>

- (III) Que la Entidad del ente Territorial autoriza al Ministerio de salud y Protección Social a la publicación del documento en el Repositorio institucional – Digital RID con el fin que el ASIS sea consultado por los usuarios internos y externos entre ellos los órganos de control y los más interesados.

Atentamente

RAFAEL NAVARRO ESPAÑA

Director del Departamento Administrativo de salud

DADIS Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias

dirrecciondadis@cartagena.gov.co

RESPONSABLE	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Proyectó	Ethel Marina Hadechni Meza.	Ref.: ASIS Distrito Cartagena	
Revisó	Mónica Jurado Márquez	Directora Operativa de Salud Pública	
	Eva Masiel Pérez	Lider del Programa VSP	
Aprobó (si aplica)	Amaury Padilla Salcedo	Subdirector DADIS	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma del remitente.			



Alcaldía Mayor de
Cartagena de Indias



DADXS



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Cartagena



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

2025

CON EL MODELO DE
DETERMINANTES SOCIALES
DE SALUD

DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS

DADXS |

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD

**DUMEK TURBAY PAZ
ALCALDE MAYOR DE CARTAGENA**

**RAFAEL NAVARRO ESPAÑA
DIRECTOR DADIS**

**MONICA JURADO MÁRQUEZ
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**

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**

**ASESORES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL:
ANDREA JOHANNA AVELLA TOLOSA
JORGE ANDRES DAZA HUERFANO
GRUPO DE PLANEACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA - DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA**

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD – DADIS
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C 2025.**

Tabla de Contenido

Lista de Tablas	5
Lista de Figuras	6
Lista de Mapas	8
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	10
METODOLOGÍA	12
ACTORES IDENTIFICADOS	14
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES	17
SIGLAS	18
1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	20
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL	20
1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica	20
1.1.2. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio	26
1.2. CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRÁFICO	31
1.2.1. Estructura demográfica	34
1.2.3. Movilidad forzada	39
1.2.4. Población LGBTIQ+	40
1.2.5. Población habitante de calle	40
1.2.6. Población migrante	41
1.2.7. Población Campesina	42
1.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD	43
1.3.1. Servicios habilitados IPS y Otros Indicadores de sistema sanitario en el Distrito de Cartagena en el 2023	44
1.3.2. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Cartagena	45
1.4. GOBIERNO Y GOBERNANZA EN EL SECTOR SALUD	46
2. CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES	51
2.1. PROCESOS ECONÓMICOS Y CONDICIONES DE TRABAJO DEL TERRITORIO	51

2.2. CONDICIONES DE VIDA DEL TERRITORIO	55
2.2.1 Equipamiento institucional del sector educativo	55
3. CAPÍTULO III. 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.	69
3.1. Análisis de la morbilidad.....	69
3.1.1. Principales causas y subcausas de morbilidad.....	69
3.1.2 Morbilidad Específica en Salud Mental.....	73
3.1.3. Morbilidad de eventos de alto costo	74
3.1.4. Morbilidad de eventos precursores	75
3.1.5. Eventos de notificación.....	76
3.1.6. Análisis de la población en condición de discapacidad	78
3.2. Análisis de la mortalidad.	79
3.2.1 Mortalidad general por grandes causas (Ajuste de tasas por edad).....	79
3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo	83
3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	95
3.2.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez	97
3.2.5. Cartografía Social	104
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	121
CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	123
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	129

Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución del distrito de Cartagena por extensión territorial y área de residencia, 2025.....	21
Tabla 2. Organización territorial del Distrito de Cartagena, 2025.	22
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde los corregimientos hacia el área urbana del Distrito, 2025.	26
Tabla 4. Amenazas del Cambio Climático: Situación Actual y Futura en Cartagena de Indias.	29
Tabla 5. Proporción de población por pertenencia étnica, Cartagena 2025.	33

Tabla 6. Proporción de la población por curso edad Distrital de Cartagena 2020, 2025 y 2030.	36
Tabla 7. Otros indicadores de la dinámica de la población del Distrito de Cartagena 2024.	38
Tabla 8. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud por EAPB en el Distrito de Cartagena.	46
Tabla 9. Semaforización y tendencia de los indicadores de educación, Distrito de Cartagena, 2014-2023.	58
Tabla 10. Otros indicadores de ingreso, del Distrito de Cartagena 2018.	58
Tabla 11. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Distrito de Cartagena, 2014-2024.	61
Tabla 12. Principales causas de Consultas por subgrupo de Causas -Distrito de Cartagena 2024.	72
Tabla 13. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo y precursores Distrito de Cartagena, 2017-2024.	75
Tabla 14. Eventos precursores del Distrito de Cartagena, 2017 -2024.	76
Tabla 15. Evento de notificación obligatoria con incremento en la notificación en el 2024 con respecto a 2023.	77
Tabla 16. Personas valoradas procedimientos de certificado de discapacidad a corte de 10 de diciembre del 2025.	78
Tabla 17. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del Distrito de Cartagena 2015-2024*	94
Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 año, por cada 1.000 nacidos vivos, según la lista de los 16 grandes grupos, Distrito de Cartagena, 2015 – 2024*	95
Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años, por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena 2015-2024*	96
Tabla 20. 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, Distrito de Cartagena 2015-2024*	97
Tabla 21. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Distrito de Cartagena 2015 - 2024*	99
Tabla 22. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por pertenencia étnica del Distrito de Cartagena, 2015 – 2024.	100
Tabla 23. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del Distrito de Cartagena, 2015 – 2024.	101
Tabla 24. Principales causas de mortalidad, Cartagena 2024*	101
Tabla 25. Criterios problemas de Priorización de problemas y necesidades en salud	124
Tabla 26. Propuesta Territorial y de Respuesta.	129

Lista de Figuras

Figura 1. Estructura piramidal de la población víctima del Distrito de Cartagena a corte del 8 de agosto del 2025	32
--	----

Figura 2. Pirámide poblacional de Cartagena, 2020, 2025 y 2030.....	35
Figura 3. Comparación entre las tasas de crecimiento natural, y las tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del Distrito de Cartagena 2015 a 2024.....	37
Figura 4. Comportamiento de las tasas de fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años y 15 a 19 del Distrito de Cartagena 2015 a 2024.....	39
Figura 5. Pirámide población extranjera del Distrito de Cartagena, Colombia, 2025. 41	
Figura 6. Morbilidad Atendida por Curso de Vida 2024 y cambios proporcionales 2024–2023 Distrito de Cartagena.....	69
Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad del Distrito de Cartagena, 2015 – 2024*.	81
Figura 8. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas, Distrito de Cartagena 2015 a 2024*.	82
Figura 9. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos, por grandes causas, en hombres, Distrito de Cartagena 2015 a 2024*.	82
Figura 10. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos, por grandes causas, en mujeres, Distrito de Cartagena 2015 a 2024*	83
Figura 11. Tasa de mortalidad ajustadas por edad para las enfermedades transmisibles general del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.	85
Figura 12. Tasas de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2024*.	85
Figura 13. Tasa de mortalidad ajustadas por edad para las neoplasias general del Distrito de Cartagena 2015– 2024*.	87
Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Neoplasias en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.	87
Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en población general del Distrito de Cartagena 2014 – 2024*.	89
Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2024*.	89
Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en población en general del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.	90
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.	91
Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en población general del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.	92
Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.	93
Figura 21. Las deficiencias en el abordaje integral de la atención materno-perinatal	107
Figura 22. Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyen prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida, debido a factores socioeconómicos, la desigualdad y exposición a situaciones de estrés crónico.	108
Figura 23. Deficiencia en las intervención, prevención y control de enfermedades no trasmisibles	109
Figura 24. Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles	111
Figura 25. La morbimortalidad evitable se origina en la limitada implementación de la gestión de salud pública, lo que interrumpe la conexión entre los Determinantes	

Sociales de la Salud y los resultados sanitarios. Esta deficiencia es producto del déficit de Gobernabilidad y Gobernanza, el cual debilita la capacidad rectora para la vigilancia de servicios y, simultáneamente, impide la coordinación intersectorial y la participación social efectiva, fracasando en la mitigación sostenida de los determinantes que afectan a la población.....113

Figura 26. El acceso diferencial a los determinantes sociales y ambientales114

Figura 27. Deficiente atención integral en salud individual y colectiva con enfoque étnico y diferencial por barreras sociales, económicas, geográficas, informativas y culturales que inciden en las condiciones de salud y bienestar de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera y otras poblaciones por condición y/o situación en los diferentes cursos de vida.116

Figura 28. Los entornos laborales de la economía popular y comunitaria118

Lista de Mapas

Mapa 1. División político - administrativa y límites del Distrito de Cartagena de Indias 21

Mapa 2 Localización de principales emergencias por localidad Distrito de Cartagena 30

PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) integra procesos sistemáticos y analíticos que caracterizan, miden y explican el proceso salud-enfermedad en individuos, familias y comunidades. Este instrumento ofrece una visión integral de las dimensiones del proceso salud-enfermedad en el Distrito de Cartagena, sirviendo como insumo clave para orientar la formulación de políticas públicas. Estas se materializan mediante acciones concretas con ordenadores sectoriales e intersectoriales, que buscan transformar la situación de salud de individuos, familias y comunidades, promoviendo el bienestar general.

En Colombia, el ASIS se realiza a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, siguiendo una metodología estandarizada y ampliamente difundida en la *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*. Su aplicación ha permitido identificar con éxito los principales efectos en salud relevantes para el Proceso de Planeación Integral en Salud, vinculado al Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Este proceso abarca la formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud.

El Departamento Administrativo de Salud Distrital de Cartagena (DADIS) entrega a consideración del alcalde, los secretarios de Gobierno y sus equipos, la sociedad civil, la academia y otros actores relevantes, los hallazgos del Análisis de Situación de Salud correspondiente a 2025. Se espera que este documento impulse la preparación de análisis sectoriales orientados a la toma de decisiones, así como su implementación efectiva acciones mediante planes y programas enmarcados en agendas de transformación sostenible. El objetivo es elevar la situación de salud y el rendimiento de los sistemas de servicios de salud en el Distrito de Cartagena, reduciendo las desigualdades e inequidades sociales que propician las 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 ASÍS 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 socio sanitaria 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 de la última 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. Se realizó el análisis de las condiciones de la población afiliada a partir de la información disponible en el micro sitio del ASIS del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual se constituye como una fuente secundaria oficial. Esta información fue utilizada para la caracterización de la población afiliada, considerando variables demográficas, sociales y de condiciones de salud, así como para la identificación de situaciones relevantes y brechas en salud.

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 2015 al 2024* (dato preliminar), 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.

Metodología de la cartografía social

1. Presentación de los participantes: Para iniciar el desarrollo de la agenda, se realizó la presentación de cada uno de los asistentes. Los participantes se organizaron en una mesa redonda y comenzaron las presentaciones en sentido horario. Cada intervención incluyó el nombre completo, el territorio representado, la trayectoria como líder o lideresa, los logros alcanzados en la comunidad y los proyectos futuros dentro de su territorio.
2. Presentación del equipo de gestión: El equipo de gestión del Plan de Salud Pública del Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) y de la Secretaría del Interior también fue presentado. Se socializaron las actividades misionales de las instituciones y los procesos representados por cada uno de los miembros del equipo.
3. Socialización del propósito de la jornada: Luego, se socializó el propósito de la jornada, lo que dio paso a la distribución equitativa de los grupos según número, sector y diversidad de actores. Se formaron dos grupos, a cada uno de los cuales se les entregaron materiales para el desarrollo de la actividad (papel periódico, croquis del Distrito de Cartagena, que incluía la zona rural e insular, marcadores, lapiceros, lápices negros, borradores y sacapuntas).
4. Asignación de roles: En la asignación de roles, se aclaró que no era necesario tener habilidades específicas para participar, ya que el objetivo era que todos los integrantes del grupo participaran activamente. Los roles asignados fueron: moderador, relator, dibujante y apoyo logístico.
5. Identificación de convenciones: Considerando la importancia de identificar y graficar lugares característicos y cotidianos del territorio relacionados con situaciones y problemas de salud, se socializaron las convenciones proporcionadas por el Ministerio de Salud. Además, se dio espacio para incluir nuevas convenciones que permitieran identificar más problemáticas, según lo considerado

por los participantes.

6. Elaboración del mapa y apertura del diálogo: Para este paso, el auditorio se organizó en dos mesas redondas para facilitar la visualización del mapa y el dibujo más preciso posible del croquis de su territorio. Este espacio de diálogo permitió a los participantes identificar las diferentes problemáticas y situaciones de salud presentes en su territorio, las cuales fueron socializadas con el resto del auditorio.
7. Diligenciamiento de la matriz: Para organizar la información recolectada durante los espacios participativos, se dispuso de una matriz que fue diligenciada a lo largo de la actividad. En ella se consignaron las problemáticas identificadas, asociándolas a los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública. Además, se detalló cómo esas problemáticas afectaban la salud en los diferentes territorios y comunidades, y se establecieron las posibles acciones sectoriales e intersectoriales para abordar los problemas de salud identificados.
8. Socialización de resultados e identificación de núcleos de inequidad socio sanitaria: Uno de los productos de la cartografía social son los "núcleos de inequidad socio sanitaria", los cuales sirven como herramienta para sintetizar los problemas y necesidades en salud, reuniendo los determinantes sociales de la salud con las características propias del territorio. Esto se hizo teniendo en cuenta la relación entre salud, enfermedad y atención, así como los vínculos y relaciones entre ellos. De manera paralela, se fue proponiendo y seleccionando el posible eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública, a través del cual se pueden transformar las realidades identificadas.

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
- ❖ **Etnias:** se refiere a un grupo social que comparte características culturales, lingüísticas, históricas, y a menudo una ascendencia común. Estas características pueden incluir tradiciones, creencias, costumbres, rituales, y una identidad compartida que une a los miembros del grupo. A lo largo de la historia, el concepto de etnia ha sido utilizado para clasificar y diferenciar a los seres humanos según sus diferencias culturales, raciales y geográficas.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Dr. Amaury Padilla Salcedo: Subdirector - DADIS

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. Pedro José Borre Herrera: 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. Ernesto Rueda Monroy: 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 Támara - P.U. Programa de Gestión

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



Alcaldía Mayor de
Cartagena de Indias



DADXS



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

CAPITULO UNO



CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

DADXS



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 7.583,47 ha 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 Km², equivale a 2.3% del total de la extensión del departamento de Bolívar (24.978 Km²). 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 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 (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución del distrito de Cartagena por extensión territorial y área de residencia, 2025.

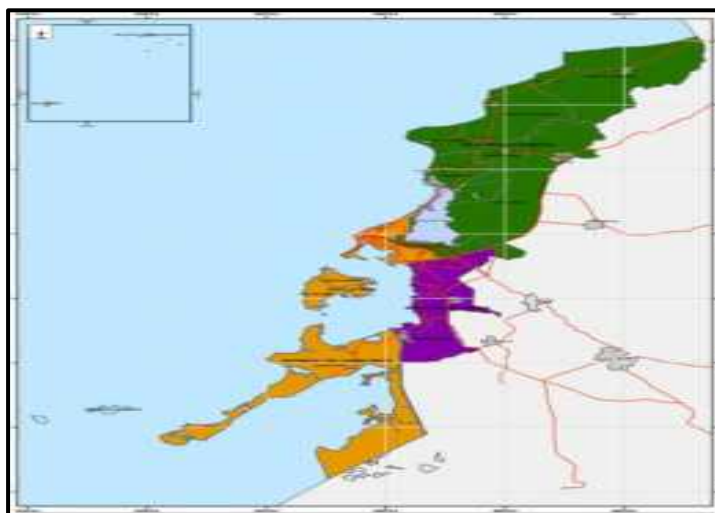
Distrito	Extensión Urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
CARTAGENA	76,0 Km	12.19%	547 Km	87.81%	623 Km	100%

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°3). A su vez, las tres localidades están divididas en quince Unidades Comuneras de Gobierno Urbanas y en doce Unidades Comuneras de Gobierno Rurales.

Las Unidades Comuneras 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, 2025.

Localidades	Unidades Comuneranas de Gobierno (UCG)		Barrios	
	Rurales	Urbanas	Urbanos	Rurales
Histórica y del Caribe Norte Área 162 km ²		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 Comuneros - 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	

De la Virgen y Turística Área 371 km2	Arroyo Grande Arroyo de Piedra Ponteuzuela Bayunca	UCG # 10	UCG # 10: El Bosque - Alto Bosque - Los Cerros - San Isidro - República de Chile - Altos de San Isidro - Nuevo Bosque - Bosquecito	Arroyo Grande Arroyo de Piedra Ponteuzuela Bayunca
		UCG # 4	UCG # 4: La María - La Quinta - Barrio Obrero- La Esperanza - La Candelaria - Alcibia - Las Delicias-Boston.	
		UCG # 5	UCG # 5: Tesca viejo- Tesca nuevo- República del Líbano - Chiquinquirá - Olaya Herrera (COM 5)- Villa Olímpica	
		UCG # 6	UCG # 6: Olaya Herrera - Fredonia - Nuevo Paraíso -Las Américas- El Pozón - Villa Estrella-Villas de la Candelaria- Colombiatón-Ciudad Bicentenario- Flor del Campo	
Industrial de la Bahía Área 89 km2	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	Punta canoa La Boquilla
		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: 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-	NA

			Sectores Unidos- La Sierrita- Nelson Mandela-Villa Hermosa- Rosedal-Ciudadela 2000- Cesar Flórez	
		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 Micro territorios

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.

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 micro territorio 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.

Micro territorio: 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 lata dispersión hasta 500 familias en zonas de alta concentración como capitales y municipios con urbano. Incluye tanto hogares como dinámicas comunitarias, ambientales e institucionales, considerándose la unidad mínima de intervención socio sanitaria 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**

Malla vial

El sistema vial de Cartagena presenta limitaciones, con un 30% de las vías en malas condiciones, aunque ha mejorado ligeramente en los últimos años. En 2020, el 71.6% de la malla vial estaba en buen estado. La ciudad cuenta con importantes arterias viales como la Avenida Pedro de Heredia y el Corredor de Carga, que la conectan con rutas nacionales clave, como las que van hacia Barranquilla, Bayunca y Turbaco. Sin embargo, el sistema enfrenta desafíos en cuanto a cobertura y organización, lo que fomenta el uso de transporte informal, especialmente en áreas menos accesibles.

El transporte público de Cartagena se organiza en 87 rutas, distribuidas entre colectivos, buses convencionales, el sistema Transcaribe y el transporte acuático, cubriendo 83,1 km en la ciudad. Transcaribe, que atiende a 70.000 usuarios diarios, es el sistema más importante, cubriendo un 55% de la demanda. Además, la ciudad dispone de terminales terrestres para conectar con otras partes del país, y el sistema vial estructurante conecta Cartagena con la región Caribe y el resto del país, destacando rutas como la Carretera de la Cordialidad. A pesar de los avances, la ciudad aún enfrenta desafíos para mejorar la cobertura y optimizar la infraestructura vial (Tabla 3).

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde los corregimientos hacia el área urbana del Distrito, 2025.

Corregimientos	Población Total – 2024	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
BOQUILLA	19.524	3.58	15 Minutos	Terrestre
BAYUNCA	22.989	13.42	45 Minutos	Terrestre
PASACABALLOS	20.845	3.16	35 Minutos	Terrestre
ISLA FUERTE	1382	150	5 horas	Acuático

Fuente: Planeación Distrital-Calculo hecho por DANE, después de CNPV-2018, acorde a las diferentes fuentes de información primaria - Cálculos post COVID 19

Transporte aéreo

El Aeropuerto Internacional Rafael Núñez ha mostrado una recuperación y crecimiento sostenidos después del fuerte impacto generado por la pandemia de COVID-19 en 2020. En 2019, antes de la crisis sanitaria, la terminal movilizaba 4,75 millones de pasajeros, con una operación robusta que incluía vuelos nacionales e internacionales frecuentes. Sin embargo, como ocurrió con la mayoría de aeropuertos del mundo, en 2020 su capacidad operativa cayó de manera significativa.

Crecimiento sostenido post pandemia, los datos recientes muestran no solo una recuperación completa de la operación, sino un crecimiento histórico:

2022: 7,2 millones de pasajeros; 2023: 6,4 millones de pasajeros; 2024: 7,5 millones de pasajeros (16% de crecimiento), Este aumento posiciona a 2024 como el año de mayor movilización en la historia del aeropuerto, superando ampliamente los niveles pre pandemia de 2019 (4,75 millones). En diciembre de 2024 se presentan cifras que evidencian la consolidación del aeropuerto como un nodo estratégico para el turismo y la movilidad: 671.000 pasajeros movilizados en el mes, 511.000 nacionales (+12%), 159.000 internacionales (+19%), El 29 de diciembre fue el día de mayor actividad histórica: 24.500 pasajeros en un solo día. Estos incrementos reflejan una demanda turística creciente, asociada a temporada alta, reactivación económica y mayor oferta de vuelos.

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

1.1.2.1. Características físicas del territorio

Cartagena posee un clima tropical semiárido, con una temperatura anual promedio de 27,9°C y alta humedad relativa del 90%. Las lluvias se distribuyen en dos períodos, abril-mayo y septiembre-noviembre, alternando con épocas secas como el "Veranillo de San Juan". Los vientos marinos suavizan el calor, pero la ciudad es vulnerable al cambio climático,

especialmente al aumento de la temperatura y la subida del nivel del mar, que podría afectar sus ecosistemas costeros y los manglares. Además, el relieve plano y colinado agrava esta vulnerabilidad, ya que zonas costeras propensas a inundaciones y erosión se ven amenazadas por la urbanización y el cambio climático. La ciudad cuenta con una red hídrica crucial, que incluye la Ciénaga de la Virgen y la Bahía de Cartagena, pero estos ecosistemas también están en riesgo. Para mitigar estos impactos, Cartagena ha implementado políticas de protección ambiental, como la conservación de humedales, reforestación y manejo de zonas costeras, priorizando la sostenibilidad frente al cambio climático.

Importancia ecológica y vulnerabilidad

Los cuerpos de agua de Cartagena, como la Ciénaga de la Virgen y la Ciénaga de la Quinta, son fundamentales para la biodiversidad y la sostenibilidad ambiental de la ciudad, desempeñando un rol crucial en la regulación hídrica y climática. Sin embargo, enfrentan graves amenazas debido a la contaminación por residuos sólidos, aguas residuales y conexiones ilegales, así como la sedimentación y las alteraciones causadas por actividades humanas, como la construcción del Canal de Bocagrande. Estas intervenciones han transformado la morfología de los ecosistemas y afectado la calidad del agua. La Ciénaga de la Virgen y la Ciénaga de la Quinta, vitales para el sistema marino-lagunar, están gravemente deterioradas, lo que pone en riesgo tanto la salud ambiental como la calidad de vida de los habitantes.

Aire:

La calidad del aire en Cartagena es un tema prioritario debido a su estrecha relación con la actividad industrial, especialmente en las industrias petroquímicas, químicas y plásticas. Estas generan emisiones que afectan tanto al medio ambiente como a la salud pública. El Sistema de Vigilancia de Calidad del Aire (SVCA) monitorea contaminantes como PM2.5, PM10 y ozono en cuatro estaciones, mostrando que las concentraciones de PM2.5 generalmente se mantienen dentro de los límites permisibles, aunque en zonas como la Zona Franca y Bocana se superan ocasionalmente. Sin embargo, los niveles de PM10 superan los límites en varias estaciones, lo que plantea riesgos para la salud, como enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Además, la deforestación en Cartagena, causada por la explotación de canteras, expansión urbana y quemas, agrava la situación, impactando la cobertura vegetal, la estabilidad del suelo y los recursos hídricos. Para mejorar la calidad de vida de los habitantes, es urgente implementar estrategias sostenibles que aborden tanto la contaminación del aire como la pérdida de recursos naturales.

Impactos ambientales y en la salud:

Los impactos ambientales de Cartagena están estrechamente relacionados con la reducción de la cobertura vegetal, lo que afecta la capacidad de los ecosistemas para regular el ciclo del agua y prevenir la erosión del suelo. Esta pérdida de vegetación aumenta el riesgo de deslizamientos y desertificación. Además, la destrucción de hábitats naturales reduce la

biodiversidad, alterando los ecosistemas y afectando su resiliencia. La deforestación también aumenta la exposición a vectores como mosquitos y garrapatas, lo que favorece la propagación de enfermedades como la malaria.

La erosión y la sedimentación son otros efectos críticos causados por la explotación de canteras y la deforestación. Estas actividades generan acumulación de sedimentos que enturbian el agua, limitan la luz solar y reducen la oxigenación, afectando la calidad del agua y la vida acuática. En las áreas costeras, la alteración de ecosistemas como los manglares y hábitats de tortugas también compromete la biodiversidad. La contaminación, generada principalmente por la actividad industrial y el mal manejo de residuos, agrava estos problemas, afectando tanto la salud de los ecosistemas acuáticos como la seguridad alimentaria de las comunidades locales.

El rápido proceso de urbanización en Cartagena también ha traído consigo impactos negativos en la calidad del aire y del agua. La expansión urbana ha aumentado la emisión de contaminantes, afectando la salud respiratoria de los habitantes, mientras que la contaminación del agua por desechos industriales y domésticos pone en riesgo la salud pública. Además, la urbanización ha llevado a la pérdida de hábitats naturales, reduciendo la biodiversidad y alterando los ciclos hidrológicos, lo que aumenta el riesgo de inundaciones.

Cartagena de Indias enfrenta serios desafíos debido al cambio climático, especialmente por su ubicación costera. Fenómenos como la erosión, inundaciones y eventos extremos impactan la salud, la infraestructura y la economía local. Las enfermedades relacionadas con el agua, el desplazamiento de comunidades y el daño a infraestructuras críticas son algunas de las consecuencias directas del cambio climático en la ciudad. El aumento del nivel del mar proyectado para 2040 amenaza áreas clave, como la Ciénaga de la Virgen, el Centro Histórico y barrios como Bocagrande, que enfrentan un alto riesgo de erosión.

El cambio climático afecta especialmente a las comunidades más vulnerables, como las islas cercanas a Cartagena, donde las personas enfrentan la pérdida de viviendas, seguridad alimentaria y acceso a servicios básicos. La urgencia de implementar medidas de adaptación es clara para proteger tanto a las personas como a la infraestructura. Es esencial una colaboración estrecha entre el gobierno y las comunidades locales para mitigar el impacto climático, salvaguardar el turismo y garantizar un desarrollo sostenible en la ciudad. Abordar estas problemáticas de manera equitativa es clave para el bienestar de Cartagena (Tabla 4).

Tabla 4. 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

Influencia del fenómeno de la niña en el distrito de Cartagena

En 2022, los pronósticos del IDEAM y la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres advirtieron un incremento del 40 % en las lluvias, lo que elevó significativamente los riesgos climáticos en Cartagena, especialmente por inundaciones, erosión costera y afectaciones a los ecosistemas. Como consecuencia, manglares y arrecifes enfrentaron pérdida de biodiversidad, mientras que la población sufrió inundaciones, desplazamientos y un mayor riesgo de enfermedades transmitidas por vectores, lo que evidenció la necesidad de fortalecer la protección de los ecosistemas y mejorar la infraestructura de drenaje.

Posteriormente, en 2023, las lluvias intensas generaron 34 emergencias, afectando principalmente sectores como Olaya Herrera y El Pozón. Además, el 80 % de los canales y caños se desbordaron, impactando a cerca de 110.000 personas y profundizando la vulnerabilidad urbana, lo que puso de manifiesto la urgencia de mejorar la planificación territorial y la gestión del riesgo. En 2024, aunque la Oficina de Gestión del Riesgo de Desastres del Distrito reportó 304 emergencias, solo 49 (16 %) estuvieron asociadas a lluvias e inundaciones. De manera positiva, la tasa de personas afectadas por desastres naturales disminuyó de 40 por cada 100.000 habitantes en 2023 a 5,38 en 2024, lo que representó una reducción de más de 37.000 personas afectadas (de 42.730 a 5.740). Este avance se relaciona con acciones preventivas como la limpieza de 50 canales durante 2024; sin embargo, persisten zonas críticas donde las emergencias se repiten de forma recurrente, entre ellas Pie de la Popa, Socorro, San Pedro, Manga, Bocagrande, María Auxiliadora, Pablo Sexto y La María, lo que indica que, pese a los progresos, aún se requieren intervenciones estructurales y sostenidas para reducir de manera duradera la vulnerabilidad climática de la ciudad. Mapa 2.

Mapa 2 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

La ciudad utiliza un enfoque técnico y de colaboración entre sectores públicos y privados para mitigar estos riesgos y preparar respuestas efectivas. Con el Plan Distrital de Gestión del Riesgo, Cartagena trabaja en la gestión integral de amenazas, protegiendo su patrimonio y su desarrollo en un contexto de vulnerabilidad territorial. Entre las amenazas más destacadas, los huracanes representan un riesgo creciente, con impactos como marejadas, mar de leva e inundaciones, especialmente a raíz del cambio climático. La tormenta tropical Iota en 2020 afectó gravemente a Cartagena, dejando más de 31,000 familias damnificadas y dañando sectores como el Centro Histórico y zonas agrícolas. Este evento subrayó la necesidad de respuestas coordinadas y medidas de mitigación para reducir las pérdidas y reconstruir las áreas afectadas.

Los vendavales en Cartagena son fenómenos repentinos que combinan vientos de hasta 60 km/h con lluvias intensas y tormentas eléctricas, provocando daños en viviendas, cultivos y redes eléctricas. Afectan principalmente a comunidades vulnerables con viviendas de baja calidad y zonas agrícolas, y para mitigar su impacto, se recomienda reforzar la infraestructura y mejorar la planificación urbana, implementando barreras naturales para reducir la exposición.

Las inundaciones, especialmente en zonas bajas cerca del mar y cuerpos de agua, son un riesgo recurrente en Cartagena debido a fenómenos climáticos y sistemas de drenaje deficientes. Eventos históricos como las inundaciones de 2010 y 2016 evidencian la gravedad del problema, afectando a miles de personas. Esto resalta la necesidad urgente de reforzar los sistemas de alerta temprana y tomar medidas para mitigar estos riesgos.

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

La erosión costera en Cartagena y Bolívar afecta tanto las playas como la plataforma marina

somera, siendo un fenómeno impulsado por factores naturales y actividades humanas como el oleaje y la extracción de recursos. Zonas como Galera Zamba, Punta Canoa y Tierra Bomba están entre las más vulnerables, con la erosión que amenaza la infraestructura y la vida costera. El Proyecto de Protección Costera implementado en Cartagena ha sido efectivo en algunas áreas, pero el aumento del nivel del mar sigue representando un gran riesgo, subrayando la necesidad de continuar con acciones preventivas.

El diapirismo de lodos, o volcanismo de lodo, es otro fenómeno geológico presente en zonas como Bayunca y Punta Canoa, donde la presión de gases y materiales arcillosos genera levantamientos del terreno y grietas. Este fenómeno, que puede causar daños estructurales y la emisión de gases, requiere un monitoreo constante debido a su impacto en viviendas y su entorno. A pesar de los pocos registros históricos de accidentes tecnológicos en Cartagena, la alta concentración industrial en áreas de Mamonal, presenta riesgos significativos debido a posibles derrames, fugas de gas o explosiones, lo que exige medidas de seguridad para proteger tanto a las comunidades como a las instalaciones.

1.2. CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRÁFICO

Población total.

La actualización de las proyecciones poblacionales post-COVID-19 para el Distrito de Cartagena muestra que la ciudad tendría 1.017.616 habitantes en 2020, 1.065.881 en 2025 y 1.086.441 en 2030. Estas cifras provienen de los ajustes realizados tras la pandemia, incorporando cambios en mortalidad, natalidad y migración. En contraste, las estimaciones previas al COVID-19 proyectaban para 2020 una población ligeramente superior, alrededor de 1.028.736 habitantes, lo que evidencia una reducción cercana al 1 % en las proyecciones actualizadas. Esta diferencia se relaciona con los efectos directos de la pandemia, como el incremento de la mortalidad y con factores asociados como la disminución de la natalidad y variaciones en los flujos migratorios.

La densidad poblacional de Cartagena de Indias en 2025 se estima en 1.710 habitantes por km², con una marcada concentración en el área urbana. El 88,31 % de la población (941.289 personas) vive en la zona urbana, mientras que solo el 11,69 % (124.592 habitantes) reside en el área rural; es decir, por cada 100 habitantes rurales hay 755 urbanos. Esta distribución es resultado de un proceso continuo de urbanización impulsado por la pobreza en zonas rurales e insulares, la falta de empleo y las mayores oportunidades y servicios disponibles en la ciudad. Este crecimiento urbano acelerado genera presión sobre la vivienda, los servicios públicos y la infraestructura, mientras que las zonas rurales quedan rezagadas en inversión y desarrollo. La densidad y el desequilibrio territorial observados reflejan un modelo de urbanización que plantea importantes desafíos para el adecuado desarrollo y la satisfacción de las necesidades básicas de la población del distrito.

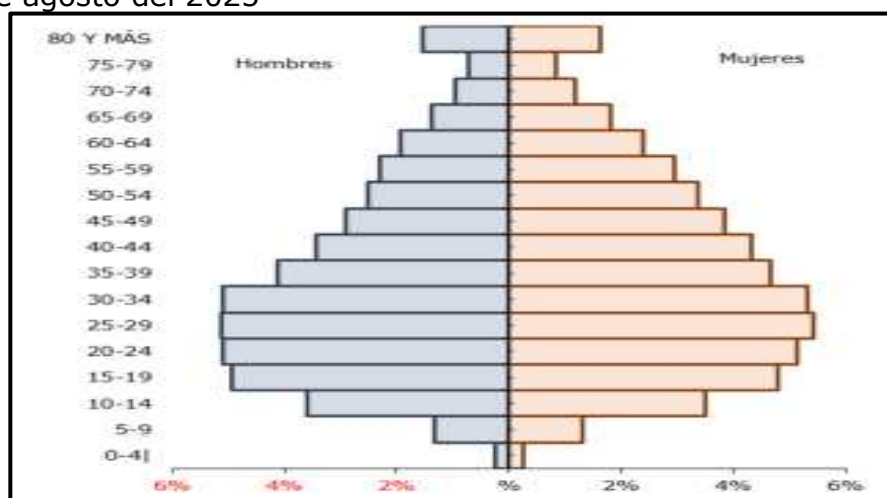
Composición De La Población Víctima

En el año 2025, el Registro Único de Víctimas (RUV) del Distrito de Cartagena reportó, al 8 de agosto, un total de 109.846 personas víctimas, distribuidas en 51.811 hombres (47,2%) y 58.035 mujeres (52,8%), lo que evidencia un predominio del grupo femenino. En los rangos de infancia y adolescencia (0-19 años), las cifras por sexo son similares, aunque los hombres superan ligeramente en los grupos de 10-19 años. A partir de los 20 años, las mujeres comienzan a prevalecer numéricamente, tendencia que se intensifica en la edad adulta: por ejemplo, en 25-29 años se registran 5.622 hombres y 5.979 mujeres, y en 35-39 años, 4.526 hombres frente a 5.123 mujeres.

Esta brecha se acentúa notablemente desde los 55 años en adelante, especialmente en adultos mayores, con 1.524 hombres versus 1.993 mujeres en 65-69 años, y 1.686 hombres contra 1.798 mujeres en 80 años y más. Factores como la mayor esperanza de vida femenina y condiciones sociales explican esta feminización progresiva de la población víctima con el avance de la edad, lo cual resulta clave para diseñar estrategias de atención y reparación integral diferenciadas por género y grupo etario.

De la población **víctima por etnia** en Cartagena presenta notable diversidad étnica, siendo la mayoría quienes no reportan pertenencia a una etnia específica (75,8%). Los a negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendientes constituyen el grupo étnico más grande entre los registrados 11.624 (13,1%) y en menor medida indígenas 885 (0,77%), raizales 45 (0,04%) y ROM 57 (0,05%). Estos datos subrayan la importancia de fortalecer estrategias diferenciales, mejorando el registro y la visibilidad de todos los grupos étnicos para garantizar una atención equitativa y adecuada.

Figura 1. Estructura piramidal de la población víctima del Distrito de Cartagena a corte del 8 de agosto del 2025



Fuentes: Cubo RUV, Corte: diciembre 8 de agosto del 2025

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.

La población estimada del municipio para el año 2025 es de 1.065.881 habitantes, de los cuales: 88% reside en la cabecera municipal, 12% en centros poblados y rural disperso, Composición étnico-racial, la mayoría de la población no se reconoce dentro de un grupo étnico, con 839.824 personas (78,7%). El grupo diferenciado más numeroso corresponde a personas negras, mulatas o afrodescendientes, con 222.076 habitantes (20,8%), manteniendo su rol histórico y cultural predominante en Cartagena. Otros grupos étnicos presentan una participación muy reducida: Indígenas: 1.676 (0,16%), Palanqueros(as): 1.707 (0,16%), Raizales: 579 (0,05%), Rrom: 19 (0,002%). Ver (Tabla 5)

Tabla 5. Proporción de población por pertenencia étnica, Cartagena 2025.

AREA GEOGRAFICA	Indígena	Gitano(a) o Rrom	Raizal Archipiélago de San andres, Providencia y Santa catalina	Palenquero (San bacilio)	Negro mulato(a) afrodescendiente, afrocolombiano(a)	Ningún grupo etnico - racial
Cabecera	918	18	523	1.685	159.921	778.224
Centro Poblado y Rural Disperso	758	1	56	22	62.155	61.600
Total	1.676	19	579	1.707	222.076	839.824

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

Entre 2005 y 2018, el censo en Cartagena mostró cambios en el auto reconocimiento

étnico, con "ningún grupo étnico" como el más frecuente, seguido de negro/mulato, palanquero, raizal y gitano. Se observaron reducciones significativas: indígenas -11,5% (de 1.469 a 1.300), gitanos -98,2% (de 911 a 16), raizales -58,8% (de 1.166 a 480), palanqueros -35% (de 2.212 a 1.436) y negro/mulato -43% (de 315.995 a 177.985).

En cuanto al uso de lengua nativa, en 2005 el grupo gitano/Rrom destacaba con 67,1%, aunque para 2018 (o 2015 en algunos datos) se redujo notablemente. Excepto indígenas, otros grupos mostraron aumentos atribuibles a estrategias de preservación cultural, transmisión intergeneracional y prácticas ancestrales.

Para indígenas, el pueblo Zenú predominó con 70,9% (922 personas) y crecimiento de 67,6% (+372 personas) respecto a 2005 (por cada 10 en 2005, 16 en 2018). En segundo lugar, Wayuu con 7,5% pero reducción de -38,9% (-62 personas).

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.

1.2.1. Estructura demográfica

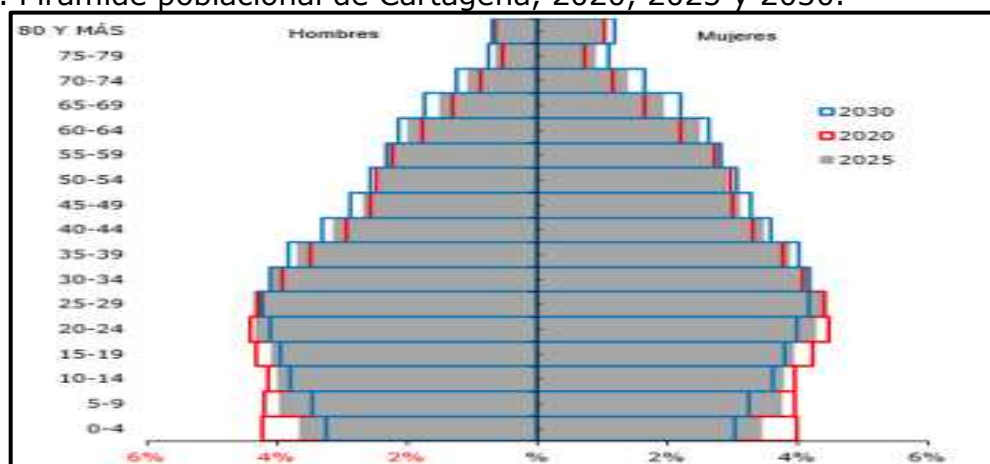
La pirámide poblacional de Cartagena muestra un cambio progresivo hacia una estructura más envejecida. En 2020 la pirámide tenía aún rasgos expansivos, con una base relativamente amplia; sin embargo, para 2025 adopta una forma más estacionaria debido a la disminución sostenida de la población infantil y al aumento de los adultos en edades intermedias. Para 2030, la base se reduce de manera más marcada y la pirámide adquiere características regresivas, reflejando una baja natalidad y un crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años.

En Cartagena, la pirámide poblacional muestra un envejecimiento continuo: grupos de 0-14 años disminuyen, adultos de 30-59 años aumentan por desplazamiento de personas mayores, y el crecimiento más notable ocurre en mayores de 60 años, especialmente en mujeres. Esto reduce la proporción de jóvenes, eleva la dependencia de adultos mayores y presiona sistemas de salud, pensiones, cuidado y servicios sociales, con impactos en el desarrollo económico, empleo y calidad de vida. Se requieren programas para mejorar la integración social y calidad de vida de ancianos,

ante el riesgo de menor fuerza laboral futura y crecimiento económico a largo plazo.

Al realizar este análisis se puede deducir que la esperanza de vida promedio de la población ha aumentado y la esperanza de vida después de los 60 años también tiende a ser alta dada el crecimiento en este grupo etario, lo que llevaría a condiciones de mejora en los ancianos (Figura 2).

Figura 2. Pirámide poblacional de Cartagena, 2020, 2025 y 2030.



Fuente: Proyección actualizada DANE post COVID 19 proyección 2020 -2035

Indicadores demográficos

Los principales indicadores demográficos muestran que para el año 2025 la población total se incrementó en 4,75% equivalente a 48.265 habitantes con respecto al año 2020. Al comparar los tres años se evidencia predominio de las mujeres. En 2025, las cifras son 513.880 hombres frente a 552.001 mujeres, lo que resulta en una relación hombres: mujer de 93.

Entre 2020 y 2030, Cartagena experimenta una clara transición demográfica caracterizada por un envejecimiento poblacional acelerado. La relación hombres: mujer se mantiene estable, con predominio femenino debido a su mayor longevidad. La razón niños: mujer y el índice de infancia disminuye, reflejando una caída sostenida en la natalidad y menor proporción de población infantil. El índice de vejez y envejecimiento aumentan significativamente, mostrando un crecimiento importante de la población adulta mayor. Esto se traduce en un menor índice de dependencia infantil y un aumento de la dependencia de adultos mayores, cambiando la estructura de soporte sobre la población económicamente activa. El índice de Friz confirma esta tendencia hacia una población más envejecida y menos joven. Estos cambios se explican por factores como la pandemia de COVID-19, que afectó la mortalidad y natalidad, crisis económicas, migraciones internas hacia áreas urbanas ha sido notable, con un aumento significativo en la población urbana. Esto puede estar relacionado con la búsqueda de mejores

oportunidades laborales y educativas. y por último el proceso natural de transición demográfica. En conjunto, estos fenómenos generan desafíos para la salud, pensiones y el desarrollo social de Cartagena, que deberá adaptar sus políticas a una población cada vez más longeva.

Entre 2020 y 2030, la población de Cartagena presenta una disminución relativa en los grupos de primera infancia (0-5 años) e infancia (6-11 años), pasando del 10 % al 8 % aproximadamente, evidenciando una reducción en la proporción de niños. La adolescencia (12-17 años) mantiene una frecuencia estable cercana al 9 %. La juventud (18-28 años) también se mantiene constante alrededor del 18-19 %, aunque con una leve disminución hacia 2030. La adultez (29-59 años) incrementa su peso relativo, creciendo del 39 % al 42 %, reflejando el envejecimiento de las cohortes. La población mayor de 60 años y más muestra un aumento notable, pasando del 12 % en 2020 al 15 % en 2030, indicando un proceso claro de envejecimiento demográfico. Estos cambios implican una menor proporción de niños y jóvenes y un aumento de adultos y personas mayores, lo que plantea retos para la planificación en salud, educación y servicios sociales en Cartagena (Tabla 6).

Tabla 6. Proporción de la población por curso edad Distrital de Cartagena 2020, 2025 y 2030.

Curso de Vida	2020		2025		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	100386	0,1	91549	0,09	82433	0,08
Infancia (6 a 11 años)	99024	0,1	99090	0,09	90295	0,08
Adolescencia (12 a 17 años)	100819	0,1	99925	0,09	99413	0,09
Juventud (18 a 28 años)	197755	0,19	201220	0,19	194652	0,18
Adultez (29 a 59 años)	398125	0,39	430568	0,4	452847	0,42
Persona mayor (60 años y más)	121507	0,12	143529	0,13	166801	0,15
Total	1017616	1	1065881	1	1086441	1

Fuente: Proyección actualizada DANE post COVID 19 proyección 2020 -2035

Esperanza de Vida

Para el Distrito de Cartagena no se encontraron datos de esperanza de vida discriminados, 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.**

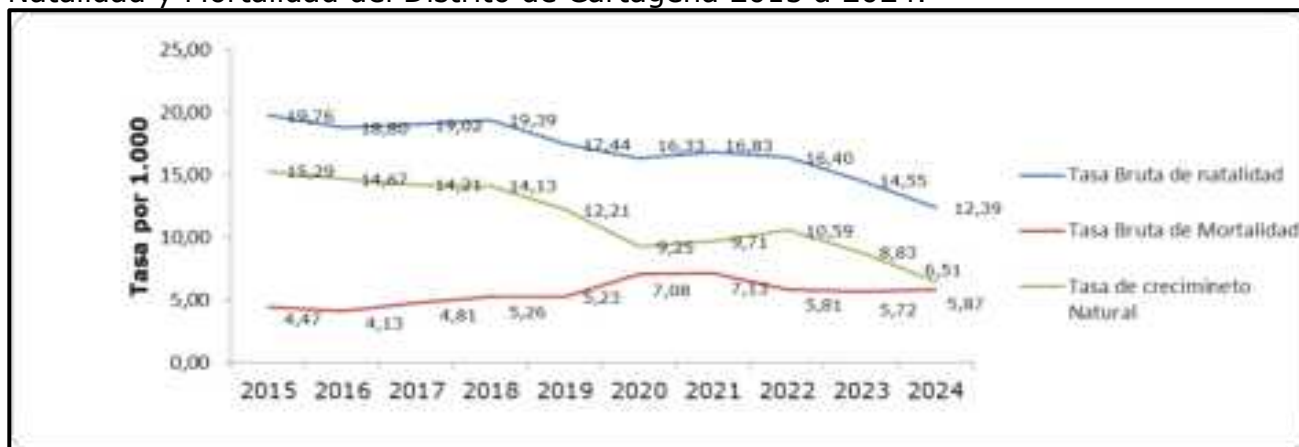
1.2.2. Dinámica demográfica

Tasa bruta de Natalidad: Entre 2015 y 2024, la tasa bruta de natalidad en Cartagena muestra una tendencia general a la baja, pasando de 19,76 por mil habitantes en 2015 a 12,39 en 2024. Esto indica una reducción sostenida en el número de nacimientos, reflejando posiblemente cambios sociales, económicos y demográficos como la urbanización y la menor fecundidad.

Tasa bruta de Mortalidad: la tasa bruta de mortalidad presenta un aumento significativo entre 2019 y 2021, alcanzando un pico de 7,13 en 2021, probablemente asociado al impacto de la pandemia de COVID-19, que incrementó la mortalidad. A partir de 2022, la mortalidad disminuye, pero se mantiene por encima de los niveles previos a la pandemia.

Crecimiento Natural: La tasa de crecimiento natural, muestra una clara disminución en este período, pasando de 15,29 en 2015 a 6,51 en 2024. Esta caída se explica por la combinación de natalidad en descenso y mortalidad temporalmente elevada. Además, el efecto de la migración neta también influye en el crecimiento poblacional, aunque no está directamente reflejado en estas tasas, pero podría mitigar o acentuar el crecimiento natural según los flujos migratorios (Figura 3).

Figura 3. Comparación entre las tasas de crecimiento natural, y las tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del Distrito de Cartagena 2015 a 2024.



Fuente: Bodega De Datos De SISPRO 2015-2024.

Otros indicadores de la dinámica de la población.

En el Distrito de Cartagena en lo relacionado con la capacidad reproductiva de la población en el 2024, se tiene que por cada 1.000 mujeres en edad fértil nacen en la ciudad aproximadamente 43 niños y una mujer en edad fértil tiene un promedio de 1.40 hijos. La fecundidad en la población adolescentes de 10 a 19 años fue de 20,36 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 1,04 por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años (Tabla 7).

Tabla 7. Otros indicadores de la dinámica de la población del Distrito de Cartagena 2024.

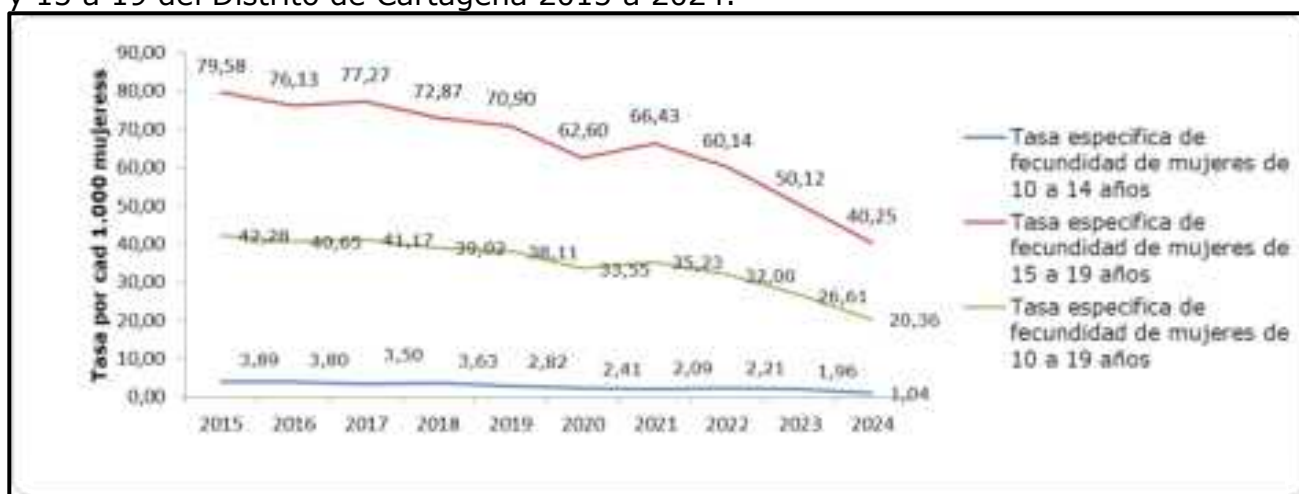
INDICADOR	2024
Tasa General de Fecundidad TGF (estimada por 1.000)	43
Tasa Global de Fecundidad	1,4
Tasa de Fecundidad específica de mujeres de 10 a 14 años	1,04
Tasa de Fecundidad específica de mujeres de 15 a 19 años	40,25
Tasa de Fecundidad específica de mujeres de 10 a 19 años	20,36

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO Cubos Materno Infantil 2005-2024, los nacimientos de 2024 por DANE

El embarazo adolescente en Cartagena ha mostrado variaciones significativas a lo largo de los años, con picos y descensos que reflejan tanto factores sociales como cambios en políticas de salud pública. En general, se observa una tendencia decreciente en las tasas de fecundidad tanto para adolescentes más jóvenes (10-14 años) como para el grupo de (15-19 años). En cuanto a la tasa de fecundidad en las adolescentes de 10 a 14 se disminuyó en un 47% y en los y en mujeres de 15 a 19 años se disminuyó en 19,6% comparado con el 2023.

Al comparar las tasas con la Nacional los embarazos de 15 a 19 años se encuentran por encima en donde el país registra una tasa de 30,26 por 1.000 mujeres, Cartagena la registra en 40,25 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años (Figura 4).

Figura 4. Comportamiento de las tasas de fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años y 15 a 19 del Distrito de Cartagena 2015 a 2024.



Fuente: Bodega De Datos De SISPRO - Cubos Materno Infantil 2015-2024

1.2.3. Movilidad forzada

En el Distrito de Cartagena de Indias, se estima según el cubo (RUV), generado a corte de septiembre del 2025, víctimas declaradas por desplazamiento forzado fue de 131.313 personas desplazadas, de los cuales 62.831 (48%) eran hombres y 68.478 (52%) mujeres, el resto intersexuales.

Por curso de vida se evidencia una mayor concentración en adultos de 29 a 59 años, quienes representan casi la mitad de los casos, seguidos por los jóvenes de 18 a 28 años, que constituyen el 24%. Estos dos grupos en edad productiva suman más del 69% del total, lo que evidencia un fuerte impacto sobre la población laboralmente activa. La niñez y la adolescencia reúnen el 14,2% de los casos, un grupo altamente vulnerable que requiere atención diferencial. Por su parte, las personas mayores de 60 años representan el 15,9%, mostrando que el desplazamiento también afecta a quienes poseen mayores necesidades de cuidado. En conjunto, la distribución por curso de vida revela que el desplazamiento forzado afecta a todas las edades, pero con mayor peso en la población adulta, lo que demanda respuestas integrales y diferenciadas.

La distribución de la población desplazada por etnia muestra que la mayoría, con 92.635 casos, no reporta pertenencia étnica, lo que evidencia posibles vacíos en la identificación y registro. Las comunidades afrodescendientes representan el grupo étnico más afectado, con 34.661 casos al sumar las categorías relacionadas con población negra y afrocolombiana, reflejando su histórica exposición al conflicto y la violencia territorial. La población indígena también presenta una afectación significativa con 3.241 casos, situación asociada a disputas por el control de territorios ancestrales. Aunque en menor magnitud, los grupos palenqueros, gitanos y raizales también registran casos de

desplazamiento, lo que subraya la necesidad de enfoques diferenciales para su protección cultural. En conjunto, los datos evidencian una afectación diversa que requiere fortalecer el registro étnico y adaptar las respuestas institucionales según las particularidades de cada grupo.

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 LGBTI+, 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 LGTBIQ+ 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 LGTBI, 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 victimizaste, de población LGTBI del 2005 al 2023 fueron 23, de los cuales el año que más muertes por hecho victimizaste se presentaron fue el 2017 con 7 casos, seguido del 2023 con 4 casos.

1.2.5. Población habitante de calle

Según cifras de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de la Alcaldía de Cartagena, en junio de 2024 se estimaban más de 1.200 habitantes de calle en la ciudad, con la mayoría concentrada en el Centro Histórico. Esta cifra refleja estabilidad respecto a años anteriores: 849 en 2021 (según censo DANE), 537 en 2022, 495 en 2023 y 584 en marzo de 2025, con una ligera disminución reciente. Entre los factores clave destacan el predominio masculino (92%), bajo porcentaje de migrantes (4,5% en 2022), adultos mayores (~12%) y un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas (437 casos en 2023), ligado principalmente a drogas y problemas familiares. El aseguramiento varía: 403 en 2021, 210 en 2022 y 481 en 2023, evidenciando avances en cobertura social.

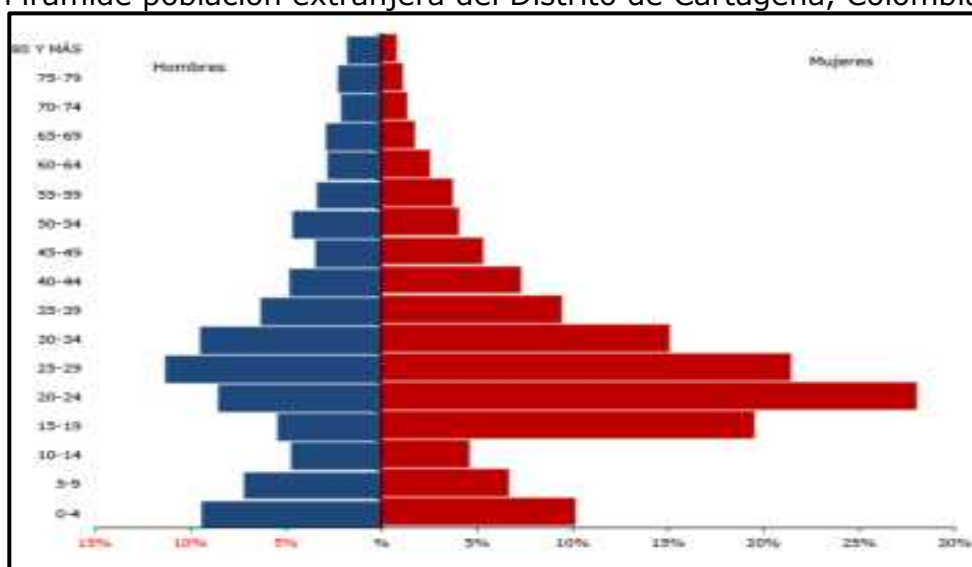
La mayor concentración geográfica se ubica en el Centro Histórico, en puntos como India Catalina, Puerto Duro, Plazas Cervantes, Benkos Biohó, Plaza del Joe, de la Paz, Getsemaní, alrededores del Centro Comercial Centro Uno y La Marina, debido a las condiciones de subsistencia disponibles. Le siguen corredores periféricos como el Mercado de Bazurto, Avenida del Lago, Martínez Martelo, Barrio San Pedro, Los Alpes, Santa Lucía, Ceballos y Pie de la Popa.

El distrito en el 2024 abrió un hogar de paso, ubicado en el barrio El Prado. Sus objetivos incluyen prevenir el aumento del fenómeno, restablecer derechos, instituciones articulars y fortalecer la política pública. Ofrece atención integral con alojamiento, alimentación, aseo personal, capacitación laboral, servicios de salud (curaciones), intervención psicológica, visitas familiares, acompañamiento a citas, educación física y trabajo social.

1.2.6. Población migrante

En 2024, la atención a población migrante en Cartagena se concentró en jóvenes y adultos en edad productiva, donde se registraron los mayores porcentajes relativos: 28% en el grupo de 20-24 años, seguido de 21% en 25-29 años y 19% en 15-19 años, lo que confirma una migración predominantemente joven y con alta participación femenina. En la niñez se mantienen porcentajes moderados, con 10% en 0-4 años y 7% en 5-9 años, lo que resalta necesidades de cuidado temprano. A medida que aumenta la edad, los porcentajes disminuyen progresivamente, situándose por debajo del 5% en adultos mayores, quienes representan una fracción reducida de la población migrante atendida. En conjunto, esta distribución evidencia mayores demandas en salud sexual y reproductiva, integración laboral y servicios para primera infancia dentro del sistema de atención local. (Figura 5).

Figura 5. Pirámide población extranjera del Distrito de Cartagena, Colombia, 2025.



Fuente: cubos.SISPRO.gov.co SGD_REGISTROS SGD-Nuevo Registro Discapacidad-Fecha de actualización 21/11/2024 - hora 06:04:08 PM.

En Cartagena, durante el periodo analizado, se registraron 5.686 atenciones en salud a población migrante. La gran mayoría corresponde a personas provenientes de

Venezuela, quienes representan el 66% de las atenciones, lo que confirma el impacto migratorio de este país en el territorio. Un 32% de los usuarios no cuenta con país de procedencia identificado, lo cual evidencia vacíos en el registro administrativo que pueden afectar la caracterización y atención diferencial. Los demás países tienen una participación muy baja: Ecuador con 1%, seguido por Perú y Brasil con proporciones que no alcanzan el 1%. Países como Nicaragua, Panamá y otros no reportan atenciones en el periodo. Estos datos demuestran que la respuesta en salud del Distrito debe seguir enfocándose en la población venezolana, fortaleciendo al mismo tiempo los sistemas de información para una mejor gestión de la movilidad humana.

En Cartagena, el total de atenciones a población migrante corresponde a 2.528 hombres y 4.014 mujeres, lo que representa un 61.3% de mujeres y 38.7% de hombres, reflejando una mayor demanda femenina de los servicios de salud. En primera infancia (0-5 años), los hombres representan el 12.1% de sus atenciones frente al 8.2% en mujeres, lo que indica una mayor atención dirigida a niños pequeños, posiblemente por enfermedades respiratorias y controles preventivos. En infancia (6-11 años) persiste esta tendencia, con 8.9% en hombres y 4.7% en mujeres, sugiriendo necesidades diferenciadas en el desarrollo temprano. En la adolescencia (12-17 años) se observa un cambio importante: las mujeres representan el 8.2% del total femenino atendido frente a 5.4% de los hombres, lo que puede asociarse a mayor atención en salud sexual y reproductiva. El mayor peso se concentra en la juventud (18-28 años), con 39.3% de las mujeres atendidas y 22.8% de los hombres, evidenciando una fuerte feminización en edad fértil y mayor exposición a riesgos sociales. En la adultez (29-59 años) la distribución es más equilibrada (37.9% en hombres y 34.3% en mujeres), reflejando necesidades de salud similares. Finalmente, en la vejez (60 años y más) los hombres tienen una mayor proporción de atenciones (13% vs. 5.2%), lo que podría estar asociado con mayor carga de enfermedades crónicas o falta de redes de apoyo.

1.2.7. Población Campesina

La caracterización realizada en 2024 a pequeños productores del Distrito de Cartagena ofrece una visión clara de la situación social, económica y productiva de la población rural. La agricultura continúa siendo una actividad esencial para la economía local y para la seguridad alimentaria, y la mayoría de los productores se identifican como parte de la Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria, tal como lo promueve la Ley 1876 de 2017. Esta caracterización buscó recopilar información sobre las características demográficas, socioeconómicas y productivas de los campesinos, así como sobre los desafíos y oportunidades que enfrentan en el 2024. Donde mediante el aplicativo Campo Innova del Ministerio de Agricultura recolectó datos de 953 usuarios de extensión agropecuaria en Cartagena, revelando un perfil socioeconómico vulnerable con estrés en pobreza y recursos financieros limitados. El 91,2% (869 personas) está registrado en el SISBEN, donde predomina el Grupo A de pobreza extrema (50,1%, 435 casos), seguido de B (pobreza moderada, 36,8%) y solo 1,5% en D (no pobre). Esto indica alta dependencia de subsidios

sociales y baja capacidad económica.

El 83,5% (796) no accede a créditos bancarios para producción, y el 63% no utiliza figuras de recursos económicos (principalmente "ninguno"). Solo el 16,2% recurre a bancos, reflejando barreras al financiamiento formal. En tenencia de predios, el 53% está en arriendo (503 casos, mayoritariamente sin registro ICA), y propiedad propia sin título afecta a 259, limitando beneficios y formalización económica. Acceso vial pobre (53,5% vías sin pavimentar, 34% malas) eleva costos logísticos. Comercialización se centra en plazas de mercado (45,3%), con ventas directas (14,8%) e intermediarios (10,6%); mano de obra es familiar (5%) o no calificada (3%), y 85,9% carece de licencias ambientales, frenando escalabilidad productiva. Brecha digital (18,6% sin internet) y agua limitada (41,5% temporal no potable) agravan las ineficiencias económicas

1.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD

En 2023, el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), junto con entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y diversas organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, consolidó una articulación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud en Cartagena. Acciones como jornadas de pre-registro y atención integral alcanzaron a 664 personas vulnerables, especialmente migrantes, reflejando un esfuerzo por garantizar el acceso a servicios esenciales. Estas iniciativas incluyen rutas de atención en salud, talleres de emprendimiento y habilidades de vida para adolescentes, y actividades de prevención de violencia de género, en colaboración con instituciones educativas, empresas privadas y organismos internacionales como USAID y la OIM. El fortalecimiento de alianzas entre DADIS, la Secretaría de Participación y Desarrollo Social, y otras entidades se enfocó también en la protección de personas con discapacidad y la promoción de la equidad de género. Programas dirigidos a garantizar la inclusión social y la equiparación de oportunidades abordan necesidades específicas en salud, educación y empleo. Asimismo, el trabajo articulado promueve talleres de empoderamiento para mujeres líderes, campañas de prevención de violencias basadas en género y estrategias de apoyo integral para las familias en situación de vulnerabilidad, fortaleciendo los principios de inclusión y justicia social.

Finalmente, la prevención del embarazo en adolescentes se destacó como prioridad, mediante actividades en 50 instituciones educativas del distrito, con el apoyo de la Universidad Rafael Núñez y entidades como Pro familia, Coosalud y Mutual Ser. Estas iniciativas incluyeron talleres sobre proyecto de vida, autoestima y salud sexual y reproductiva. La colaboración entre actores como el IDER, el Hospital Local Cartagena, la Secretaría de Educación y organizaciones internacionales subraya un compromiso conjunto por proteger el bienestar de la población joven, demostrando la efectividad de

una articulación multisectorial orientada al desarrollo humano integral.

1.3.1. Servicios habilitados IPS y Otros Indicadores de sistema sanitario en el Distrito de Cartagena en el 2023.

En el grupo de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, Entre 2015 y 2024 se observa un crecimiento notable en la oferta de servicios de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica: la toma de muestras de laboratorio clínico aumentó 38% (209 a 288 IPS), fisioterapia 70% (101 a 172), el servicio farmacéutico 26% (128 a 161), fonoaudiología más del 120% (71 a 157), y el laboratorio clínico 38% (93 a 128), lo que refleja un fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y terapéutica en el territorio. Sin embargo, al comparar 2023 con 2024, se evidencia una desaceleración, con disminuciones del 2% al 4% en toma de muestras (295 a 288) y servicio farmacéutico (168 a 161), estabilidad en fisioterapia (173 a 172), y ligeros incrementos en fonoaudiología (154 a 157) y laboratorio clínico (124 a 128). Esta dinámica sugiere que, aunque la oferta sigue siendo superior al nivel de 2015, en el último año se presenta una tendencia a la contención del crecimiento que requiere seguimiento. En el área de Consulta Externa, Entre 2015 y 2024 se evidencia un aumento importante en la habilitación de servicios asistenciales de baja y mediana complejidad, destacándose psicología con un crecimiento del 64% (de 173 a 284 IPS) y medicina general con un 34% de incremento (de 208 a 279 IPS). También se fortalecieron los servicios de enfermería (47%, de 150 a 221), nutrición y dietética (44%, de 134 a 193) y odontología general (6%, de 161 a 170), consolidando una mayor capacidad de atención integral en el territorio. No obstante, al comparar 2023 con 2024 se identifica una leve disminución en todos los servicios, con reducciones entre 1% y 5%, lo cual indica una desaceleración reciente en la expansión de la red de servicios habilitados.

En **Internación**, entre 2015 y 2024 se observa una reducción progresiva en la habilitación de servicios hospitalarios de mayor complejidad. El servicio de hospitalización general para adultos pasó de 41 a 34 IPS (−17%), mientras que el cuidado intermedio y el cuidado intensivo de adultos, aunque tuvieron un leve aumento en 2023, finalmente disminuyen en 2024 a 25 y 24 IPS respectivamente, manteniendo variaciones cercanas al −4% al −9% frente a 2015. De igual forma, los servicios pediátricos generales descendieron de 29 a 24 IPS (−17%) y obstetricia de 29 a 23 (−21%). Comparando 2023 con 2024, todos los servicios muestran una caída adicional entre 4% y 11%, lo que evidencia una pérdida continua de capacidad hospitalaria, especialmente en áreas críticas para la atención de poblaciones vulnerables como niños y gestantes.

En el área de **Urgencias**, entre 2015 y 2024 se evidencia una disminución sostenida en la habilitación del servicio de urgencias, pasando de 46 a 36 IPS, lo que representa una reducción del 22% en la capacidad instalada para la atención oportuna de eventos

agudos. Incluso en el periodo más reciente, entre 2023 y 2024, se observa un nuevo descenso del 3% (de 37 a 36 IPS), lo que sugiere un deterioro continuo en un servicio crítico para la respuesta inmediata en salud pública y emergencias. Esta tendencia puede generar mayor presión sobre la red existente, aumentando los tiempos de espera y dificultando el acceso oportuno a la atención de urgencias.

En el **Transporte Asistencial**, Entre 2015 y 2024 se observa una evolución variable en los servicios de transporte asistencial habilitados en el territorio. El transporte asistencial básico pasó de 39 a 41 IPS, lo que representa un crecimiento leve del 5%, aunque con una reducción reciente frente a 2023 (46 a 41), equivalente a un 11% de caída en el último año. En cuanto al transporte asistencial musicalizado, pese a un ligero aumento entre 2015 y 2023 (31 a 34), en 2024 se reduce a 29 IPS, registrando un descenso global del 6% y una disminución del 15% respecto al año inmediatamente anterior. Esta tendencia sugiere una pérdida reciente de capacidad en respuesta pre hospitalaria, especialmente en la atención de alta complejidad.

Entre 2015 y 2024 se evidencia un crecimiento importante en la oferta **quirúrgica** del territorio, especialmente en cirugía pediátrica, que pasó de 22 a 59 IPS habilitadas (+168%), consolidándose como el servicio con mayor expansión. También aumentaron cirugía general (33 a 40; +21%), ortopédica (27 a 37; +37%), ginecológica (28 a 34; +21%) y plástica-estética (24 a 34; +42%), lo que refleja un fortalecimiento en la capacidad resolutive hospitalaria. Sin embargo, al comparar 2023 con 2024 se observa una desaceleración, con disminuciones entre 3% y 8% en casi todos los servicios, lo que indica una ligera contracción reciente que requiere monitoreo para mantener la disponibilidad quirúrgica lograda en los últimos años.

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

En Cartagena, la cobertura de afiliación en salud se mantiene constante en el 100%, lo que garantiza el aseguramiento de toda la población inscrita. El régimen subsidiado evidencia un ligero crecimiento entre diciembre de 2023 (674.953) y agosto de 2025 (701.101), con un aumento proporcional cercano al 3.8%, aunque luego presenta una leve disminución hacia octubre de 2025 (697.821). El régimen contributivo muestra una tendencia más estable, con variaciones mínimas inferiores al 1%, sin incrementos sostenidos relevantes. Por su parte, el grupo de excepción y especiales mantiene un comportamiento prácticamente lineal, con variaciones menores al 2%. En conjunto, los datos indican que, aunque la cobertura es universal, el crecimiento proporcional del aseguramiento se concentra principalmente en el régimen subsidiado, lo que refleja condiciones socioeconómicas que mantienen a gran parte de la población dependiendo del apoyo estatal.

El total de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud asciende a 1.278.561 personas, de las cuales el 54,6% pertenece al régimen subsidiado, el 43,45% al contributivo y el 1,96% al régimen de excepción. La EPS con mayor participación es Salud Total, que concentra el 23,7% de los afiliados, seguida de Mutual Ser con un 19,3% y Coosalud con un 18,7%, reflejando una alta concentración del aseguramiento en tres entidades que agrupan más del 60% del total afiliado. En contraste, EAPB con menor representatividad como Famisanar y Alianza Salud no superan el 0,3%. El predominio del régimen subsidiado indica una mayoría de la población en condiciones de vulnerabilidad económica, mientras que la baja proporción del régimen de excepción reafirma que se trata de un grupo minoritario con características laborales específicas. En general, el aseguramiento se encuentra ampliamente distribuido, pero con fuerte concentración en pocas EAPB responsables de garantizar la atención en salud en el Distrito (Tabla 8).

Tabla 8. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud por EAPB en el Distrito de Cartagena.

Cantidad de Afiliados por EPS							
RÉGIMEN EPS NOMBRE ENTIDAD	CONTRIBUTIVO		ESPECIALES/EXCEPCIÓN		SUBSIDIADO		TOTAL
	Afiliados	%	Afiliados	%	Afiliados	%	Afiliados %
SALUD TOTAL EPS	223.266	40,19%			80.080	11,47%	303.346 23,73%
MUTUAL SER	57.427	10,34%			189.222	27,12%	246.699 19,30%
COOSALUD EPS	21.337	3,84%			219.829	31,51%	241.266 18,87%
EPS SURA	87.231	15,70%			23.838	3,42%	111.069 8,69%
NUEVA EPS	58.620	10,55%			48.740	6,98%	107.360 8,40%
EPS SANITAS	88.432	15,92%			14.941	2,14%	103.373 8,09%
CAJACORI EPS	4.819	0,87%			87.959	12,60%	92.778 7,26%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	2.370	0,43%			23.372	3,35%	25.742 2,01%
RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN			25.093	100,00%			25.093 1,96%
FAMISANAR	8.613	1,55%			9.790	1,40%	18.403 1,44%
FERRONALES - EAS	3.428	0,62%					3.428 0,27%
ALIANZASALUD EPS	3	0,00%					3 0,00%
COMPENSAR EPS	1	0,00%					1 0,00%
Total	555.547	100,00%	25.093	100,00%	687.921	100,00%	1.278.561 100,00%

Fuente: BDUA diciembre 2024.

1.4. GOBIERNO Y GOBERNANZA EN EL SECTOR SALUD

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 Comuneras 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.

En la medición del Desempeño Municipal de Cartagena de Indias se observa una tendencia positiva reciente. En gestión, el puntaje aumenta de 64,3 en 2020 a 73,5 en 2023, con un leve descenso en 2022 que luego se revierte, reflejando fortalecimiento en la capacidad administrativa y en componentes como movilización, ejecución, gobierno abierto y uso de herramientas tecnológicas. En resultados, aunque hay una caída desde 72,1 en 2020 hasta 64,2 en 2023, el nivel sigue siendo relativamente alto y evidencia retos para traducir la buena gestión en impactos sostenidos sobre la calidad de vida, especialmente en educación, salud, servicios públicos y seguridad, cuyos comportamientos son heterogéneos entre años. Para 2023, Cartagena alcanza 73,47 en gestión, 64,17 en resultados y un MDM de 73,09, superando ampliamente el promedio nacional de 55,54 y el promedio departamental de 44,32, lo que la posiciona como un municipio con desempeño sobresaliente dentro del departamento de Bolívar y por encima del estándar nacional.

Entre 2020 y 2023, Cartagena de Indias muestra una mejora sostenida en la Medición de Desempeño Municipal, pasando de 65,68 a 73,09 puntos, lo que indica un fortalecimiento general de la gestión local. La dimensión de Gestión también aumenta de 64,26 a 71,57, impulsada por el crecimiento de la movilización de recursos, donde el ingreso tributario y no tributario per cápita casi se duplica y la inversión con recursos propios también se incrementa de forma importante. La ejecución de recursos mejora de 59,74 a 64,59, aunque con altibajos, mientras que la eficiencia en el uso de regalías avanza de 40 a 75, evidenciando mayor capacidad para ejecutar proyectos financiados con estos recursos. En gobierno abierto y transparencia, los indicadores alcanzan valores cercanos o iguales a 100 en organización de la información, rendición de cuentas y atención al ciudadano para 2023, lo que refleja avances significativos en apertura institucional y servicio a la comunidad. Finalmente, en ordenamiento territorial se observa un progreso moderado, con incrementos en la tasa efectiva de recaudo y el mantenimiento del uso de instrumentos de ordenamiento, consolidando una gestión más sólida del territorio.

CONCLUSIONES

Cartagena se localiza en el norte de Colombia, a orillas del mar Caribe, y cuenta con una posición estratégica tanto desde el punto de vista geográfico como cultural. Su extensión territorial es de 623 km², conformada mayoritariamente por zona continental y un porcentaje menor correspondiente a su área insular. Limita con varios municipios y con el mar Caribe, condición que refuerza su importancia como puerto, destino turístico y nodo económico. La ciudad presenta una marcada diferenciación territorial, con sectores urbanos consolidados en torno al cerro de la Popa y amplias áreas rurales distribuidas en gran parte de su territorio. Su identidad histórica y cultural está estrechamente ligada al agua, albergando ecosistemas estratégicos y cuerpos hídricos que la hacen altamente vulnerable a los efectos del cambio climático. Esta compleja configuración física y

ambiental demanda una gestión territorial y ambiental eficiente, orientada a reducir riesgos y preservar su patrimonio natural y cultural.

La ciudad se organiza en tres localidades con unidades comunales urbanas y rurales, y 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 y Localidad 3 Industrial y de la Bahía: 167 microterritorio, lo que permite una administración más focalizada. Sin embargo, enfrenta importantes desafíos asociados a la urbanización acelerada, la contaminación ambiental, la movilidad, la deforestación y la presión sobre los servicios públicos, con impactos directos en la salud y la calidad de vida de la población.

La vulnerabilidad frente a eventos climáticos extremos, como inundaciones y erosión costera, evidencia la necesidad urgente de implementar políticas de adaptación y mitigación. La configuración territorial, caracterizada por una distribución desigual entre población urbana y rural y una alta diversidad étnica, incide directamente en las condiciones de salud. La concentración del 88,43% de la población en áreas urbanas, junto con su rápido crecimiento, ha incrementado la demanda de servicios básicos, atención en salud y bienestar social. La migración interna, impulsada por la búsqueda de mejores oportunidades, ha intensificado la urbanización, profundizando fenómenos como la pobreza urbana, la segregación social y el aumento de poblaciones en situación de vulnerabilidad, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes afectados por el desplazamiento forzado y la pobreza extrema.

La diversidad étnica del distrito, que incluye comunidades indígenas, afrodescendientes y población migrante, influye de manera significativa en las condiciones de salud. Estas comunidades, históricamente marginadas, enfrentan barreras culturales, sociales y económicas que limitan su acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud, profundizando las desigualdades existentes.

La estructura demográfica de Cartagena muestra una transición clara hacia el envejecimiento poblacional entre 2020 y 2030, con una reducción sostenida de la población infantil y un aumento de adultos mayores, especialmente mujeres. La pirámide poblacional evoluciona de expansiva a estacionaria y luego regresiva, reflejando una baja natalidad y mayor longevidad. La proporción de jóvenes se mantiene estable, pero con ligera disminución, mientras que la adultez y la vejez crecen en peso relativo. Estos cambios alteran la dependencia demográfica, aumentando la carga sobre la población económicamente activa para sostener a los mayores. Factores como la pandemia de COVID-19, crisis económicas, migración y urbanización acelerada explican este fenómeno. La esperanza de vida ha aumentado, lo que junto con el envejecimiento plantea desafíos en salud, pensiones y servicios sociales.

Frente a este escenario, Cartagena enfrenta el desafío de adaptar sus políticas públicas para garantizar la calidad de vida de una población cada vez más longeva y afrontar la reducción futura de la fuerza laboral. El envejecimiento poblacional se consolida como un reto central para el desarrollo sostenible del distrito, lo que exige políticas integrales que promuevan el bienestar, la equidad y el acceso oportuno a servicios de salud adecuados para todas las edades y grupos étnicos.

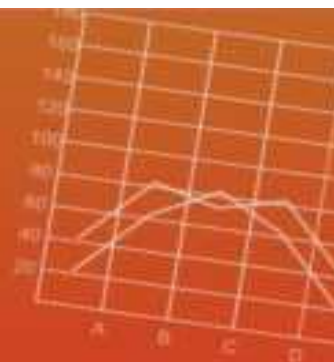
En este contexto, el fortalecimiento institucional se presenta como un elemento clave para mejorar las condiciones de salud de la población. La formulación e implementación de políticas públicas que respondan al crecimiento poblacional, respeten la diversidad cultural y étnica, y reduzcan las brechas sociales será fundamental para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud. Asimismo, la planificación territorial debe considerar la expansión urbana y las condiciones de vida de los sectores más vulnerables, promoviendo un desarrollo económico y social inclusivo y sostenible.

La salud de la población cartagenera está estrechamente relacionada con su contexto demográfico y territorial. En consecuencia, las políticas públicas deben adaptarse a esta realidad, incorporando un enfoque diferencial que reconozca las particularidades de la población urbana y rural, la diversidad étnica y los cambios demográficos, con el fin de mejorar las condiciones de vida y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.

Finalmente, la situación de poblaciones en condición de desplazamiento forzado, comunidades LGBTIQ+, habitantes de calle, población migrante y campesina refleja una compleja interacción de factores sociales, económicos y sanitarios que requieren una atención urgente y articulada. El desplazamiento forzado afecta principalmente a jóvenes, mujeres y población afrodescendiente, mientras que la población LGBTIQ+ enfrenta riesgos elevados asociados a la discriminación y la violencia. Los habitantes de calle continúan presentando serias dificultades para acceder a servicios básicos, y la migración venezolana sigue impactando la dinámica demográfica y la demanda de servicios públicos y de salud. Aunque se han desarrollado esfuerzos intersectoriales para responder a estas problemáticas, la capacidad del sistema de salud se ve limitada por la reducción de recursos y servicios, lo que pone en riesgo la atención integral de estos grupos. En este sentido, resulta indispensable fortalecer las alianzas entre entidades gubernamentales, organizaciones sociales y organismos internacionales, con el fin de garantizar la protección, el bienestar y el derecho a la salud de las poblaciones



CAPITULO DOS



CONDICIONES SOCIALES,
ECONÓMICAS Y DE CALIDAD
DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA
DE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD Y LOS
ENFOQUES DIFERENCIALES Y
TERRITORIALES.

2. CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS 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 en Cartagena se establece como una respuesta integral a las condiciones socioeconómicas adversas que enfrenta la ciudad. Este proceso busca abordar las desigualdades históricas y los efectos económicos derivados de la pandemia, mediante la creación de una dependencia institucional dedicada a liderar y ejecutar políticas que fomenten el desarrollo económico. El Plan de Desarrollo Distrital “Salvemos juntos a Cartagena” propone estrategias específicas para mitigar los impactos económicos en la población y el territorio, enfatizando la necesidad de una arquitectura institucional robusta que garantice un enfoque continuo en el desarrollo económico. Esta dependencia se encargará de diseñar, coordinar y ejecutar programas que promuevan la empleabilidad, el emprendimiento y la innovación, asegurando así un crecimiento inclusivo y sostenible para todos los ciudadanos. Para profundizar en este modelo, se consultó el documento “Política de Desarrollo Económico – Por una Cartagena productiva y con oportunidades para todos”, que ofrece un análisis detallado sobre la situación empresarial y laboral de la ciudad.

Este modelo incluye procesos estratégicos como el Desarrollo Inclusivo, que busca aumentar la empleabilidad y reducir la informalidad; el Proceso de Competitividad, orientado a mejorar las capacidades productivas y atraer inversiones; y el Desarrollo Rural, enfocado en fortalecer las cadenas de producción agrícola. Además, se contempla el Desarrollo de la Industria Turística, con el objetivo de posicionar a Cartagena como un destino turístico atractivo. La implementación efectiva de estos procesos no sólo impulsará la economía local, sino que también contribuirá a crear un entorno propicio para establecer alianzas estratégicas con otras ciudades del Caribe, potenciando así el crecimiento económico regional.

Por otra parte, entre enero y septiembre de 2025, el empleo en Cartagena creció principalmente en construcción (+17%, 5.400 nuevos puestos), alojamiento y servicios de comida (+14%, 6.200) y comercio y reparación de vehículos (+9%, 7.100). Sin embargo, se observará una reducción en actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos (-4%). Es relevante mencionar que cinco sectores concentran el 70% del empleo: comercio (19%), transporte y almacenamiento (14%), administración pública, educación y salud (13%), alojamiento y comida (12%) y entretenimiento (11%).

Asimismo, se muestra un mercado laboral beneficiado por la expansión en construcción y servicios, aunque enfrenta desafíos significativos como la transición de habilidades

ante el envejecimiento poblacional y la rápida adopción de inteligencia artificial, lo que transforma la demanda de competencias y afecta tanto la productividad como la calidad del empleo.

Trabajo Formal y de economía popular y comunitaria:

Tomando como referencia el Sistema General de Riesgos Laborales en Cartagena de Indias del mes de mayo a septiembre del 2025 muestra una amplia cobertura, con 116.494 empresas afiliadas y un total de 1.092.396 trabajadores dependientes registrados. El número de trabajadores independientes afiliados es de 92.562, y los estudiantes afiliados suman 73.883, lo que indica una importante inclusión de distintos grupos ocupacionales dentro del sistema.

El comportamiento de los riesgos laborales en Cartagena de Indias presenta desafíos que afectan la calidad de vida, la salud y los ambientes laborales de los trabajadores formales y de la economía popular y comunitaria.

Se identifican problemas clave como la falta de coordinación entre actores del SGRL para crear entornos seguros; una gestión intersectorial deficiente de políticas públicas; estrategias limitadas en prevención y promoción; y baja afiliación al SGRL, especialmente entre trabajadores independientes.

De enero a septiembre del 2025 la fuerza de trabajo se mantuvo estable en tamaño, pero su composición cambió: mientras la participación masculina aumentó, la femenina disminuyó, ampliando la diferencia entre ambos grupos de 42 mil a 50 mil personas. Esto confirma que uno de los desafíos centrales de Cartagena es lograr que más mujeres puedan encontrar y mantener un empleo remunerado.

En materia de calidad del empleo, la tasa de informalidad pasó de 49,9% a 49,4%, es decir, cerca de la mitad de los trabajadores aún se emplea sin acceso a seguridad social ni condiciones laborales plenas, limitando el impacto del crecimiento económico sobre la reducción de la pobreza.

Economía popular y comunitaria

La población trabajadora informal del Distrito de Cartagena enfrenta graves deficiencias en materia de salud y seguridad laboral. Muchos de estos trabajadores no tienen acceso a recursos para adquirir elementos de protección personal (EPP), y aquellos que cuentan con recursos, a menudo desconocen la importancia de su uso, lo que aumenta el riesgo de accidentes y enfermedades laborales. Además, presentan un conocimiento limitado sobre los factores de riesgo en sus actividades y no son conscientes de la relevancia de un entorno laboral seguro. La falta de acceso al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) también limita su protección frente a riesgos, tratándose muchas veces sus enfermedades como comunes en las IPS, sin contar con las garantías de un sistema de

salud laboral adecuado. Por otro lado, el sector formal también presenta fallas en la implementación de medidas de salud y seguridad. Aunque las empresas formales tienen a sus empleados afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), muchas de ellas carecen de programas adecuados de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Además, tanto las macroempresas como las microempresas del sector formal carecen de la orientación necesaria para diseñar e implementar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST). Estas deficiencias contribuyen a tasas elevadas de accidentalidad laboral en Cartagena, reflejando la falta de una cultura de seguridad en diversos sectores económicos.

Los moto-trabajadores no solo enfrentan el riesgo de accidentes viales, sino también de accidentes laborales y enfermedades relacionadas con la exposición a condiciones extremas de temperatura, como el cáncer de piel y golpes de calor. Esta situación subraya la necesidad urgente de implementar medidas efectivas para reducir la accidentalidad y promover un entorno de trabajo seguro y saludable para los trabajadores de la economía popular en Cartagena. Es prioritario enfocar esfuerzos en la prevención de accidentes y enfermedades, con el objetivo de salvar vidas y mejorar la calidad de vida de estos trabajadores.

Morbilidad y mortalidad por sectores económicos en el Distrito de Cartagena

La tasa de Accidentes de Trabajo del 3.42 en el 2024, respecto a la tasa del 2023 del 3.65 es una de las más altas de los últimos 5 años. La tasa de enfermedad laboral fue de 108.9, por cada 100 mil trabajadores en Cartagena en el 2024, respecto a la tasa del 132.1 en el 2023, se evidencian las tasas más bajas de los últimos 5 años. Tasa de muertes por cada 100 mil trabajadores en Cartagena 2024. Se observa una importante disminución de la mortalidad en el 2024, con una tasa del 2.62, respecto a los últimos 5 años.

Lo acumulado a octubre de 2024 respecto a la tasa de accidentalidad es de 4.1, presentando un ligero incremento respecto de años anteriores. El sector 'Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca' fue el de mayor accidentalidad de origen laboral con una tasa de 7,64 accidentes por cada 100 trabajadores. Entre tanto, el sector 'Explotación de minas y canteras' registra los mayores indicadores de mortalidad con 27,51 decesos por cada 100.000 trabajadores, superando 15 veces la tasa nacional y con un total de 33 fallecimientos en el periodo analizado.

Desempleo y Condiciones Laborales

En Cartagena, de enero a septiembre del 2025 la tasa de desempleo presentó una reducción significativa al pasar del 12,9 % en 2024 al 9,7 % en 2025; sin embargo, persiste una marcada brecha de género. Mientras el desempleo masculino se ubicó en 7,3 %, el femenino alcanzó el 12,8 %, evidenciando mayores dificultades de inserción

laboral para las mujeres. La tasa de ocupación aumentó hasta el 57 %, aunque la participación laboral continúa ampliándose en detrimento de las mujeres, con una participación de 68,8 % en los hombres frente a 46,4 % en las mujeres.

Condiciones laborales por sectores

Los sectores con mayor nivel de riesgo son el comercio, que concentra 350 trabajadores principalmente en las clases 1 y 2 (222 y 70, respectivamente), y la industria manufacturera, con 531 trabajadores distribuidos de manera más equilibrada entre las clases 2 a 5 (83, 182, 136 y 120). En contraste, los sectores de bajo riesgo corresponden a las organizaciones extraterritoriales, con un solo trabajador en la clase 3, y a la salud y asistencia social, con 64 trabajadores concentrados en las clases 1 y 2. El riesgo moderado se identifica en la construcción, con 121 trabajadores ubicados entre las clases 3 y 5, así como en la agricultura, ganadería y actividades afines, con 84 trabajadores en las clases 2 y 3. Por su parte, sectores catalogados como de grave pero menor riesgo incluyen artes y entretenimiento, con 53 trabajadores distribuidos en las clases 1 a 5, y el sector financiero y de seguros, con 89 trabajadores mayoritariamente en las clases 1 y 2.

Tendencias generales: En términos generales, los sectores estratégicos como el comercio y la manufactura concentran la mayor exposición laboral. Aunque predominan las clases 1 y 2, asociadas a un riesgo moderado, se evidencia que la construcción, la manufactura y el comercio presentan una presencia relevante de trabajadores en las clases 3 a 5, lo que refleja riesgos laborales significativos que requieren atención prioritaria.

Organizaciones de Economía popular

En el Distrito de Cartagena, la mayoría de la población en capacidad de trabajar se dedica a la economía popular, ya que el sector público y privado no cubre las necesidades laborales de gran parte de la población. Según el informe "Cartagena Cómo Vamos 2022", la ciudad tiene la tasa de informalidad más alta entre las principales capitales del país, con un 59,9%. Entre los trabajadores informales se encuentran los "carperos", quienes se encargan de limpiar y atender a los turistas en playas como Bocagrande, El Laguito y La Boquilla. Además, existen diversas organizaciones que agrupan a estos trabajadores, como ASOCARVIS, ASOCAVA, ARCITECAR, y ASOVENTUR, que agrupan a vendedores y trabajadores del turismo y el entretenimiento. Otras asociaciones incluyen SINDIGAFAS, ASOVENFLOSA y SINVECAR, que agrupan a vendedores de productos como gafas, artesanías y flotadores. Estas organizaciones reflejan la importancia y diversidad de la economía popular en Cartagena.

2.2. CONDICIONES DE VIDA DEL TERRITORIO

2.2.1 Equipamiento institucional del sector educativo

Número de Establecimientos Educativos Distrito de Cartagena 2024

Entre 2023 y 2024, el sistema educativo de Cartagena mostró avances en calidad, pero también evidenció retos persistentes en cobertura, permanencia y eficiencia. En primer lugar, la matrícula escolar disminuyó en 2.440 estudiantes (-0,9%), afectando tanto a hombres como a mujeres, con mayor impacto en la población masculina. Esta reducción se presentó en los sectores oficial y privado y en todos los niveles educativos, especialmente en básica primaria, lo que sugiere efectos de la transición demográfica y dinámicas migratorias, así como desafíos crecientes para sostener la cobertura escolar.

En coherencia con esta tendencia, la tasa de cobertura bruta bajó ligeramente en 2024, aunque se mantuvo por encima del 100%, reflejando la persistencia de la extra edad y desajustes en las proyecciones poblacionales. Mientras el preescolar fue el único nivel que aumentó su cobertura, gracias a la ampliación de la atención en las instituciones oficiales, primaria y secundaria registraron descensos y la educación media se mantuvo como el nivel con menor cobertura. A su vez, la cobertura neta con extra edad continuó siendo alta, lo que confirma una amplia inclusión escolar, pero también la necesidad de mejorar la eficiencia del sistema, particularmente en preescolar y media.

En 2023 y 2024, el sistema educativo de Cartagena se caracteriza por una amplia oferta institucional y un fuerte enfoque en inclusión, aunque enfrenta limitaciones estructurales importantes. En 2023 se registraron 371 establecimientos educativos, con predominio del sector público, y para 2024 se fortaleció la red oficial mediante sedes adicionales y la articulación con iglesias y confesiones religiosas, lo que permitió ampliar la atención a poblaciones diversas mediante modalidades flexibles como los Ciclos Lectivos Especiales Integrados (CLEI), educación para jóvenes y adultos con extra edad, estudiantes hospitalarios y adolescentes del sistema de responsabilidad penal.

De manera complementaria, una parte significativa de los establecimientos públicos ofrece programas nocturnos y de alfabetización, apoyados por una planta docente temporal y un equipo especializado en inclusión de personas con discapacidad. Esto evidencia un esfuerzo institucional por responder a las necesidades educativas de poblaciones históricamente excluidas y garantizar el acceso a la educación en diferentes contextos y etapas de la vida.

Este modelo es coordinado por la Secretaría de Educación Distrital, que, a través de su estructura central y las cinco Unidades Administrativas Descentralizadas de Educación (UNALDE), busca articular la gestión educativa en las distintas localidades y responder de forma más cercana a las necesidades de las comunidades. Sin embargo, estos

esfuerzos se ven limitados por un déficit estructural en la calidad y disponibilidad de los ambientes de aprendizaje. En efecto, la falta de un plan integral de infraestructura, la escasa inversión en adecuación de sedes, la ausencia de terrenos legalizados para expansión y la ocupación ilegal de algunas instalaciones reducen la capacidad del sistema educativo oficial. Esta situación resulta especialmente crítica si se considera que la población en edad escolar se mantiene estable, con más de 202 mil niños y jóvenes en 2023, lo que sostiene una demanda constante por cupos educativos.

Dentro de los grupos diversos, la población con discapacidad en Cartagena cuenta con 17,446 personas registradas, de las cuales 3,365 están vinculadas al sistema educativo. También se destacan las 90,000 víctimas del conflicto armado, de las cuales el 16.6% está matriculada en el sistema educativo. La población afrocolombiana representa el 26% de los estudiantes matriculados, con 12,696 estudiantes en el sistema educativo. Además, el número de migrantes venezolanos ha crecido significativamente, lo que resalta la necesidad de integrar a estos grupos en la educación a través de políticas inclusivas y programas de apoyo específicos.

En Cartagena, existen cuatro establecimientos de régimen especial, tres gestionados por las Fuerzas Militares y uno por la Policía, con el objetivo de atender a oficiales, suboficiales y personal civil del Ministerio de Defensa. Estos centros, con un promedio de 980 cupos en los últimos tres años, no han proyectado nuevas vacantes debido a la limitada planta de personal, con solo tres docentes. Como consecuencia, gran parte de la oferta educativa no se financia con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), lo que limita la cobertura educativa para este grupo.

Para garantizar la atención educativa a las poblaciones vulnerables, el Distrito de Cartagena ha recurrido a la contratación de servicios educativos a través de diferentes modalidades. Se cuenta con un banco de 42 establecimientos educativos habilitados y 17 adicionales vinculados a iglesias y confesiones religiosas para implementar estrategias pedagógicas. Sin embargo, el sistema educativo enfrenta desafíos con la cobertura, especialmente debido a migraciones, como la llegada de estudiantes venezolanos. A pesar de los esfuerzos, la tasa de cobertura neta muestra un desfase, con una subestimación en la inclusión de estudiantes debido a la falta de datos precisos y migraciones constantes.

Cartagena ha logrado mejoras notables en las tasas de cobertura educativa, especialmente en los niveles primario y secundario, superando a Colombia en muchos indicadores. A pesar de esto, aún persisten retos en la cobertura de educación media, donde las diferencias con el promedio nacional son menores, pero las fluctuaciones indican áreas de mejora.

La Tasa de cambio inmediata a educación superior: Mide cuántos bachilleres ingresan a la U en el año siguiente, Entre 2015 y 2024, la tasa de tránsito inmediato a la educación

superior en Cartagena presentó fluctuaciones, con una tendencia general de crecimiento. Tras aumentar de 44,4% en 2015 a 49,5% en 2017, la tasa se mantuvo relativamente estable entre 2018 y 2020. En 2021 se registró una caída significativa hasta 42,3%, asociada a los efectos de la pandemia. No obstante, a partir de 2022 se evidenció una recuperación sostenida, alcanzando 50,6% en 2023 y 54,6% en 2024, el valor más alto del período, lo que refleja una mejora reciente en el acceso a la educación superior en el distrito.

De acuerdo al último censo de 2018 el Porcentaje de hogares con analfabetismo: En 2014, Colombia tenía un porcentaje de hogares con analfabetismo del 22.6%, mientras que, en Cartagena, este porcentaje fue significativamente más bajo, con solo el 6.5%. Esta gran diferencia en los porcentajes refleja disparidades en el acceso a la educación y la calidad educativa entre las áreas rurales y urbanas del país. Cartagena, al tener una tasa mucho más baja, podría estar experimentando mejores resultados en programas de alfabetización, acceso a educación básica y estrategias locales que han disminuido el analfabetismo.

La cobertura bruta en educación primaria y secundaria en Cartagena se mantuvo de forma sostenida por encima del promedio nacional entre 2013 y 2022, lo que evidencia esfuerzos locales por ampliar el acceso y la permanencia escolar. En 2022, la cobertura en primaria alcanzó el 125,5% y en secundaria el 127,7%, superando ampliamente las cifras nacionales, aunque estos valores también reflejan la inclusión de estudiantes fuera de la edad escolar típica.

No obstante, entre 2023 y 2024 se presentó una leve disminución en estos niveles: la cobertura en básica primaria bajó de 121,91% a 119,95% y en secundaria de 121,05% a 120,47%, lo que señala un reto reciente para sostener los niveles de cobertura alcanzados.

En educación media, Cartagena mostró históricamente una cobertura inferior a la nacional y una caída en los primeros años, asociada a dificultades para retener a los estudiantes. Sin embargo, hacia 2022 logró reducir la brecha con el país, y en los últimos años la cobertura se ha mantenido relativamente estable, aunque continúa siendo el nivel más vulnerable del sistema educativo. (Tabla 9).

Tabla 9. Semaforización y tendencia de los indicadores de educación, Distrito de Cartagena, 2014-2023.

Indicadores	Colombia	Cartagena	Comportamiento									
			2014	2015	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	22,6	6,5										
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	103,4	125,5	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	105,3	127,7	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	106,3	101	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: Censo DANE - CNVP 2018

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 10).

Tabla 10. 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

INDICADORES DE INGRESO	2018
Gini_Distrital_2018	0,452

Fuente: Censo DANE - CNVP 2018

Condiciones de Vida

Cobertura de servicios de electricidad: El último dato obtenido en 2021 reflejó que el 99,9 % de las viviendas de Cartagena tienen acceso a energía eléctrica, dicho porcentaje comparado con el promedio de nacional 96,8 %, no presenta diferencia estadística significativa, sin embargo, muestra que Cartagena se encuentra por encima de la media nacional con 3. 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 99,2%.

Cobertura de acueducto: La cobertura total de los servicios de acueducto del Distrito de Cartagena según información encontrada en el RATING REPORT de Aguas de Cartagena S.A. E.S.P. En 2024, Aguas de Cartagena mantuvo una sólida gestión en los servicios de acueducto y alcantarillado, alcanzando una base de 314.384 usuarios en acueducto y 285.124 en alcantarillado. Las coberturas continúan siendo altamente favorables, con 99,9% en acueducto, garantizando acceso casi universal al agua potable, y 92,2% en alcantarillado, lo que evidencia una amplia conectividad al sistema sanitario. Además, la compañía dispone de infraestructura para tratar prácticamente el 100% de las aguas residuales generadas, consolidando un desempeño positivo en sostenibilidad ambiental.

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 significativa, se observa una diferencia relativa de 12%.

Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)

En Cartagena, los resultados del Índice de Riesgo de Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) en 2024 muestran que tanto la zona rural como la urbana se clasifican en "Sin Riesgo", lo que indica que el agua suministrada es apta para el consumo. En el área rural se evaluaron 254 muestras, obteniendo un IRCA de 2,36%, mientras que en

la zona urbana se analizaron 702 muestras, con un IRCA de 2,92%. Aunque ambos valores se mantienen dentro del nivel más favorable de la escala de riesgo, la zona urbana muestra un nivel ligeramente mayor de riesgo en comparación con la rural, lo cual sugiere la necesidad de continuar los esfuerzos de vigilancia y control para preservar la calidad del agua en todo el Distrito.

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.

Seguridad alimentaria

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el Distrito de Cartagena se ha mantenido por debajo de la media nacional y sin diferencias estadísticas significativas frente al indicador del país, aunque muestra un incremento sostenido desde 2019, pasando de 9,0% a 10,4% en 2024 (dato preliminar). En 2024, el sexo femenino fue el más afectado, con el 53,5% de los casos. El 16,5% correspondió a madres adolescentes de 14 a 19 años. Al excluir este grupo, la mayor frecuencia de casos se concentró en las edades tempranas de la adultez, especialmente a los 23 años y en el rango de 22 a 30 años, lo que probablemente refleja el mayor número de gestaciones en ese intervalo. Según el régimen de salud, el 57% de los casos ocurrió en el subsidiado, el 40% en el contributivo y el 2,2% en no afiliadas. Entre las EAPB, Coosalud concentró el mayor número de casos, seguida de Mutual Ser, Salud Total y Sura Medicina Propagada En cuanto a pertenencia étnica, el 96,0% se registró en "otras" etnias y el 1,0% en población afrocolombiana. (Tabla 11).

Tabla 11. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Distrito de Cartagena, 2014-2024.

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Cartagena	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	11,25	10,40	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: Bodega de datos SISPRO 2015 a 2024* dato preliminar.

Indicadores del sistema sanitario

Número de afiliados al sistema de seguridad social en salud

Los datos evidencian un crecimiento sostenido en el número de afiliados al sistema de seguridad social en salud en Cartagena, lo que confirma avances hacia la cobertura universal. En 2013, el Distrito contaba con 999.174 afiliados, cifra que aumentó a 1.259.858 en 2023 y alcanzó 1.278.561 afiliados a agosto de 2025, según la BDUA, con un incremento reciente del 1,5%.

La estructura del aseguramiento a corte de agosto del 2025 muestra que el 54,6% de los afiliados pertenece al régimen subsidiado, el 43,45% al contributivo y el 1,96% a los regímenes de excepción, lo que refleja una alta dependencia del apoyo estatal. Aunque el crecimiento ha sido positivo durante todo el período analizado, en los años más recientes se observa una desaceleración, lo que sugiere una aproximación al límite de cobertura total o la presencia de barreras para vincular a la población restante. En este contexto, el reto principal radica en identificar y superar dichas barreras, con especial énfasis en poblaciones vulnerables o de difícil acceso, para consolidar y sostener los avances alcanzados.

Cobertura de vacunación 2024

Cartagena registra una **cobertura de vacunación por BCG** 89,84%, superior al promedio nacional (84,12%), lo que evidencia un buen acceso inicial al esquema de vacunación al momento del nacimiento. Al comparar con el año anterior disminuye donde el 2023 se reportó una cobertura de 100,6, Este descenso resulta relevante, dado que la BCG es una vacuna clave aplicada al nacimiento y su reducción puede estar asociada a fallas en la captación temprana o en el registro oportuno.

Coberturas administrativas de vacunación con DPT (3 dosis en menores de 1 año)

La cobertura en Cartagena alcanza el 109,42%, superando ampliamente el promedio nacional (91,78%). Este valor por encima del 100% indica una alta captación del esquema, posiblemente asociada a estrategias de búsqueda activa.

Coberturas administrativas de vacunación con polio (3 dosis en menores de 1 año), A diferencia de otros biológicos, Cartagena presenta una cobertura de 82,70%, inferior al promedio nacional (89, 9%). Se observa igualmente una **reducción frente al año anterior**, que reportó una cobertura de 88,5% profundizando una tendencia que ya se ubicaba por debajo del promedio nacional. Esta situación constituye una alerta sanitaria, ya que compromete la protección colectiva frente a una enfermedad erradicada en el país, pero con riesgo de reintroducción.

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral (1 dosis en menores de 1 año), para este biológico la cobertura de triple viral en Cartagena (94,00%) es ligeramente superior a la nacional (92,7%), lo que refleja un desempeño relativamente favorable. Aunque mostró también una leve disminución respecto al año anterior, lo que evidencia debilidades en la captación oportuna de los menores para esta vacuna, fundamental para prevenir brotes de sarampión, rubéola y parotiditis.

Al analizar las coberturas por EAPB de los trazadores en el 2023 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. (Tabla 12).

Indicadores Maternos perinatales

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal: se observa un aumento frente al año anterior, alcanzando un valor de 95,23%, superior al promedio nacional. Este incremento indica una mejora en el seguimiento del embarazo y en el acceso de las gestantes a los servicios de control prenatal, lo cual es clave para la detección temprana de riesgos y la reducción de complicaciones maternas y perinatales.

Cobertura de parto institucional: el indicador muestra un leve incremento frente al año anterior, ubicándose en 99,85%, sin diferencias estadísticas comparado con Colombia (99,4%) lo que confirma que la gran mayoría de los partos en Cartagena ocurren en instituciones de salud. Este resultado refleja una alta capacidad del sistema para garantizar atención segura durante el parto.

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: Se evidencia un aumento en comparación con el año previo, alcanzando el 99,88%, sin diferencias estadísticas comparado con Colombia (99,3%). Este avance reafirma el fortalecimiento del talento

humano en salud y la disponibilidad de personal capacitado para la atención del parto, lo cual es un factor determinante para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Cartagena muestra mejoras en los tres indicadores de atención materna, consolidando altos niveles de cobertura. No obstante, la variabilidad en el comportamiento histórico resalta la necesidad de fortalecer estrategias de acceso oportuno, seguimiento continuo y atención integral, especialmente en poblaciones con mayores barreras sociales y geográfica

2.3. DINÁMICAS DE CONVIVENCIA EN EL TERRITORIO

El surgimiento de las pandillas en Cartagena está influido por factores como clase, género y raza, y está vinculado a la configuración del Estado y la construcción histórica de la ciudadanía. Estas agrupaciones se concentran en los barrios más pobres, como el barrio OH, donde predominan afrodescendientes tanto en la población general como entre los miembros de las pandillas. Este fenómeno evidencia una desigualdad estructural que perpetúa la exclusión social y limita las oportunidades económicas de estas comunidades marginadas.

La problemática de las pandillas y la violencia en Cartagena está profundamente arraigada en un "Estado racial" que históricamente ha generado una ciudadanía precaria para las minorías, en contraste con los privilegios otorgados a las ciudadanías hegemónicas. Este modelo de exclusión, planeado desde los años 70, ha desplazado sistemáticamente a la población afrodescendiente hacia las periferias urbanas, favoreciendo la concentración de recursos y oportunidades en áreas urbanizadas y turísticas. Este proceso, denominado "violencia estructural", refleja la segregación

En las periferias de Cartagena, se registran conflictos y enfrentamientos entre pandillas conformadas por jóvenes afrodescendientes. 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.

En el Distrito de Cartagena, los datos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar notificados al SIVIGILA en el 2024 evidencian patrones preocupantes de violencia de género e intrafamiliar, principalmente dentro del entorno familiar. La violencia física es la modalidad más frecuente con un total de 849 casos, afectando de manera especial a mujeres adultas y adolescentes, con consecuencias no solo físicas sino también psicológicas y sociales a largo plazo.

La **violencia sexual** se presenta como la segunda modalidad más prevalente, con mayor incidencia en adolescentes y mujeres jóvenes, lo cual coincide con las tendencias nacionales. Aunque se observa una respuesta médica favorable en cuanto a la profilaxis pos exposición (VIH y Hepatitis B), persisten brechas importantes en la **anticoncepción**

de emergencia, cuya cobertura es baja, lo que evidencia una atención incompleta para las víctimas.

La **violencia psicológica**, aunque menos reportada, afecta principalmente a mujeres y tiene un impacto profundo en la salud mental. Si bien existe una buena cobertura en atención en salud mental, se requiere fortalecer la detección temprana y el seguimiento continuo de los casos.

La **negligencia y el abandono** presentan menor incidencia, pero constituyen un problema crítico en la **primera infancia**, especialmente en menores de 5 años, comprometiendo su desarrollo integral y bienestar.

Finalmente, los datos muestran que el **principal agresor suele ser la pareja o expareja** y que la mayoría de los hechos ocurren en el hogar, lo que refleja la normalización de la violencia en las relaciones íntimas. Aunque existe una respuesta institucional más activa frente a la violencia sexual, las **remisiones a protección y denuncias** en casos de violencia física y psicológica son menores, evidenciando brechas en la atención integral, la protección legal y la visibilización de estas formas de violencia.

Finalmente, los **exámenes médico-legales por presunto abuso sexual** muestran cifras elevadas en 2022 con 619 casos con una tasa de 58,67 por cada 100,000 habitantes, con una tasa de y 2023 se registraron 415 casos de abuso sexual con una tasa de 39,4 por cada 100,000 habitantes, afectando principalmente a **adolescentes** y, en su mayoría, a **mujeres**, con una presencia importante de víctimas afrodescendientes y de distintas nacionalidades. En conjunto, estos datos reflejan la persistencia de la violencia en distintos ciclos de vida y la necesidad de respuestas integrales con enfoque diferencial en Cartagena.

En el 2024* (dato preliminar a corte de 31/12/2024), según datos de Medicina Legal actualización 06/10/2025, se reportaron 430 casos de acuerdo a exámenes médico legal por presunto delito sexual contra niños, niñas y adolescentes, de los cuales el 89,5% corresponde a mujeres, la tasa más alta la reportaron las mujeres en etapa de adolescencia de (12 a 17 años), con una tasa de 426,6 por cada 100.000 mujeres adolescentes, seguido de la infancia (6 a 11 años) con una tasa de 219,9 por cada 100.000 menores de 6 a 11 años. Del total de los casos reportados 61 de los casos eran de nacionalidad venezolana, con mayor afectación en mujeres adolescentes.

En el 2024* Se reportaron 619 casos de violencia interpersonal entre niños y niñas y adolescentes con 142 casos, siendo la tasa más alta con 122,9 por cada 100.000 habitantes, con mayor concentración en hombres con una tasa de 51,03 por cada 100.000 hombres. La tasa más alta de violencia interpersonal está dada en los jóvenes con 477 casos con una tasa de 201,8 por cada 100.000 jóvenes.

CONCLUSIONES

En conclusión, el desarrollo económico y las condiciones laborales en Cartagena enfrentan desafíos que requieren un enfoque integral y coordinado. Aunque se han implementado estrategias institucionales para promover la empleabilidad, el emprendimiento y la innovación, persisten retos significativos en la calidad del empleo, especialmente por la alta informalidad y las brechas de género en la participación laboral. Además, la exposición a riesgos laborales varía según el sector, con sectores claves como comercio e industrias manufactureras enfrentando niveles elevados de peligrosidad, mientras que otros sectores muestran riesgos moderados o bajos.

La economía popular y comunitaria juega un papel fundamental en la ciudad, reflejando tanto la informalidad como la necesidad de fortalecer la protección y la seguridad laboral para estos trabajadores. La limitada cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales para trabajadores independientes y la falta de una cultura sólida de prevención agravan las condiciones laborales, especialmente en sectores vulnerables como los moto-trabajadores y actividades informales en turismo y servicios. Para avanzar, es indispensable fortalecer la coordinación intersectorial, mejorar la prevención y promoción de la salud laboral, y diseñar políticas que faciliten la inclusión efectiva de las mujeres en el mercado laboral. Asimismo, se requiere intensificar la formalización y el fortalecimiento de las organizaciones de economía popular para garantizar condiciones dignas y seguras.

De manera complementaria la creación del macro proceso de Desarrollo Económico en Cartagena representa una clave de avance para construir una economía más equitativa y sostenible. Sin embargo, este crecimiento puede agravar las desigualdades sociales y económicas, afectando el acceso a la salud y aumentando la presión sobre los sistemas médicos. Por ello, la inclusión productiva es vital para asegurar empleos seguros y acceso adecuado a servicios de salud.

Aunque la reducción del desempleo es positiva, la tasa sigue siendo alta, impactando la salud pública por medio del estrés y dificultades en el acceso a servicios de salud. En consecuencia, el macro proceso de Desarrollo Económico debe integrar acciones de salud pública, como promover entornos laborales seguros, ampliar la cobertura sanitaria y ofrecer apoyo psicosocial. Finalmente, fortalecer las alianzas público-privadas es clave para que el desarrollo económico se refleje en mejoras reales para la salud y el bienestar de toda la población de Cartagena.

El análisis integral de las condiciones de vida, salud y convivencia en el Distrito de Cartagena evidencia avances importantes en cobertura de servicios básicos, acceso al sistema de salud y atención materno-perinatal, lo que refleja el fortalecimiento progresivo de la infraestructura sanitaria y de los programas de aseguramiento y vacunación. La alta cobertura en energía eléctrica, acueducto, control prenatal, parto

institucional y atención por personal calificado demuestra una capacidad instalada sólida y un desempeño favorable del sistema de salud en indicadores clave.

No obstante, persisten brechas estructurales asociadas a factores socioeconómicos, territoriales y étnicos que continúan influyendo de manera significativa en la salud y el bienestar de la población. Aunque el índice de necesidades básicas insatisfechas ha disminuido de forma considerable desde 2005, las diferencias entre áreas urbanas y rurales, así como la concentración de la pobreza en ciertos territorios, evidencian desigualdades que requieren intervenciones focalizadas. El análisis descriptivo de la disponibilidad de alimentos pone de manifiesto una situación que genera preocupación en relación con el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el Distrito de Cartagena. Si bien este indicador se mantiene por debajo del promedio nacional, su comportamiento inestable a lo largo del tiempo, con aumentos notorios en determinados periodos, evidencia la posible existencia de debilidades en la salud materno-infantil.

Esta problemática requiere ser abordada desde un enfoque integral, que incorpore factores clave como el acceso oportuno a una alimentación adecuada durante la gestación, la calidad y continuidad de la atención prenatal, y el acompañamiento específico a madres adolescentes. En este sentido, resulta fundamental fortalecer las estrategias de intervención mediante programas de educación nutricional y apoyo alimentario dirigidos a mujeres gestantes, en especial a aquellas con menores niveles educativos y mayores condiciones de vulnerabilidad.

Asimismo, se hace necesario reforzar las políticas públicas orientadas a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud prenatal y reproductiva en todo el Distrito, con énfasis en los sectores urbanos más desfavorecidos, a fin de contribuir a la reducción del bajo peso al nacer y mejorar los resultados en salud materna e infantil.

En el ámbito sanitario, si bien Cartagena avanza hacia la cobertura universal en aseguramiento en salud, la alta proporción de afiliados al régimen subsidiado revela una dependencia significativa del apoyo estatal y la persistencia de condiciones de vulnerabilidad social. En materia de vacunación, los buenos resultados en algunos biológicos contrastan con coberturas insuficientes en otros, como polio y BCG, lo que representa un riesgo para la salud pública y exige acciones de mejora en la captación y el seguimiento oportuno.

Las dinámicas de convivencia reflejan profundas inequidades sociales expresadas en la violencia estructural, la presencia de pandillas en sectores periféricos y los altos niveles de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar. La violencia afecta de manera desproporcionada a mujeres, niños, niñas y adolescentes, especialmente a población afrodescendiente y migrante, lo que pone en evidencia la necesidad de respuestas institucionales más integrales, con enfoque diferencial, que articulen prevención, protección, atención en salud y justicia.

Las cifras recientes de violencia interpersonal y abuso sexual, especialmente en adolescentes y población infantil, reflejan la persistencia del problema a lo largo de los distintos ciclos de vida y la necesidad urgente de respuestas integrales con enfoque diferencial, territorial, étnico y de género. En este contexto, resulta indispensable fortalecer las políticas públicas orientadas a la prevención, la inclusión social, la protección de los derechos humanos y la reducción de las desigualdades estructurales, como base para la construcción de una convivencia más segura, equitativa y justa en el Distrito de Cartagena.

En conjunto, los hallazgos muestran que, aunque Cartagena presenta avances significativos en infraestructura y cobertura de servicios, los desafíos en equidad social, seguridad, convivencia y determinantes sociales de la salud continúan condicionando el bienestar de amplios sectores de la población. Por tanto, se requiere fortalecer las políticas públicas intersectoriales, orientadas a reducir las desigualdades territoriales y sociales, mejorar la calidad de vida y garantizar el derecho a la salud y a una convivencia segura para todos los habitantes del distrito.



CAPITULO TRES

SITUACION DE SALUD Y DE CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO:

MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS
Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES
QUE AFECTAN LA SALUD DEL TERRITORIO.

DADXS



3. CAPÍTULO III. 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.

3.1. Análisis de la morbilidad.

3.1.1. Principales causas y subcausas de morbilidad

En el distrito de Cartagena, durante el periodo de 2015 a 2024, se registraron un total de 32.225.253 atenciones. En 2024, se atendieron 3.706.397 consultas, lo que representa un incremento del 11,50% en comparación con el año anterior, 2023. De estas atenciones, el 60% correspondió a mujeres, lo que podría deberse a una mayor necesidad de servicios de salud por parte de este grupo, considerando que las funciones reproductivas femeninas implican necesidades específicas como la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio.

En cuanto a la demanda por curso de vida en 2024, la población adulta (29-59 años) fue la que más consultas realizó, representando el 37,18% del total, seguida por las personas mayores de 60 años. Por otro lado, los grupos de infancia fueron los que menos consultas demandaron. Al analizar la variación porcentual entre 2024 y 2023 por curso de vida, se observa que todos los grupos presentaron variaciones negativas. La infancia mostró la mayor disminución, con una caída de -13,09 puntos porcentuales en las consultas. (Figura 6).

Figura 6. Morbilidad Atendida por Curso de Vida 2024 y cambios proporcionales 2024–2023 Distrito de Cartagena.

Proporción de atenciones por curso de vida 2024 Variación 2024 -2023



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS dispuestos en SISPRO – Minsalud.

Principales Causas de Morbilidad atendida por curso de vida

De acuerdo a la morbilidad atendida, tomando como fuente los datos de SISPRO se evidenció que entre 2015 y 2024 un aumento importante de las atenciones por morbilidad en todos los cursos de vida, con predominio de las enfermedades no transmisibles cuya proporción aumenta de manera progresiva con la edad. y de las condiciones transmisibles y nutricionales, mientras que las lesiones y las condiciones mal clasificadas representan proporciones menores pero constantes. En 2024, el patrón se mantiene: las enfermedades no transmisibles son la principal causa de consulta en adolescencia, juventud, adultez y mayores de 60 años donde estas afecciones representan el 83,36% de las atenciones, dentro este curso de vida, y las condiciones transmisibles/nutricionales predominan en la primera infancia e infancia, con ligeras diferencias de participación entre hombres y mujeres.

En **primera infancia e infancia**, las atenciones aumentan de forma sostenida, con fuerte peso de las condiciones transmisibles y nutricionales, seguidas de las enfermedades no transmisibles; las lesiones y las condiciones mal clasificadas crecen menos y se mantienen en proporciones reducidas. En **adolescencia y juventud**, las enfermedades no transmisibles concentran más de la mitad de las atenciones a lo largo del período, con incremento progresivo, mientras que las lesiones y las condiciones transmisibles y nutricionales muestran una tendencia ascendente moderada.

En la adultez (29-59 años) y la vejez (60 y más), las enfermedades no transmisibles dominan claramente desde 2015 y siguen creciendo hasta 2024, consolidando un perfil de carga crónica; las condiciones transmisibles/nutricionales representan un segundo grupo relevante, y las lesiones se mantienen en niveles menores pero estables.

Las diferencias por sexo muestran patrones consistentes a lo largo del periodo: los hombres presentan un mayor peso relativo de lesiones y de condiciones transmisibles/nutricionales, especialmente en la adolescencia y la juventud, lo que refleja mayor exposición a riesgos ambientales, conductuales y sociales. En contraste, las mujeres concentran más consultas relacionadas con condiciones maternas en la edad reproductiva y mantienen una proporción ligeramente mayor de enfermedades no transmisibles en la adultez y la vejez, lo que evidencia vulnerabilidades diferenciadas vinculadas tanto a la biología como a los roles y condiciones sociales.

Morbilidad específica por subgrupo de causas

En el Distrito de Cartagena, durante el periodo 2015-2024, se registraron un total de 32.226.133 consultas por morbilidad específica por subgrupo de causas, de las cuales 67,58% corresponden a enfermedades no transmisibles y 15,12% a signos y síntomas mal definidos,

Las principales causas de consulta fueron las **enfermedades no transmisibles**, que en 2024 sumaron **2.651.748 consultas (71,5%)**, con un incremento del **10% respecto al año anterior**. Dentro de este grupo, **las enfermedades cardiovasculares** aportaron la

mayor carga, representando **18,16% del total**, con un crecimiento sostenido en los últimos años. Les siguen las **enfermedades musculo esqueléticas** y las **condiciones neuropsiquiátricas**, ambas con tasas significativas y un peso considerable en la atención médica. También destacan las **condiciones orales (10,81%)** y las **enfermedades genitourinarias (10,58%)**.

Las **enfermedades transmisibles** constituyen la segunda causa de consulta, representando **10,3% en 2024**. Dentro de este grupo, las **infecciones respiratorias** concentraron **49,2% de las atenciones**, manteniéndose estables en los dos últimos años. Le siguen las **enfermedades infecciosas y parasitarias (44,8%)**, con un aumento del **22% respecto a 2023**. Las **deficiencias nutricionales**, aunque representan sólo **6,0%**, tienen un impacto relevante en poblaciones vulnerables.

El tercer grupo de importancia corresponde a **las lesiones** con el 5,3% de las atenciones en el 2024, donde las **no intencionales abarcan el 92,67% de las consultas**, evidenciando una alta prevalencia en la población. Por su parte, **las condiciones maternas** con el 1,5% de las atenciones del 2024. Dentro de este grupo representan **83,20% de las atenciones en este grupo**, subrayando la relevancia de la salud materna. Finalmente, los **signos y síntomas mal definidos** con el 1,15% de las atenciones en el 2024. concentran el 100% de las atenciones registradas en su grupo, lo que refleja dificultades en la clasificación y el diagnóstico preciso.

El análisis por sexo muestra diferencias relevantes: En los **hombres** la mayor carga de atención se concentra en las enfermedades cardiovasculares, musculo esquelética, respiratoria, condiciones orales, neuropsiquiátricas, infecciosas y lesiones traumáticas asociadas a factores laborales, estilo de vida y conductas de riesgo.

En **Mujeres**: las principales causas incluyen enfermedades cardiovasculares, musculo esqueléticas, genitourinarias, condiciones orales, neuropsiquiátricas, infecciones respiratorias, deficiencias nutricionales y condiciones maternas, vinculadas a roles de cuidado, embarazo, desigualdad y mayor búsqueda de atención. En ambos sexos, las **enfermedades crónicas y mentales** muestran una carga creciente. Las mujeres presentan mayor demanda en **salud reproductiva, nutricional y oral**, mientras que los hombres predominan en **traumatismos e infecciones relacionadas con la ocupación**.

Principales causas de morbilidad por área de residencia y pertenencia étnica y por subgrupo de causas en el 2024.

De acuerdo a los datos CUBO SISPRO RIPS - Consulta por número de atenciones y municipio de residencia a fecha de consulta del 10 de septiembre del 2025, se pudo evidenciar que las atenciones de morbilidad por área de residencia La cabecera concentra la mayor carga de morbilidad total, caracterizada principalmente por enfermedades crónicas, metabólicas, mentales y digestivas. El centro poblado presenta un perfil intermedio que combina rasgos propios de áreas urbanas y rurales. En contraste, el área

rural muestra una mayor vulnerabilidad frente a enfermedades infecciosas, riesgos ocupacionales, problemas de salud materna y afecciones renales. Estas diferencias evidencian desigualdades en el acceso a servicios de salud, las condiciones de vida, la exposición ambiental y la disponibilidad de recursos sanitarios.

El análisis de la morbilidad por etnia evidencia marcadas desigualdades en la carga de enfermedad y en el acceso a los servicios de salud. Los grupos afrodescendientes presentan mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de infecciones respiratorias y parasitarias, condicionadas por factores sociales y laborales. Las comunidades indígenas enfrentan principalmente enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales, reflejando limitaciones estructurales en saneamiento, acceso y pertinencia cultural de la atención. La población mestiza concentra la mayoría de las consultas, con un perfil dominado por enfermedades crónicas no transmisibles. En grupos raizales y ROM se observa menor demanda, pero con riesgo de sub registro y persistencia de infecciones respiratorias. Persisten además diferencias de género, con mayor carga de lesiones en hombres y de condiciones maternas y nutricionales en mujeres. En conjunto, los resultados refuerzan la necesidad de fortalecer políticas de salud con enfoque diferencial, territorial e intercultural que reduzcan brechas y garanticen atención equitativa y efectiva (Tabla 12).

Priorización de morbilidad: Consultas por subgrupo de causas

Tabla 12. Principales causas de Consultas por subgrupo de Causas -Distrito de Cartagena 2024.

Diagnóstico	Numero de personas atendidas	Porcentaje de personas atendidas
Enfermedades Cardiovasculares	481.626	12,99
Enfermedades musculo-esqueléticas	350.239	9,45
Condiciones neuropsiquiátricas	311.719	8,41
Condiciones orales	286.776	7,74
Enfermedades genitourinarias	280.685	7,57
Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	187.722	5,06
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	184.770	4,99
Enfermedades de los órganos de los sentidos	180.620	4,87
Enfermedades infecciosas y parasitarias	171.204	4,62
Enfermedades digestivas	154.606	4,17
Desordenes endocrinos	141.831	3,83
Deabetes mellitus	129.917	3,51
Enfermedades de la piel	141.511	3,82
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	85.948	2,32
Restos de diagnósticos	617.223	16,65
Total	3.706.397	100

Fuente: Cubos RIPS - Sistema Integral de Información de La Protección Social (SISPRO). Actualización 19 de agosto del 2024

3.1.2 Morbilidad Específica en Salud Mental

Entre 2015 y 2024, se registraron un total de 2.648.392 consultas relacionadas con cinco grupos de causas de salud mental: trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, depresión y ansiedad. En 2024, se atendieron 481.906 consultas, lo que representa el 18,2% del total de atenciones durante el periodo analizado. Este incremento en la atención se ha observado desde 2021, lo que resalta el impacto significativo que eventos como la pandemia de COVID-19, que se caracteriza por una mayor fragmentación del perfil de morbilidad mental: los trastornos mentales y de comportamiento siguen siendo la causa principal, pero pierden peso relativo frente a ansiedad, depresión y consumo de sustancias, que ganan importancia como diagnósticos específicos en casi todos los cursos de la vida. Estos cambios reflejan el impacto psicosocial del confinamiento, la crisis económica y la experiencia directa de la enfermedad por COVID-19, y justifican el fortalecimiento de intervenciones diferenciales en salud mental dirigidas especialmente a adolescentes, jóvenes y mujeres

En términos de curso de vida, la mayor carga de consultas se observa en su orden en la adolescencia (12 a 17 años) seguido de la adultez (29-59 años) y en tercer lugar la infancia (6 a 11 años), donde los trastornos mentales y del comportamiento agrupan más de la mitad de las atenciones, y en los grupos de 12-59 años se incrementa notoriamente la proporción de consultas por consumo de sustancias psicoactiva que para el 2024 aportaron 36.295 (96%) dentro de los casos reportados, ansiedad con 30.633 (74,6%) y depresión 15.865 (84,6%). En la primera infancia e infancia las atenciones se concentran casi por completo en trastornos mentales y del comportamiento con más del 80% de las atenciones dentro estos grupos y epilepsia, mientras que en la vejez persisten como principales causas los trastornos mentales y la epilepsia, con una participación menor pero relevante de ansiedad y depresión.

En cuanto al sexo, las mujeres consultan con mayor frecuencia por ansiedad y depresión en casi todos los cursos de vida, especialmente en adolescencia, juventud y adultez, lo que coincide con la evidencia nacional que muestra mayor prevalencia de trastornos afectivos y ansiosos en la población femenina. En los hombres, por el contrario, destacan las atenciones por trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia, sobre todo en adolescencia, juventud y adultez, lo que refleja una mayor exposición al consumo de sustancias y ciertos riesgos neurológicos y conductuales en este grupo.

Conducta suicida: intento de suicidio

El comportamiento de los intentos de suicidio en el Distrito de Cartagena de acuerdo a los datos en SIVIGILA, muestra una tendencia creciente en la tasa de incidencia desde 2020, con un pico en 2023 de 610 casos y una tasa de 58,0 por 100.000 habitantes. En 2024, se notificaron 564 casos (52,9 por 100.000 habitantes), lo que implica una

reducción cercana a 6 puntos frente al año anterior, aunque el evento se mantiene en un nivel preocupante, dado que el 33,2% (n=169) corresponde a personas con múltiples intentos.

El perfil demográfico evidencia un impacto desproporcionado en las mujeres, que concentran el 68% de los casos (n=387), frente al 32% en hombres (n=180). Por curso de vida, la mayor carga recae en la adolescencia (12–18 años), que agrupa el 40% de las notificaciones (n=226), seguida de la adultez (27–59 años) con el 29,6% (n=167) y la juventud (19–26 años) con el 26,7% (n=151).

Territorialmente, la localidad De la Virgen y Turística concentra el mayor número de casos (38,1%, n=215), seguida por Industrial y de la Bahía (35,2%, n=199) y la Histórica y del Caribe Norte (25,5%, n=144). Los barrios con mayor aporte de casos en De la Virgen y Turística son Olaya Herrera y El Pozón, ambos con 20,0% (n=38), mientras que en la localidad Industrial y de la Bahía destaca Nelson Mandela con 12,3% (n=23).

En cuanto a los métodos, predomina la intoxicación, que representa el 73,9% (n=376) de los intentos, seguida del uso de arma corto punzante (17,7%, n=90) y el ahorcamiento o asfixia (6,5%, n=37). Como factores de riesgo, la ideación suicida persistente es la más frecuente (36%, n=183), la seguida del plan organizado de suicidio (13,9%, n=71), el consumo de sustancias psicoactivas (10,4%, n=53), el antecedente de violencia o abuso y el abuso de alcohol (ambos 4,9%, n=25). El conflicto con pareja o expareja se identifica como principal desencadenante (28,5%, n=145), seguido de los problemas económicos (10,6%, n=54).

Desde la perspectiva del aseguramiento, la mayoría de los casos pertenecen al régimen subsidiado (63,2%, n=357). Entre las EAPB, las que concentran más notificaciones son Mutual Ser (35%, n=53), Salud Total (23%, n=33) y Coosalud (18,5%, n=27), lo que orienta la necesidad de acciones de gestión del riesgo focalizadas con estas entidades.

3.1.3. Morbilidad de eventos de alto costo

El Distrito de Cartagena presenta una carga significativamente mayor de eventos de alto costo en comparación con Colombia, especialmente en enfermedad renal crónica (ERC) en estadio 5 con necesidad de terapia de reemplazo renal. La prevalencia es 47% más alta que el promedio nacional y muestra un crecimiento sostenido, lo que evidencia una tendencia estadísticamente significativa. Aunque la incidencia también es mayor, presenta oscilaciones, pero mantiene valores superiores al país, reflejando un mayor ingreso de nuevos casos a estadio terminal. La distribución por estadios muestra un alto volumen en estadio 3, que actúa como la principal base de progresión hacia estadio 5. Esto explica la acumulación de pacientes en terapia de reemplazo renal y el incremento del gasto en alto costo. Además, Cartagena supera el promedio nacional en VIH y leucemia linfocítica pediátrica. La incidencia del VIH fue de 39,50 por cada 100.000, este indicador no presenta significancias estadísticas comparada con el país, con tendencia al incremento del 2016 al 2023. La tasa de incidencia de leucemia pediátrica aguda

mieloide con una tendencia que se mantiene en los últimos 3 años y leucemia pediátrica aguda linfóide reportó una tasa de incidencia de 2,70 por cada 100.000 menores de 5 años frente a 3,15 del país, sin significancia estadística (Tabla 13).

Tabla 13. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo y precursores Distrito de Cartagena, 2017-2024.

Evento	Colombia	Cartagena	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	81,98	120,76	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	76,71	88,10	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de VIH	27,87	37,20	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,90	0,53	-	↗	-	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	3,70	5,76	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗

Fuente: Cuenta de Alto Costo - Bodega de Datos SISPRO (SGD), 2017- 2024

3.1.4. Morbilidad de eventos precursores

Para el año 2024 se reportaron un total de 123.606 que corresponde a personas de 18 a 69 años con hipertensión arterial, 6,8% más que el año anterior, lo que representó una prevalencia de 17.50 por 100 personas de 18 a 69 años (estimada según datos CAC), con un comportamiento que se mantiene en incremento entre los años 2020 al 2024. Al

comparar el indicador con el Nacional sin diferencia estadísticamente significativa. El 67,7% de los casos corresponde al régimen contributivo seguido del Subsidiado con el 31,6%, el resto al régimen de excepciones. En cuanto al sexo el 59,4% corresponde a la población femenina.

Para los casos de diabetes mellitus el indicador del Distrito expresa que 5 de cada 100 personas presentaron la diabetes en el año 2024 con 46.388, con una tendencia que se mantiene al incremento, al compararlo con el indicador nacional no es estadísticamente significativo (Tabla 14).

Tabla 14. Eventos precursores del Distrito de Cartagena, 2017 -2024.

Evento	Colombia	Cartagena								
			20 17	20 18	20 19	20 20	20 21	20 22	20 23	20 24
Prevalencia de diabetes mellitus	4,08	6,70	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	11,10	17,50	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: DANE Bodega de SISPRO de MSPS 2017-2024

3.1.5. Eventos de notificación

Durante los primeros años de la serie analizada, entre 2015 y 2016 se observa un crecimiento acelerado, con un aumento de 6.053 a 9.172 casos, lo que representa un incremento del 51%. Este comportamiento podría relacionarse con la aparición de eventos de salud pública relevantes, como brotes de enfermedades infecciosas, entre ellas dengue, Zika o Chikungunya, que impactaron significativamente la notificación en ese periodo.

Posteriormente, entre 2017 y 2021, se evidencia una estabilización relativa de la notificación, con cifras que oscilan entre 8.290 y 10.855 casos. Este comportamiento sugiere una consolidación del sistema de vigilancia y una mayor regularidad en el registro de los eventos notificados.

En 2022 se presenta un descenso importante, alcanzando 8.224 casos, situación que podría explicarse por las restricciones y efectos indirectos de la pandemia por COVID-19, las cuales afectaron la captación y notificación de eventos en salud. No obstante, en 2023 se observa un repunte abrupto hasta 14.403 casos, el valor más alto registrado en la serie, lo que representa un incremento del 75% respecto a 2022. Para 2024, la notificación continúa en ascenso con 15.624 casos, lo que equivale a un incremento adicional del 8% frente a 2023.

Este comportamiento podría indicar la reactivación plena de los sistemas de vigilancia, la ocurrencia de brotes específicos o mejoras en los procesos de detección y reporte.

El análisis de los datos más recientes permitió identificar los diez eventos que mayormente contribuyen a la carga de notificación en Cartagena, los cuales incluyen enfermedades transmisibles, condiciones crónicas, eventos relacionados con la salud materna e infantil, así como situaciones asociadas a la violencia y la salud mental. Entre los eventos con mayor notificación destacan las enfermedades infecciosas, particularmente el dengue, que lidera la lista debido a su alta incidencia y recurrencia estacional. Asimismo, se reportan de forma persistente las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, lo que refleja la permanencia de riesgos zoonóticos.

Otros eventos de relevancia incluyen la morbilidad materna extrema, la violencia intrafamiliar, sexual y de género (VCM, VIF, VSX), el VIH/SIDA, la mortalidad por SIDA y los intentos de suicidio, los cuales evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias en salud mental, protección social y atención integral. También se destacan las infecciones prevenibles por vacunación, como la varicela, y las intoxicaciones por fármacos, que completan el panorama de eventos prioritarios en salud pública. Adicionalmente, condiciones como la desnutrición aguda en menores de cinco años, sífilis gestacional con y Tuberculosis pulmonar. A continuación, se presenta la tabla de eventos de notificación obligatoria que registraron incremento en 2024 en comparación con 2023, la cual permite identificar áreas prioritarias para la intervención, prevención y fortalecimiento de la vigilancia en salud pública (Tabla 15).

Tabla 15. Evento de notificación obligatoria con incremento en la notificación en el 2024 con respecto a 2023.

Evento	Comportamiento		variación porcentual 2024-2023
	2023	2024	
580 - MORTALIDAD POR DENGUE	1	7	600,0
220 - DENGUE GRAVE	37	98	164,9
412 - INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	2	5	150,0
210 - DENGUE	2582	6189	139,7
455 - LEPTOSPIROSIS	6	12	100,0
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	30	55	83,3
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	35	63	80,0
825 - TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE	7	11	57,1
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	1094	1602	46,4
341 - HEPATITIS C	22	30	36,4
100 - ACCIDENTE OFÍDICO	22	29	31,8
490 - MALARIA VIVAX	4	5	25,0
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	132	150	13,6
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	381	429	12,6
620 - PAROTIDITIS	79	87	10,1
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	2174	2285	5,1
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	404	424	5,0
875-VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	1495	1564	4,6
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	436	442	1,3

Fuente: SIVIGILA INS - Cartagena 2023-2024

3.1.6. Análisis de la población en condición de discapacidad

De acuerdo con la información del aplicativo web RLCPD (2020 al 10 de diciembre de 2025), en Cartagena fueron valoradas 8.038 personas para certificación de discapacidad, de las cuales 4.834 son hombres (60,2%) y 3.131 mujeres (38,8%), con un pequeño porcentaje sin dato. Los cursos de vida con mayor presencia de discapacidad son la adultez (2.505 casos) y las personas mayores de 60 años (1.346), evidenciando que las limitaciones funcionales aumentan con la edad por la presencia de enfermedades crónicas y condiciones degenerativas. En etapas tempranas, la infancia (1.272) y la adolescencia (1.082) también muestran cifras relevantes, mientras que la primera infancia concentra el menor número de valoraciones, aunque sigue siendo clave para la identificación temprana.

La mayoría de las personas valoradas no reporta pertenencia étnica, pero destacan los grupos afrodescendientes (8,2%), indígenas (0,94%), palenqueros (0,5%) y raizales (0,42%). Respecto al nivel educativo, 1.673 personas (20,8%) no tienen educación formal, y la mayor proporción corresponde a educación básica primaria (22,4%), mientras que los niveles superiores son muy bajos. Además, el 16% de las personas con discapacidad no estudia por falta de garantías institucionales para los apoyos requeridos, el 7,6% por desinterés y el 7,5% por falta de recursos.

En cuanto a la categoría de discapacidad las categorías de discapacidad con mayor número de personas valoradas corresponden a la intelectual (4.445), la física (3.904) y la psicosocial (3.861), evidenciando una alta carga de limitaciones funcionales cognitivas y motoras. Las discapacidades múltiples (4.442) también representan un grupo significativo, indicando coexistencia de varias limitaciones en un mismo individuo. En contraste, las discapacidades visuales, auditiva y sorda ciega presentan menor frecuencia, aunque siguen siendo relevantes para la atención integral. (Tabla 16)

Tabla 16. Personas valoradas procedimientos de certificado de discapacidad a corte de 10 de diciembre del 2025.

MOMENTO CURSO DE VIDA	Número Personas
Primera infancia	666
Infancia	1.272
Adolescencia	1.082
Juventud	1.167
Adultez	2.505
Persona mayor de 60 años	1.346
Total general	8.038

Fuente: SISPRO aplicativo web RLCPD

3.2. Análisis de la mortalidad.

3.2.1 Mortalidad general por grandes causas (Ajuste de tasas por edad).

Entre 2015 y 2024*, las tasas de mortalidad en el Distrito de Cartagena muestran tendencias significativas en las tres principales causas: **Las demás causas, Enfermedades del sistema circulatorio y Neoplasias**. Cabe destacar que las cifras de 2024* son preliminares para el análisis de mortalidad.

En cuanto a **las demás causas**, se observa un aumento sostenido en la tasa de mortalidad a lo largo del período analizado. En 2015, la tasa fue de 134,4 muertes por cada 100.000 Habitantes, mientras que en 2024* alcanzó 154,00 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que representa un incremento del 14,5%, por encima de la de Colombia que reportó una tasa de 117,73 por cada 100.000 habitantes. Este crecimiento sugiere un cambio en el perfil epidemiológico, con un peso creciente de factores diversos que no se concentran en enfermedades específicas, posiblemente asociado a estilos de vida, condiciones socioeconómicas, y otras circunstancias. Entre 2022 y 2023, hubo un incremento moderado de 2,47 muertes más por cada 100.000 habitantes, lo que refuerza la necesidad de estrategias que aborden las causas subyacentes de estas muertes.

Las EAPB que reportan las tasas más altas por este grupo de causas son: Nueva EPS y Mutual SER y ferrocarriles con tasas de 5,311, 847,71 y 214,3 por cada 100.000 afiliados respectivamente.

Por su parte, las **Enfermedades del sistema circulatorio** han experimentado una tendencia al alza general desde 2015, cuando la tasa era de 143,5 muertes por cada 100.000 habitantes, alcanzando 152,81 muertes por cada 100.000 Habitantes en 2024*, lo que representa un aumento del 6,4%.; con tasa más alta que la de Colombia que reportó una tasa de 127,7 por cada 100.000 habitantes. En cuanto al comportamiento, esta categoría prácticamente se mantiene en los últimos dos años. Esto podría reflejar avances en la prevención y manejo de estas enfermedades, aunque los niveles actuales aún son significativamente más altos que en 2015. El pico máximo se registró en 2020, con 171,5, posiblemente vinculado al impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud cardiovascular.

Las EAPB que reportan las tasas más altas por este grupo de causas son: Coomeva EPS tanto en el subsidiado como en el contributivo, al igual que Salud Total, Famisanar en el contributivo y Nueva EPS el segundo lugar en el Subsidiado.

En cuanto a las **neoplasias**, se evidencia un incremento sostenido y preocupante en la mortalidad. En 2015, la tasa era de 78,5 y en 2024* alcanzó 97,15, lo que implica un aumento del 23,7%. Este crecimiento resalta la importancia de mejorar los diagnósticos tempranos y fortalecer la prevención de factores de riesgo asociados, como el tabaquismo, la dieta poco saludable y la exposición a carcinógenos. En el periodo reciente (2023-2024*),

la tasa disminuyó en 6,3 muertes por cada 100.000 hab.

Las EAPB que reportan las tasas más altas por este grupo de causas son: Nueva EPS tanto en el contributivo como en el subsidiado, Coosalud y Famisanar en el contributivo y Ambug y Mutual Ser en el subsidiado.

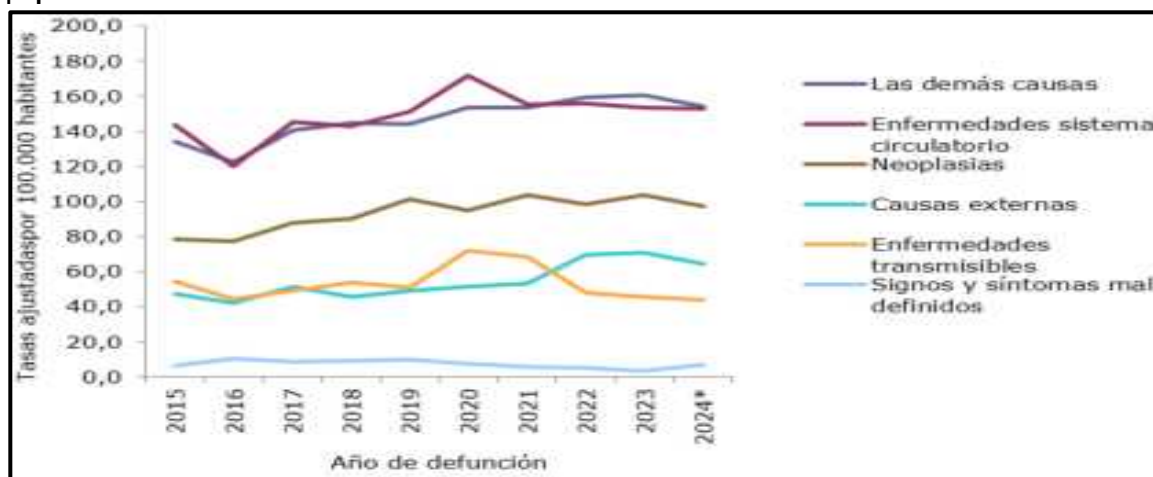
En términos generales, el análisis muestra que la mortalidad en Cartagena ha aumentado en las tres principales categorías de causas desde 2015 a 2024*, con Las demás causas y Neoplasias registrando los incrementos más significativos. Entre 2023 y 2024*, se observa una leve reducción en las muertes por enfermedades por estos tres grupos de causas.

Las tres principales causas de mortalidad en hombres son **enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas, y causas externas**, todas con un comportamiento variable, pero con tendencias claras. Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la primera causa en toda la serie, con un incremento notable en 2020 asociado a la pandemia (tasa de 220,9 por cada 100.000 hombres) y una estabilización en los dos últimos años, pasando de 181,0 en 2023 a 182,1 en 2024*, manteniéndose en niveles altos. Las demás causas muestran una tendencia sostenida al aumento hasta 2022 (182,3 por cada 100.000 hombres), seguida de una disminución en los últimos dos años, bajando de 172,2 en 2023 a 165,8 en 2024*, lo que indica un descenso reciente. Finalmente, las causas externas presentan un ascenso marcado entre 2020 y 2022 (de 89,3 a 123,9 por cada 100.000 hombres), estabilizándose con una leve reducción en los dos años más recientes, pasando de 122,6 en 2023 a 116,1 en 2024*, aunque permanecen por encima de niveles previos a 2020. En conjunto, las tres causas mantienen altas cargas de mortalidad, pero con señales de estabilización y ligera reducción reciente en "las demás causas" y "causas externas."

Las principales causas de muerte en mujeres del Distrito de Cartagena han mostrado un aumento en sus tasas de mortalidad, destacándose un crecimiento en **las "demás causas"** y en **las enfermedades del sistema circulatorio**. Aunque las neoplasias también han aumentado, siguen representando una proporción menor en comparación con las otras dos causas. En general, la tendencia refleja un desafío creciente en salud pública, con un aumento notable en las muertes por causas no especificadas y enfermedades cardíacas.

Al comparar los datos de mortalidad entre 2015 y 2024, así como entre 2023 y 2024* (datos preliminares), se observa lo siguiente: las "demás causas" siguen siendo la principal causa de muerte, aunque experimentaron una leve disminución en 2024 (145,3 por cada 100.000 mujeres), después de un aumento constante hasta 2023. A pesar de esta leve caída, las cifras continúan siendo superiores a los niveles previos a la pandemia. Las enfermedades del sistema circulatorio, por su parte, mostraron un aumento hasta 2021 (136,7 por cada 100.000 mujeres) y luego una estabilización en los últimos años. Las neoplasias, que habían aumentado hasta 2019, han mostrado ligeras variaciones, con una pequeña reducción en los últimos dos años, pasando de 93,1 a 90,3 por cada 100.000 mujeres en 2024. (Figura 7).

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad del Distrito de Cartagena, 2015 – 2024*.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2015-2024* cifras preliminares.

Mortalidad general por grandes causas AVPP

Entre 2015 y 2024*, la mortalidad prematura, medida mediante los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y las tasas ajustadas por edad, se mantiene elevada y con variaciones moderadas, sin descensos sostenidos. Predominan de forma constante “las demás causas”, las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias, que concentran la mayor parte de los AVPP tanto en tasas como en porcentajes. Las enfermedades transmisibles, las afecciones del periodo perinatal y los signos y síntomas mal definidos aportan una carga menor pero persistente, lo que señala oportunidades de prevención y mejoras en los sistemas de registro.

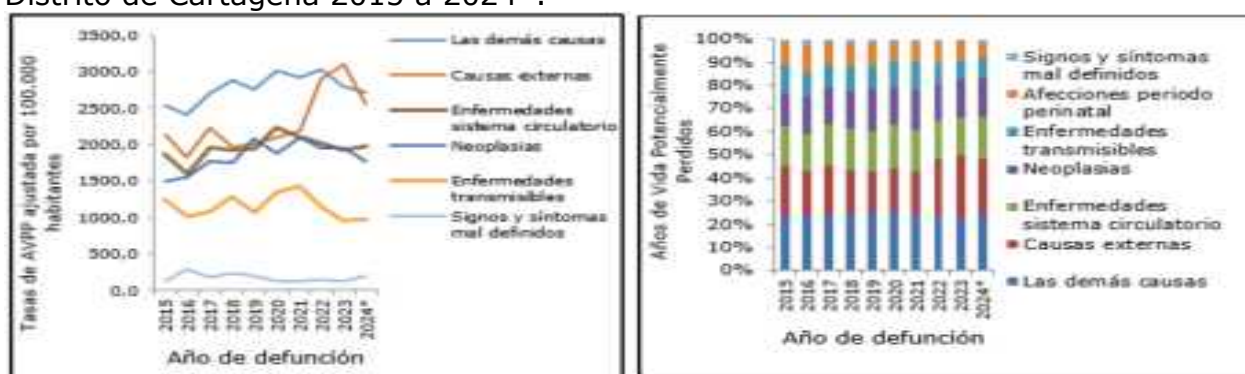
En la población general, las tasas ajustadas de AVPP por “las demás causas” superan los 2.500 por 100.000 habitantes, con picos en 2020-2022. Las causas externas, el sistema circulatorio y las neoplasias muestran tasas entre 2.000 y 3.000, con alzas claras en 2022-2023. Las enfermedades transmisibles permanecen por debajo de 1.000 y los signos mal definidos por debajo de 300. En 2024* Se registra un ligero descenso en casi todos los grupos, pero las tasas continúan en niveles altos.

En cuanto a diferencias por sexo los hombres presentan consistentemente mayores tasas de AVPP que las mujeres, especialmente por causas externas, cuyos valores casi siempre duplican o triplican los femeninos y alcanzan sus máximos en 2022-2023, las tasas ajustadas de AVPP por causas externas pasan de más de 3.800 por 100.000 hombre en 2015 a más de 5.400 por cada 100.000 hombres en 2023, con descenso a alrededor de 4.700 por cada 100.000 hombres en 2024*. En valores AVPP por este grupo aumentan de aproximadamente 23,8% en 2015 a 25% en 2024* también mantienen niveles elevados por enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y transmisibles, configurando un perfil de riesgo asociado tanto a lesiones violentas como a enfermedades crónicas.

En las mujeres, aunque las causas externas tienen menor peso, los AVPP se concentran en

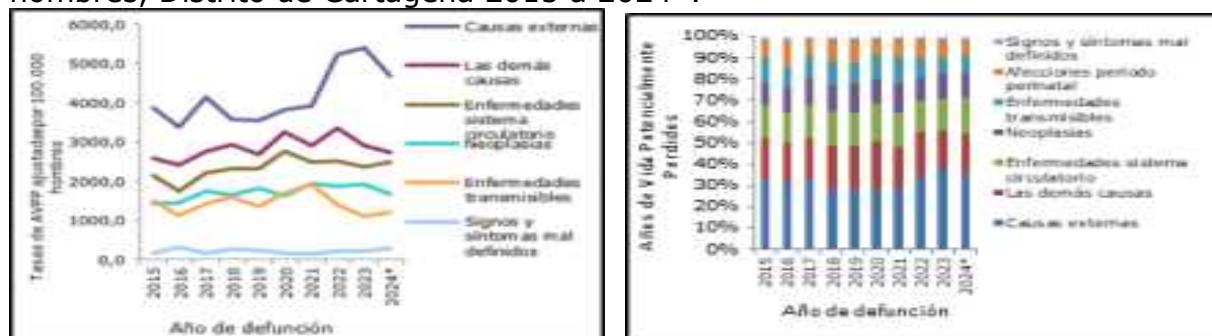
“las demás causas”, con tasas neoplasias y sistema circulatorio, sin descensos claros a lo largo del período. Las demás causas con tasas de 2.504 por cada 100.000 mujeres en 2015 a 33,3% en el 2024*. Las causas externas, aunque menores que en los hombres, aumentan de unos 5,5% AVPP en 2015 a cerca de 9,7 % en 2023, con leve reducción en 2024* en 5,6%, lo que evidencia una creciente carga por violencias y accidentes. Esto evidencia una carga constante de mortalidad prematura por enfermedades crónicas y no externas. Las afecciones del periodo perinatal generan AVPP significativos en ambos sexos, señalando brechas en la atención materno-perinatal. Los signos y síntomas mal definidos, aunque bajos, fluctúan interanualmente, lo que indica problemas en la certificación de la causa básica de muerte. *Datos preliminares para 2024. (Figura 8, 9 y 10).

Figura 8. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas, Distrito de Cartagena 2015 a 2024*.



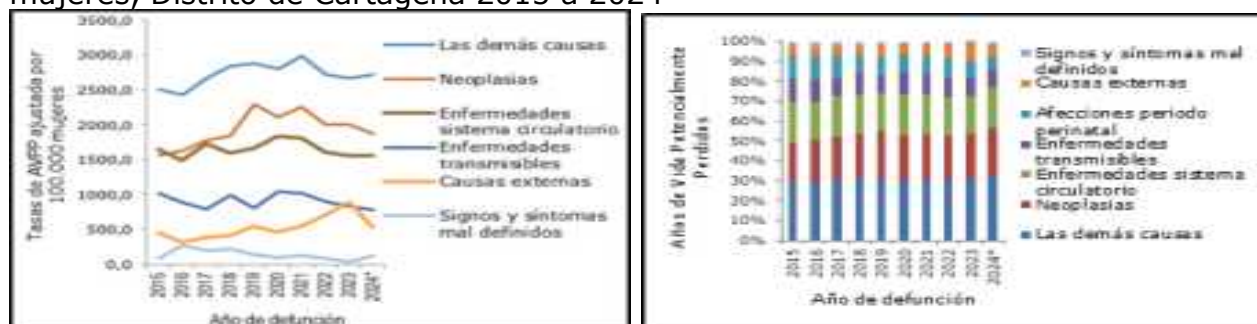
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2015-2024* preliminar.

Figura 9. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos, por grandes causas, en hombres, Distrito de Cartagena 2015 a 2024*.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2015-2024* preliminar.

Figura 10. Mortalidad y años de Vida Potencialmente Perdidos, por grandes causas, en mujeres, Distrito de Cartagena 2015 a 2024*



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO 2015-2024* preliminar

3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo

Enfermedades transmisibles general Distrito de Cartagena.

El análisis de las tasas de mortalidad por subgrupos de enfermedades transmisibles en el Distrito de Cartagena muestra variaciones en los patrones de mortalidad dentro de esta categoría. Las tres principales causas de muerte por enfermedades transmisibles son infecciones respiratorias agudas, enfermedad por VIH (SIDA) y tuberculosis. A continuación, se presenta un análisis comparativo de las cifras de mortalidad correspondientes a los años 2023 y 2024*, así como una revisión de la evolución de 2015 a 2024*.

Las **infecciones respiratorias agudas** han mostrado una tendencia fluctuante durante el periodo, con un incremento significativo en 2020 (52,87 por 100.000 habitantes), posiblemente asociado a la pandemia de COVID-19, seguido de una reducción progresiva en los años posteriores, alcanzando 24,38 por cada 100.000 habitantes en 2024*, lo que indica una disminución en los últimos dos años (26,69 por cada 100.000 habitantes en 2023).

La **enfermedad por VIH (SIDA)** se mantiene relativamente estable a lo largo de la serie histórica, con tasas que oscilan entre 5 y 8 por 100.000 habitantes. En los dos últimos años se observa una ligera disminución, pasando de 6,25 en 2023 a 5,10 por cada 100.000 habitantes en 2024*, reflejando una tendencia decreciente reciente, la estabilidad y leve disminución en la mortalidad refleja avances en tratamiento, pero la infección continúa afectando la calidad de vida, la integración social y la estabilidad económica de quienes viven con la enfermedad, además de mantener la necesidad de programas de prevención y educación continua.

En cuanto a la **tuberculosis**, la mortalidad ha mostrado un aumento progresivo desde

2015 (1,78) hasta alcanzar 3,78 en 2024*, con un ligero descenso en 2023 (2,75). Esto evidencia un incremento en los últimos dos años, consolidando a la tuberculosis como una causa de mortalidad que requiere atención prioritaria en el control de enfermedades transmisibles, incrementando el riesgo de transmisión comunitaria y presión sobre los servicios médicos.

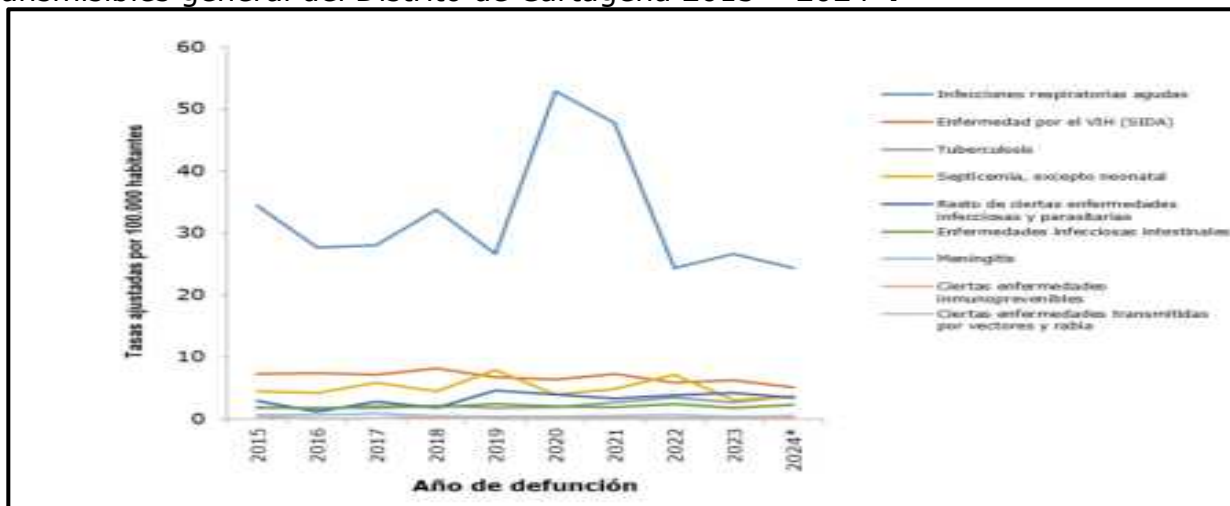
El análisis de las principales causas de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres en Cartagena entre 2015 y 2024* evidencia las tres primeras causas de mortalidad están dadas por: Las **infecciones respiratorias agudas (IRA)** presentan un comportamiento fluctuante, con un pico marcado en 2020 (67,5 por 100.000 hombres), probablemente asociado a la pandemia de COVID-19, seguido de un descenso sostenido que se mantiene estable en los últimos dos años, con 28,25 por cada 100.000 hombres y en 2023 y 28,32 por cada 100.000 hombres en 2024. La **enfermedad por VIH (SIDA)** muestra oscilaciones a lo largo del periodo, alcanzando su punto máximo en 2018 (13,27), y disminuyendo en los años recientes, con tasas de 8,56 en 2023 y 8,95 en 2024, reflejando una tendencia decreciente y relativa estabilidad en los últimos dos años. Por su parte, la **tuberculosis** evidencia un aumento sostenido, pasando de 1,60 por cada 100.000 hombres en 2016 a 6,37 por cada 100.00 hombres en 2024, con una ligera disminución en 2023 (4,20), lo que resalta un incremento preocupante en los últimos años y la necesidad de priorizar estrategias de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento en la población masculina. En conjunto, estos datos muestran que, mientras IRA y VIH presentan estabilización o disminución reciente, la tuberculosis continúa representando un desafío creciente para la salud pública en hombres.

En las mujeres a comparación con los hombres, donde las infecciones respiratorias agudas, VIH y tuberculosis predominan, en mujeres la tuberculosis y el VIH tienen menor peso relativo, mientras que la septicemia y otras enfermedades infecciosas ocupan un lugar más relevante. En los últimos dos años, las IRA disminuyeron en ambos sexos, pero la mortalidad por septicemia y otras infecciones mantiene más variabilidad en mujeres, indicando diferencias de vulnerabilidad y exposición entre géneros. Las tres principales causas son infecciones respiratorias agudas, septicemia (excepto neonatal) y el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Las **infecciones respiratorias aguda presentan** fluctuaciones, con un pico en 2020 (41,78 por 100.000 mujeres), probablemente asociado a la pandemia de COVID-19, seguido de un descenso que alcanza 21,35 por cada 100.000 mujeres en 2024, lo que refleja una disminución marcada en los últimos dos años, similar al comportamiento en hombres, aunque con tasas globalmente menores en mujeres. La septicemia muestra un patrón más irregular, con picos en 2019 (7,57 por cada 100.000 mujeres) y 2022 (6,54 por cada 100.000 mujeres), y tasas relativamente bajas en 2023-2024* (2,83 y 3,91 por cada 100.000 mujeres), evidenciando variabilidad año a año. Por su parte, el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ha mantenido un incremento

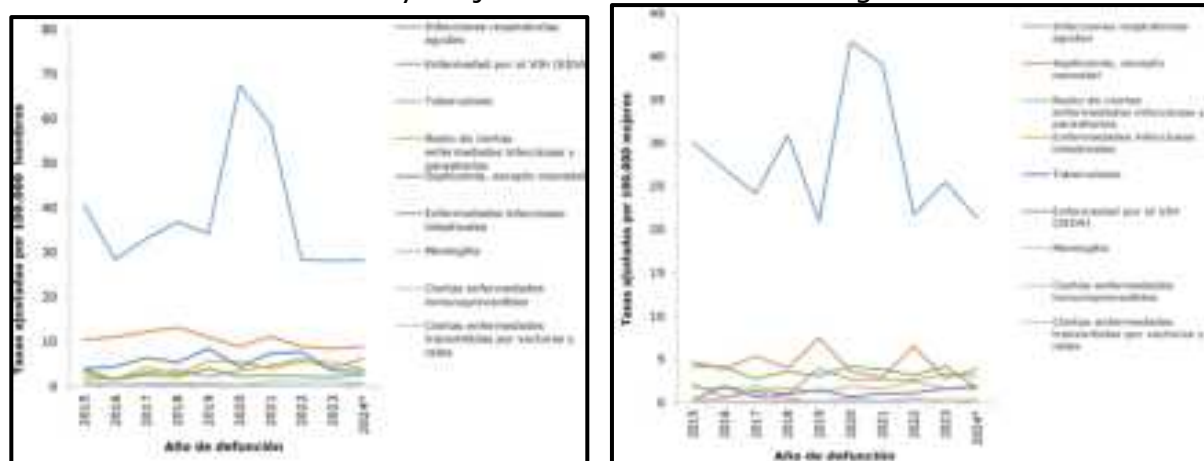
progresivo desde 2016, alcanzando 3,13 por cada 100.000 mujeres en 2024, mostrando un aumento más estable en comparación con los hombres, quienes presentaron fluctuaciones más amplias en estas causas. *Datos preliminares para 2024. (Figura 11 y 12).

Figura 11. Tasa de mortalidad ajustadas por edad para las enfermedades transmisibles general del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024* preliminar.

Figura 12. Tasas de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024* preliminar.

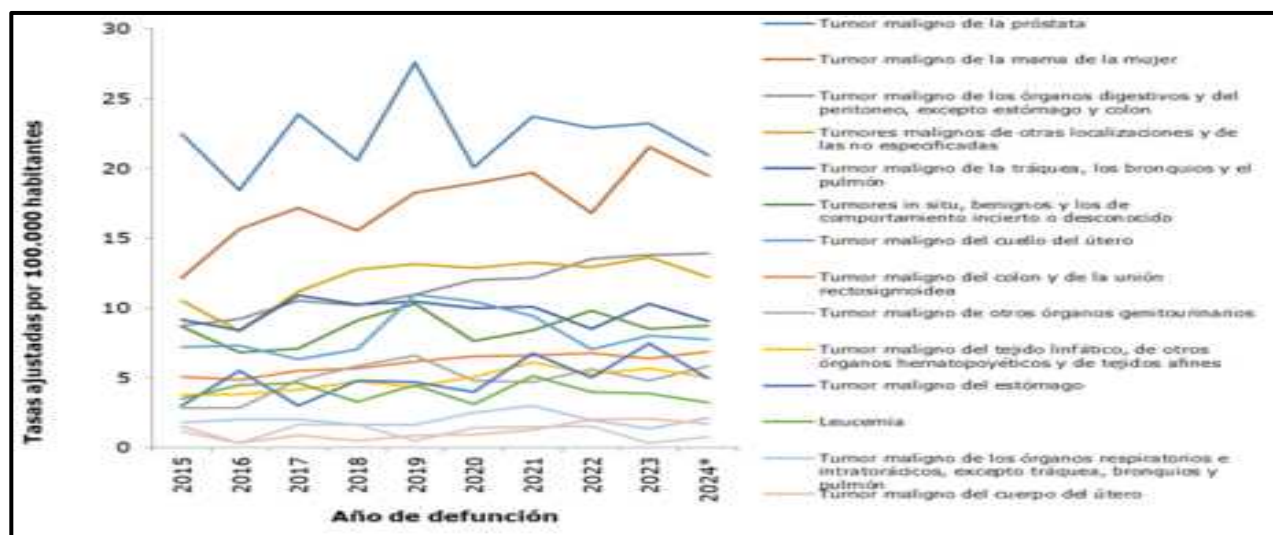
Neoplasias

El análisis de las neoplasias malignas en el Distrito de Cartagena revela que el **tumor maligno de próstata** se posiciona como la principal causa de muerte, seguido por el **tumor maligno de mama y el tumor maligno de órganos digestivos y peritoneo (excepto estómago y colon)**. El tumor maligno de próstata muestra una tendencia general a la disminución, con tasas estandarizadas de 22,50 por 100.000 habitantes en 2015 a 20,95 en 2024*, aunque su comportamiento ha sido fluctuante, alcanzando un pico máximo en 2019 de 27,60 por 100.000 habitantes. Por su parte, el tumor maligno de mama presenta una tendencia al incremento del 60%, pasando de 12,19 por 100.000 habitantes en 2015 a 19,49 en 2024*, con la tasa más alta registrada en 2023 (21,53 por 100.000 habitantes) y una leve disminución en 2024*. Asimismo, el tumor maligno de órganos digestivos y peritoneo (excepto estómago y colon) experimenta un incremento del 60%, de 8,72 por 100.000 habitantes en 2015 a 13,91 en 2024*, con un alza adicional del 1% en los dos últimos años. Cabe destacar el tumor maligno de otros órganos genitourinarios, con un incremento superior al 100% (de 2,82 a 5,85 por 100.000 habitantes entre 2015 y 2024*), lo que amerita vigilancia específica.

En cuanto a la distribución por sexo, el tumor maligno de próstata es la primera causa en hombres, con tendencia a la disminución, mientras que en mujeres lo es el tumor maligno de mama, con tendencia al incremento. La segunda causa en ambos sexos corresponde al tumor maligno de órganos digestivos y peritoneo (excepto estómago y colon), con tasas más altas en hombres: de 9,50 por 100.000 hombres en 2015 a 16,45 en 2024* (incremento del 73%), y en mujeres de 8,26 a 16,04 por 100.000 mujeres (incremento del 46%); en los dos últimos años, las tasas se mantuvieron estables en ambos sexos. La tercera causa en hombres son los tumores malignos de otras localizaciones y no especificadas, con tendencia al incremento de 10,27 a 13,87 por 100.000 hombres, mientras que en mujeres se mantienen estables en alrededor de 10,87 por 100.000 mujeres.

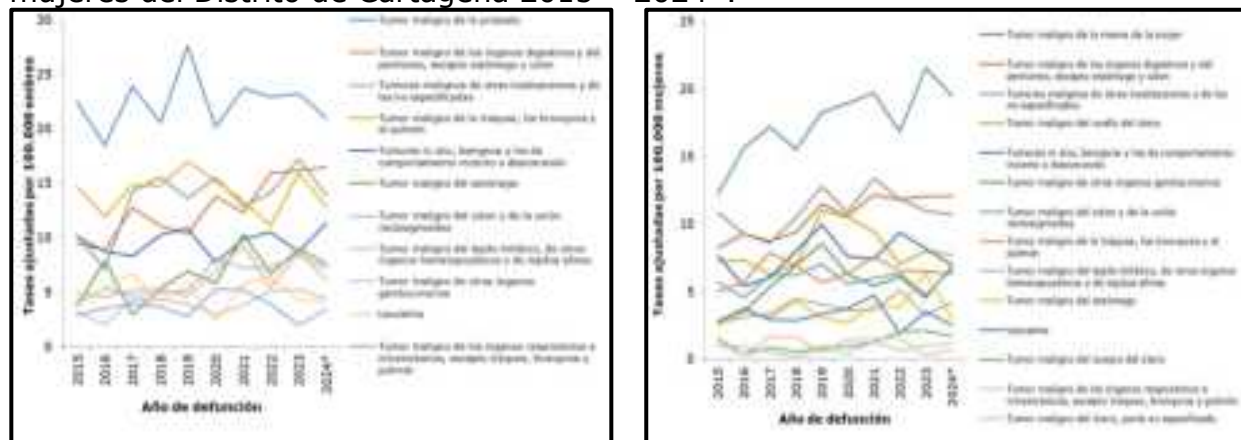
Estas tendencias subrayan la carga creciente de neoplasias en mujeres y la persistencia del cáncer de próstata en hombres, con incrementos notables en tumores digestivos que afectan más a varones. Se recomienda fortalecer programas de screening y control para mama y tumores digestivos con miras a mitigar el alza observada. *Datos preliminares para 2024. (Figura 13 y 14).

Figura 13. Tasa de mortalidad ajustadas por edad para las neoplasias general del Distrito de Cartagena 2015- 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015 - 2024* preliminar.

Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Neoplasias en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2015 - 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024* preliminar

Enfermedades del sistema circulatorio

En el análisis de las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el Distrito de Cartagena, se observa que las tres primeras causas de muertes siguen siendo las **enfermedades isquémicas del corazón**, seguida de **enfermedades cerebrovasculares** y en tercer lugar **enfermedades hipertensivas**.

Las **enfermedades isquémicas del corazón** muestran una tendencia al incremento del 41,8% entre 2015 y 2024*, con tasas que pasaron de 49,04 a 69,57 por 100.000

habitantes. Su comportamiento ha sido fluctuante, con un pico máximo en 2020 (71,20 por 100.000 habitantes), y un alza del 18% en los dos últimos años (de 58,73 a 69,57 por 100.000 habitantes). Esta persistencia las posiciona como la causa dominante, representando el 45,5% de las muertes por enfermedades circulatorias en 2024*.

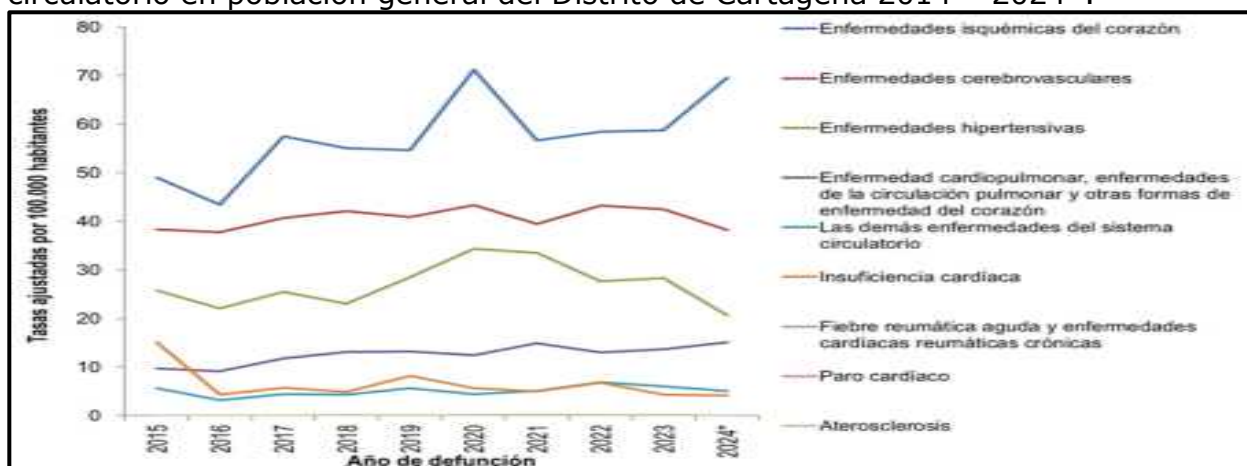
Por su parte, las **enfermedades cerebrovasculares** mantienen tasas estables en torno a 38 por 100.000 habitantes entre 2015 y 2024*, con oscilaciones entre 37,77 y 42,47; en los dos últimos años, se registró una disminución del 10% (de 42,47 a 38,23 por 100.000 habitantes).

Las **enfermedades hipertensivas**, en cambio, exhiben una ligera tendencia a la disminución del 19,6% (de 2015 a 2024*), alcanzando 20,69 por 100.000 habitantes en 2024*, con una reducción del 26,9% respecto a 2023 (28,33 por 100.000 habitantes). No obstante, en los dos últimos años destacan incrementos en enfermedades isquémicas del corazón (18,5%) y cardiopulmonares, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (10,13%).

En la distribución por sexo, el orden de las tres primeras causas se mantiene idéntico en hombres y mujeres. Las enfermedades isquémicas del corazón presentan tasas consistentemente más altas en hombres (87,22 por 100.000 hombres en 2024*) que en mujeres (55,87 por 100.000 mujeres), aunque el incremento fue mayor en mujeres (43,4%) que en hombres (39,5%) entre 2015 y 2024*. Para las enfermedades cerebrovasculares, los hombres también muestran tasas superiores (43,74 por 100.000 hombres en 2024* vs. 33,87 por 100.000 mujeres), con fluctuaciones y pico en 2020 (54,16 por 100.000 hombres), mientras que en mujeres se observa un leve incremento (entre 33,87 y 40,02 por 100.000 mujeres). Finalmente, las enfermedades hipertensivas afectan más a hombres (23,60 por 100.000 en 2024* vs. 18,24 por 100.000 mujeres), con disminuciones del 19% en hombres (de 29,30 en 2015) y del 20% en mujeres (de 22,82 en 2015). En los dos últimos años, el mayor incremento en hombres correspondió a enfermedades cardiopulmonares, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, mientras que en mujeres predominó el alza en enfermedades isquémicas del corazón.

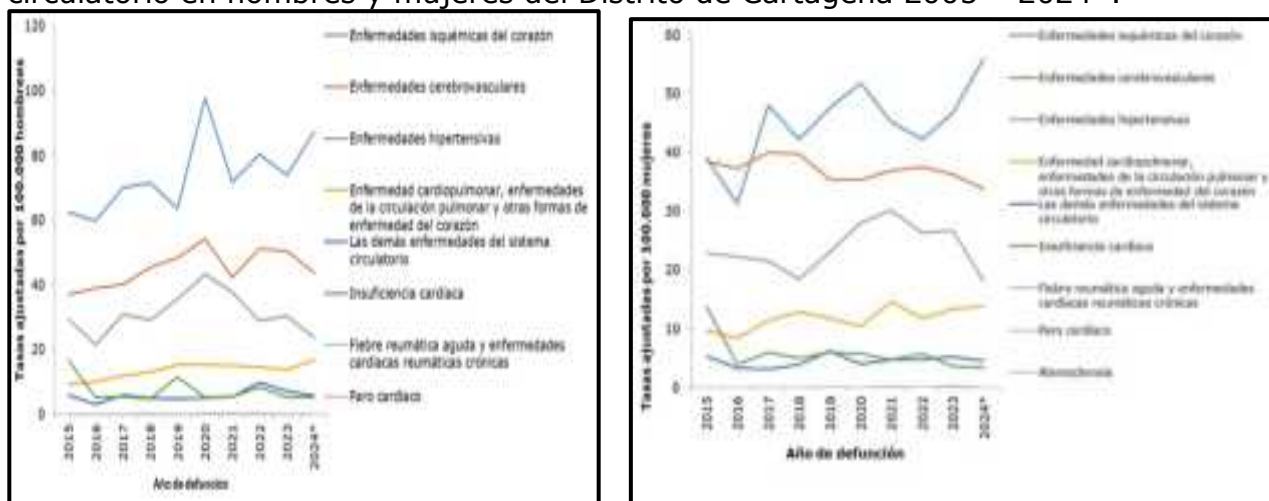
Estas tendencias resaltan la carga creciente de enfermedades isquémicas en ambos sexos, con mayor impacto en varones, y subrayan la necesidad de intervenciones preventivas enfocadas en control hipertensivo y factores de riesgo cardiovascular. *Datos preliminares para 2024. (Figura 15 y 16).

Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en población general del Distrito de Cartagena 2014 – 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024* preliminar.

Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2005 – 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024* preliminar

Causas externas

En primer lugar, las causas externas se consolidan como la principal causa de mortalidad en el Distrito de Cartagena a lo largo de todo el período analizado. En 2024* **Los homicidios** mantienen su liderazgo con una tasa de 33,53 por 100.000 habitantes, lo que refleja una disminución respecto a 2023 (38,52 por 100.000 habitantes). Sin embargo, al comparar con 2015 (23,92 por 100.000 habitantes), se evidencia un incremento acumulado del 40%, lo que subraya su persistencia como problema estructural de salud pública. En segundo lugar, los **accidentes de transporte terrestre** registran un nivel aumento del 9,8% entre 2023 y 2024* (de 12,31 a 13,52 por 100.000

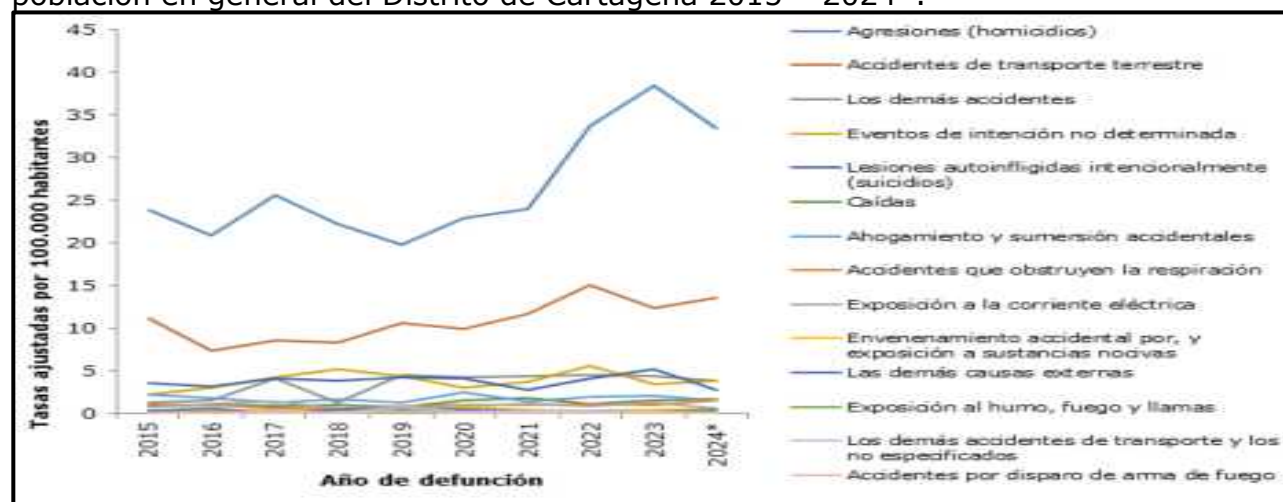
habitantes), alcanzando su pico histórico en 2022 (15,08 por 100.000 habitantes). Por su parte, los **demás accidentes** muestran una reducción del 11,6% en el último año (de 4,40 a 3,89 por 100.000 habitantes); no obstante, su tendencia a largo plazo desde 2015 (1,26 por 100.000 habitantes) resulta preocupante.

En balance, 2024* evidencia reducciones en homicidios y demás accidentes frente a 2023, pero las tasas absolutas persisten elevadas respecto a 2015. Por lo tanto, aunque se observan avances puntuales, aún resulta insuficiente para revertir la carga histórica de estas causas externas.

Al realizar el análisis por sexo revela diferencias significativas: en hombres las causas externas ocupan el primer lugar general, mientras que en mujeres se posicionan en tercero. Específicamente, para los hombres los homicidios dominan en 2024* con 65,59 por 100.000 hombres ($\downarrow 10,5\%$ vs. 73,28 en 2023), pero se incrementan 38,9% al comparar 2015. Asimismo, los accidentes de transporte terrestre, segunda causa en ambos sexos, crecieron un 25,9% en hombres con tasas de 19,93 en el 2023 a 25,09 por 100.000 hombres en el 2024*, en contraste con una disminución del 36,4% en mujeres. Finalmente, en tercer lugar, para hombres destacan los eventos de intención no determinada ($\uparrow 17,3\%$: de 5,24 a 6,15 por 100.000 hombres), mientras que en mujeres lideran las demás causas ($\downarrow 36\%$ en los dos últimos años).

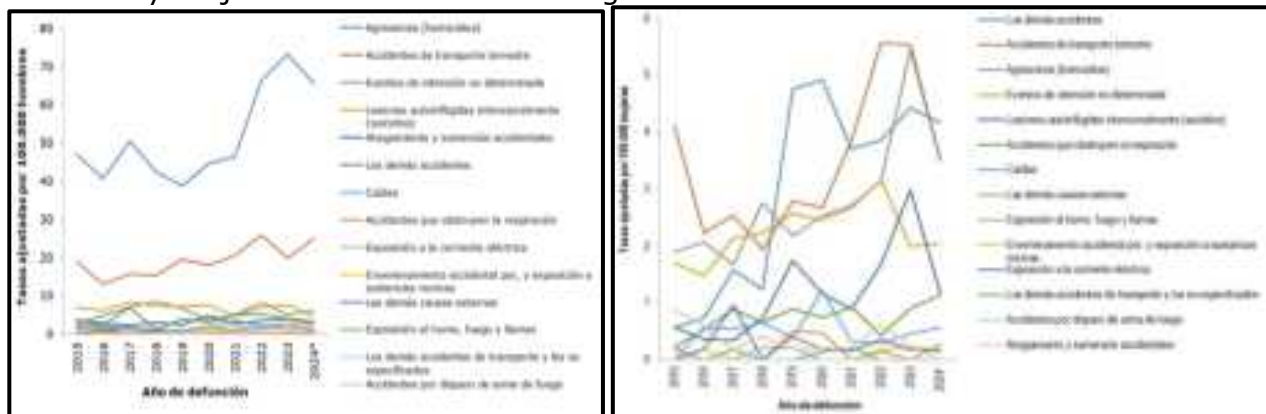
En consecuencia, estas dinámicas resaltan la vulnerabilidad extrema de los hombres a la violencia y riesgos viales, por lo que se requieren estrategias diferenciadas por sexo, como el fortalecimiento de políticas de seguridad ciudadana y educación vial para mitigar esta carga persistente. *Datos preliminares para 2024. (Figura 17 y 18).

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en población en general del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024* preliminar.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024*.

Mortalidad por las demás causas

El análisis de las tasas de mortalidad en el subgrupo Las demás enfermedades en el Distrito de Cartagena revela tendencias diferenciadas según las causas principales. **El resto de enfermedades** presentaron un descenso leve entre 2022 (23,88 muertes por cada 100.000 habitantes) y 2024* (26,74 muertes por cada 100.000 habitantes), con un incremento del 30%. No obstante, en comparación con 2015 (15,97 muertes por cada 100.000 habitantes), la tasa ha aumentado significativamente en 67,5% lo que sugiere una tendencia al alza a lo largo de la última década. Por otro lado, **Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis** tuvieron un leve aumento en los dos últimos años, de 23,88 a 24,31 muertes por cada 100.000 habitante, su tendencia del 2015 a 2024* fue a un significativo incremento del 95,5% con tasas de 12,43 por cada 100.000 habitantes en el 2015. En tercer lugar, **las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores** tuvieron una disminución de 21,99 muertes por cada 100.000 habitantes en 2023 a 17,79 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024*, con una disminución del 15% en 2015 (20,98 muertes por cada 100.000 habitantes). cabe destacar que el segundo incremento más alto con un 20,8% en los últimos dos años de acuerdo al comportamiento de cada evento es Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado con una tasa de 4,19 por

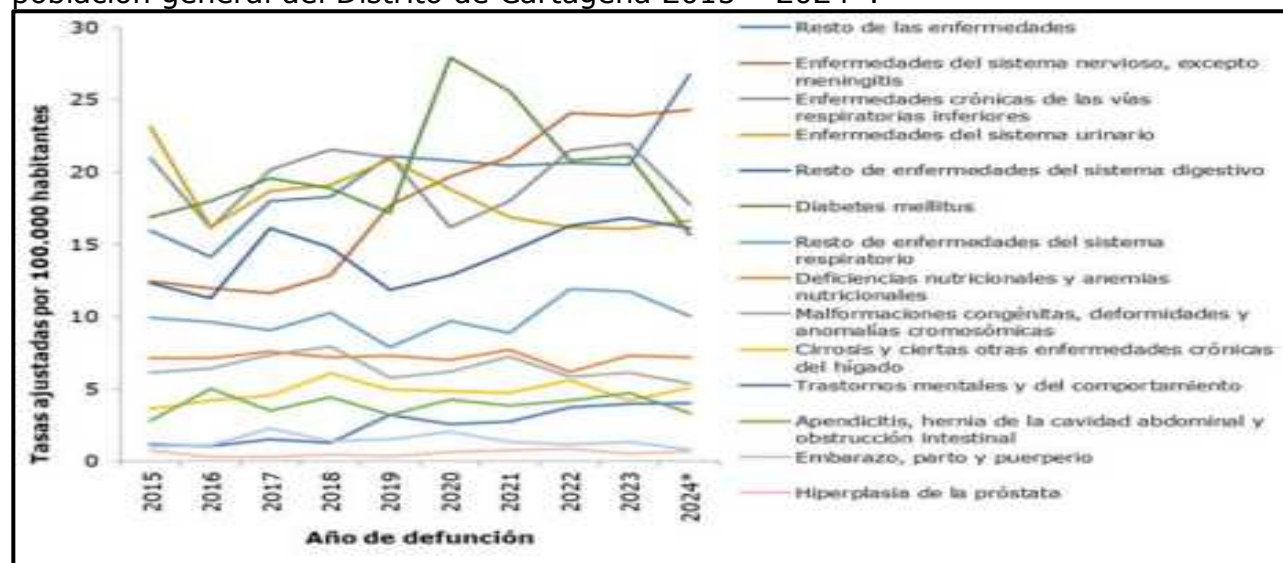
El análisis de las tasas de mortalidad por demás enfermedades en el Distrito de Cartagena revela diferencias significativas entre hombres y mujeres en los principales subgrupos. El resto de enfermedades presentaron un incremento sostenido en ambos sexos entre 2023 y 2024*, alcanzando 26,74 muertes por cada 100.000 hombres y 26,06 muertes por cada 100.000 mujeres, consolidándose como una causa significativa. En comparación con 2015, la tendencia para ambos sexos ha sido de aumento gradual, con mayor impacto en los dos últimos años. Por otro lado, las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, reflejaron un comportamiento más estable de 23,49

muertes por cada 100.000 mujeres en 2023 a las 23,26 muertes por cada 100.000 mujeres en 2024*, mientras que en hombres la tendencia subió de 23,24 muertes por cada 100.000 hombres a 25,39 muertes por cada 100.000 hombres, mostrando una mayor fluctuación interanual.

La diabetes mellitus como tercera causa en las mujeres con tasas que disminuyeron en con 22,07 muertes por cada 100.000 mujeres en el 2023 a 15,86 muertes por cada 100.000 mujeres en el 2024*, para los hombres, aunque la tasa es muy similar a la de la mujer el último año con una tasa de 15,16 posicionándose en el sexto lugar. en los hombres la tercera causa está dada por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con tasas de 29,81 muertes por cada 100.000 mujeres en el 2023 a 20,86 muertes por cada 100.000 mujeres en el 2024*.

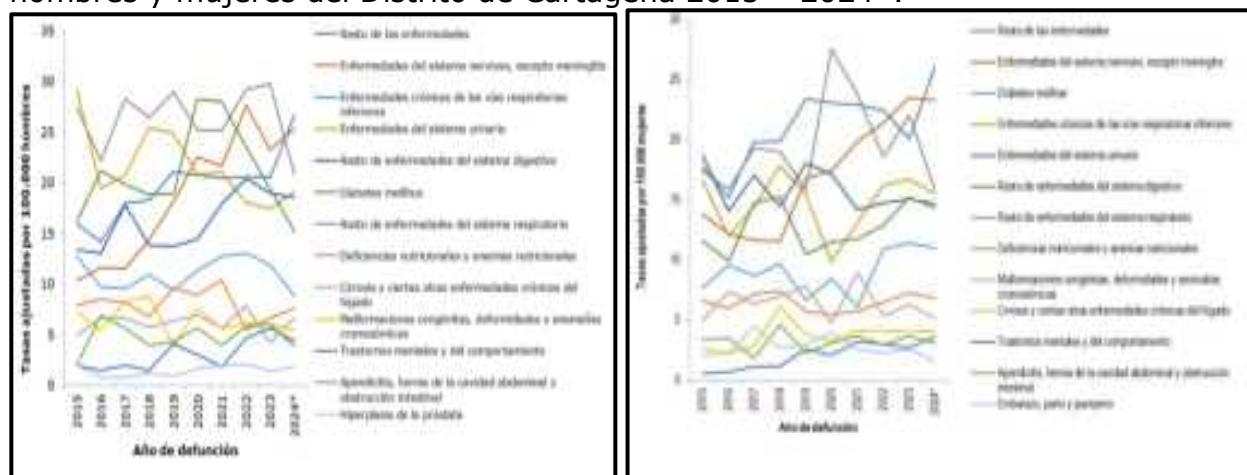
Estas tendencias evidencian una carga creciente por enfermedades crónicas emergentes como cirrosis hepática y neurológicas en hombres, junto a reducciones alentadoras en respiratorias y diabetes en mujeres, lo que sugiere la necesidad de vigilancia diferenciada por sexo y subgrupo etario. *Datos preliminares para 2024. (Figura 19 y 20).

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en población general del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024 preliminar.

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres y mujeres del Distrito de Cartagena 2015 – 2024*.



Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2015-2024*.

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. El análisis de las tasas de mortalidad ajustadas por edad en el Distrito de Cartagena para el período 2015-2024* evidencia diferencias significativas en comparación con el promedio nacional, reflejadas en indicadores trazadores clave. En el caso de los tumores malignos de mama, la tasa ajustada en Cartagena pasó de 12,2 muertes por cada 100.000 mujeres en 2015 a 19,5 muertes por cada 100.000 mujeres en 2024*, superior a la media nacional de 11,90 muertes por cada 100.000 mujeres en 2024*. Por otro lado, los tumores malignos de la próstata muestran una tendencia, disminuyendo de 22,5 muertes por cada 100.000 hombres en 2015 a 20,90 muertes por cada 100.000 hombres en 2024*, aunque con fluctuaciones intermedias. Cartagena mantiene tasas más altas que el promedio nacional, lo cual subraya disparidades en la atención de salud entre regiones.

En cuanto a causas prevenibles, como la diabetes mellitus y las agresiones (homicidios), las tendencias presentan patrones preocupantes. La tasa por diabetes mellitus mostró un pico en 2020 (27,9 muertes por cada 100.000 habitantes), probablemente influido por la pandemia, pero permaneció elevada en comparación con el promedio nacional, aunque sin diferencias estadísticas significativas. Por su parte, los homicidios registraron un incremento drástico entre 2021 y 2023, alcanzando 38,96 muertes por cada 100.000 habitantes y en el 2024* aunque bajó levemente la cifra sigue siendo preocupante con una tasa de 33,53 muertes por cada 100.00 habitantes, y por encima del indicador nacional de 28,78 muertes por 100.000 habitantes, lo que refleja un agravamiento en la violencia urbana. Finalmente, las enfermedades transmisibles también muestran un

comportamiento alarmante: aunque descendieron de 71,8 muertes por cada 100.000 habitantes en 2020 a 43,7 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024*, estas tasas permanecen significativamente más altas que las nacionales (28,78 muertes por cada 100.000 habitantes). Estas tendencias destacan desigualdades estructurales en Cartagena, vinculadas a factores socioeconómicos y al acceso desigual a servicios de salud.

Las tasas de mortalidad por causas específicas en el Distrito de Cartagena muestran un patrón de desigualdad sostenida frente al promedio nacional, con una carga particularmente elevada en tumores malignos (mamá y próstata), diabetes, homicidios y enfermedades transmisibles. En conjunto, estas causas combinan niveles absolutos altos con brechas persistentes respecto a Colombia, lo que sugiere que no se trata de variaciones aleatorias, sino de problemas estructurales vinculados a determinantes sociales, condiciones de vida y acceso oportuno a la atención en salud.

Aunque se observan descensos recientes en algunos eventos (como homicidios y enfermedades transmisibles tras el pico pandémico), las tasas siguen por encima del promedio nacional, indicando avances parciales pero insuficientes para cerrar las brechas.

Desde la perspectiva del Plan Decenal de Salud Pública, estos resultados refuerzan la necesidad de intervenciones focalizadas en prevención y control de enfermedades crónicas, fortalecimiento de la detección temprana del cáncer y mejora integral de la seguridad ciudadana y la respuesta frente a enfermedades transmisibles. (Tabla 17).

Tabla 17. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del Distrito de Cartagena 2015-2024*

Causa de muerte	Colom bia	Cartage na	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,58	13,50	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,90	19,50	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,24	7,70	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	12,55	20,90	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	8,55	4,97	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	12,82	15,69	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘

Causa de muerte	Colombia	Cartagena	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto infligidas intencionalmente	5,60	2,74	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	3,23	4,06	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	26,16	33,53	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	29,78	43,75	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘

Fuente: Bodega SISPRO; Ministerio de Salud y Protección Social 2015 - 2024* preliminar

3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Tasas específicas de mortalidad

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año: En el distrito de Cartagena, la mortalidad en menores de un año durante el período 2015–2024* se concentra principalmente en las afecciones originadas en el período perinatal, seguidas de las malformaciones congénitas y, en menor medida, de las enfermedades del sistema respiratorio. Estas causas se mantienen en niveles elevados a lo largo del tiempo, sin una tendencia clara a la reducción, consolidándose como los principales determinantes de la mortalidad infantil temprana.

Para 2024*, se registraron 147 defunciones infantiles; el 64,6% se atribuyó a afecciones perinatales (tasa: 7,59 por 1.000 nacidos vivos), el 20,4% a malformaciones congénitas (2,40 por 1.000) y el 4,1% a enfermedades respiratorias (0,56 por 1.000). El impacto fue mayor en los niños (57,1% de las muertes), quienes presentaron tasas más altas por afecciones perinatales que las niñas; no obstante, en ambos sexos se mantuvo el mismo patrón de causas predominantes.

La persistencia de causas mal definidas evidencia limitaciones en la calidad de los registros, especialmente en contextos con barreras de acceso a los servicios de salud. En conjunto, los resultados reflejan desigualdades socio-sanitarias y territoriales, asociadas a brechas en la atención preconcepciones, prenatal, obstétrica y neonatal, así como a factores ambientales, de cobertura vacunal y de acceso oportuno, que condicionan el inicio de la vida y el desarrollo infantil. Tabla 18

Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 año, por cada 1.000 nacidos vivos, según la lista de los 16 grandes grupos, Distrito de Cartagena, 2015 – 2024*



Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total									
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,08	0,21	0,20	0,21	0,00	0,11	0,34	0,69	0,10	0,15	0,21	0,11	0,32	0,12	0,15	0,12	0,23	0,00	0,40	0,58	0,56	0,23	0,36	0,21	0,11	0,11	0,20	0,35	0,26	0,40
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,21	0,21	0,00	0,00	0,12	0,12	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	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,10	0,00	0,00	0,10	0,11	0,00	0,11	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,12	0,00	0,12	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 endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,10	0,21	0,20	0,10	0,11	0,21	0,40	0,46	0,26	0,10	0,21	0,21	0,31	0,11	0,46	0,12	0,21	0,26	0,00	0,17	0,15	0,21	0,26	0,11	0,29	0,10	0,34	0,41	0,12	0,16
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,10	0,20	0,21	0,21	0,35	0,00	0,46	0,10	0,46	0,21	0,00	0,31	0,11	0,10	0,34	0,23	0,12	0,00	0,17	0,18	0,05	0,26	0,16	0,21	0,10	0,11	0,29	0,07	0,33
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	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	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	0,10	0,00	0,10	0,21	0,00	0,12	0,11	0,34	0,00	0,10	0,00	0,32	0,42	0,11	0,00	0,12	0,12	0,00	0,00	0,00	0,10	0,16	0,26	0,21	0,00	0,12	0,11	0,18	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,08	0,01	0,00	0,10	0,10	0,08	0,74	0,40	0,11	0,77	1,00	0,54	0,42	0,20	0,46	0,75	0,38	0,72	0,67	0,33	0,94	0,58	0,62	0,51	0,70	0,51	0,66	0,57	0,58	0,56
Enfermedades del sistema digestivo	0,10	0,20	0,20	0,10	0,11	0,12	0,11	0,34	0,00	0,00	0,10	0,20	0,10	0,11	0,00	0,00	0,12	0,12	0,00	0,00	0,10	0,21	0,15	0,11	0,06	0,06	0,11	0,23	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,11	0,00	0,10	0,12	0,12	0,12	0,00	0,00	0,25	0,00	0,05	0,00	0,10	0,06	0,06	0,07	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,77	1,25	0,52	0,75	0,00	0,91	1,13	0,10	0,62	0,31	0,07	0,70	0,41	0,06	0,17	0,31	0,00	0,00	0,57	0,40	1,42	0,47	0,66	0,39	0,67	0,61	0,55	0,57	0,74	0,60
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,10	0,21	0,00	0,00	0,21	0,00	0,11	0,12	0,10	0,10	0,22	0,00	0,44	0,00	0,00	0,21	0,12	0,00	0,17	0,00	0,00	0,26	0,00	0,11	0,00	0,17	0,12	0,07	0,10	0,10
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,17	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 mortalidad y morbilidad	0,00	0,10	0,00	0,00	0,21	0,10	0,00	0,10	0,00	0,00	0,10	0,00	0,10	0,10	0,10	0,00	0,10	0,10	0,10	0,10	0,05	0,10	0,00	0,11	0,10	0,10	0,10	0,00	0,00	0,00

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS – MSPS 2015-2024* Preliminar

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en población de 1 a 4 años: En cuanto a la mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años mantiene un patrón consistente a lo largo del período 2015-2024*, con un peso predominante de causas prevenibles o mitigables mediante intervenciones oportunas. La concentración de defunciones en enfermedades respiratorias, causas externas y neoplasias, junto con la marcada sobre mortalidad masculina y la diversidad de causas observada en niñas, refuerza la necesidad de fortalecer la prevención de accidentes, la vigilancia pos neonatal, la cobertura y oportunidad de la atención en infecciones, así como la detección temprana de enfermedades crónicas y oncológicas. La persistencia del riesgo observado en 2024* subraya que, pese a los avances, se requieren estrategias integrales y focalizadas que aborden tanto los determinantes biológicos como los sociales y ambientales para reducir de manera sostenida la mortalidad en este grupo etario. Tabla 19

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad en población de 1 a 4 años, por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años, según la lista de los 16 grandes grupos, del Distrito de Cartagena 2015-2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total									
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,98	0,00	0,00	0,00	2,05	0,00	0,00	0,00	1,05	1,12	3,09	0,00	0,12	0,04	0,00	2,94	1,00	1,12	0,00	0,59	0,03	2,99	1,54	1,46	0,07	1,43	1,33	1,37	0,00	
Tumores (Neoplasias)	0,01	0,00	0,00	0,00	0,71	0,00	0,20	0,00	0,19	0,10	0,00	0,11	0,37	0,00	0,49	0,01	0,00	0,12	0,11	0,30	0,04	0,00	0,00	0,10	0,10	0,41	0,00	0,74	0,00	0,00
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	0,00	0,00	0,00	2,93	1,12	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00	1,54	0,00	0,00	1,43	1,32	0,00	1,60
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,94	2,98	0,00	0,00	2,05	0,00	0,00	1,98	1,00	0,00	0,00	1,11	0,12	0,00	0,00	0,00	2,93	1,12	0,00	0,42	0,30	1,81	1,94	1,53	0,00	1,46	0,07	1,43	0,00	1,70
Enfermedades del sistema nervioso	2,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,37	0,00	0,49	2,94	0,00	0,00	0,42	0,30	1,81	0,00	0,00	0,10	0,10	0,41	0,00	0,74	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	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	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	1,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,12	3,09	0,00	0,12	0,04	0,00	2,94	0,00	1,12	0,11	0,30	7,94	1,52	1,54	0,00	1,46	0,07	1,43	1,33	1,37	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,01	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	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 digestivo	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	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 genitourinario	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	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
Ciertas afecciones originadas en el período 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	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	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	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
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,94	2,98	0,00	0,00	2,05	0,00	0,00	0,00	1,98	1,00	0,00	1,11	0,12	0,00	0,00	0,00	2,93	1,12	0,00	0,42	0,30	1,81	1,94	1,53	0,00	1,46	0,07	1,43	0,00	1,70
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	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 mortalidad y morbilidad	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	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

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS – MSPS 2015-2024* Preliminar

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años: Entre 2015 y 2024*, la mortalidad infantil en menores de 5 años en el distrito de Cartagena mostró una tendencia decreciente en más de la mitad de sus causas,

concentrándose la mayoría de las defunciones en el primer año de vida. Las principales causas fueron las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio. En 2024*, las afecciones perinatales lideraron con una tasa de 122,87 por 100.000 menores de 5 años, en descenso frente a 2023, al igual que las malformaciones congénitas.

Por sexo, no se evidencian diferencias sustanciales en las dos primeras causas, aunque las tasas de afecciones perinatales fueron más altas en niños que en niñas, mientras que las malformaciones congénitas tuvieron mayor incidencia en niñas. Las terceras causas difieren por sexo: en niños predominan las enfermedades respiratorias y en niñas las infecciosas y parasitarias, lo que sugiere exposiciones y riesgos diferenciados.

En conjunto, los resultados reflejan avances en la atención prenatal y perinatal, pero también la persistencia de brechas que mantienen el riesgo concentrado en el primer año de vida. La sobre mortalidad masculina en causas perinatales y la mayor carga de infecciones en niñas destacan la necesidad de fortalecer la vigilancia pos neonatal, la prevención de infecciones y la atención integral con enfoque diferencial para consolidar la reducción de la mortalidad infantil. Tabla 20

Tabla 20. 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, Distrito de Cartagena 2015-2024*.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Niños										Niñas										Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Causas infecciosas y parasitarias	22,01	2,19	9,93	4,93	2,39	4,93	6,34	34,46	4,93	3,23	7,44	2,49	15,94	7,54	4,79	4,71	7,07	2,33	2,79	21,99	13,76	4,99	11,39	6,39	1,11	4,99	6,99	9,94	6,31	10,39
Tumores (neoplasias)	7,14	4,79	1,22	11,07	9,24	2,29	9,99	36,07	9,99	3,23	1,49	4,99	7,52	0,00	4,79	7,07	10,79	2,33	2,99	1,99	4,99	4,99	7,07	4,99	7,07	4,99	10,39	9,07	6,31	10,39
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,39	0,00	0,00	4,93	2,39	0,00	2,39	2,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,39	0,00	0,00	1,39	0,00	0,00	1,39	0,00	1,39	0,00	1,39	0,00	1,39	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,79	0,00	4,93	2,41	4,57	0,00	0,00	12,00	1,39	2,52	4,79	4,99	10,00	15,99	0,00	2,39	7,07	10,11	1,39	1,39	4,99	4,99	7,07	10,11	1,39	4,99	0,00	10,11	6,31	10,11
Enfermedades del sistema nervioso	2,39	7,07	9,93	9,94	9,34	10,49	0,00	12,00	14,79	12,59	4,79	7,49	15,94	7,54	7,07	7,07	4,71	7,07	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39
Enfermedades del ojo y de la apófisis machada	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	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	4,79	2,49	4,93	11,07	0,00	4,93	4,93	7,29	0,00	3,03	11,49	9,99	12,59	0,00	2,49	4,71	2,39	2,39	2,99	0,00	4,99	4,99	7,07	11,77	4,99	1,49	4,94	1,39	2,39	2,39
Enfermedades del sistema respiratorio	10,00	16,17	16,25	16,33	12,00	17,99	17,99	20,00	14,79	17,99	12,24	29,94	15,94	17,99	15,99	16,49	7,07	15,31	20,07	1,39	11,00	24,44	12,11	14,31	17,20	12,69	20,49	10,07	12,69	12,69
Enfermedades del sistema digestivo	2,39	4,79	4,93	2,41	2,39	6,74	4,93	12,00	0,00	0,00	7,44	4,99	7,52	2,51	4,79	0,00	2,39	2,39	0,00	1,99	4,99	4,99	7,07	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39
Enfermedades del sistema genitourinario	7,14	0,00	4,93	0,00	0,00	4,93	0,00	2,49	0,00	0,00	4,99	2,49	0,00	0,00	2,49	2,39	2,39	2,39	2,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas afecciones congénitas en el periodo prenatal	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,41	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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas o hallazgos anormales físicos y de laboratorio	4,79	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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	4,93	2,39	0,00	0,00	0,00	1,49	2,52	0,00	0,00	0,00	0,00	2,51	2,49	0,00	0,00	0,00	1,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,99	2,39	0,00	1,21	1,39
Todas las causas de mortalidad y morbilidad	7,14	0,00	9,93	9,93	2,41	12,00	0,00	2,39	0,00	0,00	12,00	14,79	15,94	17,99	15,99	16,49	7,07	15,31	20,07	1,39	11,00	24,44	12,11	14,31	17,20	12,69	20,49	10,07	12,69	12,69

Fuente: Cubos SISPRO Defunciones DANE, anexo tasas mortalidad infantil y niñez ASIS – MSPS 2015-2024* Preliminar

3.2.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Cartagena presenta una tasa de mortalidad materna y por EDA en menores de 5 años en cero, lo que representa un indicador positivo para el distrito por lo tanto no es estadísticamente significativo, lo que indica mejora en la atención obstétrica y el acceso a servicios de salud adecuados en el Distrito. La **mortalidad materna** en Cartagena ha mostrado un comportamiento oscilante, con periodos de mejora y otros de alto riesgo, superando en varios años la media nacional y evidenciando vulnerabilidad para las gestantes. Tras una reducción significativa en 2015-2016, se registraron picos elevados en 2017 y 2020, y niveles muy altos en 2021. En 2022 se observó una caída importante por debajo del promedio nacional, lo que indicó avances en atención y prevención,

aunque en 2023 la razón volvió a aumentar, situándose nuevamente por encima del promedio del país. En 2024 no se presentaron casos de mortalidad materna temprana, logro atribuido al trabajo articulado entre actores del sistema de salud y al compromiso del personal sanitario. Desde septiembre de 2022, Cartagena implementa el Plan de Aceleración para Reducir la Mortalidad Materna, con apoyo del Ministerio de Salud, la OPS y el UNFPA, orientado a fortalecer acciones estratégicas para mantener y consolidar estos resultados.

En cuanto a la tasa de **mortalidad neonatal**, aunque no presenta una diferencia estadísticamente significativa con la media nacional, sigue siendo elevada. En 2024* (preliminar), Cartagena registra una tasa de mortalidad neonatal de 7,5 por 1.000 nacidos vivos, superior al promedio nacional (6,47), lo que evidencia mayor riesgo para los recién nacidos del Distrito. Entre 2014 y 2024* la mortalidad neonatal ha mostrado oscilaciones, con picos en 2014, 2017 y 2021, y una posterior reducción que no se ha consolidado. Desde 2018 se observa una relativa estabilización en un rango de 6,1 a 7,6, sin descensos sostenidos. La comparación entre 2023 y 2024* muestra estancamiento, manteniéndose la tasa en 7,5. Este patrón refleja una mortalidad neonatal persistentemente elevada, lo que resalta la necesidad de fortalecer el control prenatal, la atención del parto y el cuidado inmediato del recién nacido para lograr reducciones sostenidas, especialmente en el periodo perinatal.

Las tasas de **mortalidad infantil y de la niñez** en Cartagena no muestran diferencias estadísticamente significativas en comparación con el promedio nacional, pero siguen siendo altas. Esto indica que los niños y niñas del Distrito están expuestos a un mayor riesgo de muerte antes de los cinco años, lo que refleja desigualdades en la calidad de vida, en el acceso a atención médica y en las condiciones sociales de las zonas más empobrecidas. Entre 2015 y 2024*, Colombia presenta una mortalidad infantil relativamente estable, con valores entre 10,12 y 11,66 muertes por nacidos vivos y una leve tendencia descendente, lo que sugiere avances progresivos en salud infantil. En contraste, Cartagena mantiene tasas superiores al promedio nacional durante la mayor parte del período, con fluctuaciones entre 11,16 y 14,20 y un pico en 2022, reflejando brechas persistentes asociadas a desigualdades socioeconómicas y limitaciones en el acceso y calidad de los servicios de salud. En 2024*, aunque la tasa de Cartagena (12,0) no difiere de forma significativa de la nacional, continúa por encima del promedio del país, confirmando la necesidad de fortalecer las intervenciones en salud materno-infantil para reducir estas brechas.

La mortalidad **por infección respiratoria aguda (IRA)** En Cartagena, las tasas han sido persistentemente superiores a las nacionales, con niveles muy elevados en algunos años, especialmente en 2018, cuando se alcanzó el valor más alto del período. Aunque se observa una reducción progresiva en los años posteriores y una mejora en 2024*, la mortalidad por IRA en menores de cinco años continúa siendo mayor que el promedio nacional sin significancia estadística significativa. Este comportamiento evidencia

avances parciales, pero también la persistencia de importantes retos en salud pública relacionados con el acceso oportuno a los servicios de salud, las condiciones ambientales y las condiciones de vida de la población infantil.

En cuanto a las tasas de mortalidad **Enfermedades Diarreicas Agudas** (EDA en menores de 5 años, aunque no presentan diferencias estadísticamente significativas con la media nacional las tasas han sido generalmente superiores a las nacionales, con reducciones importantes en 2017 y 2018, pero con un aumento marcado en 2019 y niveles aún elevados hasta 2022. Para 2024, no se registraron muertes por EDA en menores de cinco años en el distrito, lo que representa un logro significativo y refleja avances en el control de esta causa evitable de mortalidad.

En Cartagena, el comportamiento de la **Desnutrición aguda en menores de 5 años**, fue altamente variable, con incrementos significativos en algunos años y un pico en 2022, lo que evidencia episodios de mayor vulnerabilidad nutricional asociados a condiciones socioeconómicas y barreras en el acceso a servicios y programas de apoyo. No obstante, desde 2023 se observa una disminución marcada, con tasas bajas en 2023 y 2024. En general, Cartagena registra tasas inferiores al promedio nacional, pero los aumentos puntuales confirman la necesidad de mantener acciones sostenidas de prevención, detección temprana y atención integral de la desnutrición infantil, especialmente en poblaciones vulnerables. En el último año sin significancias estadísticas comparada con Colombia. (Tabla 18).

Tabla 18. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Distrito de Cartagena 2015 - 2024*.

Causa de muerte	COLOMBIA	CARTAGENA	Comportamiento										Comportamiento																		
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024									
Razón de mortalidad materna	44,72	8,88	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de mortalidad neonatal	6,47	7,68	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de mortalidad infantil	10,37	11,98	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de mortalidad en la niñez	13,11	14,30	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	8,48	11,84	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,37	0,00	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	8,18	2,88	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV 2013-2024* preliminar

Por **área de residencia** en la mortalidad materna entre 2015 y 2023, se evidencian marcadas diferencias territoriales, sin registrar casos en 2024. En la cabecera municipal, la razón de mortalidad materna mostró una trayectoria oscilante, con picos críticos de 87,69 por 100.000 nacidos vivos (NV) en 2017 y 88,93 en 2020, posiblemente por fallas en la red de servicios; descendió a 62,72 en 2022, pero repuntó a 70,69 en 2023,

revelando brechas persistentes en calidad y oportunidad de atención. Los centros poblados presentaron un incremento alarmante a 102,77 en 2023, destacando su vulnerabilidad intermedia, mientras que el área rural dispersa registró un valor extremadamente alto de 892,86 por 100.000 NV, atribuible a serias barreras de acceso a servicios oportunos.

Por **etnia** en mortalidad materna (2015-2023), el grupo negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente exhibió una tendencia preocupante desde 2019, con un máximo de 352,73 por 100.000 NV en 2020 y 187,62 en 2023, ligada a inequidades estructurales. El grupo "ninguna de las anteriores" fue fluctuante: 79,31 en 2020, 54,34 en 2022 y 67,55 en 2023. Grupos como indígenas, ROM, raizales y palenqueros carecen de datos, lo que exige fortalecer los sistemas de información para una respuesta inclusiva.

Respecto a la mortalidad neonatal **por etnia** (2015-2024), se observan desigualdades acentuadas en grupos pequeños. Indígenas y palenqueros muestran tasas inestables y elevadas. En negro/afrodescendientes, las tasas con tendencia al incremento de 6,91 en 2015 a 8,89 por 1.000 NV en 2024, con picos en 2018 y 2019; "otras etnias" estables en 7,49 -7,65 por 1.000 NV, y "no reportado" limitado. En conjunto, predominan la inestabilidad en minorías, las inequidades en afrodescendientes y la ausencia de tendencias descendentes sostenidas.

Por **área** de residencia en mortalidad neonatal (2015-2024), el área urbana fue relativamente estable (7,08-9,24 por 1.000 NV), con pico en 2021 (9,24) y mínimo en 2024 (6,87). La rural resultó más variable (3,80-10,94), pico 2021 (10,94) y bajo en 2024 (4,11). Inicialmente superior en rural (2015-2017), la brecha se invirtió en 2020 y 2024, con tendencia descendente en ambas, aunque más inestable en rural.

Estos patrones subrayan la necesidad de intervenciones focalizadas en zonas vulnerables y grupos étnicos, priorizando el acceso equitativo y la calidad perinatal.

Tabla 22. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por pertenencia étnica del Distrito de Cartagena, 2015 – 2024.

Etnia	Años									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos										
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendientes	-	-	552,5	-	746,3	537,6	390,6	380,2	-	-
Otras etnias	92,3	68,8	144,7	78,9	119,7	161,7	142,7	110,8	137,9	-
Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos										
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	142,86	-	-
Palenquero de San Basilio	90,91	71,43	-	-	-	-	-	-	-	-
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendientes	6,91	19,90	10,66	23,59	21,16	15,11	7,84	11,26	9,98	8,89

Etnia	Años									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Otras etnias	7,49	7,67	8,01	8,14	8,39	8,66	9,27	9,90	8,99	7,65

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Tabla 23. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del Distrito de Cartagena, 2015 – 2024.

Area	Años									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos										
Urbana	37,85	33,52	87,69	45,05	72,28	88,93	72,84	62,72	70,69	
Rural	76,63						91,16			
Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos										
Urbana	7,08	7,58	8,29	7,10	8,43	8,54	9,24	8,44	7,09	6,87
Rural	9,96	8,68	9,63	8,09	7,73	3,80	10,94	7,72	6,87	4,11

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Tabla 24. Principales causas de mortalidad, Cartagena 2024*.

Principales causas de Mortalidad en Cartagena 2024	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes
Enfermedades isquémicas del corazón	69,58
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	42,46
Enfermedades cerebrovasculares	38,24
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	37,38
Resto de las enfermedades	26,74
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	24,31
Enfermedades hipertensivas	20,69
Tumor maligno de la próstata	19,07
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	17,80
Tasa de mortalidad en la niñez	14,3
Tumor maligno de la mama de la mujer	14,24
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	13
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	11,64
Tasa de Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7,59
Tasa de mortalidad neonatal	7,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,21

Fuente: Bodega SISPRO SGD- EEVV, cubos 2024* preliminar,

CONCLUSIONES

Morbilidad

Entre 2015 y 2024 se registraron 32.225.281 de consultas, con un incremento del 8,3% en 2024 comparado con el 2023, donde el 60% correspondió a mujeres y la mayor demanda se concentró en adultos de 29 a 59 años.

Las enfermedades no transmisibles representan la principal carga de atención (67,6%), destacando cardiovasculares, musculo esqueléticas y neuropsiquiátricas, con un crecimiento sostenido, mientras que las enfermedades transmisibles y las lesiones mantienen relevancia en grupos específicos. Las condiciones maternas y signos/síntomas mal definidos reflejan necesidades críticas en salud reproductiva y diagnóstica.

Existen diferencias por sexo: las mujeres presentan mayor demanda en salud reproductiva, nutricional y oral; los hombres predominan en traumatismos e infecciones relacionadas con la ocupación. La tendencia general muestra un aumento de enfermedades crónicas y mentales, evidenciando la necesidad de estrategias preventivas, promoción de hábitos saludables y atención diferenciada por sexo y curso de vida. En general, la tendencia indica un incremento sostenido de las enfermedades crónicas y mentales, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, promoción de la salud y atención diferenciada según sexo y curso de vida. Asimismo, se deben reducir los riesgos laborales y la incidencia de accidentes mediante educación, capacitación y medidas de seguridad en los entornos de trabajo. Finalmente, es fundamental mejorar la clasificación diagnóstica, con el objetivo de disminuir las consultas registradas por signos y síntomas mal definidos y optimizar la eficiencia del sistema de salud.

La mayor carga de consultas por salud mental se concentra en los cursos de vida entre los 6 y los 59 años, especialmente en infancia, adolescencia y adultez, lo que señala a estas etapas como prioritarias para la intervención y la prevención. Las principales causas de atención son los trastornos mentales y del comportamiento en general, seguidos por epilepsia, trastornos relacionados con sustancias, ansiedad y depresión, que se distribuyen de forma diferente según la edad y el sexo.

Se confirma una clara diferenciación por sexo: las mujeres consultan más por trastornos ansiosos y depresivos, mientras que los hombres presentan mayor proporción de consultas por consumo de sustancias y epilepsia, sobre todo en adolescencia, juventud y adultez, lo que exige estrategias de abordaje diferenciadas por género. Además, después de la pandemia de COVID-19 se observa un aumento relativo de las atenciones por ansiedad, depresión y consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la oferta de servicios de salud mental comunitarios,

oportunos y con enfoque de curso de vida.

Cartagena presenta una carga significativamente superior de Enfermedad Renal Crónica avanzada frente al promedio nacional, tanto en prevalencia como en incidencia. La magnitud de casos en estadios 2 y 3 explica el constante flujo hacia estadio 5, lo que se traduce en: prevalencia muy elevada, demanda creciente de diálisis, y mayor gasto en eventos de alto costo. Este comportamiento refleja la necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana, control metabólico, nefroprotección, prevención a estadios 2 y 3.

Los eventos de alto costo, como la enfermedad renal crónica, siguen en ascenso, lo que resalta la necesidad de un enfoque preventivo y de manejo integral. En cuanto a los eventos precursores, la hipertensión y la diabetes muestran una prevalencia creciente, especialmente en mujeres, lo que señala la importancia de reforzar los programas de prevención. Los eventos de notificación obligatoria, análisis de la serie histórica de notificaciones en Cartagena muestra fluctuaciones importantes que reflejan dinámicas epidemiológicas y sociales. Tras un crecimiento acelerado entre 2015 y 2016, asociado a brotes de enfermedades como dengue, Zika y Chikungunya, se observó un periodo de estabilización hasta 2021. La pandemia de COVID-19 afectó notablemente la notificación en 2022, con una caída significativa, seguida por un fuerte repunte en 2023 y un nuevo incremento en 2024, evidenciando la reactivación y fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y posibles nuevos brotes. En el 2024, varios eventos presentaron aumentos sustanciales en comparación con 2023, destacando en primer lugar la mortalidad por dengue con un aumento del 600%, seguida por el dengue grave (164,9%), intoxicaciones por monóxido de carbono y otros gases (150%) y dengue general (139,7%). Estos datos confirman que el dengue continúa siendo un problema crítico de salud pública en Cartagena, con un aumento alarmante de casos y severidad.

Mortalidad

La mortalidad prematura entre 2015 y 2024* se mantiene alta y sin descensos sostenidos, impulsada sobre todo por “las demás causas”, causas externas, enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias. Aunque en 2023-2024* hay una leve reducción, no cambia la tendencia general. Las causas externas aumentan especialmente en hombres, mientras que en mujeres predomina la carga por neoplasias y enfermedades crónicas. La persistencia de AVPP por afecciones perinatales y causas mal definidas refleja fallas en la atención y en los registros. En conjunto, la mortalidad prematura sigue siendo un reto de salud pública que requiere fortalecer la prevención de lesiones, el control de enfermedades crónicas y la mejora de la atención perinatal y de la calidad de los datos.

La mortalidad en Cartagena entre 2015 y 2024* revela un patrón de transición epidemiológica caracterizado por un aumento sostenido en las principales causas de

muerte: “demás causas”, enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias. Este comportamiento refleja cambios en los determinantes sociales de la salud, estilos de vida y la carga creciente de enfermedades crónicas.

En hombres, predominan las enfermedades circulatorias, mientras que en mujeres las “demás causas” lideran, aunque en ambos sexos se observa una leve disminución reciente. Entre las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas y el VIH muestran tendencias estables o decrecientes, mientras que la tuberculosis representa un desafío creciente, particularmente en la población masculina.

El aumento de las neoplasias, especialmente cáncer de mama y tumores digestivos, evidencia la necesidad de fortalecer la prevención y la detección temprana. Las causas externas, como homicidios y accidentes de tránsito, mantienen un impacto significativo en la mortalidad masculina, subrayando la necesidad de intervenciones de seguridad y educación vial:

en general estos hallazgos epidemiológicos indican la urgencia de implementar estrategias integrales de prevención, control de enfermedades crónicas y transmisibles, y políticas diferenciadas por sexo para reducir la carga de mortalidad y mejorar la salud poblacional en Cartagena.

3.2.5. Cartografía Social

Teniendo en cuenta los datos cuantitativos descritos en los capítulos anteriores, teniendo en cuenta la configuración del territorio, sus características, las principales tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas este aparte permite ver los resultados del ejercicio participativo realizado en el Distrito de Cartagena el cual se realizó para la presente actualización con 14 de los 33 consejos comunitarios, permitiendo conocer las realidades del territorio y los principales determinantes sociales en salud, asociado a cada uno de ellos.

El ejercicio participativo fue de vital importancia para identificar nuevas situaciones en salud y a la vez observar cuales se mantienen en el tiempo con base a el análisis cuantitativo y a las diferentes mesas técnicas realizadas por el ente territorial. Los eventos en salud son el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad, como enfermedades, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes, por ello su priorización y seguimiento en el tiempo.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se describen los 8 núcleos de inequidad sociosanitaria. Del ejercicio anterior, que generó 11 núcleos, se fusionaron a 8 considerando los determinantes sociales de las diversas problemáticas. Se incluye la descripción y análisis de sus causas, basados en los determinantes sociales en salud para cada uno y de manera general, con el fin de identificar mejor los problemas y

necesidades sanitarias del territorio.

1. Fallas en atención materno-perinatal, agravadas por factores sociales, económicos, culturales y migratorios, aumentan morbilidad materna y mantienen mortalidad en Cartagena. Debilidades en acceso a salud sexual/reproductiva limitan autonomía, con barreras sistémicas (mala calidad, escasez anticonceptivos, desigualdad centros) y socioculturales (costos, estigma, burocracia), afectando adolescentes y migrantes. Impide prevención embarazos no deseados, ITS y detección temprana, perpetuando desigualdades sanitarias.
2. Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyen prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida, debido a factores socioeconómicos, la desigualdad y exposición a situaciones de estrés crónico.
3. la baja cobertura de los programas de promoción y detección temprana, la escasa adherencia de la población a estilos de vida saludables, y las barreras persistentes en el acceso a la atención integral y la gestión adecuada de la cronicidad, han traído como consecuencia que un significativo número de cartageneros sea diagnosticado tardíamente o sufra complicaciones graves y muertes prematuras evitables. Esta situación no solo sobrecarga los servicios de urgencias y la red de alta complejidad, sino que también profundiza las inequidades sociosanitarias territoriales.
4. La reaparición de enfermedades inmunoprevenibles y transmisibles en el Distrito es una consecuencia de las debilidades en la gestión de salud pública. Esta falla se ve agravada por la baja cobertura de los esquemas de vacunación en niños y niñas y la limitada ejecución de estrategias de control vectorial y saneamiento básico. Dichas limitaciones son especialmente críticas en las zonas de alta vulnerabilidad, donde la falta de agua potable, alcantarillado y la consecuente proliferación de criaderos de mosquitos se consolidan como las principales causas de riesgo. Todo esto se traduce en un incremento en la morbilidad, la saturación de la red asistencial y un significativo impacto socioeconómico adverso en la población.
5. La morbilidad evitable se origina en la limitada implementación de la gestión de salud pública, lo que interrumpe la conexión entre los Determinantes Sociales de la Salud y los resultados sanitarios. Esta deficiencia es producto del déficit de Gobernabilidad y Gobernanza, el cual debilita la capacidad rectora para la vigilancia de servicios y, simultáneamente, impide la coordinación intersectorial y la participación social efectiva, fracasando en la mitigación sostenida de los determinantes que afectan a la población.
6. El acceso diferencial a los determinantes sociales y ambientales esenciales de la salud, crean inequidades en la disponibilidad de alimentos seguros, medicamentos accesibles y agua potable, afectando desproporcionadamente a los grupos vulnerables. Esta falla estructural no permite garantizar universalmente los elementos básicos de la Salud Pública no solo impacta la calidad de vida, sino que se

- ve agravada por un déficit en la Vigilancia y la Seguridad Sanitaria, limitando la capacidad de respuesta a riesgos y brotes. y mortalidad de la población infantil, evidenciando que la posición social predice la salud.
7. Deficiente atención integral en salud individual y colectiva con enfoque étnico y diferencial por barreras sociales, económicas, geográficas, informativas y culturales que inciden en las condiciones de salud y bienestar de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera y otras poblaciones por condición y/o situación en los diferentes cursos de vida.
 8. los entornos laborales de la economía popular y comunitaria se caracterizan por una marcada deficiencia en condiciones seguras y saludables, lo cual representa un riesgo constante para la salud y la vida de los trabajadores. Esta problemática se origina en la ausencia crítica de medidas efectivas de promoción de la salud y prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral. Dicha omisión no solo es estructural, sino que se ve agravada por el desconocimiento generalizado y una baja percepción de los riesgos por parte de los propios trabajadores, quienes, al operar en la informalidad o en microempresas con recursos limitados, carecen de la capacitación necesaria y de la conciencia sobre los peligros ocupacionales. En consecuencia, la exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos sin la debida protección y vigilancia sanitaria eleva la morbilidad y la carga de enfermedad laboral en este sector vital para la economía local, perpetuando ciclos de vulnerabilidad y pobreza.

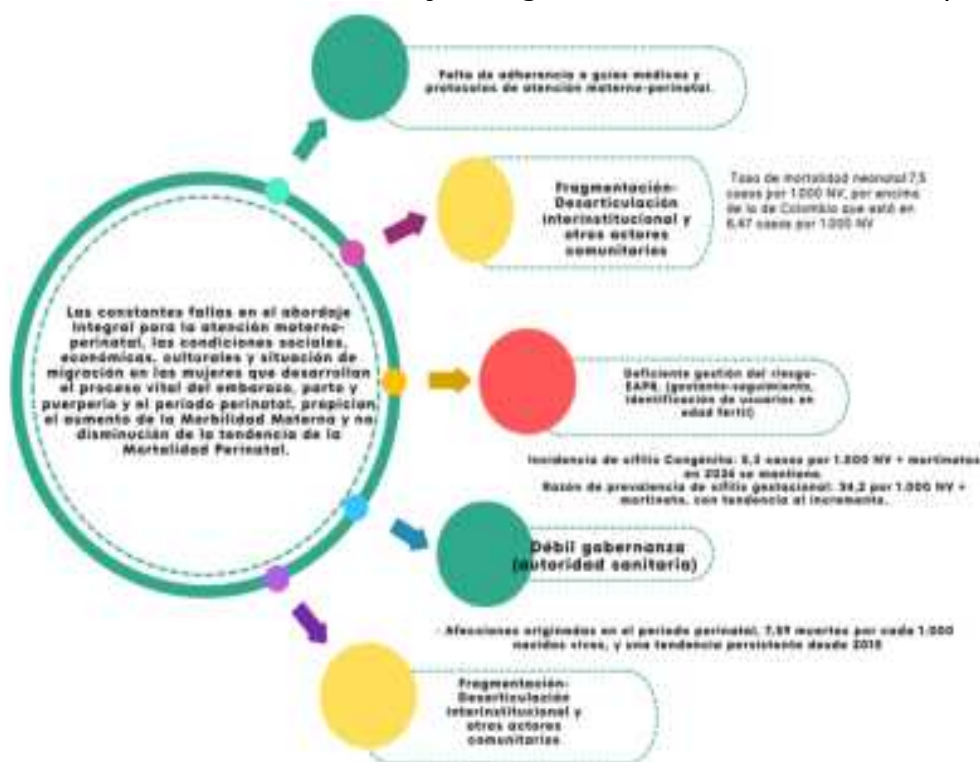
A continuación, se presentan los núcleos de inequidad sociosanitaria que se mantienen en la actualización del presente documento y el nuevo núcleo sociosanitaria.

Las causas de los problemas y necesidades en salud materno-perinatal son multifactoriales y para el Distrito de Cartagena están estrechamente relacionadas con deficiencias en el sistema de salud y determinantes sociales. Presentando una tasa de mortalidad neonatal 9,22 casos por 100.000 nacidos vivos con tendencia al incremento. A esto se suma la razón de mortalidad materna que para el año 2022 fue de 50,0 por 100.000 nacidos vivos lo que evidencia Entre los factores estructurales destacan la falta de acceso equitativo a servicios de salud adaptados a las necesidades de las mujeres gestantes, especialmente en territorios vulnerables o de difícil acceso, así como la insuficiente capacitación técnica del personal para atender emergencias obstétricas.

Por lo anterior podemos relacionar la débil gobernanza y la falta de coordinación interinstitucional, lo que fragmenta la atención y limita la eficacia de las estrategias implementadas. En los últimos dos años la meta de sífilis congénita se mantiene por encima de la meta del plan de eliminación, la prevalencia es de 4,45 por 100.000 nacidos vivos mortinatos, relacionado con aspectos como la baja adherencia a protocolos, la inadecuada gestión del riesgo, y las carencias en educación sanitaria refuerzan las brechas existentes, especialmente en poblaciones migrantes o en contextos con barreras

económicas, sociales y culturales. Estas problemáticas, combinadas con la insuficiente acción preventiva frente a enfermedades como la sífilis y el VIH, perpetúan indicadores elevados de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, demandando un enfoque integral y diferenciado que contemple tanto las condiciones estructurales como las necesidades específicas de las gestantes y sus comunidades. Las constantes fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal, las condiciones sociales, económicas, culturales y situación de migración en las mujeres que desarrollan el proceso vital del embarazo, parto y puerperio y el periodo perinatal, propician el aumento de la Morbilidad Materna y no disminución de la tendencia de la Mortalidad Materna y Perinatal. Al igual que la salud sexual y reproductiva.

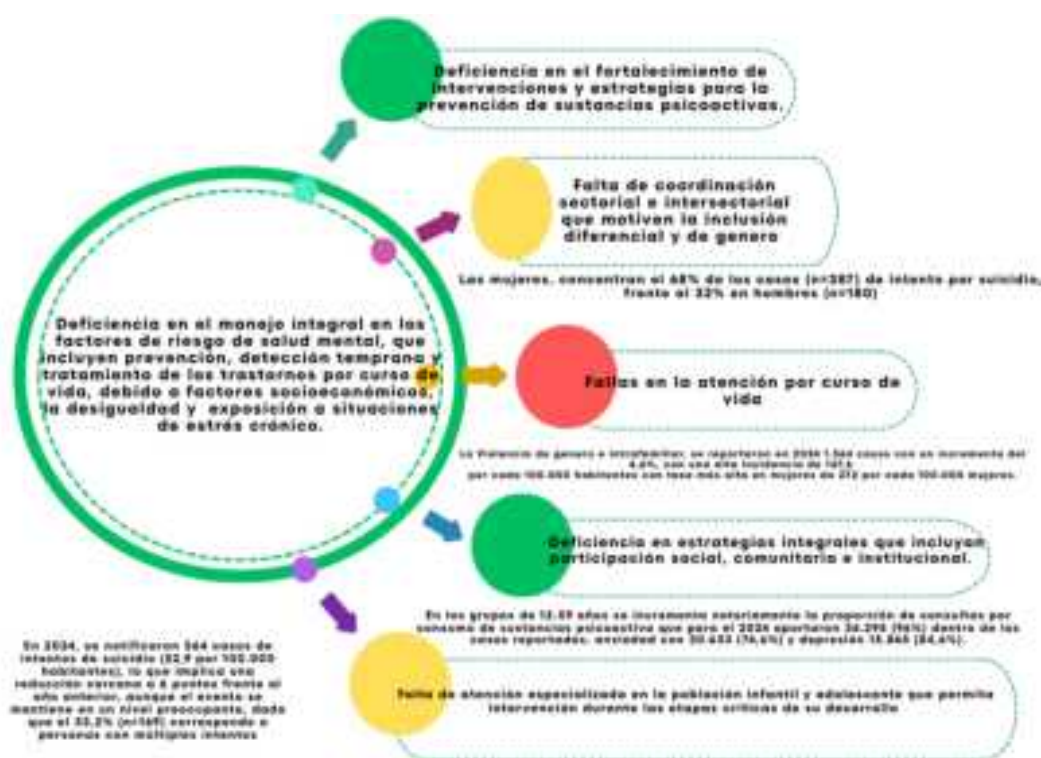
Figura 21. Las deficiencias en el abordaje integral de la atención materno-perinatal



Los trastornos mentales y de comportamiento presentan la mayor carga de morbilidad en el Distrito de Cartagena, en 2024, se notificaron 564 casos de intentos de suicidio (52,9 por 100.000 habitantes), lo que implica una reducción cercana a 6 puntos frente al año anterior, aunque el evento se mantiene en un nivel preocupante, dado que el 33,2% (n=169) corresponde a personas con múltiples intentos. Las mujeres, concentran el 68% de los casos (n=387) de intento por suicidio, frente al 32% en hombres (n=180). Con una tendencia ascendente, dentro de las principales causas de esta problemática está el acceso y calidad de los servicios de salud mental que pueden atribuirse a diversos factores estructurales y sociales. En primer lugar, la limitación en la infraestructura y los recursos dificulta la prestación de servicios integrales y especializados, particularmente

en áreas rurales o marginadas. Además, la falta de coordinación sectorial e intersectorial, sumada a la ausencia de enfoques diferenciales y de género, genera barreras para atender las necesidades específicas de grupos vulnerables, como la población infantil, adolescente y mujeres que son los grupos de edades en los que más se presentan. Por otro lado, la escasa capacitación y actualización del recurso humano en salud afecta la implementación de estrategias eficaces, mientras que la carencia de intervenciones oportunas para abordar causas multifactoriales, como el suicidio o el consumo de sustancias psicoactivas, limita los esfuerzos preventivos. Finalmente, la falta de estrategias integrales con participación social y comunitaria, junto con deficiencias en la detección temprana de problemas de salud mental, perpetúa el ciclo de atención insuficiente y tardía en el sistema de salud.

Figura 22. Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyen prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida, debido a factores socioeconómicos, la desigualdad y exposición a situaciones de estrés crónico.



Teniendo en cuenta que las principales causas de consulta fueron las enfermedades no transmisibles, que en 2024 sumaron 2.651.748 consultas (71,5%), con un incremento del 10% respecto al año anterior. Dentro de este grupo, las enfermedades cardiovasculares, siguen las enfermedades musculo esqueléticas y las condiciones neuro psiquiátricas, También destacan las condiciones orales y las enfermedades

genitourinarias. Lo que permite relacionar esta situación en salud con la falta de planificación estratégica y coordinación efectiva entre los distintos actores involucrados.

La poca continuidad y participación en las estrategias de prevención y control refleja una débil integración de políticas públicas sostenibles, mientras que la falta de articulación entre sectores para campañas de detección temprana y tratamiento oportuno evidencia la ausencia de enfoques intersectoriales.

Además, la inequidad en los servicios de salud se origina en desigualdades estructurales que afectan el acceso y la calidad de la atención, exacerbadas por una deficiencia en el manejo integral de enfermedades crónicas no transmisibles. La limitada participación comunitaria y social en actividades y toma de decisiones sugiere una desconexión entre las instituciones y las necesidades reales de la población. Por otro lado, el compromiso insuficiente de los actores en las articulaciones sectoriales e intersectoriales, sumado a deficiencias en la supervisión institucional y la capacitación del personal sanitario, impide implementar soluciones eficaces y sostenibles. La baja cobertura de los programas de promoción y detección temprana, la escasa adherencia de la población a estilos de vida saludables, y las barreras persistentes en el acceso a la atención integral y la gestión adecuada de la cronicidad, han traído como consecuencia que un significativo número de cartageneros sea diagnosticado tardíamente o sufra complicaciones graves y muertes prematuras evitables. Esta situación no solo sobrecarga los servicios de urgencias y la red de alta complejidad, sino que también profundiza las inequidades sociosanitarias territoriales.

Figura 23. Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades no trasmisibles



Cartagena de Indias es una de las ciudades de Colombia que más ha recibido mayor número de población migrante, para el año 2022 se tenía cerca de 35.243 migrantes.

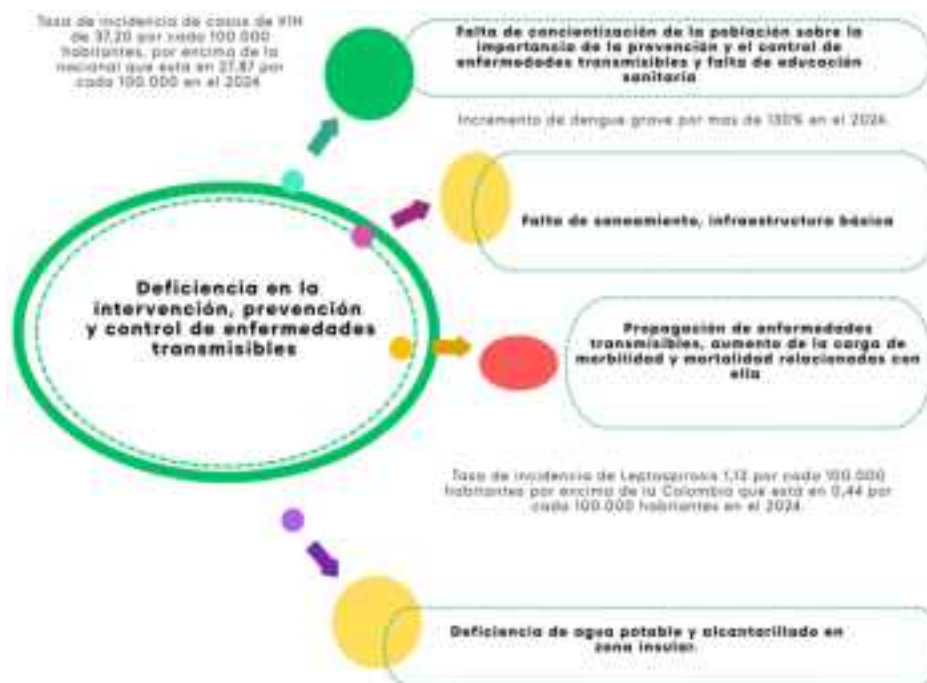
Para la población campesina se estima que el 13,3% de la población de 15 años y más, en cuanto a los habitantes de calle para el 2023 la ciudad contaba con 1.702 caracterizados, de ellos 996 manifestaron la solicitud de hogar y 200 han sido beneficiados con el hogar de paso. Lo que permite identificar una serie de causas estructurales y sistémicas que afectan la atención en salud y la integración social de las poblaciones vulnerables. La falta de identificación de las necesidades específicas de cada grupo diferencial evidencia la ausencia de diagnósticos situacionales adecuados, lo que dificulta la implementación de políticas públicas pertinentes. Asimismo, la deficiencia en la cooperación y sinergia entre los actores del sector salud sugiere una fragmentación institucional y falta de coordinación intersectorial.

El acceso limitado a programas integrales que promuevan la inclusión socioeconómica e integración social puede atribuirse a una insuficiencia en los recursos asignados y a la inadecuada implementación de enfoques de igualdad y diversidad. Por otro lado, las fallas en el cumplimiento de la política pública y las inconsistencias en el seguimiento a las instituciones de salud reflejan debilidades en la gobernanza y en los mecanismos de supervisión y control. Finalmente, la preparación insuficiente del personal sanitario y la falta de acceso a servicios de salud ponen en evidencia la necesidad de una mayor inversión en formación profesional, infraestructura y estrategias inclusivas que incorporen principios de igualdad de género, diversidad y empoderamiento comunitario de la ciudad.

El aumento de las enfermedades transmisibles en el área rural y urbana del Distrito, especialmente en comunidades vulnerables son el resultado de múltiples causas interrelacionadas que reflejan deficiencias estructurales y sociales. En primer lugar, la falta de acceso a servicios básicos, en algunas zonas de la ciudad no se cuenta con servicio de acueducto, sobre todo en zonas de alto riesgo o de protección ambiental, saneamiento adecuado y manejo eficaz de residuos sólidos, crea ambientes propicios para la reproducción de vectores y la diseminación de patógenos. Este problema es particularmente crítico en áreas insulares y de invasión, donde la alta densidad poblacional en condiciones insalubres facilita el contagio masivo de enfermedades.

La reaparición de enfermedades inmunoprevenibles y transmisibles en el Distrito es una consecuencia de las debilidades en la gestión de salud pública. Esta falla se ve agravada por la baja cobertura de los esquemas de vacunación en niños y niñas y la limitada ejecución de estrategias de control vectorial y saneamiento básico. Dichas limitaciones son especialmente críticas en las zonas de alta vulnerabilidad, donde la falta de agua potable, alcantarillado y la consecuente proliferación de criaderos de mosquitos se consolidan como las principales causas de riesgo. Todo esto se traduce en un incremento en la morbilidad, la saturación de la red asistencial y un significativo impacto socioeconómico adverso en la población.

Figura 24. Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles



Para Los problemas de salud ambiental identificados en el presente núcleo, surgen como resultado de una interacción entre varios factores, sociales, económicos y ambientales, siendo la desigualdad en el acceso a recursos básicos uno de los detonantes principales. En las zonas rurales y áreas urbanas marginales, la falta de infraestructura adecuada para el suministro de agua potable y la gestión de aguas residuales expone a las comunidades a enfermedades transmisibles y deteriora la calidad de vida. Además, el mal manejo de residuos sólidos y líquidos refleja una deficiencia estructural en la planificación y ejecución de políticas públicas, lo que contribuye a la contaminación de suelos, cuerpos de agua y aire, afectando tanto la biodiversidad como la salud humana. Revisando el incremento de los accidentes ofídico del 31,8% en el 2024, el incremento significativo de dengue en el número de casos notificados en el 2024 de 6.189 del 137,2% con respecto al mismo periodo del año 2023 y del 96,0% con relación al 2022 y el alto número de consultas por infecciones respiratorias agudas, además de La contaminación de las fuentes hídricas está relacionada en parte con la baja conciencia ciudadana sobre la protección ambiental, junto con prácticas insostenibles como el consumo excesivo de energía y el uso de combustibles fósiles, intensifican los efectos del cambio climático y agravan los problemas existentes. Esta situación se ve exacerbada por la ausencia de herramientas tecnológicas para la identificación de riesgos y la falta de personal capacitado para llevar a cabo intervenciones preventivas y correctivas. Finalmente, el incumplimiento de normativas sanitarias y la insuficiente aplicación de

protocolos internacionales ante emergencias de salud pública subrayan la necesidad urgente de fortalecer las capacidades institucionales y promover una cultura de sostenibilidad y prevención que integre a todos los sectores de la sociedad.

Teniendo en cuenta la Tasa de incidencia de casos de VIH de 37,20 por cada 100.000 habitantes, por encima de la nacional que está en 27,87 por cada 100.000 en el 2024, Tasa de incidencia de Leptospirosis 1,13 por cada 100.000 habitantes por encima de la Colombia que está en 0,44 por cada 100.000 habitantes en el 2024. Teniendo en cuenta los datos registrados, podemos concluir que la limitada implementación de estrategias educativas en salud y la falta de programas de prevención específicos dificultan el conocimiento y la adopción de prácticas que puedan reducir el riesgo de contagio. Enfermedades como la tuberculosis, las zoonosis y las transmitidas por vectores se ven agravadas por la ausencia de diagnósticos oportunos y efectivos, lo que retrasa las intervenciones necesarias para su control. Además, la migración y el desplazamiento poblacional introducen nuevos riesgos de enfermedades emergentes, mientras que la débil articulación entre sectores clave de la salud pública limita la efectividad de las respuestas coordinadas. Finalmente, la falta de caracterización y estratificación del riesgo biológico impide priorizar recursos y diseñar estrategias específicas para las necesidades de cada comunidad, perpetuando el ciclo de vulnerabilidad y exposición a enfermedades transmisibles.

El análisis de las causas a los problemas relacionado con la implementación de procesos de salud pública en el sistema de salud del Distrito refleja una combinación de factores estructurales, operativos y tecnológicos. La falta de más personal técnico y profesional para llevar a cabo las acciones de Inspección, Vigilancia y Control se debe en parte a la escasez de recursos humanos calificados y a la distribución inadecuada de estos en las diferentes áreas de operación, hay que tener en cuenta que Cartagena por ser un destino turístico es fuente de propagación de muchos virus y alteraciones transmisibles, por lo que se requiere mayor recurso humano para este tipo de controles. Asimismo, el deficiente cumplimiento de las normativas por parte de prestadores de servicios e IPS podría estar vinculado a la falta de capacitación, vigilancia efectiva y un sistema de sanciones adecuado. La limitada capacidad del ente territorial para impulsar la innovación tecnológica refleja una carencia de inversiones en infraestructura digital, así como una resistencia al cambio dentro de los procesos tradicionales. En cuanto a los Equipos Básicos de Salud (ESE HLCI), la falta de un seguimiento riguroso y un control eficiente de los recursos asignados por el Estado podría deberse a deficiencias en la gestión administrativa y una supervisión inadecuada. Por otro lado, las deficiencias en las coberturas de las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención en Salud se pueden atribuir a problemas de coordinación entre los actores del sistema y a una infraestructura de salud insuficiente. Finalmente, la baja capacidad para detectar alertas de salud pública refleja deficiencias en la capacitación en análisis epidemiológico y una falta de sistemas de monitoreo más efectivos para la notificación y análisis en el Distrito

en sus áreas urbanas y rurales.

Figura 24. La morbilidad evitable se origina en la limitada implementación de la gestión de salud pública, lo que interrumpe la conexión entre los Determinantes Sociales de la Salud y los resultados sanitarios. Esta deficiencia es producto del déficit de Gobernabilidad y Gobernanza, el cual debilita la capacidad rectora para la vigilancia de servicios y, simultáneamente, impide la coordinación intersectorial y la participación social efectiva, fracasando en la mitigación sostenida de los determinantes que afectan a la población.



La eficacia de la vigilancia sanitaria de medicamentos y alimentos se ve críticamente comprometida por una matriz interconectada de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que operan como barreras directas a la gobernanza. Centralmente, la falta de recursos se manifiesta como una restricción presupuestaria severa que estrangula la capacidad operativa de la autoridad sanitaria: impide la contratación de personal idóneo, limita la inversión en infraestructura de laboratorios y hace inviable la fiscalización efectiva en territorios distantes. Esta carencia se ve exacerbada por las deficiencias en Educación y Capital Humano, resultando tanto en una débil cultura sanitaria en la población y el sector empresarial lo que conduce al incumplimiento normativo como en una escasez crítica de profesionales cualificados en áreas especializadas (farmacovigilancia, inocuidad), minando la capacidad técnica y de rectoría del sistema. Las Condiciones de Vida precarias impulsan la proliferación de mercados informales para medicamentos y alimentos, los cuales operan fuera de todo control y vigilancia sanitaria,

generando un riesgo masivo para la salud pública. A nivel relacional, la falta de confianza y el predominio de intereses económicos socavan la coordinación intersectorial y la aplicación estricta de regulaciones, debilitando la legitimidad y la voluntad política. Finalmente, el Sistema Sanitario, afectado por una débil rectoría y sistemas de información limitados o incompletos, falla en orientar y sincronizar acciones entre sectores y en generar evidencia para la toma de decisiones. Estos factores, unidos a los desafíos normativos que plantean los Factores Culturales (como la articulación de la medicina ancestral), crean un entorno donde la gobernanza de la vigilancia sanitaria es estructuralmente frágil.

El acceso diferencial a los determinantes sociales y ambientales esenciales de la salud, crean inequidades en la disponibilidad de alimentos seguros, medicamentos accesibles y agua potable, afectando desproporcionadamente a los grupos vulnerables. Esta falla estructural no permite garantizar universalmente los elementos básicos de la Salud Pública no solo impacta la calidad de vida, sino que se ve agravada por un déficit en la Vigilancia y la Seguridad Sanitaria, limitando la capacidad de respuesta a riesgos y brotes. y mortalidad de la población infantil, evidenciando que la posición social predice la salud.

Figura 26. El acceso diferencial a los determinantes sociales y ambientales



Para llevar a cabo esta actualización, se articuló con la Secretaría del Interior, específicamente con la Oficina de Asuntos Étnicos, quienes participaron activamente en la coordinación con los líderes de los consejos comunitarios y la población general de las

comunidades negras. En total, se convocaron a los 33 consejos comunitarios para socializar el análisis de la situación en salud de 2024 y para realizar la cartografía social, lo cual permitió la actualización del presente documento.

El presente núcleo del componente étnico de las comunidades Negras, en donde las principales causas de manera general de los problemas y necesidades en salud en el Distritito de Cartagena están relacionadas con: varios desafíos en el ámbito de la salud, principalmente en las zonas periféricas y rurales. Uno de los problemas más significativos es el acceso limitado a servicios de atención médica, especialmente en comunidades como Punta Arena, Bocachica y Villa Gloria. Estas áreas carecen de atención médica las 24 horas, lo que agrava la situación de salud de los habitantes, quienes deben enfrentar la falta de insumos médicos y recursos adecuados. Además, las dificultades geográficas y el transporte ineficiente dificultan el acceso a servicios especializados en salud. Asimismo, la incidencia de enfermedades transmitidas por vectores ha aumentado, reflejando deficiencias en los programas de prevención y control. A ello se suman los problemas en la atención ginecológica y prenatal, así como la falta de atención integral a los trastornos de salud mental. Por otro lado, el impacto ambiental, como la contaminación, la deforestación y la escasez de agua potable, agrava aún más la situación, afectando la salud pública y la calidad de vida. La gobernabilidad también es un factor que incide negativamente, pues la falta de personal técnico calificado y el incumplimiento de normas en las instituciones prestadoras de servicios de salud contribuyen a la ineficiencia del sistema. La combinación de estos factores crea un escenario complejo que requiere atención urgente y una planificación estratégica a nivel local y nacional para mejorar la salud y el bienestar de la población cartagenera.

Figura 25. Deficiente atención integral en salud individual y colectiva con enfoque étnico y diferencial por barreras sociales, económicas, geográficas, informativas y culturales que inciden en las condiciones de salud y bienestar de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera y otras poblaciones por condición y/o situación en los diferentes cursos de vida.



En el Distrito de Cartagena la tasa de informalidad pasó de 49,4%, es decir, cerca de la mitad de los trabajadores aún se emplea sin acceso a seguridad social ni condiciones laborales plenas. La caracterización realizada en 2024 a pequeños productores del

Distrito de Cartagena mostro que el 91,2% (869 personas) está registrado en el SISBEN, donde predomina el Grupo A de pobreza extrema (50,1%, 435 casos), seguido de B (pobreza moderada, 36,8%) y solo 1,5% en D (no pobre). Esto indica alta dependencia de subsidios sociales y baja capacidad económica. Este núcleo de inequidad nos muestra problemas en salud laboral dentro de la economía popular y comunitaria, que son multifactoriales y están profundamente relacionadas con la falta de acceso y conocimiento sobre los sistemas de seguridad social, así como la informalidad en el empleo.

La baja afiliación al sistema general de seguridad social se debe en gran parte a la precariedad laboral y la escasa integración de este sector en las políticas públicas. Además, el desconocimiento sobre los riesgos laborales y las medidas preventivas refleja una brecha educativa y de comunicación entre los trabajadores y los entes encargados de su protección. La debilidad en el sistema de información y el seguimiento insuficiente de las ARL a las pequeñas y medianas empresas (Pymes) contribuyen a la invisibilización de los accidentes y enfermedades laborales en este sector. También se evidencia una desarticulación entre los actores y sectores del Distrito de Cartagena encargados de la atención de estas necesidades, lo que impide una respuesta efectiva y coordinada. Por último, la carencia de hábitos y condiciones laborales saludables, junto con la falta de medidas de protección adecuadas, refuerza la vulnerabilidad de los trabajadores en este contexto. Estas causas estructurales requieren una respuesta integral y coordinada para garantizar un entorno laboral seguro y justo para la economía popular y comunitaria.

Los entornos laborales de la economía popular y comunitaria se caracterizan por una marcada deficiencia en condiciones seguras y saludables, lo cual representa un riesgo constante para la salud y la vida de los trabajadores. Esta problemática se origina en la ausencia crítica de medidas efectivas de promoción de la salud y prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral. Dicha omisión no solo es estructural, sino que se ve agravada por el desconocimiento generalizado y una baja percepción de los riesgos por parte de los propios trabajadores, quienes, al operar en la informalidad o en microempresas con recursos limitados, carecen de la capacitación necesaria y de la conciencia sobre los peligros ocupacionales. En consecuencia, la exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos sin la debida protección y vigilancia sanitaria eleva la morbilidad y la carga de enfermedad laboral en este sector vital para la economía local, perpetuando ciclos de vulnerabilidad y pobreza.

Figura 26. Los entornos laborales de la economía popular y comunitaria



La cartografía social se llevó a cabo de manera presencial en cinco encuentros participativos en territorios étnicos del Distrito, en cada uno se contó con la asistencia de líderes representativos de los diferentes consejos comunitarios y de las comunidades en general de los corregimientos de La Boquilla, Villa Gloria, Bocachica, Punta Arena, Membrillar, Puerto Rey, Arroyo de Piedra, Arroyo de las canoas, Arroyo grande, Pasacaballo, Leticia, Tierra Bomba, Caño del oro, Vereda Pua, y El Recreo. La jornada, que duró cuatro horas, comenzó con la socialización de los objetivos de la actividad y la agenda de trabajo. Como primer punto, se presentó el análisis de la situación en salud de 2024, en el que los asistentes manifestaron que sus territorios, creencias y cultura no estaban representados en el documento. Por lo tanto, se hizo necesaria la actualización de la cartografía social del componente étnico, particularmente para las comunidades negras.

El último paso del orden del día fue la Socialización de resultados e identificación de núcleos de inequidad sociosanitaria, Uno de los productos de la cartografía social son los "núcleos de inequidad sociosanitaria", los cuales sirven como herramienta para sintetizar los problemas y necesidades en salud, reuniendo los determinantes sociales de la salud con las características propias del territorio. Esto se hizo teniendo en cuenta la relación entre salud, enfermedad y atención, así como los vínculos y relaciones entre ellos. De

manera paralela, se fue proponiendo y seleccionando el posible eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública, a través del cual se pueden transformar las realidades identificadas. Cada grupo tuvo un espacio para la socialización, y, a petición de los participantes, cada comunidad negra que formó parte del ejercicio presentó su propio mapa y las necesidades en salud identificadas en su territorio.

CONCLUSIONES

La actualización del Análisis de Situación en Salud (ASIS) 2025 para el Distrito de Cartagena revela una persistente intersección entre determinantes sociales, ambientales y estructurales que perpetúan 8 núcleos de inequidad sociosanitaria, con énfasis en la incorporación de un nuevo núcleo relacionado con deficiencias en la vigilancia sanitaria. Este ejercicio participativo, realizado con representantes de 14 consejos comunitarios, no solo valida los datos cuantitativos previos sobre morbilidad y mortalidad, sino que resalta la necesidad imperiosa de intervenciones integrales, diferenciales y multisectoriales para mitigar disparidades en poblaciones vulnerables, fortaleciendo la gobernanza, la coordinación interinstitucional y la participación comunitaria. De esta manera, se sientan las bases para un Plan Decenal de Salud Pública que transforme estas realidades, promoviendo equidad y bienestar sostenible en el territorio.



CAPITULO CUATRO



ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS
DE LOS DIFERENTES ACTORES
ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y
NECESIDADES SOCIALES Y
AMBIENTALES QUE AFECTAN LA
SALUD EN EL TERRITORIO.



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

Luego de la identificación de los núcleos de inequidad sociosanitaria, incluyendo las diferentes relaciones y vínculos con los determinantes sociales propios del territorio, en este capítulo se procede a describir el análisis y validación del ejercicio anterior. Los núcleos identificados que dieron respuesta a los problemas y necesidades en salud del Distrito de Cartagena, pero requieren continuidad para seguir obteniendo resultados, teniendo en cuenta la posición y tipo de participación de cada uno de los actores frente a la problemática.

las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el Distrito de Cartagena revelan un enfoque predominantemente institucional, liderado por entidades como el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) y la Alcaldía Mayor, con intervenciones alineadas al Plan de Desarrollo Territorial 2024-2027. Estas respuestas, mayoritariamente intersectoriales, abordan determinantes multifactoriales mediante actividades como capacitaciones, mejoras en infraestructura y campañas educativas, promoviendo equidad en poblaciones vulnerables; sin embargo, la limitada participación de organizaciones no gubernamentales y la concentración en resolutores gubernamentales destacan brechas en la colaboración multisectorial, lo que subraya la necesidad de alianzas ampliadas para mitigar conflictos como estigmas culturales y barreras geográficas, asegurando así una transformación sostenible de las inequidades socio-sanitarias identificadas.

CONCLUSION

En conclusión, la revisión de las inequidades socio-sanitarias en el Distrito de Cartagena permite ver la necesidad imperativa de estrategias integradas y multisectoriales para abordar los determinantes arraigados de desigualdades en salud. Al priorizar respuestas institucionales alineadas con el Plan de Desarrollo Territorial 2024-2027, al tiempo que se fomenta una mayor colaboración con organizaciones no gubernamentales y partes interesadas comunitarias, es posible mitigar barreras tales como la resistencia cultural, el aislamiento geográfico y las limitaciones de recursos. En última instancia, este enfoque no solo mejora el acceso equitativo a los servicios de salud para poblaciones vulnerables, sino que también promueve mejoras sostenibles en la gobernanza de la salud pública, asegurando resiliencia y bienestar a largo plazo en todo el territorio.



CAPITULO CINCO



PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS
Y NECESIDADES SOCIALES DE LA
SALUD EN EL TERRITORIO.

CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO

Siguiendo el orden lógico del presente documento, este capítulo tiene como objetivo la revisión y priorización de los 12 núcleos de inequidad sociosanitaria para identificar cuáles se mantienen, cuáles han cambiado en cuanto a la puntuación de algunos de los criterios y establecer los nuevos problemas o necesidades en salud identificadas en el territorio, que han hecho necesaria la creación de un nuevo núcleo, relacionado con los problemas de vigilancia en salud pública, control, inspección y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y de diversión y control y vigilancia de medicamentos y alimentos en el distrito de Cartagena, que han tenido anteriormente, descripción y análisis de sus causas partiendo de los determinantes sociales en salud de cada uno de ellos y de manera general para mayor identificación de ellos problemas y necesidades en salud del territorio.

Por lo anterior, se llevó a cabo una mesa técnica con los líderes de programas y directivos de salud pública del ente territorial, en la cual inicialmente se socializó el ejercicio participativo de la cartografía social, descrito en el capítulo tres. La jornada se llevó a cabo de manera presencial en las instalaciones del hotel almirante de la ciudad de Cartagena de Indias, donde se generaron espacios de diálogo posterior a la socialización para la construcción colectiva de este núcleo con la respectiva socialización de la priorización de las empresas administradoras de planes de beneficio EAPB presentes en el Distrito, que refleja, el acceso diferencial a los determinantes sociales y ambientales esenciales de la salud, crean inequidades en la disponibilidad de alimentos seguros, medicamentos accesibles y agua potable, afectando desproporcionadamente a los grupos vulnerables. Esta falla estructural no permite garantizar universalmente los elementos básicos de la Salud Pública no solo impacta la calidad de vida, sino que se ve agravada por un déficit en la Vigilancia y la Seguridad Sanitaria, limitando la capacidad de respuesta a riesgos y brotes. y mortalidad de la población infantil, evidenciando que la posición social predice la salud.

Para los núcleos de inequidad sociosanitaria que se mantienen desde el documento anterior hasta el presente, estos continúan dando respuesta a los problemas y situaciones de salud identificados en el territorio. Sin embargo, debido a la limitada intervención a lo largo del tiempo, se ha considerado necesario seguir priorizando estas áreas para seguir mostrando resultados y dar solución a los mismos. Tras revisar nuevamente cada uno de los criterios - magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia, capacidad de intervención (viabilidad y factibilidad) se presentó un cambio en la priorización de los mismos, en los núcleos relacionados con procesos de gestión de salud pública, vigilancia en salud pública y sanitaria y en el núcleo del componente étnico. continuación, a la matriz de priorización semaforizada utilizada para la Tabla 20. Con la Priorización de problemas y necesidades en salud con la puntuación

obtenida.

Tabla 25. Criterios problemas de Priorización de problemas y necesidades en salud

Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización
Fallas en atención materno-perinatal, agravadas por factores sociales, económicos, culturales y migratorios, aumentan mortalidad materna y mantienen mortalidad en Cartagena. Debilidades en acceso a salud sexual/reproductiva limitan autonomía, con barreras sistémicas (mala calidad, escasez anticonceptivos, desigualdad centros) y socioculturales (costos, estigma, burocracia), afectando adolescentes y migrantes. Impide prevención embarazos no deseados, ITS y detección temprana, perpetuando desigualdades sanitarias.	2,83	5	4	4	2	16,83
Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyen prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida, debido a factores socioeconómicos.	2	5	4	4	2	17,80
Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles.	2	5	4	4	2	17,80
Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles	2	5	3	4	2	16,67
Limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.	3	5	4	2	2	16,40
Deficiencia en la gobernanza y gobernabilidad para garantizar de las acciones de vigilancia en salud pública y vigilancia sanitaria	3	5	4	3	1	16,33
Deficiente atención integral en salud individual y colectiva con enfoque étnico y diferencial por barreras sociales, económicas, geográficas, informativas y culturales que inciden en las condiciones de salud y bienestar de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera y otras poblaciones por condición y/o situación en los diferentes cursos de vida.	3	5	4	2	2	16,33
Errores laborales de la economía popular y comunitaria.	2	5	4	3	2	16,33

De acuerdo a la metodología utilizada se presentó el siguiente orden en la priorización los principales problemas, necesidades y realidades en salud del territorio.

Resultado de la puntuación y orden de priorización de los núcleos de inequidad sociosanitaria:

1. Fallas en atención materno-perinatal, agravadas por factores sociales, económicos, culturales y migratorios, aumentan morbilidad materna y mantienen mortalidad en Cartagena. Debilidades en acceso a salud sexual/reproductiva limitan autonomía, con barreras sistémicas (mala calidad, escasez anticonceptivos, desigualdad centros) y socioculturales (costos, estigma, burocracia), afectando adolescentes y migrantes. Impide prevención embarazos no deseados, ITS y detección temprana, perpetuando desigualdades sanitarias.
2. Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyen prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida, debido a factores socioeconómicos, la desigualdad y exposición a

situaciones de estrés crónico.

3. la baja cobertura de los programas de promoción y detección temprana, la escasa adherencia de la población a estilos de vida saludables, y las barreras persistentes en el acceso a la atención integral y la gestión adecuada de la cronicidad, han traído como consecuencia que un significativo número de cartageneros sea diagnosticado tardíamente o sufra complicaciones graves y muertes prematuras evitables. Esta situación no solo sobrecarga los servicios de urgencias y la red de alta complejidad, sino que también profundiza las inequidades socio-sanitarias territoriales.
4. La reaparición de enfermedades inmunoprevenibles y transmisibles en el Distrito es una consecuencia de las debilidades en la gestión de salud pública. Esta falla se ve agravada por la baja cobertura de los esquemas de vacunación en niños y niñas y la limitada ejecución de estrategias de control vectorial y saneamiento básico. Dichas limitaciones son especialmente críticas en las zonas de alta vulnerabilidad, donde la falta de agua potable, alcantarillado y la consecuente proliferación de criaderos de mosquitos se consolidan como las principales causas de riesgo. Todo esto se traduce en un incremento en la morbilidad, la saturación de la red asistencial y un significativo impacto socioeconómico adverso en la población.
5. La morbilidad evitable se origina en la limitada implementación de la gestión de salud pública, lo que interrumpe la conexión entre los Determinantes Sociales de la Salud y los resultados sanitarios. Esta deficiencia es producto del déficit de Gobernabilidad y Gobernanza, el cual debilita la capacidad rectora para la vigilancia de servicios y, simultáneamente, impide la coordinación intersectorial y la participación social efectiva, fracasando en la mitigación sostenida de los determinantes que afectan a la población.
6. El acceso diferencial a los determinantes sociales y ambientales esenciales de la salud, crean inequidades en la disponibilidad de alimentos seguros, medicamentos accesibles y agua potable, afectando desproporcionadamente a los grupos vulnerables. Esta falla estructural no permite garantizar universalmente los elementos básicos de la Salud Pública no solo impacta la calidad de vida, sino que se ve agravada por un déficit en la Vigilancia y la Seguridad Sanitaria, limitando la capacidad de respuesta a riesgos y brotes. y mortalidad de la población infantil, evidenciando que la posición social predice la salud.
7. Deficiente atención integral en salud individual y colectiva con enfoque étnico y diferencial por barreras sociales, económicas, geográficas, informativas y culturales que inciden en las condiciones de salud y bienestar de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera y otras poblaciones por condición y/o situación en los diferentes cursos de vida.
8. los entornos laborales de la economía popular y comunitaria se caracterizan por una marcada deficiencia en condiciones seguras y saludables, lo cual representa un riesgo constante para la salud y la vida de los trabajadores. Esta problemática

se origina en la ausencia crítica de medidas efectivas de promoción de la salud y prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral. Dicha omisión no solo es estructural, sino que se ve agravada por el desconocimiento generalizado y una baja percepción de los riesgos por parte de los propios trabajadores, quienes, al operar en la informalidad o en microempresas con recursos limitados, carecen de la capacitación necesaria y de la conciencia sobre los peligros ocupacionales. En consecuencia, la exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos sin la debida protección y vigilancia sanitaria eleva la morbilidad y la carga de enfermedad laboral en este sector vital para la economía local, perpetuando ciclos de vulnerabilidad y pobreza.

Teniendo en cuenta el objetivo principal de este capítulo que además de asignar una priorización a través de la puntuación, busca revisar si se mantiene la misma para cada núcleo de inequidad o varía del documento anterior al presente, a continuación, se relacionan en orden de priorización, los motivos de su continuidad para esta actualización y las necesidades de su intervención.

1. Morbilidad Materna, Mortalidad Materna y Perinatal, Deficiente acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva.
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.
3. Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles.
4. Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles. 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. Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental y la variabilidad del cambio climático.
5. Limitada implementación de los procesos de gestión de salud pública que debilitan la Gobernabilidad y Gobernanza en el Distrito de Cartagena.
6. El acceso diferencial a los determinantes sociales y ambientales esenciales de la salud, crean inequidades en la disponibilidad de alimentos seguros, medicamentos accesibles y agua potable, afectando desproporcionadamente a los grupos vulnerables.
7. Deficiente atención integral en salud individual y colectiva con enfoque étnico y diferencial por barreras sociales, económicas, geográficas, informativas y culturales que inciden en las condiciones de salud y bienestar de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera y otras poblaciones por condición y/o situación en los diferentes cursos de vida. Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones Vulnerables.

8. Entornos laborales de la economía popular y comunitaria.

Para la presente actualización también se tuvo en cuenta la priorización de las empresas administradoras de planes de beneficios presentes en el Distrito, lo cual mostró alineación con el perfil epidemiológico y priorización con el ente territorial.

Las Principales entidades incluyen:

- CAJACOPI, con 86.154 afiliados y étnicos 50
- COOSALUD con 244.249 afiliados, víctimas conflicto 20.901
- SURA con mortalidad materna 0 pero prematura crónica 116/100k
- COMPENSAREPS con letalidad dengue 0
- ALIANSALUD con solo 3 afiliados y mayoría sin datos.

Los principales Indicadores claves destacan brechas en ruralidad (0-12%), mortalidad crónica alta (73-590/100k), materna baja (0-76), VIH incidencia 0-45, y vacunación infantil variable (0-92%). Enfoque en vulnerables étnicos/migrantes, con persistentes desigualdades.

Las empresas administradoras de planes de beneficios EAPB en Cartagena priorizan la atención diferencial en grupos vulnerables como rurales, étnicos y migrantes, enfocándose en salud materna como reducción de mortalidad y fecundidad adolescente, infantil como vacunación y control de desnutrición, crónicas no transmisibles como hipertensión y diabetes y en cuanto a trastornos mentales la prevención de suicidio, mediante programas como las rutas integrales de atención en salud RIAS las cuales están articuladas con el ente territorial y diferentes actores en salud del Distrito, equipos básicos de salud y campañas educativas, aunque persisten brechas en cobertura rural y datos no registrados en indicadores clave.

CONCLUSION

La revisión y priorización de los 8 núcleos de inequidad socio-sanitaria en el Distrito de Cartagena, realizada mediante un proceso participativo y técnico, confirma la persistencia de problemáticas clave en salud pública, con ajustes en la puntuación de criterios como magnitud, trascendencia y capacidad de intervención, lo que ha llevado a la incorporación de un nuevo núcleo enfocado en deficiencias de vigilancia sanitaria y acceso diferencial a determinantes esenciales como agua potable, alimentos seguros y medicamentos. La priorización de inequidades socio-sanitarias en Cartagena mantiene énfasis en atención materno-perinatal, salud mental, enfermedades crónicas y transmisibles, gobernanza y enfoque étnico-diferencial, incorporando un nuevo núcleo en vigilancia sanitaria de agua, alimentos y medicamentos para fortalecer la respuesta a vulnerabilidades estructurales, con alineación de las EAPB en acciones integrales y diferenciales hacia grupos prioritarios.



CAPITULO SEIS

PROPUESTA 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 .

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

Para el presente capítulo, es indispensable describir las propuestas de respuesta y recomendaciones del documento anterior ASIS 2024, que fueron incluidas en el Plan Territorial de Salud 2024-2027, cumpliendo con los lineamientos de orden nacional. Estas incluyen las actuales problemáticas de salud del territorio, sus recomendaciones y las respuestas correspondientes, para los 12 núcleos de inequidad sociosanitaria de la presente actualización del Análisis de Situación en Salud del Distrito de Cartagena, descritos y priorizados en el capítulo anterior.

Teniendo en cuenta todas las situaciones en salud identificadas en las áreas rurales y urbanas del Distrito, a continuación, se presentan las propuestas construidas para dar respuesta a las mismas, que fueron incluidas en el Plan territorial de Salud 2024-2027 y priorizadas en el Plan de Acción en Salud, asociadas por Pilar y Componente del Modelo de Salud Preventivo-Predictivo y los Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031.

Fortalecimiento de la Articulación Intersectorial, incidir en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), reconociendo que la salud es resultado de múltiples factores más allá del sistema de salud.

Interseccionalidad: Reconocer la diversidad de contextos sociales, culturales y de salud, y la necesidad de respuestas diferenciales.

Consolidación de la Atención Primaria Integral en Salud, como estrategia fundamental para la organización del sistema y la gestión territorial de la salud pública. También es necesario hacer referencia al nuevo modelo de salud, oficializado con el Decreto 0858 de 2025, busca transformar el sistema de salud colombiano, centrándose en la prevención y la atención primaria en salud (APS). Relacionado con la propuesta territorial a continuación.

Tabla 26. Propuesta Territorial y de Respuesta

Característica	Propuesta Territorial y de Respuesta
Enfoque Preventivo y Predictivo	Prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (primaria y secundaria). Se busca identificar riesgos tempranamente.
Fundamento en Atención Primaria en Salud (APS)	Acercar la atención al entorno cotidiano de las personas, familias y comunidades a través de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y Equipos Básicos de Salud interdisciplinarios.
Estructura Territorial	Se enfoca en la Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización, organizando la respuesta en Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) a nivel de microterritorio, municipios y subregiones.
Articulación y Continuidad	Garantizar que las personas reciban en secuencia lógica y racional los servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación. La corresponsabilidad

Característica	Propuesta Territorial y de Respuesta
	en la atención es clave.
Gestión del Conocimiento y Soberanía Sanitaria	Implementación del Sistema Único de Información de APS (SI-APS) para integrar historia clínica, datos epidemiológicos y administrativos, facilitando la toma de decisiones basada en información.

Dentro de las Recomendaciones y Respuestas Territoriales, la propuesta busca movilizar la acción en el territorio con las siguientes recomendaciones clave:

- **Abordaje Integral y Comunitario:** El personal de salud debe tener una adscripción permanente a micro territorios para mantener un contacto longitudinal con las familias, identificar riesgos y brindar atención resolutive en su entorno.
- **Articulación Sectorial:** Los territorios deben fortalecer la coordinación y articulación entre el sector salud y otros sectores (educación, ambiente) para incidir positivamente en los Determinantes Sociales de la Salud (ej. combatir el sedentarismo o la alimentación inadecuada desde la escuela y la comunidad).
- **Enfoque Diferencial:** Las respuestas deben ser diferenciales y adaptadas a la diversidad territorial y poblacional, incluyendo un enfoque étnico.
- **Fortalecimiento del Primer Nivel:** Se contempla un Plan Maestro de Inversiones para fortalecer la infraestructura y dotación de los prestadores públicos, especialmente el nivel primario.
- **Talento Humano:** Fomentar el trabajo digno y decente para el personal de salud, con enfoque territorial, buscando la formalización laboral.

CONCLUSION

El Plan Territorial de Salud 2024-2027 del Distrito de Cartagena se fundamenta en un cambio de paradigma impulsado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 y el nuevo Modelo de Salud Preventivo-Predictivo (Decreto 0858 de 2025). La estrategia clave es la territorialización de la salud, buscando dar una respuesta resolutive y diferencial a los 12 núcleos de inequidad sociosanitaria identificados en el ASIS 2025. Esto se logra mediante la consolidación de la Atención Primaria en Salud (APS), la operación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y la implementación de Equipos Básicos de Salud con adscripción permanente a microterritorio. En esencia, la propuesta prioriza la promoción, la prevención temprana y la articulación intersectorial sobre la base de la equidad y el enfoque diferencial, asegurando que las inversiones en infraestructura y talento humano soporten la transición hacia un sistema que atiende la salud antes que la enfermedad.