



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: *20250930412431*

Código validación: a258f

La Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico

Certifica que:

El Análisis de Situación de Salud -(ASIS- Participativo Territorial, del Departamento del Atlántico, cumple con los lineamientos propuestos para la construcción del ASIS de acuerdo con la Guía Conceptual y Metodológica para las entidades territoriales del Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos de planeación integral en salud (Resolución 100 de 2024). El documento cuenta con la calidad y coherencia técnica requerida.

Se autoriza al Ministerio de Salud y Protección Social para la publicación del documento en el Repositorio Institucional Digital -RID con la finalidad de ser consultado por los usuarios internos y externos entre ellos los órganos de control y demás interesados.

La anterior certificación se expide a los (15) días del mes de diciembre del año 2025.

Atentamente



ROSMERY EDITH WEHEDEKING PAEZ
Secretario De Despacho - Encargado
Secretaría De Salud

Elaboró: Sista Pefalloza Pama. Profesional Universitario VSP- Carmen Rosio Avendaño Trocha, Líder de Programa
Revisó: María Carolina Cardenas Zuñiga, Olinde Oforio Jiménez, Rosmery Edith Wehedecking Paéz
Aprobó: Rosmery Edith Wehedecking Paéz




Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co

Calle 40 Carreras 45 - 46 Barranquilla, Atlántico
NIT: 890102008-1 • Código Postal: 080003 • Código DANE: 08-000
Tel. (605) 330 7103 Línea Gratuita 01 8000 915 307
atencionalciudadano@atlantico.gov.co

Página 1 de 1

Análisis de Situación de Salud Participativo

Secretaría de Salud del Atlántico

**Subsecretaría de Salud Pública
Grupo Vigilancia en Salud Pública
Grupo de Gestión en Salud Pública**

Atlántico, 2025

Eduardo Ignacio Verano de la Rosa
Gobernador

Luis Carlos Fajardo Jordán
Secretario de Salud

Olinda Oñoro Jiménez
Subsecretaria de Salud Pública

Rosmery Wehedeking Páez
Subsecretario de Asistencia y Asesoría en Seguridad Social

Leonor Amalia Pérez Blanco
Subsecretario de Desarrollo Administrativo

Carmen Rosio Avendaño Trocha
Líder de Programa – Subsecretaría de Salud Pública

Sixta Tulia Peñaloza Parra
Profesional Universitario – Subsecretaría de Salud Pública

Análisis de Situación de Salud Participativo. Atlántico, 2025

Secretaría de Salud del Atlántico

Subsecretaría de Salud Pública Elaboración

Sixta Tulia Peñaloza Parra

Profesional Universitario – Subsecretaría de Salud Pública

Carmen Rosio Avendaño Trocha

Líder de Programa – Subsecretaría de Salud Pública

Profesionales de apoyo:

María Camila

Laura Arzuza

María Alejandra Fragozo Cabarcas

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
METODOLOGÍA.....	12
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	14
SIGLAS.....	15
CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	17
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL	17
1.2. CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRÁFICO	23
1.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD35	
1.4. GOBIERNO Y GOBERNANZA EN EL SECTOR SALUD	37
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.	40
2.1. PROCESOS ECONÓMICOS Y CONDICIONES DE TRABAJO DEL TERRITORIO 40	
2.2. CONDICIONES DE VIDA DEL TERRITORIO.....	46
2.3. DINÁMICAS DE CONVIVENCIA EN EL TERRITORIO	52
3. CAPÍTULO III. 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.	55
3.1. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD	55
3.1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD	75
4. CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	97
5. CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	105
6. CAPÍTULO VI. PROPUESTA DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO	113
BIBLIOGRAFÍA.....	121

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de los municipios por categoría, extensión territorial y área de residencia, Atlántico, 2025.	19
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros departamento del Atlántico, 2025.....	20
Tabla 3. Población según área de residencia y grado de urbanización, departamento del Atlántico, 2025.....	24
Tabla 4. Distribución de la población víctima según hecho victimizante y etnia. Atlántico 2025.....	25
Tabla 5. Distribución de la población víctima según edad. Atlántico, 2025.	26
Tabla 6. Población por pertenencia étnica según municipio del departamento del Atlántico, 2025.....	28
Tabla 7. Distribución de la población según curso de vida en los 22 municipios del departamento del Atlántico*, 2020, 2025 y 2030.....	29
Tabla 8. Indicadores demográficos del departamento del Atlántico, 2020, 2025, 2030.	30
Tabla 9. Distribución de población víctima de desplazamiento forzado según edad. Departamento del Atlántico, 2025.	33
Tabla 10. Afiliados cargados activos a los régimen subsidiado y contributivo del departamento del Atlántico, 2024.....	36
Tabla 11. Indicadores de oferta de servicios de salud en el departamento del Atlántico, 2018-2024	37
Tabla 12. Síntesis de procesos económicos y circunstancias de la vida social, departamento del Atlántico, 2025.....	43
Tabla 13. Tasa de cobertura bruta de educación en del Atlántico, 2010 – 2022.....	48
Tabla 14. Determinantes intermedios de la salud – condiciones de vida en el departamento del Atlántico, 2022.....	49
Tabla 15. Hogares y viviendas por área de residencia departamento del Atlántico, 2025.	50
Tabla 16. Determinantes intermedios de la salud – tendencia del bajo peso al nacer en el departamento del Atlántico, 2011-2024.	51
Tabla 17. Principales causas de morbilidad según curso de vida, Atlántico 2015–2024	59
Tabla 18. Morbilidad por grandes y subgrupos de causas en población general, Atlántico 2015–2024	61
Tabla 19. Morbilidad por grandes y subgrupos de causas hombres, Atlántico 2015–2024	62

Tabla 20. Morbilidad por grandes y subgrupos de causas mujer, Atlántico 2015–2024	62
Tabla 21. Morbilidad de salud mental según curso de vida, sexo en la población general. Atlántico, 2015 – 2024	65
Tabla 22. Morbilidad específica de salud mental según curso de vida, sexo en la población general. Atlántico, 2015 – 2024	66
Tabla 23. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del departamento del Atlántico. 2008-2023.....	67
Tabla 24. Personas atendidas en condición de migrantes según tipo de atención, Atlántico, 2025.....	68
Tabla 25. Personas atendidas en condición de migrantes según tipo de afiliación al SGSSS, Atlántico, 2025.	68
Tabla 26. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costo del Atlántico, 2017-2024	69
Tabla 27. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos precursores en el departamento del Atlántico, 2017-2024.....	70
Tabla 28. SemafORIZACIÓN de los eventos de notificación obligatoria del Atlántico, 2008-2023.	71
Tabla 29. Distribución de las alteraciones permanentes en el Atlántico, 2025	72
Tabla 30. Priorización basada en la morbilidad del departamento del Atlántico, 2024, ...	73
Tabla 31. Tasa bruta de mortalidad general según municipio del departamento del Atlántico, 2015- 2024.....	76
Tabla 31. Tasa de AVPP por grandes causas en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024	80
Tabla 33. Tasa de mortalidad ajustada por edad por subgrupos de causas en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024	82
Tabla 34. Tasa de mortalidad ajustada por edad por subgrupos de causas en hombres en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024.....	83
Tabla 35. Tasa de mortalidad ajustada por edad por subgrupos de causas en mujeres en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024.....	85
Tabla 36. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024	86
Tabla 37. Tasas específicas de mortalidad en menores de un año, según la lista de las 67causas Atlántico, 2015 – 2024.....	87
Tabla 38. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según la lista de las 67causas Atlántico, 2015 – 2024.....	87
Tabla 39. Tasas específicas de mortalidad en menores de cinco años, según la lista de las 67causas Atlántico, 2015 – 2024.....	88
Tabla 40. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Atlántico, 2015- 2024.....	90

Tabla 41. Priorización basada en la mortalidad del departamento del Atlántico, 2024.	90
Tabla 42. Núcleos de inequidad sociosanitarias en el departamento del Atlántico, 2024.	92
Tabla 43. Listado de actores que participaron en la identificación de problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. Atlántico, 2025.	98
Tabla 44. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el departamento del Atlántico, 2025.....	108

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Pirámide poblacional departamento del Atlántico, 2020, 2025, 2030	29
Figura 2. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes del departamento del Atlántico, 2010 al 2030..	31
Figura 3. Comparación entre tasas específicas de fecundidad en mujeres de 10 a 19 del departamento Atlántico, 2015 a 2024.	31
Figura 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo, departamento del Atlántico 2015 - 2030	32
Figura 5. Distribución de la población migrante atendida según curso de vida. departamento del Atlántico 2024.....	34
Figura 6. Morbilidad atendida por curso de vida y sexo en el departamento del Atlántico, 2024.....	55
Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad según grandes causas. Departamento del Atlántico, 2015 – 2024	77
Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres según grandes causas. Departamento del Atlántico, 2015 – 2024.....	77
Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad en mujeres según grandes causas. Departamento del Atlántico, 2015 – 2024.....	78
Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas departamento del Atlántico, 2015 – 2024.	79
Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas en hombres del departamento del Atlántico, 2015 – 2024.	79
Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas en hombres del departamento del Atlántico, 2015 – 2024.	80
Figura 13. Núcleos de inequidad sociosanitarias Plan Territorial de Salud del Atlántico, 2024-2027	93

LISTA DE MAPAS

	Pág.
Mapa 1. División política administrativa y límites, Atlántico, 2025	18
Mapa 2. Accesibilidad relativa de los asentamientos y conectividad de la red vial del departamento del Atlántico. 2025	21
Mapa 3. Hidrografía y zonas de riesgo, del departamento del Atlántico, 2025.	22
Mapa 4. Ubicación de comunidad indígena del departamento del Atlántico, 2025.....	27

INTRODUCCIÓN

El departamento del Atlántico construye su Plan Territorial de Salud Pública con base en las orientaciones del Plan Decenal de Salud Pública, marco nacional de la política sanitaria, y en el Análisis de Situación de Salud Participativo (ASIS), eje fundamental para la formulación de los Planes de Desarrollo Territorial y los planes de salud pública.

El ASIS del departamento fue elaborado siguiendo el modelo cuantitativo y la guía conceptual y metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social, utilizando la plantilla para entidades territoriales y los lineamientos para su actualización 2025. Su estructura comprende la caracterización de los contextos territorial y demográfico, el análisis de los efectos de salud y sus determinantes, y la priorización de dichos efectos.

Este ejercicio da cumplimiento a una de las funciones esenciales de la salud pública definidas por la OPS: el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población. En este sentido, el ASIS se constituye en un insumo clave para la planeación, la definición de líneas base para políticas públicas, la toma de decisiones y el fortalecimiento de acciones de regulación, inspección, vigilancia y control.

La caracterización territorial y demográfica se desarrolló a partir de un estudio descriptivo con información del DANE, censos poblacionales, estadísticas vitales, planes de desarrollo y análisis de situación de salud previos, así como informes de otras dependencias departamentales. El análisis de los efectos en salud incluyó el cálculo de indicadores de mortalidad, morbilidad y carga de enfermedad, utilizando diversas fuentes oficiales como RIPS, SISPRO, estadísticas vitales y registros de discapacidad, e integró análisis cuantitativos y cualitativos para la identificación de nodos de inequidad sociosanitaria.

Finalmente, mediante ejercicios de cartografía social se identificaron inequidades en salud, se priorizaron los principales problemas para su inclusión en el Plan Territorial de Salud Pública 2024-2027 y se formularon propuestas de respuesta y recomendaciones alineadas con los ejes del Plan Decenal de Salud Pública, el modelo de salud preventivo y predictivo y sus componentes asociados.

METODOLOGÍA

El Análisis de Situación de Salud – ASIS- del departamento del Atlántico, fue construido de acuerdo con la Guía Metodológica y la Plantilla para la construcción del Análisis de Situación de Salud participativo, el cual fue adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, y parte de la premisa que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, siendo necesario que todos los sectores participen en la promoción del bienestar (Organización Mundial de la Salud, 2011). Para el análisis se utilizaron fuentes de información de datos primarios y secundarios. A continuación, se detallan las fuentes de información y el tipo de análisis realizado en cada capítulo.

Para la caracterización del contexto territorial y demográfico, se realizó un análisis descriptivo, utilizando como fuentes de información las estimaciones y proyección de población de los censos 2005 y 2018 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. También se utilizaron como fuentes de información el Plan de Desarrollo del Departamento 2024 - 2027, el Anuario Estadístico del 2022, la hidrografía y zonas de riesgo, se tomó de la Subsecretaría de Prevención y Atención de Desastres de los Gobernación del Atlántico y la accesibilidad relativa de los asentamientos y conectividad de la red vial del departamento, de la subregionalización del departamento realizado por la Secretaría de Planeación departamental.

Para la morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2015 al 2024; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2016 al 2024 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2010 al 2024; Se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o Proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad para estas medidas se les estimó los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., para las estimaciones se utilizó la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de la mortalidad en el departamento del Atlántico, se utilizó la información del período 2015 al 2024, basado en la información de nacimientos y defunciones, consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Con esta información se realizó un análisis descriptivo con desagregación municipal, por etnia y área de residencia; calculando medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasa específica de mortalidad por el método directo, razón

de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J., Greenland, S., todo esto utilizando la hoja de cálculo de Excel.

Para el análisis de las desigualdades en salud y sociales en salud, se estimó las diferencias relativas, tales como el cociente de tasas extremas, cociente ponderado de tasas extremas, el riesgo atribuible poblacional, el riesgo relativo (%) y las diferencias absolutas a través de la diferencia de tasas extremas, diferencia ponderada de tasas extremas, según el caso empleando el paquete estadístico Epidat versión 4.0.

Para la parte cualitativa se utilizó la metodología de cartografía social, para ello se realizó con los actores del sector salud, los profesionales de la Secretaría de Salud del Atlántico, los funcionarios de secretarías de salud municipales, la comunidad, comunidades étnicas y poblaciones priorizadas así como con otros sectores, de esta manera se pudo identificar las problemáticas e integrar esta información a la identificación de problemas y prioridades de salud pública, como también las alternativas de intervención.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Se expresan los agradecimientos a:

Secretaría de Salud del Atlántico, Dr. Luis Carlos Fajardo Jordán

Subsecretaría de Salud Pública, Dra. Olinda Oñoro Jiménez

Coordinadores de Programas y profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública

Profesionales de la Subsecretaría de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social
Secretarías de Salud de los municipios del departamento del Atlántico.

Ministerio de Salud y Protección Social, y sus funcionarios, que hicieron
acompañamiento durante el proceso de elaboración del ASIS.

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Dpto: Departamento

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

HTA: Hipertensión Arterial

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite inferior

LS: Límite superior

MEF: Mujeres en edad fértil Mpio: Municipio

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

No: Número

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano Haga clic aquí para escribir texto.

PAS: Plan de Acción en Salud

PTS: Plan Territorial de Salud

CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1. CONTEXTO TERRITORIAL

1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica

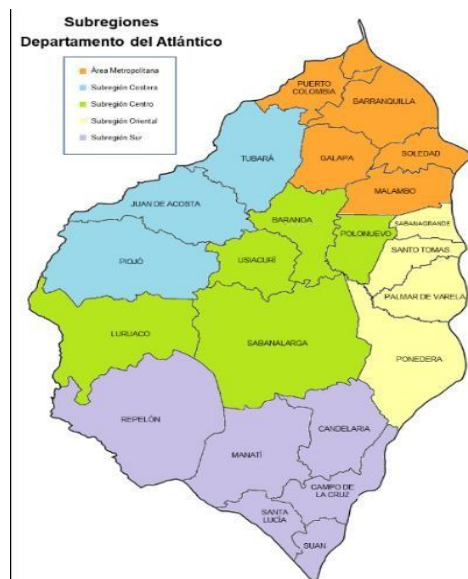
El departamento del Atlántico es uno de los 32 en que está dividida políticamente la República de Colombia; siendo el más poblado de la Costa Caribe Colombiana que cuenta con dos puntos de entrada aéreo, terrestre, fluvial y marítimo; constituyéndose en receptor de visitantes nacionales e internacionales. Una extensa área del territorio se encuentra a orillas del mar Caribe, en donde se encuentran ubicados los municipios de Puerto Colombia, Tubará, Piojó y el distrito de Barranquilla; bordeado por uno de los ríos importantes en el País, como es el Río Magdalena. El departamento del Atlántico pertenece a la categoría 1.

Con una extensión de 3.388 km², está ubicado al norte de Colombia, limitado por el río Magdalena y el departamento del Magdalena al este, el mar Caribe al norte y noreste, y el departamento de Bolívar al sur, suroccidente y occidente. Su territorio incluye 22 municipios, un Distrito Especial, Industrial y Portuario, y 31 corregimientos; además de acuerdo con la división política administrativa posee 64 centros poblados en zona rural (ver mapa 1), principalmente en los municipios de Tubará, Sabanalarga, Luruaco y Ponedera los municipios con mayor cantidad de estos asentamientos. El departamento está organizado en cinco subregiones:

- Metropolitana: Barranquilla, Puerto Colombia, Soledad, Malambo y Galapa.
- Costera: Tubará, Juan de Acosta y Piojó.
- Oriental: Sabanagrande, Santo Tomás, Palmar de Varela y Ponedera.
- Centro: Baranoa, Polonuevo, Sabanalarga, Luruaco y Usiacurí.
- Sur: Repelón, Manatí, Candelaria, Campo de la Cruz, Santa Lucía y Suan.

El departamento del Atlántico tiene un área urbana que no supera el 45% del territorio. Los municipios con mayor participación en la extensión departamental son Sabanalarga, Repelón, Piojó, Luruaco, Manatí y Ponedera que representan el 12,2%, 10,7%, 7,6%, 7,3%, 6,1% y 6,0%, respectivamente y el de menor Suan que representa el 1,2%. Los municipios con mayor área rural son Usiacurí, Tubará, Manatí y Suan, con un 99,7%, 99,4%, 99,1% y 98,1%, respectivamente. Con una densidad poblacional de 839,8 habitantes por kilómetro cuadrado y los entes territoriales con mayor concentración poblacional son Soledad, Barranquilla, Manatí y Malambo. Como se muestra en la tabla 1.

Mapa 1. División política administrativa y límites, Atlántico, 2025



Fuente: Gobernación del Atlántico. Anuario estadístico 2023.



Fuente: DANE, mod SIMC/OCHA DEVINFO mod OCHA, NASA.

De acuerdo con las proyecciones de población municipal por área y pertenencia étnico-racial del DANE, para el año 2024 el 7,7% de la población del departamento del Atlántico pertenece a una comunidad étnica, proporción que se incrementa al excluir el distrito de Barranquilla, alcanzando una participación del 9,8%. La población afrodescendiente se encuentra distribuida en todo el territorio departamental existiendo una mayor participación en los municipios de Barranquilla, Repelón, Luruaco, Soledad, Candelaria, Manatí, Santa Lucía y Suan. Sin embargo, en los municipios de Candelaria, Suan, Palmar de Varela, Santa Lucía y Ponedera no hay personas pertenecientes a los raizales o palenqueros de San Basilio; con respecto a los raizales no tienen población en Píojo, Tubará, Juan de Acosta y Polonuevo y los palenqueros en Santo Tomás, Campo de la Cruz y Sabanalarga.

La comunidad indígena se encuentra principalmente en Tubará, Malambo, Galapa, Baranoa, Usiacurí, Píojo, Barranquilla, Puerto Colombia y Soledad. Los Moka ná se encuentran organizados en cabildos, en los municipios de Usiacurí, Baranoa, Malambo, Galapa, Puerto Colombia y Tubará. Por otro lado, la población Rom se encuentra concentrada en Sabanalarga y el distrito de Barranquilla, sin embargo, de acuerdo con el último censo existen menos de 10 personas se reconocieron como pertenecientes a esta comunidad en los Soledad, Galapa, Tubará, Baranoa, Píojo, Puerto Colombia, Malambo, Luruaco, Manatí t Santo Tomás.

Tabla 1. Distribución de los municipios por categoría, extensión territorial y área de residencia, Atlántico, 2025.

Municipio	Población cabecera municipal			Población resto			Población total		
	Población	Área cabecera	Densidad poblacional	Población	Área resto	Densidad poblacional	Población	Área total	Densidad poblacional
Barranquilla	1.342.197	107,6	12.478,6	621	46,4	13,37	1.342.818	154,0	8.719,6
Baranoa	58.511	4,5	12.944,9	11.689	122,5	95,44	70.200	127,0	552,8
Campo de la Cruz	21.803	68,0	320,6	3.415	37,0	92,30	25.218	105,0	240,2
Candelaria	12.869	60,0	214,5	4.970	83,0	59,88	17.839	143,0	124,7
Galapa	64.097	2,7	24.187,5	4.925	95,4	51,65	69.022	98,0	704,3
Juan de Acosta	15.024	32,0	469,5	8.706	144,0	60,46	23.730	176,0	134,8
Luruaco	16.129	3,1	5.202,9	15.259	243,9	62,56	31.388	247,0	127,1
Malambo	135.247	24,6	5.497,8	9.636	83,4	115,54	144.883	108,0	1.341,5
Manatí	19.359	1,8	10.755,0	2.655	4,3	620,33	22.014	6,1	3.620,7
Palmar de Varela	31.287	3,2	9.777,2	1.286	90,8	14,16	32.573	94,0	346,5
Piojó	3.208	100,0	32,1	4.166	158,0	26,37	7.374	258,0	28,6
Polonuevo	16.947	3,0	5.649,0	3.370	69,0	48,84	20.317	72,0	282,2
Ponedera	15.511			11.361			26.872	204,0	131,7
Puerto Colombia	48.953	22,0	2.225,1	6.882	50,0	137,64	55.835	72,0	775,5
Repelón	19.752	243,0	81,3	9.441	120,0	78,68	29.193	363,0	80,4
Sabanagrande	34.862	2,1	16.601,0	1.685	40,9	41,20	36.547	43,0	849,9
Sabanalarga	78.819	363,0	217,1	26.164	51,0	513,02	104.983	414,0	253,6
Santa Lucía	15.503	2,0	7.751,5	2.551	48,0	53,15	18.054	50,0	361,1
Santo Tomás	31.707	6,6	4.804,1	1.848	59,4	31,11	33.555	66,0	508,4
Soledad	685.458	34,7	19.753,8	881	32,3	27,28	686.339	67,0	10.243,9
Suan	12.427	0,8	15.533,8	847	41,2	20,56	13.274	42,0	316,0
Tubará	9.840	1,0	9.840,0	9.522	175,0	54,41	19.362	176,0	110,0
Usiacurí	12.866	0,3	42.886,7	913	102,7	8,89	13.779	103,0	133,8
Atlántico	2.702.376			142.793			2.845.169	3.388	839,8
Departamento (excluye Distrito Barranquilla)	1.360.179			142.172	1.898	74,90	1.502.351	154	9.755,5

Fuente: Anuario estadístico 2022 y páginas web de municipios del Atlántico, ASIS municipales. 1 Plan de Ordenamiento Territorial. DANE, proyecciones de población, Proyección de Población DANE.

Accesibilidad geográfica

El Atlántico cuenta con accesibilidad a través de transporte aéreo, marítimo, fluvial y terrestre. El Aeropuerto Internacional Ernesto Cortissoz, ubicado en Soledad, facilita la movilidad, con vuelos hacia diversas ciudades del país y destinos internacionales. Esta conectividad implica un flujo constante de población, lo que puede influir en la dinámica de propagación de enfermedades transmisibles, especialmente aquellas de rápida diseminación. Además, el turismo masivo podría impactar la capacidad del sistema de salud en la atención de eventos relacionados con la salud pública. La planificación y vigilancia epidemiológica deben considerar estos factores para mitigar posibles riesgos.

Barranquilla cuenta con un puerto marítimo y fluvial de gran relevancia, administrado por la Sociedad Portuaria Regional de Barranquilla y complementado por la Sociedad Portuaria del Norte, que ofrecen servicios logísticos y multipropósito. El tráfico portuario, regulado por la Capitanía de Puerto de Barranquilla, abarca actividades como arribos, zarpes y seguridad bajo la supervisión de la Dirección General Marítima (Dimar). Además, el Parque Industrial de Malambo posee un puerto privado, y puntos en el río Magdalena, ubicados en Sabanagrande, Ponedera y Suan, facilitan el transporte de pasajeros entre municipios del Magdalena y Atlántico.

La infraestructura vial del departamento se organiza principalmente en un eje longitudinal sur-norte, con extensiones hacia el oriente y occidente, concentrando el transporte de pasajeros y mercancías en las vías primarias y evidenciando un uso limitado de las redes secundarias y terciarias. La movilidad formal entre cabeceras municipales es restringida y predomina el transporte informal en el eje oriente-occidente, lo que reduce la integración territorial fuera del área metropolitana. Los municipios del centro y norte presentan mayor conectividad, con Barranquilla como principal nodo, seguida de Soledad, Baranoa, Sabanalarga y Juan de Acosta, mientras Piojó registra la menor.

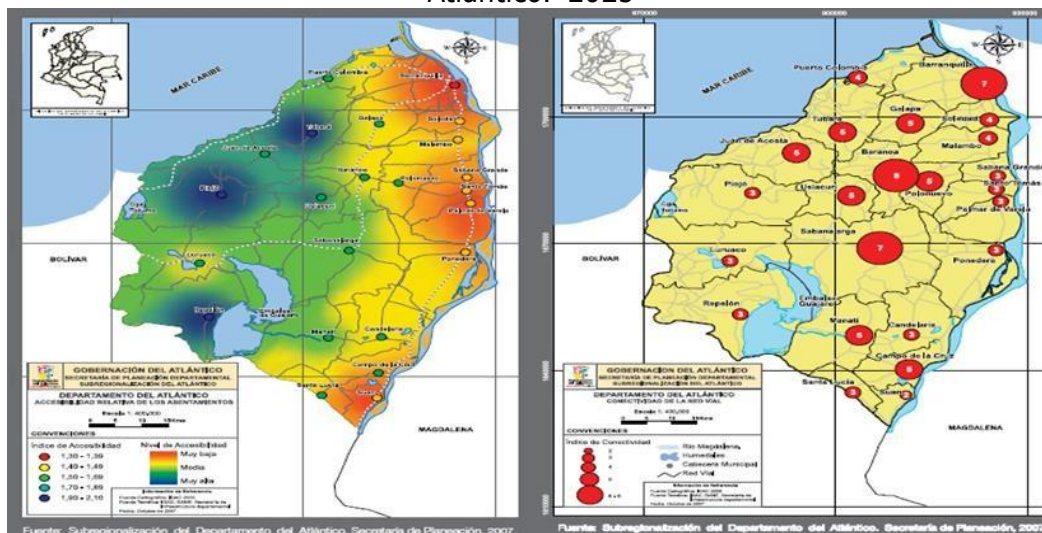
La vía La Cordialidad se destaca como el corredor más denso y articulador. El norte y la zona costera concentran la mayor densidad vial, aunque con deficiencias en la red terciaria, en contraste con el centro y suroccidente donde la densidad es baja. La suficiencia vial es mayor en municipios menos poblados y limitada en los de mayor población; la distancia promedio a la capital es de 43,7 km, con tiempos de viaje entre 5 minutos y 1,5 horas, sin presencia de municipios PDET o ZOMAC.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros departamento del Atlántico, 2025.

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Barranquilla	0	0	Terrestre
Baranoa	25	27	Terrestre
Campo de la Cruz	80	86	Terrestre
Candelaria	70	70	Terrestre
Galapa	10	15	Terrestre
Juan de Acosta	35	39	Terrestre
Luruaco	70	74	Terrestre
Malambo	10	12	Terrestre
Manatí	70	71	Terrestre
Palmar de Varela	25	27	Terrestre
Piojó	60	67	Terrestre
Polonuevo	30	35	Terrestre
Ponedera	40	39	Terrestre
Puerto Colombia	10	13	Terrestre
Repelón	85	86	Terrestre
Sabanagrande	20	21	Terrestre
Sabanalarga	45	46	Terrestre
Santa Lucía	90	90	Terrestre
Santo Tomás	25	25	Terrestre
Soledad	5	5	Terrestre
Suan	90	92	Terrestre
Tubará	30	28	Terrestre
Usiacurí	40	38	Terrestre

Fuente: Gobernación del Atlántico, Anuario Estadístico, 2023.

Mapa 2. Accesibilidad relativa de los asentamientos y conectividad de la red vial del departamento del Atlántico. 2025



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

El departamento del Atlántico tiene una economía diversificada, dominada por los servicios (66%) relacionados con el comercio y transporte debido a su puerto marítimo internacional. La industria (25%) incluye sectores como el químico, farmacéutico, textil y papelerero. Las actividades agropecuarias (8%) se centran en cultivos como algodón, arroz, sorgo, ajonjolí, yuca, maíz y frutales, además de ganadería extensiva. La explotación minera ilegal en varios municipios afecta negativamente el medio ambiente, dañando el paisaje, la flora, fauna y cuerpos de agua.

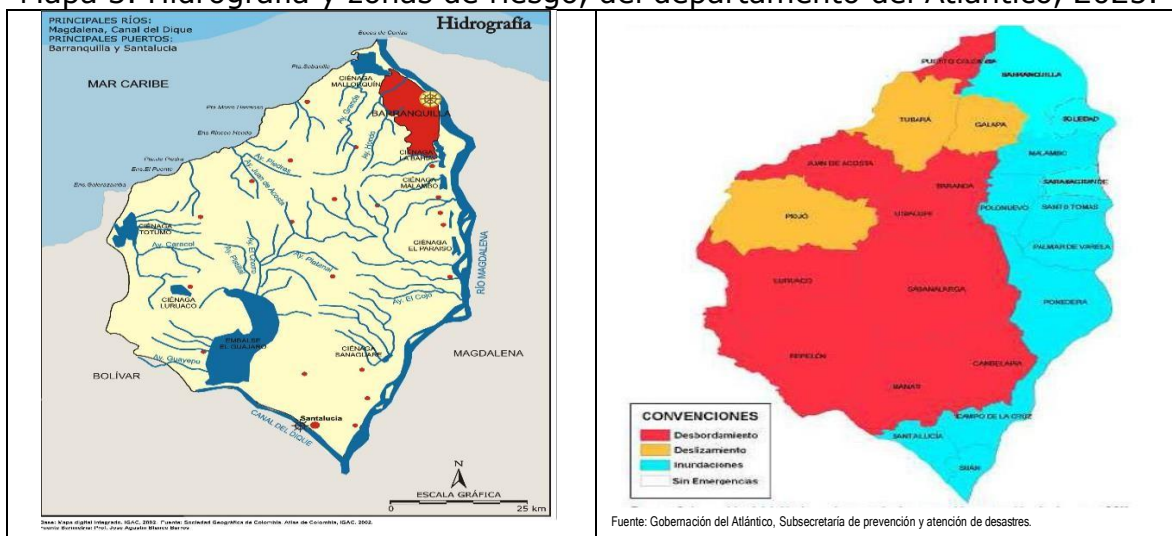
El territorio del Atlántico es mayormente plano, con áreas montañosas que representan el 45% de su superficie. Destacan las serranías de Turbaco y Piojó, con alturas como las lomas de La Vieja (530 m) y Cabeza de Vaca (250 m). Las tierras bajas, al sur, son cenagosas y se encuentran entre el río Magdalena y el Canal del Dique, con elevaciones como La Punta, cerro Alto (523 m) y Los Volcancillos de Lodo en el límite con Bolívar. Las serranías bajas, como las de Piojó y Luruaco, se ubican paralelas a la costa.

El departamento bordea el río Magdalena en el 41% de su territorio, afectando nueve municipios, y tiene un 24% de línea costera, 12% de conexión con el Canal del Dique y 23% de tierra firme. Esto lo hace vulnerable a inundaciones por el río, el canal o el mar de leva. Los cuerpos de agua ocupan el 6,7% del territorio, con tres cuencas principales: la del río Magdalena, que recibe varios arroyos; la del Canal del Dique, que conecta con la bahía de Cartagena; y la del litoral Caribe, alimentada por arroyos menores. También destacan las ciénagas de Luruaco, Mallorquín, Tocagua, Totumo y el embalse del Guájaro, que son reguladas principalmente por el Canal del Dique.

Zonas de riesgo

Con respecto a las zonas de riesgo, las amenazas más recurrentes en los municipios se presentan por desbordamiento en Puerto Colombia, Baranoa, Juan de Acosta, Usiacurí, Sabanalarga, Juan de Acosta, Luruaco, Repelón, Manatí y Candelaria, por deslizamiento en Piojó, Tubará y Galapa y por inundaciones se identifican aquellos que se encuentran en la ribera del río Magdalena como son: Barranquilla, Soledad, Malambo, Sabanagrande, Santo Tomás, Palmar de Varela, Ponedera, Campo de la Cruz, Suan, Santa Lucía y Polonuevo.

Mapa 3. Hidrografía y zonas de riesgo, del departamento del Atlántico, 2025.



El departamento bordea el río Magdalena en el 41% de su territorio, afectando nueve municipios, y tiene un 24% de línea costera, 12% de conexión con el Canal del Dique y 23% de tierra firme. Esto lo hace vulnerable a inundaciones por el río, el canal o el mar de leva.

Los cuerpos de agua ocupan el 6,7% del territorio, con tres cuencas principales: la del río Magdalena, que recibe varios arroyos; la del Canal del Dique, que conecta con la bahía de Cartagena; y la del litoral Caribe, alimentada por arroyos menores. También destacan las ciénagas de Luruaco, Mallorquín, Tocagua, Totumo y el embalse del Guájaro, que son reguladas principalmente por el Canal del Dique.

1.2. CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRÁFICO

Población

La población total del departamento del Atlántico para el año 2025 de acuerdo con la proyección del DANE y teniendo en cuenta la actualización post Covid-19, es de 2.845.169 habitantes, con incremento del 5,6% con respecto a 2020, año en que la población era 2.693.665, cifra que se incrementa cuando se excluye el distrito de Barranquilla y alcanza un crecimiento poblacional de 5,9%. El departamento del Atlántico ha sido receptor de población víctima de desplazamiento forzado y de migrantes procedentes de Venezuela, incrementado por el hecho que en algunos municipios sus habitantes en el pasado habían migrado al país vecino y retornaron con sus familias, lo que resultó en un aumento del 29,9% en la población entre 2005 y 2018.

Los municipios con crecimiento poblacional entre 2020 y 2025 superior al departamento son Soledad, Galapa, Puerto Colombia, Juan de Acosta, Sabanagrande y Malambo, mientras que Campo de la Cruz y Tubará tienen el menor crecimiento. Esto refleja que los mayores incrementos se han dado en el área metropolitana, donde se concentra la industria y la actividad económica. El crecimiento varía entre 4,9% y 6,1%, siendo más notable en el área metropolitana y la costera, influenciado por el turismo, la recreación y el desarrollo industrial. En las últimas décadas, el departamento del Atlántico ha experimentado aumento del grado de urbanización del 2,5% entre 2005 y 2025, alcanzando el 94,98% en el último año, principalmente en el área metropolitana; en donde Puerto Colombia tiene el menor grado de urbanización (87,67%) y Barranquilla el mayor (99,95%), caracterizándose esta subregión por tener el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI– más bajos del territorio que oscilan entre 7,97 (Soledad) y 13,49 en Galapa; lo que evidencia el desarrollo que ha tenido esta zona del departamento, en donde se concentra la atención en salud de alta complejidad, la industria y el comercio; sin embargo existen brechas en el NBI en la población rural de Barranquilla (45,8%) y Soledad (73,4%).

Subregión Centro: agrupa a Sabanalarga, Baranoa, Luruaco, Polonuevo y Usiacurí, con grados de urbanización entre 51,39% (Luruaco) y 93,37% (Usiacurí); se observa las deficiencias en las condiciones de vida entre el área urbana y rural, debido a que Los mayores índices de necesidades básicas insatisfechas (NBI) están en Luruaco (24,82%) y Sabanalarga (18,09%), especialmente en las zonas rurales, donde las NBI son más altas, agravadas por deficiencias en servicios públicos.

Tabla 3. Población según área de residencia y grado de urbanización, departamento del Atlántico, 2025

Subregión	Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
		Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
Metropolitana	Barranquilla	1.342.197	99,95	621	0,05	1.342.818	99,95
	Soledad	685.458	99,87	881	0,13	686.339	99,87
	Malambo	135.247	93,35	9.636	6,65	144.883	93,35
	Galapa	64.097	92,86	4.925	7,14	69.022	92,86
	Puerto Colombia	48.953	87,67	6.882	12,33	55.835	87,67
Centro	Sabanalarga	78.819	75,08	26.164	24,92	104.983	75,08
	Baranoa	58.511	83,35	11.689	16,65	70.200	83,35
	Luruaco	16.129	51,39	15.259	48,61	31.388	51,39
	Polonuevo	16.947	83,41	3.370	16,59	20.317	83,41
	Usiacurí	12.866	93,37	913	6,63	13.779	93,37
Oriental	Sabanagrande	34.862	95,39	1.685	4,61	36.547	95,39
	Santo Tomás	31.707	94,49	1.848	5,51	33.555	94,49
	Palmar de Varela	31.287	96,05	1.286	3,95	32.573	96,05
	Ponedera	15.511	57,72	11.361	42,28	26.872	57,72
Sur	Repelón	19.752	67,66	9.441	32,34	29.193	67,66
	Campo de la cruz	21.803	86,46	3.415	13,54	25.218	86,46
	Manatí	19.359	87,94	2.655	12,06	22.014	87,94
	Candelaria	12.869	72,14	4.970	27,86	17.839	72,14
	Santa Lucía	15.503	85,87	2.551	14,13	18.054	85,87
	Suan	12.427	93,62	847	6,38	13.274	93,62
Costera	Juan de acosta	15.024	63,31	8.706	36,69	23.730	63,31
	Piojó	3.208	43,50	4.166	56,50	7.374	43,50
	Tubará	9.840	50,82	9.522	49,18	19.362	50,82
Departamento		2.702.376	94,98	142.793	5,02	2.845.169	94,98
Departamento (excluye Barranquilla)		1.360.179	90,54	142.172	9,46	1.502.351	90,54

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía. Actualización post Covid-19

Subregión Oriental: Incluye municipios con alto grado de urbanización, excepto Ponedera (42,3% rural). La proporción de NBI es mayor en áreas rurales, alcanzando 33,3% en Palmar de Varela y 24,9% en Ponedera. Las condiciones más desfavorables se presentan en Ponedera, reflejadas en la falta o baja cobertura de servicios públicos.

Subregión Sur: Formada por Repelón, Campo de la Cruz, Manatí, Candelaria, Santa Lucía y Suan, está alejada de la capital, lo que dificulta el acceso a servicios de salud. Son municipios agrícolas con grados de urbanización entre 72,1% (Candelaria) y 93,6% (Suan). Tienen los mayores índices de NBI en el departamento, con Campo de la Cruz liderando con 34,8%.

Subregión Costera: Concentra el 1,8% de la población del departamento. Su ubicación favorece el turismo, especialmente en Tubará y Piojó, mejorando las condiciones de servicios públicos en las zonas rurales. Sin embargo, las NBI son más altas en áreas

rurales, con valores de 21,0% en Piojó y 16,4% en Tubará, siendo municipios predominantemente rurales.

Del análisis de la distribución de la población en el Atlántico, de acuerdo con el Registro Único de Víctimas se encuentran reportadas 220.349 personas afectadas, siendo el desplazamiento forzado el principal hecho victimizante, seguido por los homicidios.

El 52,5% de las víctimas son mujeres y el 47,1% hombres, proporción similar a la nacional, el 0,5% no registran el sexo. Los municipios con mayor recepción de víctimas son Barranquilla, Soledad, Malambo, Sabanalarga, Sabanagrande, Galapa y Baranoa, que contienen el 92,2% del total; situación que ha generado desafíos económicos y sociales, afectado la seguridad, las condiciones de vida y salud, e incrementado la demanda de servicios de atención en salud y la necesidad de fortalecer la cohesión social.

Tabla 4. Distribución de la población víctima según hecho victimizante y etnia.
Atlántico 2025

Hecho victimizante	Indígena		Negro, mulato, afrocolombiano afrodescendiente		Palenquero		Raizal		ROM - (gitano)		No reportado		Otras etnias		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abandono o despojo forzado de tierras	38	1,50	51	2,01	0	0,00	1	0,04	1	0,04	1841	72,54	606	23,88	2538	1,15
Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	82	2,58	94	2,96	2	0,06	8	0,25	0	0,00	2706	85,23	283	8,91	3175	1,44
Amenaza	631	1,71	1000	2,70	26	0,07	10	0,03	20	0,05	32469	87,78	2835	7,66	36991	16,79
Confirmaniento	256	2,96	150	1,74	1	0,01	0	0,00	0	0,00	7839	90,76	391	4,53	8637	3,92
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	52	2,02	113	4,39	3	0,12	2	0,08	6	0,23	2034	79,08	362	14,07	2572	1,17
Desaparición forzada	87	0,36	147	0,61	2	0,01	14	0,06	6	0,03	22575	94,18	1139	4,75	23970	10,88
Desplazamiento forzado	5584	1,13	11089	2,24	334	0,07	168	0,03	614	0,12	4E+05	82,72	67812	13,69	495451	224,85
Homicidio	371	0,24	812	0,53	9	0,01	126	0,08	35	0,02	1E+05	94,89	6444	4,23	152483	69,20
Lesiones personales físicas	11	1,21	18	1,99	0	0,00	1	0,11	2	0,22	771	85,10	103	11,37	906	0,41
Lesiones personales psicológicas	3	0,38	14	1,75	0	0,00	3	0,38	2	0,25	538	67,33	239	29,91	799	0,36
Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	4	0,33	9	0,74	0	0,00	1	0,08	1	0,08	1124	92,51	76	6,26	1215	0,55
Perdida de bienes muebles o inmuebles	81	1,80	155	3,45	1	0,02	5	0,11	4	0,09	3664	81,53	584	13,00	4494	2,04
Secuestro	19	0,40	21	0,44	1	0,02	1	0,02	1	0,02	4550	95,71	161	3,39	4754	2,16
Sin información	19	0,23	105	1,28	3	0,04	11	0,13	4	0,05	6844	83,51	1209	14,75	8195	3,72
Tortura	5	0,50	21	2,09	1	0,10	1	0,10	1	0,10	904	89,95	72	7,16	1005	0,46
Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	11	2,04	6	1,12	0	0,00	0	0,00	2	0,37	461	85,69	58	10,78	538	0,24

Fuente: SISPRO, cubo RIPS Circular 029-2007, Registro Único de Víctimas (RUV), fecha consulta 08/08/2025.

De acuerdo con la distribución de población declarada como víctima, se observa que el 20,8% corresponde a edades entre 20 y 29 años, le siguen los adolescentes y jóvenes. Estos quinquenios concentran la mayor proporción de personas afectadas (ver tabla 5). Esta distribución por edad refleja que la mayor proporción de afectados corresponde a la población económicamente productiva. Es importante destacar que estas cifras evidencian la relevancia de implementar estrategias de prevención y apoyo específicas para cada grupo etario, considerando sus necesidades y vulnerabilidades particulares.

Tabla 5. Distribución de la población víctima según edad. Atlántico, 2025.

Grupo de Edad	Total, víctimas (n=220.349)					
	Femenino		Masculino		Total, víctimas	
	n	%	n	%	n	%
De 0 a 04 años	374	47,9	407	52,1	781	0,4
De 05 a 09 años	1.723	49,6	1.751	50,4	3.474	1,6
De 10 a 14 años	7.103	47,8	7.290	49,1	14.848	6,7
De 15 a 19 años	10.658	49,1	11.027	50,8	21.709	9,9
De 20 a 24 años	11.352	50,6	11.006	49,1	22.436	10,2
De 25 a 29 años	11.802	50,5	11.565	49,5	23.379	10,6
De 30 a 34 años	11.251	51,7	10.494	48,3	21.748	9,9
De 35 a 39 años	9.904	53,6	8.582	46,4	18.487	8,4
De 40 a 44 años	9.355	56,0	7.364	44,0	16.719	7,6
De 45 a 49 años	8.460	56,7	6.451	43,3	14.911	6,8
De 50 a 54 años	7.537	56,4	5.828	43,6	13.365	6,1
De 55 a 59 años	6.764	55,8	5.355	44,2	12.119	5,5
De 60 a 64 años	5.774	55,2	4.685	44,8	10.459	4,7
De 65 a 69 años	4.325	54,8	3.573	45,2	7.898	3,6
De 70 a 74 años	3.094	54,6	2.576	45,4	5.670	2,6
De 75 a 79 años	2.133	52,0	1.968	48,0	4.101	1,9
De 80 años o más	3.884	50,3	3.831	49,7	7.716	3,5
No Definido	17	40,5	21	50,0	42	0,0
No Reportado	8	1,6	31	6,4	487	0,2
Total general	115.518	52,4	103.805	47,1	220.349	100,0

Fuente: SISPRO, cubo RIPS Circular 029-2007, Registro Único de Víctimas (RUV), fecha consulta 08/08/2025.

Población con pertenecía a pueblos y comunidades étnicas

En el departamento del Atlántico el 7,7% de la población, se reconocen como pertenecientes a un grupo étnico, proporción que tiene poca variabilidad entre 2018 y 2024; con participación del 5,8% los negros, mulato, afrocolombiano, grupo que posee la mayor proporción de personas, con menor participación están la población ROM, Raizal, Palenquero, e indígena. Del total de personas de comunidades étnicas el 81,3% residen en el área urbana y 18,7% en centros poblados o rural disperso. Las poblaciones indígenas en su gran mayoría son descendientes de los Mukaná los cuales habitan en el municipio de Tubará; de igual manera existe un grupo de indígenas que se han asentado en Soledad y el distrito de Barranquilla y provienen de la Sierra Nevada de Santa Marta. Sin embargo, en todos los municipios existe población que identifica como indígena, véase tabla 6. Los Mukaná, se encuentran organizados por Cabildos en los municipios de Malambo, Tubará, Puerto Colombia, Galapa, Baranoa. Ver mapa 4.

La población Rom es principalmente urbana y se encuentra ubicada en dos municipios Barranquilla y Sabanalarga. Otros municipios que reportan menos de 10 personas de esta comunidad son Baranoa, Galapa, Luruaco, Malambo, Manatí, Piojó, Puerto Colombia, Santo Tomás, Soledad y Tubará.

Mapa 4. Ubicación de comunidad indígena del departamento del Atlántico, 2025.



Fuente: cartografía social con comunidad indígena.

Respecto a la población negra, afrodescendiente y afrocolombiana, en todos los municipios existe habitantes que se reconocen de esta comunidad étnica, en los municipios de Santa Lucía, Suán, Candelaria, Luruaco y Repelón esta proporción con respecto al total de habitantes oscila entre 35,5% y 86,1%, como se muestra en la tabla 6. En los 22 municipios se encuentran residiendo el 58,1% de esta comunidad étnica, que en su mayoría residen en Luruaco y Repelón que poseen el 14,5% y 15,1% del total de este grupo en el departamento del Atlántico. De igual manera se observa que la menor participación corresponde a los municipios de Usiacurí, Tubará, Santo Tomás, Palmar de Varela, Ponedera, Polonuevo, Piojó, Galapa y Sabanagrande cuya peso porcentual oscila entre 0,03% y 0,41%.

En la planeación en salud del departamento se fomentó la participación de comunidades étnicas, para ello se realizaron reuniones de socialización y diagnóstico participativo para el diagnóstico en estos grupos poblacionales, utilizando la cartografía social y el diálogo de saberes; en donde se pudo identificar problemáticas propias de estas comunidades en los territorios.

Tabla 6. Población por pertenencia étnica según municipio del departamento del Atlántico, 2025.

Municipio	Idígenas		ROM		Raizal		Palenquero		Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)		Ninguno		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Barranquilla	1.543	0,11	23	0,00	334	0,02	850	0,06	69.591	5,18	1.270.477	94,61	1.342.818
Baranoa	8.415	11,99	3	0,00	5	0,01	12	0,02	717	1,02	61.048	86,96	70.200
Campo de la Cruz	12	0,05	-	-	3	0,01	-	-	1.278	5,07	23.925	94,87	25.218
Candelaria	34	0,19	-	-	-	-	-	-	8.428	47,24	9.377	52,56	17.839
Galapa	8.730	12,65	4	0,01	4	0,01	5	0,01	565	0,82	59.714	86,51	69.022
Juan de Acosta	129	0,54	-	-	-	-	1	0,00	3.421	14,42	20.179	85,04	23.730
Luruaco	57	0,18	1	0,00	9	0,03	1	0,00	24.050	76,62	7.270	23,16	31.388
Malambo	9.204	6,35	1	0,00	12	0,01	5	0,00	774	0,53	134.887	93,10	144.883
Manatí	21	0,10	1	0,00	48	0,22	6	0,03	6.541	29,71	15.397	69,94	22.014
Palmar de Varela	17	0,05	-	-	-	-	-	-	227	0,70	32.329	99,25	32.573
Piojó	1.711	23,20	2	0,03	-	-	4	0,05	373	5,06	5.284	71,66	7.374
Polonuevo	32	0,16	-	-	-	-	1	0,00	351	1,73	19.933	98,11	20.317
Ponedera	2	0,01	-	-	-	-	-	-	336	1,25	26.534	98,74	26.872
Puerto Colombia	1.305	2,34	2	0,00	27	0,05	1	0,00	757	1,36	53.743	96,25	55.835
Repelón	45	0,15	-	-	13	0,04	5	0,02	25.124	86,06	4.006	13,72	29.193
Sabanagrande	20	0,05	-	-	2	0,01	-	-	683	1,87	35.842	98,07	36.547
Sabanalarga	79	0,08	69	0,07	17	0,02	1	0,00	1.205	1,15	103.612	98,69	104.983
Santa Lucía	4	0,02	-	-	-	-	-	-	6.415	35,53	11.635	64,45	18.054
Santo Tomás	20	0,06	1	0,00	8	0,02	-	-	143	0,43	33.383	99,49	33.555
Soledad	574	0,08	8	0,00	93	0,01	145	0,02	8.956	1,30	676.563	98,58	686.339
Suan	26	0,20	-	-	-	-	-	-	5.985	45,09	7.263	54,72	13.274
Tubará	12.368	63,88	3	0,02	-	-	3	0,02	115	0,59	6.873	35,50	19.362
Usiacurí	6.610	47,97	-	-	3	0,02	2	0,01	51	0,37	7.113	51,62	13.779
Atlántico	50.958	1,79	118	0,00	578	0,02	1.042	0,04	166.086	5,84	2.626.387	92,31	2.845.169
Atlántico (excluye Distrito)	49.415	3,29	95	0,01	244	0,02	192	0,01	96.495	6,42	1.355.910	90,25	1.502.351

Fuente: DANE. Proyecciones de población a nivel municipal. Periodo 2018 - 2035.

1.2.1. Estructura demográfica

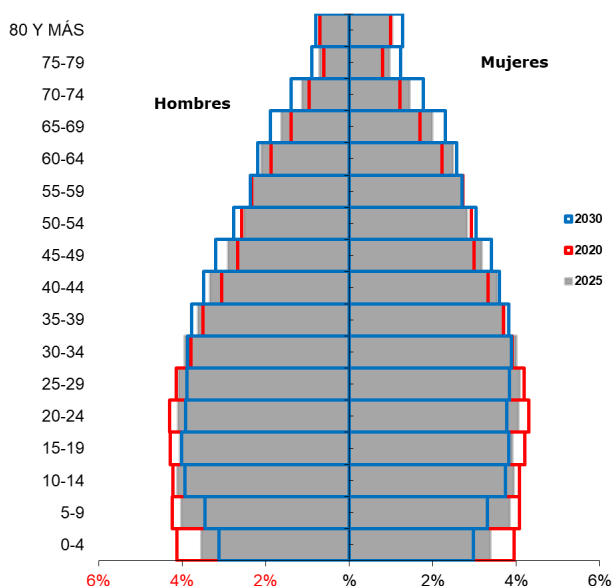
La pirámide poblacional del Atlántico muestra una transformación demográfica entre 2020, 2025 y la proyección para 2030. En 2005, la pirámide tenía una base ancha que se estrechaba con la edad, típica de países en desarrollo. Para 2025, la población de 0 a 19 años se reduce, mientras que la mayor de 25 años se ensancha. A partir de los 30 años, la población disminuye progresivamente hasta llegar a la cúspide.

En 2025, las mujeres superan a los hombres en proporción (51,1% vs. 48,9%), especialmente en grupos de edad mayores de 25 años. Esta distribución plantea desafíos en salud pública, ya que las necesidades varían según género y edad. El aumento de adolescentes y jóvenes incrementa la demanda de servicios de salud y problemas específicos como accidentes, consumo de alcohol, y embarazos no deseados. Además, hay un aumento en consultas por enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes, correlacionado con el envejecimiento de la población.

Según el curso de vida, se observa que la proporción de población de adultos tiene el mayor peso porcentual en el departamento del Atlántico, así mismo en al agrupar en los 22 municipios, en donde se observa que hay tendencia a la disminución de la población de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud y crecimiento de los adultos y personas mayores, ver tablas 7 y 8. Esto influye en el abordaje de las problemáticas en salud y consecuente con la morbilidad y mortalidad, en donde existe predominio de las

enfermedades no transmisibles, entre ellas las cardiovasculares y sus precursoras y la demanda de consulta por estas causas.

Figura 1. Pirámide poblacional departamento del Atlántico, 2020, 2025, 2030



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía. Actualización post Covid-19

Tabla 7. Distribución de la población según curso de vida en los 22 municipios del departamento del Atlántico*, 2020, 2025 y 2030.

Curso de vida	2.020		2025		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	147.524	10,40	135.822	9,04	121.777	7,95
Infancia (6 a 11 años)	150.061	10,58	153.391	10,21	138.465	9,04
Adolescencia (12 a 17 años)	148.647	10,48	150.862	10,04	151.442	9,89
Juventud (18 a 28 años)	268.964	18,96	273.493	18,20	265.242	17,32
Adultez (29 a 59 años)	547.299	38,59	599.777	39,92	631.609	41,26
Persona mayor (60 años y más)	155.906	10,99	189.006	12,58	222.452	14,53
Total	1.418.401	100,00	1.502.351	100,00	1.530.987	100,00

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía. Actualización post Covid-19. *excluye distrito de Barranquilla

Indicadores de demográficos

Los principales indicadores demográficos, describen la estructura de la población en el departamento del Atlántico. De acuerdo con la tabla 8, la diferencia entre la razón hombre: mujer tiende a aproximarse a 1; por otro lado, se observa el impacto del control de la natalidad evidenciado por el índice de infancia y la razón niño: mujer han disminuido en el tiempo. El índice de vejez tiene tendencia al incremento, situación

acorde con la estructura demográfica del departamento, mostró envejecimiento de la población; en relación con el índice demográfico de dependencia mostró que cada vez son menos las personas dependientes económicamente. Todo lo anterior, es consecuente con el valor del índice de Friz, el cual dice que se está ante una población madura con tendencia al envejecimiento poblacional, esto puede estar relacionado con el aumento en la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad, situación acorde con el perfil de mortalidad y morbilidad del Atlántico.

Tabla 8. Indicadores demográficos del departamento del Atlántico, 2020, 2025, 2030.

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Población total	2.693.665	2.845.169	2.897.423
Población Masculina	1.313.901	1.390.228	1.418.497
Población femenina	1.379.764	1.454.941	1.478.926
Relación hombres: mujer	95,23	95,55	96
Razón niños: mujer	30	26	23
Índice de infancia	25	23	21
Índice de juventud	25	24	23
Índice de vejez	8	10	12
Índice de envejecimiento	34	42	56
Índice demográfico de dependencia	49,31	47,96	47,24
Índice de dependencia infantil	36,82	33,76	30,22
Índice de dependencia mayores	12,49	14,20	17,02
Índice de Friz	123,14	108,97	97,66

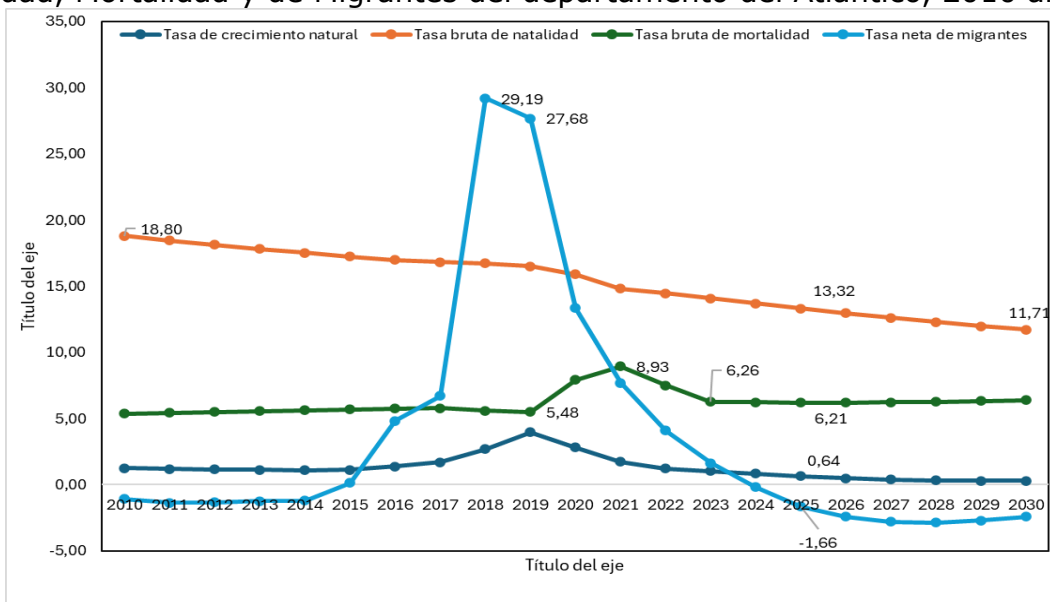
Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía. Actualización post Covid-19

1.2.2. Dinámica demográfica

Entre 1985 y 2014, la tasa de natalidad en el Atlántico disminuyó un 46,5%, con su mayor reducción entre 1985-2000, mientras que la tasa de mortalidad permaneció estable. Desde 2015, la migración ha impactado la dinámica demográfica debido al ingreso de venezolanos y el retorno de colombianos, lo que incrementó temporalmente la tasa de crecimiento natural y los nacimientos en población migrante. Sin embargo, la tasa de crecimiento natural disminuyó de 2,29% en 2018 a 1,08% en 2020 y se proyecta en 0,64% para 2025.

La tasa de mortalidad ha mostrado poca variabilidad, con una proyección de 6,21 por cada 1.000 habitantes en 2025. La migración alcanzó su pico en 2018 (29,19) y ha descendido desde 2020. Esto ha generado una mayor demanda en salud, especialmente en atención de partos y enfermedades de transmisión sexual, así como un impacto económico y social asociado con la incorporación de migrantes, principalmente en edad laboral, provenientes del sur del departamento.

Figura 2. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes del departamento del Atlántico, 2010 al 2030.

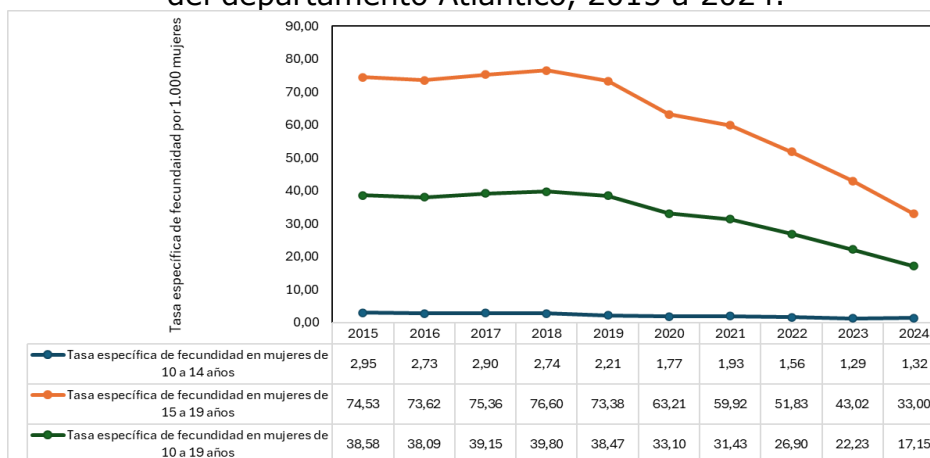


Fuente: DANE – Proyección de indicadores demográficos 1985 – 1917- Proyecciones de crecimiento poblacional y demográfico a nivel nacional por área para el periodo 2018 – 2070

Otros indicadores de la dinámica de la población

La tasa general de fecundidad en el departamento del Atlántico es de 67,9 niños por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años. En 2024, la tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años fue de 1,3 niños por cada 1.000, con un ligero incremento respecto al año anterior. En adolescentes de 15 a 19 años, la tasa fue de 33,0 niños por cada 1.000 mujeres, inferior a la del año previo (43,0). Esta tendencia afecta a la mayoría de los municipios, a excepción de Piojó, Usiacurí y Suan.

Figura 3. Comparación entre tasas específicas de fecundidad en mujeres de 10 a 19 del departamento Atlántico, 2015 a 2024.



Fuente: DANE, estadísticas vitales. Bodega de datos SISPRO.

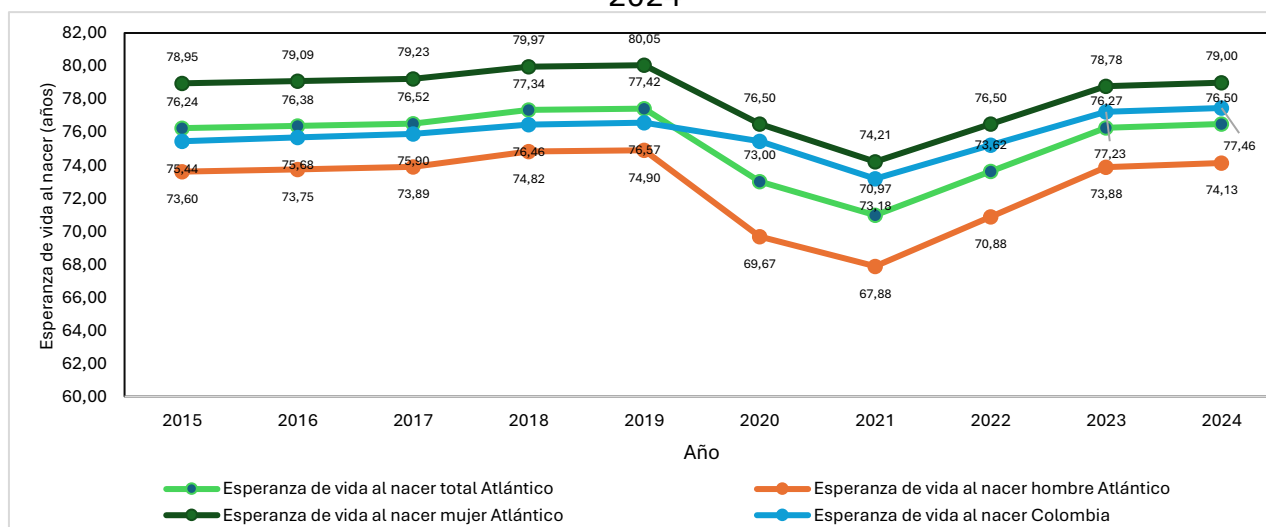
En cuanto a las tasas específicas de fecundidad entre 10 y 19 años, 12 municipios, en su mayoría del sur del Atlántico, superan el promedio departamental. En el grupo de 15 a 19 años, 11 municipios, como Campo de la Cruz, Candelaria, Manatí, Repelón, Luruaco, Sabanalarga, Ponedera, Malambo, Barranquilla, Galapa y Juan de Acosta, tienen tasas superiores a la media. La edad promedio de maternidad en el departamento es de 28,2 años, lo que resalta un patrón reproductivo en adolescentes y mujeres jóvenes con implicaciones para la salud pública, particularmente en relación con el acceso a servicios de salud materna y prevención de riesgos asociados.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer en el Atlántico muestra una tendencia ascendente, que desde el 2020 se encuentra por debajo del promedio nacional. En la población total, pasó de 76,2 años en 2015 a 77,5 años en 2024. Las mujeres presentan mayor esperanza de vida que los hombres, aumentando de 78,9 años en 2015 a 79,0 años en 2025. En los hombres, aunque inferior, también se observa un incremento de 73,6 años en 2015 a 74,1 años en 2024.

Este incremento se asocia con mejoras en las condiciones de vida, acceso a servicios públicos, cambios en estilos de vida y avances en atención en salud. Sin embargo, este cambio demográfico plantea retos para el departamento, como la planificación de políticas públicas innovadoras en salud, educación y empleo que respondan a las necesidades de una población más longeva.

Figura 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo, departamento del Atlántico 2015 - 2024



Fuente: DANE – Cambio demográfico a nivel nacional y departamental (1985-2019 y 2020-2050).

1.2.3. Movilidad forzada

La población víctima de movilidad forzada en el Atlántico presenta una pirámide poblacional con una base estrecha y un ensanchamiento entre los 15 y 34 años, evidenciando que el 80,1% corresponde a personas en edad productiva, lo que incrementa la demanda de empleo. La razón hombre-mujer es de 89,3 hombres por cada 100 mujeres, mientras que por cada niño víctima de movilidad forzada hay 100 mujeres en edad fértil. El índice de dependencia demográfica es de 24,5 personas dependientes por cada 100 en edad productiva, menor que el promedio nacional (28).

En el Atlántico hay 206.755 víctima de desplazamiento forzado registradas, equivalente al 2,4% del total nacional. De estas, el 47,0% son hombres y el 52,7% mujeres. Además, el 3,2% pertenece a comunidades étnicas: 2,4% NARP, 0,7% indígenas y 0,1% ROM. La mayoría de las víctimas (88,4%) residen en cabeceras municipales, mientras que el 10,3% habita en zonas rurales. Este perfil poblacional destaca retos en la atención de empleo y servicios sociales en las áreas urbanas.

Tabla 9. Distribución de población víctima de desplazamiento forzado según edad. Departamento del Atlántico, 2025.

Grupo de Edad	Desplazamiento (n=206.755)					
	Femenino		Masculino		Total, desplazados	
	n	%	n	%	n	%
De 0 a 04 años	369	48,2	396	51,8	765	0,4
De 05 a 09 años	1.701	49,6	1.729	50,4	3.430	1,7
De 10 a 14 años	7.080	47,8	7.265	49,1	14.799	7,2
De 15 a 19 años	10.597	49,2	10.935	50,7	21.556	10,4
De 20 a 24 años	11.170	50,6	10.824	49,0	22.072	10,7
De 25 a 29 años	11.549	50,6	11.253	49,3	22.813	11,0
De 30 a 34 años	10.845	51,8	10.101	48,2	20.949	10,1
De 35 a 39 años	9.379	53,9	8.029	46,1	17.409	8,4
De 40 a 44 años	8.702	56,7	6.644	43,3	15.346	7,4
De 45 a 49 años	7.808	57,6	5.741	42,4	13.549	6,6
De 50 a 54 años	6.883	57,3	5.135	42,7	12.018	5,8
De 55 a 59 años	6.068	56,3	4.712	43,7	10.780	5,2
De 60 a 64 años	5.120	55,8	4.051	44,2	9.171	4,4
De 65 a 69 años	3.740	54,4	3.135	45,6	6.875	3,3
De 70 a 74 años	2.692	54,7	2.233	45,3	4.925	2,4
De 75 a 79 años	1.837	52,0	1.697	48,0	3.534	1,7
De 80 años o más	3.360	50,1	3.344	49,9	6.705	3,2
No Definido	17	43,6	21	53,8	39	0,0
No Reportado	8	40,0	12	60,0	20	0,0
Total general	108.925	52,7	97.257	47,0	206.755	100,0

Fuente: SISPRO, cubo RIPS Circular 029-2007, consultado 08/08/2025

1.2.4. Población LGBTIQ+

En el departamento del Atlántico, no se dispone de información censal de población LGBTIQ+; existe en algunos municipios datos; esta puede variar de un municipio a otro, siendo limitada debido a diversas razones como la falta de reconocimiento legal o social, la estigmatización y el no preguntar de manera específica la identidad de género y orientación sexual en los censos y encuestas. Esto hace que en el territorio sea difícil proporcionar cifras de esta población; sin embargo, es importante reconocer esta

comunidad y trabajar por la inclusión, la igualdad y el respeto de sus derechos humanos.

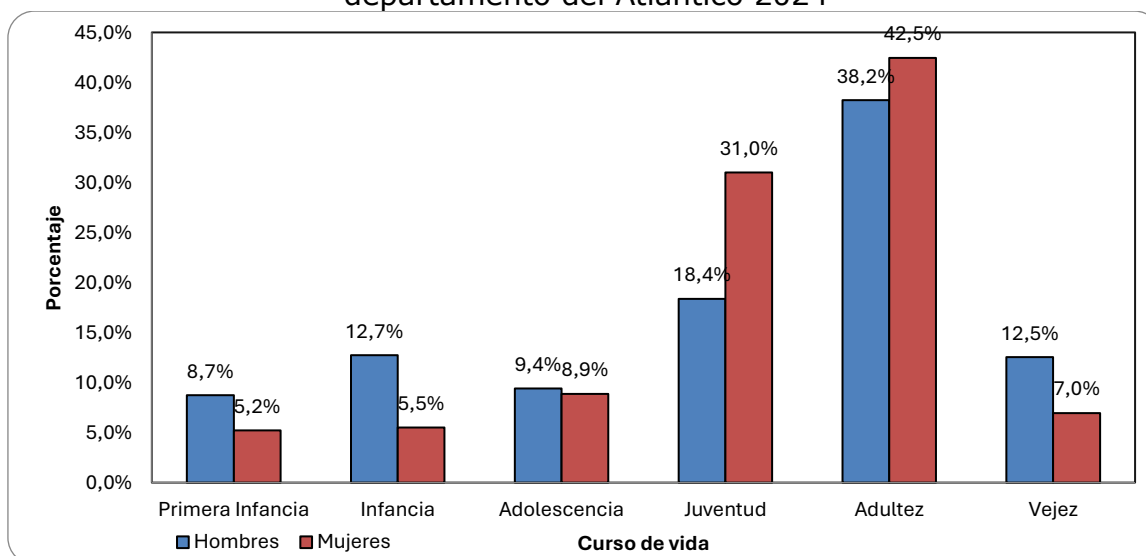
En esta comunidad se hace necesario a escala municipal realizar la caracterización, cabe resaltar que en algunos municipios cuenta con información de esta población. Aunque no se cuenta con un censo de la población se tiene que las asociaciones de población LGBTIQ+ son involucradas en las acciones y en las mesas de trabajo desarrolladas en el contexto del diagnóstico y planeación en salud.

1.2.5. Población Migrante

En el Atlántico, durante 2024 se registraron 15,516 atenciones a población migrante, de las cuales el 66,0% fueron mujeres y el 34,0% hombres. La mayoría (47,0%) provenía de Venezuela, mientras que el resto procedía de países como Brasil, Ecuador, Nicaragua, Panamá y Perú, o no reportaba procedencia (47,0%). El flujo migratorio comenzó a aumentar en 2018 (22.298 atenciones), alcanzó su punto máximo en 2020 (44.273 atenciones) durante la pandemia de COVID-19 y descendió hasta 2022.

La pirámide poblacional muestra un predominio masculino y un ensanchamiento en mujeres de 10 a 49 años, mientras que los hombres predominan en niños de 5 a 9 años y adultos de 40 a 59 años. Esto ha incrementado la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva, atención infantil y en adultos mayores. Además, la concentración de migrantes en zonas como la terminal de transporte terrestre de Soledad ha generado problemas sociales. Esta distribución es clave para planificar acciones de salud pública en el departamento.

Figura 5. Distribución de la población migrante atendida según curso de vida. departamento del Atlántico 2024



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025.

1.2.6. Población Campesina

En 2020, la población campesina en el Atlántico representó entre el 0,8% y el 14,5% del total, según el DANE. Este grupo tiene uno de los niveles más altos de acceso al servicio de alcantarillado (38,7%-58,9%), percibiendo su calidad como buena. Además, una proporción significativa se identificó como afrodescendiente.

Sin embargo, la falta de información sociodemográfica sobre la población campesina hace necesario que los municipios, especialmente Piojó, Ponedera, Sabanalarga, Manatí, Campo de la Cruz, Suan, Santa Lucía, Repelón y Luruaco, contribuyan a recolectar datos específicos. A pesar de avances en la gestión de riesgos laborales para agricultores y pescadores, persiste la necesidad de fortalecer la caracterización de este grupo..

1.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD

La entidad territorial cuenta con personal capacitado para implementar políticas de salud nacionales y locales, ejerciendo liderazgo para mejorar los determinantes sociales. Dispone de recursos a través de proyectos con códigos BPIN para apoyar la participación social en los 22 municipios, fortaleciendo mecanismos comunitarios como consejos de seguridad social y veedurías ciudadanas.

En el proceso de planeación integral en salud, se ha establecido una relación estrecha con las comunidades para reformular el plan territorial de salud, incluyendo el análisis de la situación y propuestas concertadas con la población.

Oferta institucional respecto a la protección social y oferta en salud

En el departamento del Atlántico operan 11 EAPB del régimen contributivo, con un total de 1.200.492 afiliados, cifra que muestra disminución del 0,74% con respecto al año anterior (1.209.428 afiliados), se destacan con el mayor número de afiliados SURA EPS, Salud Total EPS, Sanitas EPS y Nueva EPS las cuales agrupan el 89,6% del total de población de este régimen; las otras son Mutual SER, Coosalud, Cajacopi Atlántico, Compensar EPS y Comfasucre.

En el régimen subsidiado, hay 10 EAPB que poseen 1.605.036 afiliados, con incremento de 1,9% con respecto al año anterior (1.574.569 afiliados). Las EAPB con mayor participación son Mutual SER, Coosalud, Cajacopi Atlántico CCF y Nueva EPS, estas representan el 83,3% del total de la población subsidiada; las otras corresponden a Salud Total S.A., SURA EPS, Sanitas EPS, Famisanar EPS, Compensar E.P.S. y Comfasucre. La distribución de afiliados según EAPB y régimen se detalla en la tabla

10, en donde se observa las variaciones en la participación departamental en ambos regímenes.

Con respecto al régimen de excepción, de acuerdo con BDUA, hay afiliados al magisterio, universidad del Atlántico, Ecopetrol, Unisalud y Universidad de Córdoba.

Tabla 10. Afiliados cargados activos a los régimen subsidiado y contributivo del departamento del Atlántico, 2024

Nombre de la EAPB	Régimen contributivo		Régimen subsidiado		Excepción	
	Total, afiliados	% EAPB	Total, afiliados	% EAPB	Total, afiliados	% EAPB
Mutual SER E.S.S.	67.662	5,64	503.385	31,36		
Coosalud E.S.S.	23.289	1,94	314.315	19,58		
Cajacopi Atlántico CCF	13.091	1,09	266.284	16,59		
Nueva EPS S.A.	188.970	15,74	254.135	15,83		
Salud Total S.A.	315.914	26,32	111.648	6,96		
SURA EPS	386.087	32,16	96.080	5,99		
Sanitas EPS	184.173	15,34	30.846	1,92		
EPS Famisanar EPS	14.968	1,25	19.596	1,22		
Compensar E.P.S.	1.934	0,16	727	0,05		
Comfasucre	245	0,02	8.020	0,50		
Ferrocarriles Nacionales	4.154	0,35	0	0,00		
Aliansalud EPS S.A.	5	0,00	0	0,00		
Magisterio	0	0,00	0	0,00	36.634	93,67
Universidad del Atlántico	0	0,00	0	0,00	1.719	4,40
Ecopetrol	0	0,00	0	0,00	729	1,86
Unisalud	0	0,00	0	0,00	19	0,05
Universidad de Córdoba	0	0,00	0	0,00	9	0,02
Total	1.200.492	42,20	1.605.036	56,42	39.110	1,37

Fuente: BDUA, consultada 12/08/2025

Oferta de prestación de servicios de salud

El departamento del Atlántico cuenta con una red de servicios de salud que abarca todos los niveles de atención. Todos los municipios tienen instituciones de primer nivel en sus cabeceras, mientras que los servicios de segundo y tercer nivel están concentrados en municipios como Baranoa, Sabanalarga, Luruaco, Soledad y el Distrito de Barranquilla. Este último también ofrece servicios de cuarto nivel. La red incluye 23 ESE públicas y un sistema de emergencias médicas regional con ambulancias básicas y medicalizadas, aunque con razones inferiores a la media nacional. Además, opera un Consejo Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres con capacidad resolutoria limitada.

A pesar de tener una oferta diversificada y tecnología avanzada, existen barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales, debido a factores económicos, geográficos y culturales, además de problemas como la demora en asignación de citas y limitaciones en la continuidad de la atención. Esto afecta la oportunidad de diagnóstico y tratamiento, impactando indicadores de mortalidad como los asociados a neoplasias. Sin embargo, el departamento está trabajando en mejorar

el acceso a los servicios de salud y fortalecer sus capacidades en sectores relacionados como la educación y la cultura.

Tabla 11. Indicadores de oferta de servicios de salud en el departamento del Atlántico, 2018-2024

Indicador	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,07	0,08	0,07	0,27	0,06	0,06	0,06
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,03	0,03	0,03	0,11	0,03	0,03	0,03
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,10	0,11	0,10	0,38	0,09	0,09	0,09
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	1,18	1,19	1,04	1,16	1,22	1,34	1,27
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,36	0,33	0,31	0,61	0,09	0,01	0,01
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,25	0,29	0,24	0,46	0,09	0,05	0,05
Razón de camas por 1.000 habitantes	2,99	3,02	2,68	1,89	1,71	1,59	1,50

Fuente: SISPRO – REPS, consultado 11/12/2025.

1.4. GOBIERNO Y GOBERNANZA EN EL SECTOR SALUD

La gobernanza y la gestión del sector salud del departamento del Atlántico están enfocadas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población; adaptarse a los cambios demográficos, afectar positivamente los determinantes sociales y enfrentar los desafíos de salud pública. Trabajado aspectos relevantes relacionados con la gestión en el ámbito de la salud, que han contribuido a generar cambios demográficos relacionados con la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad. En este mismo sentido se han gestionado proyectos que buscan fortalecer la infraestructura hospitalaria; es importante resaltar que algunos proyectos que han recibido recursos del Ministerio de Salud y Protección Social, para mejorar la atención médica. Además, se lidera la gestión del riesgo en salud, priorizando áreas como la salud ambiental, la convivencia social y la salud mental.

Por otro lado se mantienen los incumplimientos de la normatividad vigente por parte de los actores de sistema general de seguridad social en salud, a pesar de los requerimientos y traslados que se realizan a los entes de control, entre estos se puede mencionar: falta de adecuación de los sistemas de salud para la atención de las poblaciones vulnerables con enfoque diferencial, ausencia de procesos y procedimientos en las instituciones, no disponibilidad de insumos y equipos para la prestación servicios, deficiencias en la de infraestructura, no adherencia a protocolos y guías de atención. déficit de talento humano, la cualificación y alta rotación de este, contratación tardía y fraccionada de los funcionarios que no laboran todos los meses del año. No mediación

de acuerdos de voluntades entre aseguradores y prestadores o contratos que no cumplen con la normatividad establecida.

Conclusiones

El Atlántico es un departamento estratégico por su localización costera, su condición portuaria y su alta conectividad aérea, terrestre y fluvial, factores que favorecen el desarrollo económico y el turismo, pero también incrementan la exposición a riesgos sanitarios asociados a la movilidad humana y a eventos transmisibles de rápida propagación. Su organización en cinco subregiones evidencia marcadas diferencias territoriales, especialmente entre zonas metropolitanas densamente urbanizadas y municipios rurales con menor accesibilidad y mayores brechas sociales. La presencia de áreas ribereñas, ciénagas y zonas costeras genera vulnerabilidad a inundaciones y desastres, lo que constituye un determinante territorial de riesgo para la salud pública.

Desde el punto de vista demográfico, el departamento registra una población cercana a 2,8 millones de habitantes y presenta una transición poblacional avanzada, con reducción de la población infantil y aumento progresivo de adultos y personas mayores. Este envejecimiento relativo incrementa la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente cardiovasculares, metabólicas y degenerativas, al tiempo que se mantiene la demanda en salud sexual y reproductiva derivada de la fecundidad adolescente persistente en varios municipios. La migración, el desplazamiento forzado y la recepción de población venezolana han modificado la estructura poblacional y presionado los servicios sociales y sanitarios, particularmente en áreas urbanas receptoras.

En el Atlántico, el 7,7% de la población se reconoce como étnica, con predominio afrodescendiente (5,8%). Estas comunidades se concentran principalmente en zonas urbanas; con respecto a la población indígena es mayoritariamente Mikaná, con presencia en varios municipios y se encuentran organizadas en cabildos. En el territorio atlanticense la población ROM es reducida y se ubica principalmente en Barranquilla y Sabanalarga. Es decir, en conjunto, estos datos evidencian diversidad étnica y la necesidad de políticas con enfoque diferencial territorial.

El departamento dispone de una red de servicios con oferta tecnológica y presencia de todos los niveles de atención, sin embargo, persisten brechas en oportunidad, continuidad, suficiencia del talento humano y accesibilidad rural, así como debilidades en la articulación entre aseguradores y prestadores. Estas limitaciones afectan la capacidad resolutoria frente a eventos agudos y crónicos, y condicionan el desempeño de los indicadores de mortalidad. La gobernanza sectorial muestra avances en planeación y gestión del riesgo, pero requiere fortalecer el enfoque diferencial, el

cumplimiento normativo y la capacidad operativa para reducir inequidades y mejorar resultados en salud.

Por tanto, es necesario una respuesta integral en salud pública basada en determinantes sociales, enfoque territorial, gestión del riesgo, participación comunitaria y fortalecimiento de la red de servicios, priorizando las subregiones con mayor vulnerabilidad. Este escenario constituye la base para orientar la toma de decisiones, la priorización de intervenciones y la formulación de políticas que permitan avanzar hacia un territorio más equitativo, resiliente y con mejores condiciones de salud para toda la población.

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

En el departamento del Atlántico entre las actividades económicas desarrolladas en el territorio se encuentran en la fase de producción la agricultura de alimentos y materias primas, la industria manufacturera y la de construcción de edificios y viviendas; en la fase de intermediación el comercio, el transporte y logística para la movilización de productos y los servicios financieros. De acuerdo con informe de la Cámara de Comercio la actividades económicas en el departamento del Atlántico son la agricultura, minería, industria manufacturera, los servicios públicos la construcción, el comercio, la información y comunicaciones, actividades profesionales y administrativas, administración pública, educación y salud y entretenimiento³. El informe del DANE sobre la composición sectorial en el departamento del Atlántico para el año 2024 muestra que los sectores que mayor participación tienen en la economía del departamento están la industria manufacturera aún por encima de la participación en Colombia, el comercio de hoteles y reparación, la administración pública y defensa, los derechos e impuestos, las actividades inmobiliarias, electricidad gas y agua, las actividades científicas y técnicas, las actividades de entretenimiento, la construcción, información, información y telecomunicación y las de menor aporte son la agricultura y las minas y energía. Entre las actividades informales se encuentra el transporte en mototaxis y bicitaxis el cual se presenta en la mayoría de los municipios como una alternativa para la movilización urbana.

En el departamento del Atlántico existe una incapacidad en el sector formal para emplear a la población en situación de desempleo, muy a pesar del alto índice de mano de obra presente en el mercado laboral, esta situación es acentuada por varios factores, entre ellos, la pobreza en la que vive la población, la falta de educación y las competencias laborales, son situaciones que generan informalidad y por ende esta población se ve expuesta a riesgos laborales debido a que no tienen la capacidad de acceder a un sistema regulado que les permita tener una cobertura completa al sistema de seguridad y salud en el trabajo.

En el año enero - diciembre de 2024, la Tasa de Desocupación a nivel nacional fue del 10,2 %. La Tasa Global de Participación fue del 63,9% y la tasa de ocupación del 57,4 %. La tasa de desempleo departamental en el 2024 fue 9,5%¹ encontrándose por

¹ DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH.

debajo de la tasa nacional que fue del 10,2%² para el mismo año, no obstante esta es superior en el área urbana en donde alcanza el 9,8% y la rural 3,1%; con respecto a la tasa global de participación para el departamento es de 62,9% existiendo diferencias entre hombres (75,5%) y mujeres (51,3%); mientras que la tasa de ocupación es de 57,0%, con diferencias entre hombres (70,5%) y mujeres (44,4%), que al igual al anterior es mayor en los del sexo masculino.

En el Departamento, las ARL y el Ministerio de trabajo, están supervisando en forma prioritaria, directamente o a través de terceros, a las empresas de alto riesgo, especialmente en la aplicación del Programa de Seguridad y salud en el trabajo según el Sistema de Garantía de Calidad, los Sistemas de Control de Riesgos Laborales y las Medidas Especiales de Promoción y Prevención dando apoyo al sistema de riesgos laborales en el territorio, sin embargo, se hace necesario la articulación con otros sectores que pudieran ayudar avanzar más en el acceso de la población al sistema en mención de estos sectores.

Es de anotar que el 70% de la población ocupada no se encuentra afiliada al sistema general de riesgos laborales, encontrándose esto determinado por la gran proporción de trabajo informal y la baja capacidad de pago de las personas y las limitaciones de la norma tales como la no existencia de un subsidio para que los trabajadores del sector informal puedan tener acceso al Sistema de Riesgos Laborales. Las ARL vienen realizando de manera oportuna actividades de promoción y prevención de riesgos laborales a trabajadores del sector informal de la economía, bajo la vigilancia y control del Ministerio de Trabajo.

Las ARL que operan en el Departamento cuentan con servicios para brindar atención a sus afiliados, los cuales hacen uso de este, sin estar diferenciado por grupos poblacionales. Cabe resaltar, que no existe coordinación desde el sector salud con las Administradoras de Riesgos Laborales para realizar acciones de inspección vigilancia y control en el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo, esto está limitado a la vigilancia que realizan ellas mismas.

El territorio cuenta con la caracterización de algunos grupos de la población trabajadora del sector informal en los municipios y desarrolla con ellos actividades de promoción de la salud laboral y prevención de enfermedades y accidentes de trabajo en especial en las pequeñas microempresas que tienen mayor riesgo, la mayor parte de la población

² DANE. Desempleo de diciembre de 2024 se ubicó en 9,1 % y la tasa de desocupación anual fue de 10,2 % [en línea]. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia; 31 ene. 2025. Disponible en: <https://www.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Desempleo-de-diciembre-de-2024-se-ubico-en-9-1-porciento-la-cifra-mas-baja-desde-2017-250131.aspx>.

se dedica a actividades informales como venta de minutos celulares, atención en tiendas, domiciliarios o al moto-taxismo y bicitaxis.

Cabe resaltar que esta situación es acrecentada por la falta de una línea base para establecer los accidentes y enfermedades laborales de los sectores informales, la no agrupación en agremiaciones o cooperativas, la falta de elementos de protección personal y la baja remuneración de la población laboral vulnerable, en este mismo sentido la baja promoción y acciones para prevenir, mitigar y superar los riesgos, la poca cultura de autocuidado, prevención de accidentes y enfermedades laborales y la no calificación de patología ocupacional en el sector informal.

Por tanto, se requiere de un modelo de sistema que nos arroje un diagnóstico de accidentes y/o enfermedades laborales del sector informal de la economía que nos permita intervención eficaz para disminuir la presencia de eventos en este sector, además mejorar el crecimiento económico sostenible e inclusivo, el empleo productivo y el trabajo digno para toda la población del departamento.

En el departamento del Atlántico, existen diversas organizaciones y entidades que desempeñan un papel importante en la economía local y que podrían ser convocadas para procesos de participación. A continuación, se describen algunas de ellas: muchas empresas en la región son de propiedad familiar. Estas empresas pueden variar en tamaño y sector, desde pequeños negocios hasta grandes corporaciones. Algunas de ellas están involucradas en la agricultura, el comercio, la manufactura y los servicios. Las organizaciones de economía popular, solidaria y comunitaria: en el Atlántico, existen cooperativas, asociaciones de productores, microempresas, fundaciones y organizaciones comunitarias que trabajan en áreas como la agricultura, la pesca, el turismo y la artesanía. Estas organizaciones promueven la economía solidaria y la participación activa de sus miembros. La existencia de sindicatos y agremiaciones sociales; hay sindicatos en sectores como la construcción, la educación, la salud y el transporte. Además, existen agremiaciones y cámaras de comercio que agrupan a empresarios y profesionales.

En el departamento se fomenta la participación ciudadana a través de consejos municipales, asambleas comunitarias, mesas de diálogo y otros espacios donde se discuten temas económicos, sociales y ambientales. Estos foros permiten la colaboración entre diferentes actores y la toma de decisiones conjunta.

Tabla 12. Síntesis de procesos económicos y circunstancias de la vida social, departamento del Atlántico, 2025.

Actividad económica del territorio	Condiciones de empleabilidad y su relación con el sistema de seguridad social en particular el sistema de salud.	Resumen las condiciones de trabajo y los posibles efectos en la salud de las personas.	Grupos poblacionales específicos vinculados a la actividad económica
Agricultura	En el sector agrícola predomina una economía informal, basada en el trabajo independiente, familiar y de subsistencia, con baja tecnificación, ingresos inestables y alta estacionalidad laboral. La mayoría de los trabajadores no están vinculados formalmente al empleo, lo que limita su afiliación al régimen contributivo y los mantiene, en gran proporción, en el régimen subsidiado de salud, sin cobertura en riesgos laborales (ARL) ni en pensión.	Predomina el trabajo agrícola informal, con baja protección y alta exposición a riesgos físicos (sol, calor, cargas y terreno irregular), mecánicos (herramientas y maquinaria) y químicos (agroquímicos). Estas condiciones incrementan el riesgo de accidentes, intoxicaciones, enfermedades respiratorias, dérmicas y musculoesqueléticas, así como patologías crónicas y cáncer. La inestabilidad económica y la estacionalidad del trabajo agravan el estrés, la desnutrición y las barreras de acceso a servicios de salud.	Campeños, agricultores rurales, parceleros, pequeños productores, asociaciones campesinas, redes de productores, organizaciones locales, población adulta y adulta mayor (50-79 años), jornaleros, trabajadores estacionales, familias campesinas y población de migrantes y retornados.
Pesca	En el sector pesquero predomina una actividad artesanal, familiar e informal, realizada por trabajadores independientes con bajos ingresos y bajo nivel educativo. La mayoría no cuenta con contrato laboral, afiliación a ARL ni aportes a pensión, y su vinculación al sistema de salud se da principalmente a través del régimen subsidiado. La ausencia de equipos de protección y de condiciones adecuadas de trabajo, sumada a la baja rentabilidad, limita el acceso oportuno a servicios médicos y aumenta la exposición a riesgos laborales, enfermedades y accidentes, lo que genera mayor vulnerabilidad social y sanitaria en esta población.	La pesca artesanal se desarrolla en condiciones laborales precarias, con exposición prolongada al sol y climas adversos, uso de herramientas cortopunzantes, equipos deficientes y falta de elementos de protección, lo que incrementa el riesgo de accidentes acuáticos, ahogamiento, fatiga y lesiones musculoesqueléticas. La manipulación de pescado y fauna acuática, sumada a deficiente higiene en embarcaciones, favorece infecciones, dermatitis, urticarias y afecciones respiratorias y dermatológicas, incluyendo riesgo de tétanos y asma. La ausencia de vinculación laboral formal y gestión de riesgos ocupacionales limita el acceso a atención en salud y aumenta la vulnerabilidad física y mental de los pescadores, profundizando el impacto sanitario de esta actividad.	Hombres y mujeres entre 18 y 60 años, con tradición familiar en el oficio asentados en veredas y cabeceras municipales de la ribera del río Magdalena y ciénagas locales, pescadores organizados en asociaciones comunitarias y redes locales
Ganadería	Las condiciones de empleabilidad en la ganadería se caracterizan por alta informalidad y baja tecnificación, con trabajadores contratados por jornales, sin vínculo laboral formal ni afiliación plena al Sistema General de Seguridad Social o a riesgos laborales, por lo que la mayoría permanece en el régimen subsidiado. Predominan el autoempleo y el trabajo por día o por tarea, con cobertura limitada en salud y protección social. Aunque algunas asociaciones ganaderas impulsan afiliaciones colectivas, su alcance es restringido y no logra reducir de forma significativa las	Las condiciones de trabajo en la actividad ganadera presentan alta exposición a riesgos físicos, biológicos y ambientales, debido a labores de cuidado y manejo de animales, ordeño y limpieza, que pueden generar caídas, golpes, accidentes y enfermedades zoonóticas. La mayoría de los trabajadores se vincula por jornadas, con uso limitado de equipos de protección, exposición al sol y a condiciones climáticas extremas, lo que aumenta la probabilidad de lesiones, fatiga, deshidratación y contagio de enfermedades, además de dificultades de acceso oportuno a servicios de salud.	Ganaderos asociados, jornaleros (población joven y adulta), pequeños productores rurales,

Actividad económica del territorio	Condiciones de empleabilidad y su relación con el sistema de seguridad social en particular el sistema de salud.	Resumen las condiciones de trabajo y los posibles efectos en la salud de las personas.	Grupos poblacionales específicos vinculados a la actividad económica
	brechas de aseguramiento. En la ganadería comercial persisten modalidades laborales estacionales y permanentes sin formalización suficiente, lo que evidencia bajos niveles de protección social y alta vulnerabilidad para quienes dependen de esta actividad como sustento.		
Minería	Esta actividad se desarrolla de forma formal e informal. Las empresas registradas afilian a sus empleados al SGSSS y al sistema de riesgos laborales, mientras que la minería artesanal carece de cobertura y supervisión. Los trabajadores informales no cotizan a salud ni pensión, lo que aumenta la exposición a enfermedades ocupacionales y falta de atención en salud.	Exposición a riesgo para enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidentes e intoxicaciones; condiciones laborales de alto riesgo por exposición a contaminantes, inhalación de polvo y materiales pesados.	Población adulta, principalmente hombres de zonas rurales.
Artesanías	La actividad artesanal, entre ellas de elaboración de ladrillo se desarrolla principalmente en un contexto informal y de tradición familiar, con trabajo independiente o familiar, ingresos variables y baja estabilidad laboral. No existen formas de contratación formal ni cobertura en riesgos laborales (ARL), y la mayoría de los trabajadores se afilia al sistema de salud a través del régimen subsidiado, con limitados aportes a pensión y acceso restringido a la seguridad social. Aunque se registran algunos avances en afiliación al sistema de salud, la informalidad y la ausencia de organización sectorial siguen condicionando la protección social y el bienestar de este grupo ocupacional.	Los trabajadores de artesanías enfrentan movimientos repetitivos, posturas forzadas y herramientas poco ergonómicas, lo que genera dolor crónico, lesiones musculoesqueléticas, fatiga visual y afecciones en columna, cuello y articulaciones. En el caso de la actividad artesanal del ladrillo se realiza en condiciones laborales precarias y sin tecnificación, con exposición a altas temperaturas, humo, vapores y polvo, así como a espacios sin ventilación ni medidas adecuadas de seguridad industrial. Para los artesanos, todo lo anterior sumado a la ausencia de equipos de protección personal, protocolos de seguridad y prevención en salud laboral, sumada a largas jornadas y presión productiva, incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias, dermatológicas, oculares, neurológicas y estrés o ansiedad, aumentando la vulnerabilidad física y mental de esta población ocupacional.	Hombres y mujeres en edad adulta y en la población Mokaná corresponde a las mujeres principalmente.
Transporte	Transporte informal (mototaxismo) es una actividad que se desarrolla en la mayoría de los municipios. Las condiciones de empleabilidad descritas corresponden principalmente al sector informal, conformado por trabajadores independientes —residentes y migrantes— que dependen del ingreso diario como medio de subsistencia. La mayoría está afiliada al régimen subsidiado de	Las condiciones de trabajo en el mototaxismo se desarrollan en un contexto de informalidad, ausencia de protección laboral y alta exposición a riesgos, lo que incrementa la probabilidad de accidentalidad vial, traumatismos y muerte por siniestros de tránsito. Los trabajadores realizan largas jornadas en condiciones climáticas adversas —sol, lluvia, calor y radiación— y están expuestos a contaminación	Población de jóvenes y adultos en su mayoría de estratos socioeconómicos bajos, migrantes, en condición de desplazamiento

Actividad económica del territorio	Condiciones de empleabilidad y su relación con el sistema de seguridad social en particular el sistema de salud.	Resumen las condiciones de trabajo y los posibles efectos en la salud de las personas.	Grupos poblacionales específicos vinculados a la actividad económica
	salud, pero no cuenta con vinculación a Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) ni con mecanismos formales de protección laboral; en algunos casos solo disponen del SOAT, lo que incrementa la exposición a accidentes y riesgos ocupacionales sin cobertura. Actividades como el mototaxismo, bicitaxis y motocarros representan una fuente relevante de empleo informal caracterizada por inestabilidad económica, ingresos irregulares y ausencia de regulación. Estas condiciones limitan el acceso pleno al sistema de seguridad social y generan alta vulnerabilidad social y sanitaria, además de afectar la empleabilidad, pues algunos empleadores prefieren contratar personas con afiliación formal al sistema. Además existe el transporte aéreo, fluvial y terrestre que presta servicios y brinda vinculación laboral a los empleados	ambiental, ruido, vibraciones y gases tóxicos, lo que favorece la aparición de afecciones respiratorias, fatiga y problemas osteomusculares y ergonómicos por posturas prolongadas. A ello se suman riesgos físicos, mecánicos, biológicos y de seguridad pública, derivados del contacto con personas enfermas, la delincuencia y la falta de elementos de protección personal. Estas condiciones generan también estrés, ansiedad, inestabilidad económica y afectaciones a la salud mental, en un contexto de ingresos variables y sin respaldo social. La invisibilidad del riesgo y el acceso limitado a atención en salud agravan la vulnerabilidad de esta población, por lo que se resalta la necesidad de estrategias de información, regulación y prevención que permitan reconocer los riesgos y promover prácticas seguras en esta actividad.	
Industria manufacturera	Tiene un rol importante en la economía y generación de empleo participa del 15,9% de la economía y emplea al 11% de los ocupados en el Atlántico.	En este existen riesgos que son minimizados a través del cumplimiento a lo establecido en las normas de seguridad y salud en el trabajo que están obligados a implementar. Aunque también existe industria manufacturera en el sector informal de la economía	Población general
Servicios públicos	Sector informal que no aporta al SGSS, por vivir del día a día	El trabajo de transporte informal como el Mototaxismo en varios municipios como fuente de ingresos, coloca al trabajador ante el riesgo de accidentalidad y muerte por accidentes de tránsito.	Migrantes, desplazados y población de bajo estrato socioeconómico
Construcción	Sector que aporta al SGSS, sin embargo, existen los trabajadores independientes que en su mayoría no se encuentran vinculados.	Las condiciones de trabajo del sector de la construcción, que es una actividad con riesgos laborales de caídas y lesiones, exposición a material particulado y manejo inadecuado de equipos.	Migrantes, desplazados y población de bajo estrato socioeconómico
Confección	Las condiciones de empleabilidad en este sector son mayoritariamente informales, ya que la mayoría de los trabajadores no cuenta con afiliación al Sistema General de Seguridad Social, aseguradoras de riesgos laborales. Se trata de una actividad con baja formalización, en la que predominan las afiliaciones al régimen subsidiado; desarrolla su labor principalmente en talleres o	Las condiciones de trabajo en la confección son vulnerables, debido a la falta de garantías para realizar las labores de manera segura. El uso de máquinas y herramientas como cortadoras, remalladoras y máquinas de coser expone a riesgos de cortes, quemaduras, golpes, pinchazos y amputaciones, además de posibles incendios por materiales inflamables. La repetición de movimientos y la presión sobre manos y extremidades	Población de adolescentes y adultos y en algunos casos LGBTIQ+

Actividad económica del territorio	Condiciones de empleabilidad y su relación con el sistema de seguridad social en particular el sistema de salud.	Resumen las condiciones de trabajo y los posibles efectos en la salud de las personas.	Grupos poblacionales específicos vinculados a la actividad económica
	de manera independiente, lo que refleja limitadas relaciones laborales formales y escaso acceso a protección social en salud y riesgos laborales.	incrementan las lesiones musculoesqueléticas y ergonómicas. Estas condiciones afectan la salud y la calidad de vida de los trabajadores. Por ello, es fundamental implementar equipos de protección personal y prácticas seguras de organización y orden en el área laboral.	
Comercio	En el territorio coexisten establecimientos formalmente constituidos y una amplia actividad económica informal, donde muchos trabajadores no cuentan con vinculación laboral, afiliación al SGSSS, pensión ni ARL, por lo que predomina el régimen subsidiado. Gran parte del empleo se concentra en el comercio minorista y ventas de alimentos, caracterizado por alta inestabilidad, baja formalización y limitada capacidad contributiva, incluyendo actividades como el mototaxismo y las ventas ambulantes, que permanecen sin protección social. Aunque el comercio formal aporta parcialmente al sistema de seguridad social y ofrece empleo con acceso al régimen contributivo, su alcance es insuficiente frente al volumen del empleo informal. Estas brechas entre lo formal e informal afectan la empleabilidad, el acceso a créditos y la protección social, generando riesgos sanitarios, laborales y desigualdades en el aseguramiento en salud y pensiones.	En el empleo formal existe mayor regulación y acceso a seguridad social, mientras que en la informalidad persisten brechas de protección, mayor vulnerabilidad y exposición continua a riesgos laborales. En este contexto predominan las jornadas extensas, inestabilidad contractual, bajos ingresos y ausencia de cobertura en riesgos laborales, junto con la exposición a ruido, temperaturas extremas, contaminación, posturas prolongadas, manipulación de cargas y tareas repetitivas, que incrementan los riesgos ergonómicos, osteomusculares y de accidentalidad. A estos factores se suman el estrés laboral, la presión por ventas, la inseguridad en el espacio público y la falta de equipos de protección, así como una limitada gestión del riesgo, lo que deriva en agotamiento físico y emocional, afectaciones psicosociales y deterioro progresivo de la salud.	Población general en mayor proporción de mujeres, migrantes, desplazados

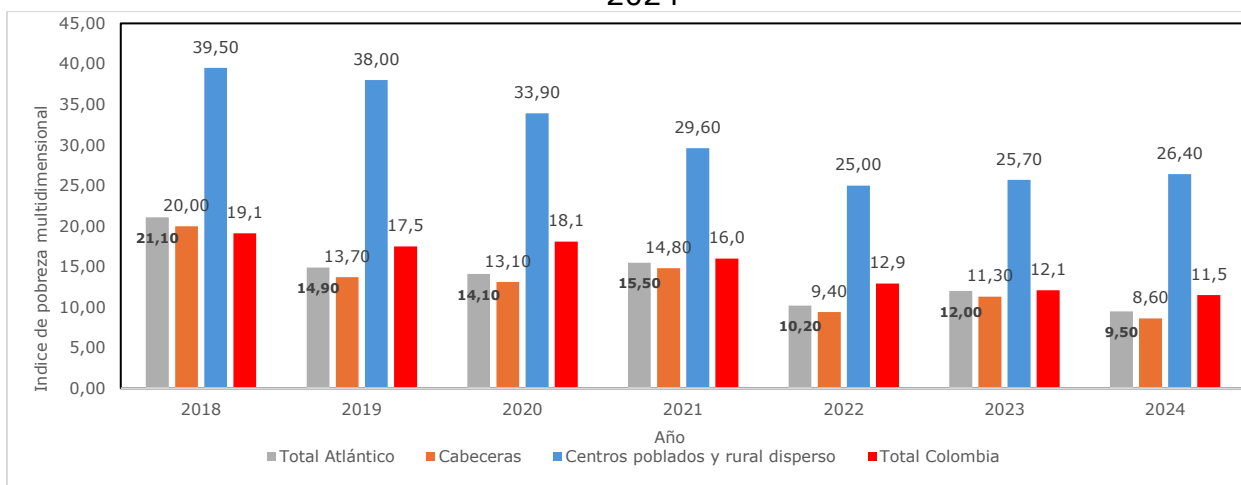
Fuente: información de ASIS 22 municipios, Informe Cámara de Comercio.

2.2. CONDICIONES DE VIDA DEL TERRITORIO

El indicador de pobreza multidimensional en el departamento del Atlántico muestra que existe una tendencia a la disminución, sin embargo, en el 2021 se incrementó en un punto tanto en la cifra total como en el área urbana, situación contraria se presenta en el área rural, donde entre 2018 y 2021 hubo una reducción del 9,9%. Del análisis de las variables del índice de pobreza multidimensional, se observa que la tasa de analfabetismo es del 7,4%, cifra que alcanza el 20,5% en zona rural, evidenciando desigualdad en el acceso a la educación; con un 12,4% de barreras de acceso a los cuidados de la primera infancia, situación que mejora en el área rural (10,6%), la inasistencia escolar se incrementa en el área rural (21,0%) comparado con el total departamental (11,0%).

Con relación a los indicadores relacionados con el empleo, se tiene que el desempleo de larga duración es de 8,2% existiendo mejores condiciones en el área rural (7,3%); el trabajo infantil es mayor en la zona rural (0,8%) comparado con el total (0,6%), es posible que esto se encuentre relacionado con la inasistencia escolar. El trabajo informal es de 74,8%, cifra que se incrementa en la zona rural (90,2%), situación que afecta el aseguramiento de la población al sistema general de seguridad social en salud.

Figura 1. Índice de pobreza multidimensional en el departamento del Atlántico. 2018 - 2024



Fuente: DANE --Encuesta Nacional de Calidad de Vida.

Nivel educativo

La cobertura bruta de educación en el departamento del Atlántico muestra que la tasa para la educación categoría primaria, se encuentra por encima de la meta y es superior a la nacional sin llegar a ser estadísticamente significativa, mostrando incremento en los últimos cuatro años, sin embargo, en el período analizado se esta ha permanecido sobre el 100%. Se evidencia un problema en el denominador, ya que los valores superan el 100%.

Con respecto a la tasa de cobertura bruta de educación categoría secundaria, el departamento presenta cifras similares a la Nación, evidenciando un problema en el indicador ya que este supera el 100%, su tendencia al incremento durante la mayoría de los años.

La tasa de cobertura bruta de educación categoría media, se encuentra por debajo del 100% (90,9%), siendo mayor a la cobertura nacional, en 10 puntos; sin embargo, esta diferencia no es significativa. El indicador en el último año se incrementó. Las coberturas brutas de educación en los municipios oscilan entre 63,2% y 157,2%, lo cual evidencia

problemas en el denominador; se observan brechas entre municipios, sin existir una tendencia por subregión. Los municipios con coberturas más bajas son Usiacurí, Tubará, Santa Lucía, Piojó, Santo Tomás y Polonuevo. Así mismo de la encuesta de privaciones por hogar del DANE. Los bajos niveles de educación en la población se constituyen en un determinante de la salud, reto que debe enfrentar la salud pública en el departamento del Atlántico, con énfasis en el área rural.

Tabla 13. Tasa de cobertura bruta de educación en del Atlántico, 2010 – 2022

Indicadores	Colombia, 2022	Atlántico, 2022	Comportamiento													
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	9,3	3,65										↗				
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	104,83	106,20	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	107,36	103,80	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	90,94	104,31	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	

Fuente: Ministerio de Educación Nacional.

Coberturas de servicios públicos

Las condiciones de vida medidas desde el acceso a servicios públicos y condiciones sanitarias de acceso a fuentes de agua y eliminación de excretas son los factores que propician la aparición de eventos en salud relacionados con las condiciones ambientales. En cuanto a la cobertura de servicios públicos se obtuvo que el departamento del Atlántico tenía una cobertura de electricidad, acueducto y alcantarillado por encima de la nacional, a 2019 esta tendencia continúa, observando que al departamento del Atlántico estas no llegan a tener una diferencia significativa con el País.

En cuanto al índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano para el año 2022, en el Departamento fue de riesgo bajo (agua apta para consumo humano), este indicador es significativamente más bajo en el departamento al compararlo con Colombia (diferencia relativa: 0,082; IC95%: 0,014-0,492).

En relación con el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada presenta cifras inferiores a las nacionales siendo significativa la diferencia (diferencia relativa: 0,166; IC95%: 0,040-0,685), con respecto a los hogares con inadecuada eliminación de excretas según información del Censo DANE, las cifras departamentales son inferiores a la nacional, sin embargo, no existió diferencia estadística significativa.

Tabla 14. Determinantes intermedios de la salud – condiciones de vida en el departamento del Atlántico, 2022

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Atlántico
Cobertura de servicios de electricidad	96,81	99,44
Cobertura de acueducto	87,0	99,20
Cobertura de alcantarillado	74,4	84,50
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	14,6	2,50
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	11,5	1,90
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	11,6	10,90

Fuente: SISPRO, DANE, INS, DNP

Entornos saludables y deportivos

El departamento del Atlántico ha liderado la construcción de espacios para mejorar la infraestructura de los entornos escolares, construido parques, reformado escenarios deportivos y culturales, pero de acuerdo con lo recopilado en el ejercicio con la comunidad y otros sectores, existen lugares donde se requiere la adecuación o construcción de escenarios deportivos; así como reforzar la vigilancia de parques para evitar el inadecuado uso.

Viviendas

El número total de viviendas de acuerdo con proyección del Censo del DANE del 2018, en el 2025, es de 875.055; de estas 94,2% en el área urbana y 5,8% en la rural. De igual manera el tipo de vivienda existente es en 73,7% corresponde a casa, 21,4% apartamento y el 4,9% de sus habitantes viven en cuarto u otro tipo de vivienda. La mayor proporción de viviendas de uso temporal están ubicadas en el área rural y de personas ausentes en la cabecera municipal; con una ocupación del 95,3% en la cabecera municipal. Sin embargo, estas cifras deben haber incrementado dado el crecimiento urbano que ha tenido los municipios del área metropolitana, la subregión oriental y la costera en los últimos años con la promoción del turismo y la vivienda en zonas rurales.

El número de hogares existentes, según proyección del Censo DANE 2018, para el 2025 es de 830.824, ubicadas el 95,1% en el área urbana y 4,9% en la rural. También mostró que el promedio de personas por hogar es de 3,7. La relación hogares por vivienda es de 1,1 en el departamento, 1,0 en la cabecera y de 1,2 en el área rural. En el Atlántico, en barrios vulnerables es común que residan más de un hogar por vivienda.

Tabla 15. Hogares y viviendas por área de residencia departamento del Atlántico, 2025.

Hogares/ viviendas	Cabecera municipal		Resto		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Hogares/viviendas	789.969	95,08	40.855	4,92	830.824	100,00
Viviendas de uso temporal*	4.132	41,35	5.860	58,65	9.992	1,14
Viviendas con personas ausentes*	26.230	99,50	131	0,50	26.361	3,01
Viviendas ocupadas	768.294	95,29	37.959	4,71	806.253	92,14
Viviendas	824.452	94,22	50.603	5,78	875.055	100,00

Fuente: DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018 y proyección 2018-2050.

Seguridad alimentaria

En los indicadores de disponibilidad de alimentos registrados por las encuestas nacionales de salud y nutrición 2010 y 2015 (ENSIN) y estadísticas vitales del DANE como: duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer se encuentran ligeramente por debajo de las cifras nacionales, sin llegar a ser estadísticamente significativa.

Con respecto a las determinantes relacionados con el estados nutricional, se observa que la prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años, prevalencia de desnutrición crónica, prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años, prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años, prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, la prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años, en hombres de 18 a 64 años y la de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años reportadas por la ENSIN, sus valores son mayores a los reportados para el País, sin llegar a tener significancia esta diferencia.

Esta situación tiene impacto en los indicadores de morbilidad y mortalidad; como se muestra en los datos relacionados en el análisis de la situación en salud según fuente SISPRO, donde se registra que el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer muestra una tendencia al incremento, desde 9,22% en 2019 hasta 10,70% en 2024; no obstante, esta última cifra se encuentra ligeramente por debajo del porcentaje nacional (11,25%). Es importante destacar que, en el año 2024, los entes territoriales con porcentajes superiores al departamento fueron: Palmar de Varela, Suan, Campo de la Cruz, Tubará, Polonuevo, Candelaria, Santo Tomás, Malambo y Barranquilla.

Tabla 16. Determinantes intermedios de la salud – tendencia del bajo peso al nacer en el departamento del Atlántico, 2011-2024.

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Atlántico	Comportamiento													
			2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN)	1,8	0,60	↗						-							
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	11,25	10,70	-	↘	↗	↗	↘	-	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN)	3,4	4,90	↗						↗							
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN)	13,2	15,50	↗						↘							
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN)	39,3	47,50	↗						↘							
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN)	59,6	68,80	↗						↘							
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN)	24,7	25,70	↗						↘							

Fuente: SISPRO, Estadísticas vitales, DANE

Población en vulnerabilidad económica

El departamento del Atlántico según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, el índice de pobreza multidimensional se incrementó en 1,4 puntos porcentuales, a expensas del incremento en la cabecera urbana; también muestra que ha disminuido las barreras de acceso a los servicios de salud y al comparar 2020 con 2021 se redujo el porcentaje de personas que estaban desempleadas, indicador que podría explicar la disminución de barreras de los servicios de salud, situación que se correlaciona también con la disminución de las personas sin aseguramiento que paso de 14,4% en el 2018 a 9,9% en el 2021. Cabe resaltar que a 2024 la cobertura alcanza el 100%.

Lo anterior sumado a las condiciones de vida del departamento del Atlántico que, aunque ha tenido incremento en el grado de urbanización, que ha conllevado al aumento en la densidad poblacional, principalmente en el área urbana; siguen existiendo condiciones sanitarias dadas por el inexistencia en la zona rural de algunos y por otro lado las coberturas del servicio de acueducto sean altas, en el departamento tiene una cobertura en las cabeceras municipales es del 97% y en la zona rural de 64%. Actualmente, solo

17 municipios del Atlántico cuentan con una continuidad en el suministro de agua potable de 24/7.

No obstante, de contar con altas coberturas del servicio de acueducto, superiores a la media nacional, se tiene que trabajar en proyectos de inversión que permitan mejorar la prestación del servicio de agua potable en términos de indicadores de calidad, frecuencia y continuidad, en los municipios del departamento. Toda vez que el departamento del Atlántico obtuvo en el 2023 un Índice de Riesgo de Calidad del Agua-IRCA del 0,50% a nivel de cabeceras municipales y corregimientos abastecidos desde las cabeceras, que lo ubica en un nivel de riesgo sin riesgo, agua apta para consumo humano, no obstante, en la zona rural aún existen deficiencias en el suministro de agua con calidad.

En el departamento existen diferencias entre la calidad del agua en el área urbana y rural, siendo desfavorable en esta última; sin embargo, aunque en la cabecera el agua suministrada esté en la categoría sin riesgo, el hecho de no tener continuidad en el servicio afecta a la población, entre otras por el riesgo que representa para la presencia enfermedades transmisibles y en especial el dengue por el inadecuado almacenamiento del líquido.

2.3. DINÁMICAS DE CONVIVENCIA EN EL TERRITORIO

De acuerdo con el informe sobre presencia de grupos armados en Colombia 2019, hay cinco municipios afectados con intensidad en el departamento del Atlántico para el año 2019, mostrando incremento con respecto al año 2014 que solo se presentaba en un municipio. La afectación en el 2019 se presentó en los municipios de Barranquilla, Galapa, Palmar de Varela, Puerto Colombia, Sabanagrande y Santo Tomás, es necesario resaltar que las agresiones (homicidios) son a principal causa de mortalidad por causas externas en el departamento.

Esto se corrobora con lo publicado en los medios de comunicación locales y nacionales sobre el accionar de grupos armados en los municipios de Barranquilla, Soledad, Malambo, Sabanalarga, Juan de Acosta y Tubará en donde se registraron 19 acciones. Acciones que incluyen tanto el amedrentamiento como y hechos armados, ante esta situación existe la necesidad de protección de los derechos en las comunidades que se encuentran afectadas.

Las organizaciones sociales de víctimas, mujeres, comunidad LGBTIQ+ del departamento del Atlántico son parte activa de las mesas en el ejercicio participativo para la planeación en salud. Han hecho presencia en las mesas subregionales realizadas durante los dos últimos años, existiendo mesas diferenciales donde fueron escuchados

a través de sus intervenciones y conocer de primera mano todas las peticiones de las víctimas, ya que estuvieron representadas por la presidente de la mesa de víctimas. Así mismo, durante la construcción de la visión, misión y el componente estratégico participaron los delegados de las víctimas, la ONG de población LGBTIQ+.

Entre las implicaciones de la violencia en el territorio están relacionadas con la falta en formación de valores, carencias afectivas y fortalecimientos familiares, generadas por las carencias económicas, la falta de oportunidades, la normalización de la violencia como tema cultural, el consumo de sustancias psicoactivas, las pautas de crianza; esto sumado a las deficiencias en la oferta de atención de la salud mental, lo que se convierte en un reto para la administración departamental y municipal en su abordaje

Conclusión capítulo II

El departamento del Atlántico presenta una economía diversificada con actividades en agricultura, industria manufacturera, construcción, comercio y servicios financieros, destacándose la manufactura. Sin embargo, enfrenta desafíos en el empleo formal, con una alta tasa de desempleo e informalidad laboral, lo que expone a la población a riesgos laborales sin cobertura adecuada. Las ARL y el Ministerio de Trabajo supervisan las empresas de alto riesgo, pero se requiere una mejor coordinación con otros sectores y un modelo de diagnóstico para abordar eficazmente los accidentes y enfermedades laborales en el sector informal. Además, la participación ciudadana y la colaboración entre diversas organizaciones y entidades son fundamentales para el desarrollo económico y social del departamento.

Las dinámicas económicas del departamento del Atlántico evidencian una marcada dualidad entre los sectores formales e informales, con predominio de actividades laborales sin vinculación contractual, baja protección social y limitada afiliación al sistema de riesgos laborales. La alta proporción de empleo informal —particularmente en agricultura, pesca artesanal, ganadería, comercio, construcción, confección y transporte informal— expone a la población trabajadora a riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales, con impactos directos en la morbilidad ocupacional, accidentalidad y deterioro progresivo de la salud, especialmente en poblaciones rurales, migrantes y de bajos ingresos. Esta situación se agrava por la ausencia de líneas base epidemiológicas del trabajo informal, la débil articulación intersectorial y la limitada cultura de autocuidado laboral, lo que constituye un reto estructural para la gestión del riesgo y la protección social en el territorio.

En materia de condiciones de vida, aunque el departamento presenta avances en coberturas de servicios públicos, acceso a agua potable y reducción de brechas urbanas-rurales, persisten desigualdades territoriales en continuidad del servicio de agua, calidad

del entorno rural y acceso a infraestructura social. El incremento del trabajo informal, el analfabetismo en zonas rurales y las limitaciones educativas en municipios con coberturas críticas inciden en los determinantes sociales de la salud, reproduciendo ciclos de pobreza, barreras de acceso a servicios y mayor vulnerabilidad sanitaria. Los indicadores nutricionales —particularmente bajo peso al nacer, desnutrición crónica y exceso de peso— muestran comportamientos que demandan acciones integradas de seguridad alimentaria, cuidado materno-infantil y promoción de hábitos saludables.

El análisis también evidencia que las dinámicas de convivencia social, la presencia de economías ilegales, la violencia interpersonal y los factores psicosociales impactan la salud colectiva, con mayores afectaciones en mujeres, jóvenes y poblaciones en contextos urbanos periféricos. Aunque se reconocen esfuerzos de participación social y presencia de organizaciones comunitarias y diferenciales, persisten déficits en oferta y articulación de servicios de salud mental, prevención de violencias y atención oportuna, lo que exige fortalecer la respuesta institucional desde un enfoque territorial, diferencial y de derechos.

En conjunto, el capítulo muestra que los determinantes sociales, económicos y ambientales del territorio configuran núcleos de inequidad en salud asociados a informalidad laboral, desigualdad educativa, vulnerabilidad nutricional, brechas rurales-urbanas y exposición a entornos inseguros. Superar estos retos implica consolidar un abordaje intersectorial que articule protección social, salud pública, planeación territorial, empleo digno, fortalecimiento comunitario y vigilancia epidemiológica diferencial, orientado a disminuir riesgos, cerrar brechas y mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población del Atlántico.

3. CAPITULO III. 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.

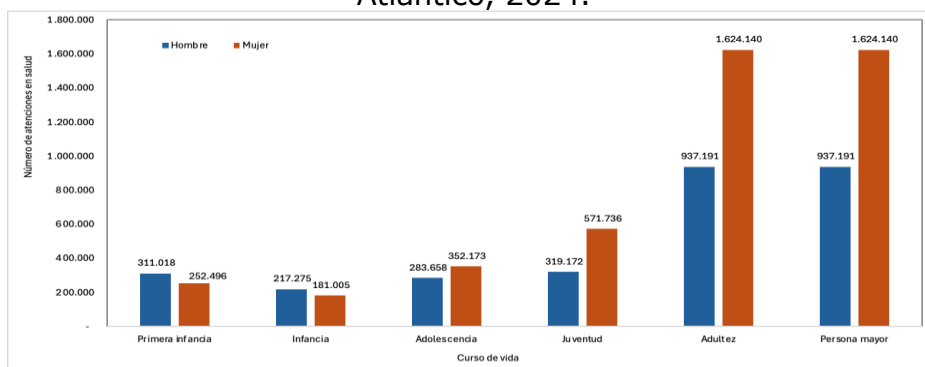
3.1. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

Se realizó el análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes información corresponde a los Registros Individuales de Prestación de Servicios–RIPS de los años 2015 a 2024, bases de datos de alto costo, del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública–Sivigila, morbilidad en población migrante y otra información de calidad que contribuyó al análisis de la morbilidad a nivel departamental. Para ello se tomó la morbilidad de los RIPS dispuesta en SISPRO para el periodo 2015 a 2024.

3.1.1. Principales causas y subcausas de morbilidad

Con respecto a las principales causas se observa que en el último año el 60,5% correspondió a mujeres y el 39,5% a hombres; sin embargo, en la primera infancia e infancia hay mayor proporción de la atención de morbilidad en la población masculina, 55,2% y 54,6%, respectivamente; en la adolescencia, juventud, adultez y vejez predomina en la población femenina, ver figura 6. Con respecto al curso de vida, la mayor proporción de consultas se obtuvo en la adultez y vejez, con 33,7% cada uno, la juventud con el 11,7%, el grupo de adolescencia con 8,4%, la primera infancia con 7,4% y la infancia es el que menos participación tiene (5,2%). Es de esperar que se generen más atenciones en la población adulta y persona mayor, teniendo en cuenta que la morbilidad de las enfermedades crónicas no transmisibles ocupa los primeros lugares y son entidades que requieren una demanda continua de servicios por motivo del seguimiento periódico a los pacientes.

Figura 6. Morbilidad atendida por curso de vida y sexo en el departamento del Atlántico, 2024.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2024

Grandes causas de morbilidad

Para el análisis de la morbilidad se inició con las grandes causas, realizando un abordaje descriptivo de las atenciones en salud que se realizaron en el periodo 2015 a 2024 según curso de vida, primera infancia (0 a 5 años), infancia (6 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más). La cual se muestra en la tabla 18.

Primera infancia

En la primera infancia durante el período 2015-2024, la principal causa a partir del año 2018 han sido las enfermedades no transmisibles, las cuales en 2024 representan el 41,62% de las atenciones, con una tendencia ascendente en 2,48 puntos al compararlo con el año inmediatamente anterior, en los años anteriores ese lugar correspondió a las condiciones transmisibles y nutricionales. En orden descendente continúan las condiciones transmisibles y nutricionales que representan el 30,43% de las atenciones, con incremento de 3,75 puntos porcentuales, seguidas por las condiciones mal clasificadas con 19,89% con tendencia descendente en 1,75 puntos respecto al año 2023. Al analizar la morbilidad por sexo, se observa que los niños muestran un comportamiento similar a la población general, sin embargo, en estos las enfermedades no transmisibles se incrementaron en 3,85 puntos. En las niñas la distribución de las causas es similar a la población general, con incremento en el último para las enfermedades no transmisibles de 3,60 puntos.

Primera infancia

En este curso de vida se observa que las enfermedades transmisibles ocupan el primer lugar y representan el 59,25% del total de consultas en este grupo, mostrando incremento de 1,11 puntos al comparar los dos últimos años. Así mismo se observa que esta causa muestra tendencia al incremento durante los años 2015 a 2024. La segunda causa evidencia el inadecuado diligenciamiento de la causa, ya que correspondió a las condiciones mal clasificadas que representan el 19,02%, sin embargo, la tendencia a la disminución muestra mejoras en la calidad del registro. En tercer lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales que, aunque en el último año se observa incremento de 0,91 puntos porcentuales ha tenido una tendencia global descendente para el periodo. En cuarto lugar, se encuentran las lesiones con incremento de 0,78 puntos y tendencia fluctuante a lo largo del periodo analizado.

Adolescencia

En la adolescencia, el comportamiento es similar a la infancia, en este grupo las enfermedades no transmisibles (62,27%) también ocupan el primer lugar con tendencia al incremento de 2,91 puntos porcentuales en el último año; con respecto a la segunda causa, condiciones mal clasificadas con el 19,19%, muestra una disminución 4,19 puntos con respecto al año 2023; la tercera causa corresponde a las lesiones presenta un incremento de 0,82 puntos porcentuales que la primera causa respecto al año anterior. En relación con el análisis de la morbilidad en la adolescencia según sexo, se tiene que en los hombres se presenta un comportamiento similar al curso de vida, mostrando incremento 3,33 puntos con relación al año 2023 para las enfermedades no transmisibles, las condiciones mal clasificadas disminuyeron en 3,98 puntos porcentuales, al igual que las condiciones maternas, que presentaron una reducción de 0,53 puntos, mientras que las condiciones transmisibles y nutricionales y lesiones mostraron un ligero incremento en el último año. En las mujeres se observa el mismo perfil de morbilidad, con incremento de 2,39 puntos para las enfermedades no transmisibles y disminución de 4,44 para las condiciones mal clasificadas.

Juventud

En el grupo de juventud se observan en primer lugar al igual que los grupos anteriores las enfermedades no transmisibles con un 57,61% con tendencia hacia el incremento con 1,78 puntos porcentuales en el último año, en segundo lugar, las condiciones mal clasificadas con un 17,83% con disminución en el último año de 1,66 puntos porcentuales; le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con 10,95% y ascenso de 0,93 puntos. La distribución de la morbilidad en la juventud según sexo muestra que en los hombres la primera causa corresponde a las enfermedades no transmisibles con 57,12 %, que mostró disminución de 0,66 puntos porcentuales; en segundo lugar, las condiciones mal clasificadas con decremento de 0,86 puntos. Cobra relevancia de cuarto lugar, las lesiones con un incremento de 0,10 puntos porcentuales respecto al año 2023. En las mujeres, la principal causa también correspondió a las condiciones no transmisibles, que aportan el 57,80% del total, con incremento de 2,40 punto porcentuales seguido de las condiciones mal clasificadas 19,47%, con disminución de 1,93 puntos porcentuales las restantes presentan incremento de su participación en el último año.

Adultez

En este grupo, las enfermedades no transmisibles presentan un comportamiento porcentual estable con tendencia al incremento, representando el 72,07% de las atenciones en 2024, con un aumento de 0,30 puntos respecto al periodo anterior. Como segunda gran causa continúan las condiciones mal clasificadas, al igual que en los otros ciclos vitales, con 12,60% y disminución de 0,71 puntos en el último año; le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con 8,38%, con variación mínima (0,02 puntos) frente al año anterior. De acuerdo con el sexo, en el curso de vida de adultez se observa que en los hombres la primera causa corresponde a las enfermedades no transmisibles, las cuales aportan el 69,08% del total, con incremento de 0,11 puntos respecto al año anterior; le siguen las condiciones mal clasificadas con 11,05%, que presentan disminución de 0,57 puntos. En este grupo, las condiciones transmisibles y nutricionales y las lesiones se incrementaron en 0,06 y 0,80 puntos, respectivamente.

En las mujeres, la participación de las enfermedades no transmisibles fue del 73,76%, seguida de las condiciones mal clasificadas con 13,48%, esta última con decremento de 0,81 puntos, lo cual indica mejora en la calidad de los registros durante las consultas; las lesiones mostraron incremento, mientras que las condiciones transmisibles y nutricionales presentaron variación leve en el último año.

Personas de 60 y más años

En los mayores de 60 años, curso de vida de vejez, las enfermedades no transmisibles aportan la mayor proporción (84,20%), con incremento de 0,41 puntos respecto al año anterior; la otra gran causa continúa siendo las condiciones mal clasificadas, que representan un 8,12%, con disminución de 0,14 puntos. Mostraron incremento en el último año las condiciones transmisibles y nutricionales y las lesiones (0,19 y 0,36 puntos porcentuales, respectivamente). El análisis según sexo muestra que, en los hombres, al igual que en los otros cursos de vida y en la población general, el primer lugar lo ocupan las enfermedades no transmisibles, con 84,20%, seguidas por las condiciones mal clasificadas, que presentan disminución de 0,36 puntos porcentuales. En las mujeres, al igual que en los grupos anteriores, la primera causa son las enfermedades no transmisibles, que aportan el 84,19% del total de consultas, y en segundo lugar las condiciones mal clasificadas con 8,15%, manteniendo una tendencia descendente.

Tabla 17. Principales causas de morbilidad según curso de vida, Atlántico 2015–2024

Curso de Vida	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y	32,68	34,56	35,03	33,14	27,95	22,46	19,99	26,56	26,67	30,43	3,75
	Condiciones perinatales	2,39	1,14	1,01	0,98	1,09	3,20	2,86	2,44	2,87	2,74	-0,13
	Enfermedades no transmisibles	36,29	31,93	34,74	34,21	39,75	42,90	43,97	42,10	44,31	41,62	-2,69
	Lesiones	4,34	4,28	4,67	4,15	4,68	6,08	4,46	3,86	4,51	5,32	0,82
	Condiciones mal clasificadas	23,93	28,09	24,54	27,53	26,54	25,36	28,72	25,04	21,64	19,89	-1,75
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y	20,18	22,47	21,51	20,58	16,34	15,26	12,71	14,34	14,71	15,61	0,91
	Condiciones maternas	0,25	0,03	0,02	0,04	0,07	0,08	0,03	0,07	0,09	0,05	-0,04
	Enfermedades no transmisibles	48,45	45,19	48,74	44,94	54,72	57,00	57,67	58,75	58,14	59,25	1,11
	Lesiones	5,65	6,22	6,10	5,09	4,99	6,32	5,26	4,96	5,28	6,06	0,78
	Condiciones mal clasificadas	25,47	26,09	23,64	29,35	23,88	21,33	24,34	21,88	21,78	19,02	-2,76
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y	13,28	14,16	14,43	13,23	10,92	10,82	9,10	9,43	8,56	9,48	0,93
	Condiciones maternas	2,65	1,80	2,29	2,12	1,92	3,64	2,58	2,30	2,27	1,96	-0,31
	Enfermedades no transmisibles	50,89	48,60	51,58	49,84	57,28	56,20	57,54	60,35	59,36	62,27	2,91
	Lesiones	6,18	6,75	6,51	5,59	4,86	5,68	5,22	6,06	6,43	7,09	0,66
	Condiciones mal clasificadas	26,99	28,70	25,19	29,22	25,01	23,66	25,56	21,86	23,38	19,19	-4,19
Juventud	Condiciones transmisibles y	13,92	16,34	14,30	13,61	11,28	11,31	8,74	10,29	10,42	10,95	0,53
	Condiciones maternas	7,21	4,50	5,93	5,05	5,09	7,93	7,11	6,83	6,76	5,84	-0,93
	Enfermedades no transmisibles	50,35	47,17	51,21	49,46	53,81	52,18	54,13	56,78	55,83	57,61	1,78
	Lesiones	5,64	6,17	5,51	4,81	5,14	5,57	5,41	5,89	7,49	7,77	0,27
	Condiciones mal clasificadas	22,88	25,81	23,04	27,07	24,68	23,01	24,61	20,21	19,49	17,83	-1,66
Adultez	Condiciones transmisibles y	10,12	10,89	9,68	9,50	8,53	9,03	7,23	8,10	8,40	8,38	-0,02
	Condiciones maternas	1,61	0,97	1,30	0,98	1,01	1,38	1,38	1,14	1,15	0,93	-0,23
	Enfermedades no transmisibles	64,56	63,24	67,41	64,67	67,17	68,88	68,95	71,80	71,77	72,07	0,30
	Lesiones	4,38	4,80	4,29	3,84	4,15	4,44	4,25	4,52	5,37	6,02	0,66
	Condiciones mal clasificadas	19,32	20,09	17,33	21,00	19,14	16,27	18,18	14,44	13,31	12,60	-0,71
Persona mayor	Condiciones transmisibles y	5,47	5,23	4,83	4,50	4,59	4,53	3,57	3,52	3,80	3,99	0,19
	Condiciones maternas	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
	Enfermedades no transmisibles	74,55	76,30	79,36	76,76	78,32	81,92	81,60	84,43	84,61	84,20	-0,41
	Lesiones	3,31	3,64	3,11	2,90	3,21	2,89	3,27	3,08	3,33	3,69	0,36
	Condiciones mal clasificadas	16,66	14,83	12,70	15,83	13,87	10,64	11,55	8,96	8,26	8,12	-0,14

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2015–2024

Morbilidad según subgrupo de causas en población general

Se realizó un análisis de morbilidad específica por subgrupo, utilizando la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, se realizó estimación de cambios proporcionales durante el período 2015 a 2024. Véase tabla 19.

Condiciones transmisibles y nutricionales

La principal causa de morbilidad en este grupo son las infecciones respiratorias (48,31%), las cuales muestran tendencia a la disminución, con descenso de 2,66 puntos porcentuales en el último año; le sigue las enfermedades infecciosas y parasitarias (43,46 %) con incremento de 0,82 puntos porcentuales respecto al año 2023. En hombres, las causas que aportan en 2024 el 46,26% de las consultas corresponden a las infecciones respiratorias, las cuales muestran disminución de 3,01 puntos

porcentuales al comparar con el 2023; le siguen las enfermedades infecciosas y parasitarias, que presentan incremento de 1,44 puntos porcentuales en el último año. En mujeres, la principal causa fueron las infecciones respiratorias, con un 50,28% de las consultas, mostrando disminución de 2,35 puntos porcentuales respecto al año anterior; como segunda causa se presentan las enfermedades infecciosas y parasitarias, con un 39,52% y aumento de 0,28 puntos porcentuales al comparar con el último año.

Morbilidad por condiciones maternas -perinatales

En este grupo, el principal subgrupo de causas son las condiciones maternas, las cuales muestran una tendencia al incremento en el último año, alcanzando el 86,52% de las atenciones en 2024, con un aumento de 0,67 puntos porcentuales al comparar con el año inmediatamente anterior; en las condiciones derivadas durante el período perinatal se observa una disminución de 0,67 puntos en el último año. En hombres, en 2024 la principal subcausa son las condiciones derivadas durante el período perinatal, que aportan el 95,83% de las consultas de este grupo, como es de esperarse en este sexo, mostrando un incremento de 1,55 puntos porcentuales respecto al año anterior. Mientras que, en mujeres, la principal causa fueron las condiciones maternas, con 93,23% de los casos en 2024, con un aumento de 0,44 puntos con respecto a 2023. Como segunda causa se presentan las condiciones derivadas durante el período perinatal con un 6,77% y disminución de 0,44 puntos porcentuales en el último año.

Morbilidad por enfermedades no transmisibles

Los tres principales subgrupos de morbilidad para las enfermedades no transmisibles son: atenciones por enfermedades cardiovasculares, condiciones neuropsiquiátricas y enfermedades genitourinarias. Con respecto a la primera, se observa una disminución de 1,66 puntos porcentuales al comparar con el último año. Las condiciones neuropsiquiátricas muestran una disminución de 0,29 puntos, y las enfermedades genitourinarias evidencian una disminución de 0,40 puntos comparadas con el año 2023.

En los hombres se observa un comportamiento similar con respecto a la población general, ocupando el primer lugar las enfermedades cardiovasculares, con disminución de 0,37 puntos; seguidas de las condiciones neuropsiquiátricas, que presentan disminución de 1,06 puntos porcentuales, y el tercer lugar (a diferencia de la población general) lo ocupan las condiciones orales, con una disminución de 0,03 puntos respecto al año anterior. En mujeres, la principal causa fueron las enfermedades cardiovasculares, con disminución de 0,12 puntos porcentuales al comparar los dos últimos años. Como segunda causa se presentan las enfermedades genitourinarias, con 12,34%, con disminución de 0,70 puntos en el último año y tendencia descendente. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades musculoesqueléticas, cuya participación en los motivos de consulta se incrementó en 1,17 puntos porcentuales.

Morbilidad por lesiones

En esta gran causa, el principal subgrupo son los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, con un incremento de 1,18 puntos porcentuales respecto al año anterior. En segundo lugar, las lesiones no intencionales, que muestran disminución de 1,17 puntos porcentuales con respecto a 2023. En hombres, al analizar el grupo de lesiones se observa un comportamiento similar al de la población general: la primera causa presenta disminución de 0,27 puntos porcentuales respecto al año anterior, mientras que el segundo lugar (lesiones no intencionales) muestra incremento de 0,23 puntos porcentuales.

En mujeres se observa un comportamiento similar al de la población general, con la primera causa (traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas) representando el 92,83% de las atenciones y un incremento de 2,88 puntos porcentuales respecto al año anterior; la segunda causa (lesiones no intencionales), con 6,25%, muestra disminución de 2,80 puntos porcentuales.

Tabla 18. Morbilidad por grandes y subgrupos de causas en población general, Atlántico 2015–2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	49,86	46,52	44,47	47,14	44,38	53,97	53,45	40,70	42,64	43,46	0,82
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45,39	50,28	50,82	47,60	50,02	40,80	38,55	51,87	50,97	48,31	-2,66
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	4,75	3,20	4,71	5,26	5,60	5,23	8,00	7,43	6,38	8,22	1,84
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	86,81	91,22	94,18	93,07	92,55	88,53	87,02	86,04	85,85	86,52	0,67
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	13,19	8,78	5,82	6,93	7,45	11,47	12,98	13,96	14,15	13,48	-0,67
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,01	0,80	0,98	1,18	1,10	1,22	1,31	1,29	1,34	1,27	-0,07
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,41	1,20	1,17	1,24	1,10	1,07	1,26	1,26	1,23	1,25	0,01
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,88	3,64	3,94	3,59	3,36	5,05	4,90	4,58	4,18	4,62	0,44
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,95	4,78	5,12	5,54	4,54	4,97	5,63	5,24	4,82	4,86	0,05
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,02	7,08	6,79	7,76	7,90	9,34	9,90	10,41	11,68	11,39	-0,29
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,95	7,47	8,62	9,88	9,99	8,22	9,37	8,76	10,55	10,76	0,22
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	16,19	17,88	18,00	16,85	15,84	22,00	18,58	19,88	19,77	18,11	-1,66
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,20	5,08	4,43	4,06	3,77	3,23	2,92	3,11	3,03	2,89	-0,14
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,97	7,15	6,37	6,23	5,17	5,39	5,05	5,03	5,28	5,83	0,56
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	13,72	13,70	13,09	12,97	12,54	13,30	14,71	12,18	11,79	11,39	-0,40
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,90	6,38	5,92	5,91	5,15	4,80	4,55	4,26	4,44	4,64	0,20
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,37	13,37	13,39	13,34	10,59	10,51	10,69	10,94	11,04	12,19	1,15
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,68	0,61	0,57	0,55	0,54	0,56	0,63	0,56	0,57	0,56	-0,01
	Condiciones orales (K00-K14)	12,76	10,86	11,61	10,88	18,42	10,34	10,50	12,49	10,29	10,23	-0,05
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	8,91	10,57	7,82	7,52	11,96	12,64	9,42	7,47	7,76	6,59	-1,17
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,37	0,36	0,44	0,59	0,97	1,36	0,74	0,76	0,71	0,70	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,06	0,05	0,08	0,08	0,32	0,37	0,08	0,07	0,06	0,06	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	90,66	89,03	91,67	91,81	86,75	85,63	89,76	91,70	91,47	92,65	1,18

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2015–2024

Tabla 19. Morbilidad por grandes y subgrupos de causas hombres, Atlántico 2015–2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres										Δ pp 2024–2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	51,35	48,32	46,43	49,36	47,41	57,25	56,71	43,61	46,15	47,59	1,44
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45,28	49,35	50,20	46,69	48,07	38,95	37,38	50,92	49,27	46,26	-3,01
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,37	2,34	3,36	3,95	4,52	3,80	5,91	5,47	4,58	6,15	1,57
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	1,73	3,31	4,40	6,60	10,02	8,09	4,98	6,74	5,72	4,17	-1,55
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	98,27	96,69	95,60	93,40	89,98	91,91	95,02	93,26	94,28	95,83	1,55
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,07	0,82	1,02	1,17	1,17	1,32	1,38	1,34	1,34	1,39	0,05
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,81	0,68	0,64	0,71	0,69	0,64	0,76	0,78	0,78	0,82	0,04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,22	4,02	4,49	4,05	3,64	5,47	5,26	4,71	4,29	4,83	0,54
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,69	3,55	3,68	4,10	3,30	3,52	3,98	3,70	3,19	3,18	-0,01
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,05	7,41	7,50	8,98	9,91	11,36	12,49	13,35	14,76	13,69	-1,06
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,46	7,99	9,32	10,14	9,99	8,49	9,66	8,81	10,56	10,93	0,37
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	15,76	17,35	17,91	16,73	15,24	21,59	18,26	19,05	18,73	17,85	-0,88
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6,80	6,36	5,52	4,96	4,53	3,92	3,67	3,85	3,66	3,52	-0,14
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,12	7,49	6,70	6,63	5,41	5,76	5,62	5,59	5,88	6,39	0,51
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9,60	9,80	9,23	9,24	9,43	10,90	12,07	10,24	9,86	9,89	0,03
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,04	7,59	7,04	6,96	5,88	5,48	5,19	4,84	4,94	5,13	0,20
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,75	14,44	13,88	13,96	10,46	10,30	10,41	10,34	10,47	11,57	1,10
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,75	0,61	0,57	0,59	0,60	0,59	0,73	0,67	0,68	0,64	-0,03
	Condiciones orales (K00-K14)	13,88	11,89	12,50	11,77	19,75	10,68	10,52	12,74	10,86	10,15	-0,71
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7,13	8,32	6,76	6,35	9,37	9,92	8,02	6,52	6,69	6,91	0,23
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,26	0,22	0,35	0,44	0,70	1,01	0,57	0,52	0,50	0,55	0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,07	0,05	0,06	0,07	0,28	0,27	0,09	0,07	0,07	0,06	-0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,54	91,40	92,83	93,14	89,65	88,80	91,32	92,89	92,74	92,47	-0,27

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2015–2024

Tabla 20. Morbilidad por grandes y subgrupos de causas mujer, Atlántico 2015–2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2024–2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48,64	44,98	42,83	45,24	41,78	51,01	50,42	37,93	39,24	39,52	0,28
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45,48	51,08	51,34	48,38	51,70	42,47	39,64	52,77	52,63	50,28	-2,35
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	5,89	3,95	5,83	6,38	6,52	6,52	9,94	9,30	8,13	10,20	2,07
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	92,85	95,89	97,17	96,31	96,03	94,08	93,36	92,69	92,79	93,23	0,44
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	7,15	4,11	2,83	3,69	3,97	5,92	6,64	7,31	7,21	6,77	-0,44
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,97	0,78	0,96	1,18	1,06	1,16	1,26	1,26	1,34	1,19	-0,14
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,76	1,52	1,49	1,57	1,36	1,34	1,57	1,55	1,52	1,52	-0,01
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,67	3,40	3,61	3,31	3,18	4,79	4,69	4,50	4,11	4,48	0,38
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,69	5,54	5,98	6,43	5,33	5,88	6,63	6,21	5,86	5,93	0,07
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,41	6,88	6,36	7,01	6,61	8,08	8,31	8,57	9,70	9,94	0,24
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,65	7,15	8,20	9,71	9,99	8,05	9,19	8,73	10,54	10,66	0,12
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	16,44	18,21	18,06	16,93	16,22	22,26	18,77	20,39	20,44	18,27	-2,17
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,26	4,30	3,78	3,51	3,29	2,79	2,47	2,65	2,62	2,49	-0,13
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,88	6,94	6,17	5,99	5,02	5,17	4,70	4,69	4,89	5,48	0,59
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	16,15	16,10	15,42	15,26	14,52	14,79	16,32	13,40	13,04	12,34	-0,70
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,22	5,64	5,24	5,27	4,69	4,38	4,16	3,90	4,12	4,32	0,20
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,14	12,71	13,09	12,96	10,67	10,65	10,86	11,32	11,41	12,58	1,17
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,64	0,61	0,57	0,53	0,50	0,54	0,58	0,50	0,50	0,50	0,01
	Condiciones orales (K00-K14)	12,10	10,23	11,07	10,34	17,56	10,14	10,49	12,33	9,91	10,29	0,37
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	11,07	13,37	9,02	8,82	14,78	15,63	11,07	8,60	9,04	6,25	-2,80
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,51	0,53	0,54	0,76	1,27	1,75	0,95	1,06	0,96	0,86	-0,09
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,04	0,09	0,09	0,36	0,48	0,06	0,08	0,05	0,06	0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	88,37	86,06	90,35	90,32	83,60	82,13	87,91	90,27	89,95	92,83	2,88

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS 2015–2024

Morbilidad atendida según etnia

Población indígena

En el grupo de las condiciones transmisibles y nutricionales, la principal causa correspondió a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, que representaron 2,93% en 2024, mostrando un incremento de 1,20 puntos porcentuales con respecto a 2023. Les siguieron las ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, que alcanzaron 1,52% en 2024, con un aumento de 0,53 puntos porcentuales frente al periodo anterior. Con respecto a las condiciones maternas-perinatales, el binomio madre e hijo continúa viéndose afectado principalmente por los grupos diagnósticos de embarazo, parto y puerperio (1,27%), seguido de malformaciones congénitas (0,15%) y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (0,03%).

En el grupo de enfermedades no transmisibles, las enfermedades crónicas mantienen un peso importante en la carga de morbilidad de la población indígena. Destacan las enfermedades del sistema circulatorio (5,62%), enfermedades del sistema digestivo (4,96%) y enfermedades del sistema genitourinario (3,87%). Es relevante el incremento porcentual observado en el grupo de tumores (C00–D48), que aumentó de 0,82% en 2023 a 1,25% en 2024, equivalente a un cambio de +0,43 puntos porcentuales, convirtiéndose en uno de los grupos con mayor crecimiento relativo en este periodo.

Finalmente, en el grupo de lesiones, las condiciones que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud continúan siendo la principal causa, con una representación de 30,24% en 2024, aunque con un descenso de 2,25 puntos porcentuales respecto a 2023. Otras causas de importancia son los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (2,83%), que mostraron una variación de +0,55 puntos porcentuales, y las causas externas de morbilidad y mortalidad (0,90%), que presentaron un incremento de 0,32 puntos porcentuales en el mismo periodo.

Población negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente

En el grupo de condiciones transmisibles y nutricionales, la mayor carga de enfermedad continúa asociada a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00–B99), que presentan un aumento de 0,65 puntos porcentuales entre 2023 y 2024 y se mantienen como la principal causa dentro de este conjunto. Les siguen las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00–E90), con un incremento total de 1,20 pp, tendencia que se observa tanto en hombres como en mujeres. A su vez, las enfermedades del sistema de defensa (D50–D89) muestran un aumento leve de 0,06 pp. En conjunto, estos grupos reflejan un aumento de la carga infecciosa y metabólica en esta población étnica durante el último año.

Con respecto a las condiciones maternas-perinatales, la mayor contribución corresponde a embarazo, parto y puerperio (O00–O99), que presenta una disminución de 0,15 pp entre 2023 y 2024. También se observan variaciones menores en las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00–P96), que registran un cambio prácticamente estable (+0,01 pp). Estas condiciones afectan principalmente a mujeres, aunque los registros perinatales incluyen diagnósticos aplicables al recién nacido.

En el grupo de enfermedades no transmisibles, varias causas crónicas mantienen una carga importante en la población afrodescendiente del departamento. Las enfermedades del sistema circulatorio (I00–I99) muestran un incremento de 0,75 pp, mientras que las enfermedades del sistema digestivo (K00–K93) presentan un aumento de 1,05 pp. Las enfermedades del sistema genitourinario (N00–N99) presentan disminución en 0,10 pp. Adicionalmente, los tumores (aumentan 0,15 pp en el último año. Estos comportamientos evidencian una tendencia creciente de las condiciones crónicas no transmisibles, especialmente en mujeres.

Finalmente, en el grupo de lesiones, las causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01–Y98) aumentan 0,94 pp, tendencia más marcada en hombres. Los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00–T98) también presentan un incremento de 0,51 pp. Sin embargo, se observa una disminución significativa de –9,35 pp en el grupo de condiciones que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud (Z00–Z99), tanto en hombres como en mujeres, lo que sugiere una reducción en la proporción de atenciones relacionadas con seguimiento, factores de riesgo o controles preventivos, mientras aumentan las atenciones motivadas por eventos agudos o específicos.

Morbilidad específica por salud mental

Para el análisis de la morbilidad por salud mental, se tomó la información de la consulta de morbilidad en salud mental atendida, medida en atenciones, consolidado por departamentos según curso de vida y agrupación CIE 10 (Trastornos mentales y del comportamiento) 2015-2024.

La primera gran causa de morbilidad para la población general según cada ciclo vital la ocupan los trastornos mentales y del comportamiento, con 16,48% en la primera infancia, 31,54% en la infancia, 14,93% en la adolescencia y 8,46% en la juventud; los anteriores con comportamiento variable respecto al año anterior, destacándose el incremento en la infancia (10,18 puntos porcentuales) y la disminución en juventud (-3,56 puntos). Por su parte, en la adultez representa el 17,01% de las atenciones y en la vejez el 11,58%, ambos con tendencia descendente respecto al año anterior (-5,00 y -2,10 puntos porcentuales, respectivamente). Este comportamiento en adultez y vejez se asocia a cambios en la demanda de servicios, acceso a la atención y reorganización

de la oferta en salud mental. Comportamiento similar se presenta en hombres y mujeres. (tabla 21).

En segundo lugar, de gran causa de morbilidad en salud mental para la población general según cada ciclo vital, en primera infancia e infancia las atenciones corresponden principalmente a epilepsia, con comportamiento relativamente estable respecto al año anterior. En la adolescencia y juventud, el segundo lugar está representado por los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, los cuales muestran variaciones interanuales, con disminución en adolescencia (-6,82 puntos) y juventud (-6,95 puntos), atribuible a cambios en la demanda de atención y en el acceso a servicios especializados. En la adultez y vejez, este lugar lo ocupan los trastornos de ansiedad, los cuales presentan una tendencia descendente, asociada al acceso a los servicios, adherencia a los tratamientos y a las intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud mental.

Cabe resaltar que, de acuerdo con la cartografía social realizada, la salud mental continúa siendo uno de los problemas priorizados, con identificación de causas, riesgos y determinantes, con énfasis en el consumo de sustancias psicoactivas. La demanda de atenciones en adolescencia, juventud y adultez por esta causa se ha observado desde periodos previos a la pandemia por SARS-CoV-2, con un comportamiento ascendente en los últimos años.

Tabla 21. Morbilidad de salud mental según curso de vida, sexo en la población general. Atlántico, 2015 – 2024

Curso de vida	Hombres										Δ pp 2024-2023	Mujeres										Δ pp 2024-2023	Total										Δ pp 2024-2023
	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	
Primera infancia (0 - 5 años)	12,99	10,58	14,95	15,28	20,13	16,47	20,36	18,08	20,94	19,84	-1,10	6,56	5,33	7,81	7,53	11,97	9,40	11,09	10,00	11,67	11,12	-0,55	9,87	8,05	11,69	11,85	16,82	13,56	16,65	14,74	17,15	16,48	-0,68
Infancia (6 - 11 años)	21,50	28,52	29,59	27,27	31,77	32,41	29,67	26,00	25,72	37,07	11,35	10,07	12,62	14,08	14,64	17,28	16,50	17,59	13,66	15,06	22,75	7,69	15,94	20,86	22,50	21,67	25,89	25,87	24,84	20,91	21,37	31,54	10,18
Adolescencia (12 - 17 años)	9,21	17,23	14,30	12,31	12,73	14,73	15,60	14,78	12,90	14,86	1,36	8,85	12,41	11,54	11,25	12,11	11,32	12,23	16,08	15,03	15,04	0,81	9,04	14,91	13,04	11,84	12,47	13,33	14,26	15,32	13,77	14,93	1,16
Juventud (18 - 28 años)	12,72	8,76	9,53	10,75	10,23	9,24	9,76	13,15	12,24	7,96	-4,28	10,42	8,42	9,45	9,36	9,86	9,69	11,18	11,91	11,70	9,26	-2,44	11,60	8,60	9,49	10,14	10,08	9,42	10,33	12,64	12,02	8,46	3,56
Adultez (29 - 59 años)	29,59	23,65	21,43	24,37	17,66	18,37	17,13	19,31	19,89	13,85	-6,04	43,23	35,96	32,15	32,88	28,42	30,60	26,22	25,79	25,07	22,04	-3,03	36,22	29,58	26,33	28,14	22,02	23,39	20,76	21,99	22,00	17,01	5,00
Vejez (60 años y más)	13,98	11,26	10,20	0,01	7,49	8,79	7,47	8,67	8,31	6,42	-1,89	20,87	25,25	24,97	24,33	20,36	22,50	21,70	22,57	21,48	19,80	-1,68	17,33	18,00	16,95	16,36	12,71	14,42	13,16	14,41	13,68	11,58	2,10

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres											Δ pp 2024-2023	Mujeres											Δ pp 2024-2023	Total											Δ pp 2024-2023
		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				
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias	4,64	1,51	1,29	3,63	5,91	5,02	0,72	0,53	0,52	1,21	0,89		2,06	1,90	3,49	2,44	8,81	5,49	8,64	10,11	2,63	2,22	-0,41		2,25	0,97	0,80	2,04	9,32	2,85	0,42	0,33	0,30	0,68	0,88	
	Epilepsia	58,26	63,27	71,33	77,07	57,84	76,61	84,92	86,26	76,87	70,92	-5,96		59,43	65,88	61,63	76,58	55,04	68,85	73,68	56,53	68,13	70,97	2,84		63,72	64,20	67,63	76,86	56,99	73,26	80,19	74,87	73,23	70,94	-2,29	
	Depresión	2,11	3,11	1,51	2,49	2,61	1,07	0,56	0,56	0,59	0,20	-0,39		1,79	1,60	1,05	1,88	5,76	2,33	1,04	0,36	0,55	0,44	-0,12		1,95	4,15	1,33	2,23	3,91	1,61	0,76	0,48	0,58	0,30	-0,27	
	Ansiedad	24,98	32,12	25,88	16,80	23,85	17,31	13,80	12,66	22,01	27,68	5,22		36,72	26,22	33,84	19,09	29,35	23,32	16,64	33,01	28,68	26,37	-2,31		31,02	30,00	26,91	17,80	26,13	19,00	15,00	20,45	24,79	27,11	2,22	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias	3,51	2,69	1,04	7,74	13,70	4,22	6,43	5,56	3,19	0,27	-2,92		0,96	2,07	0,69	3,69	9,64	10,67	2,63	2,43	1,09	2,48	1,19		2,40	2,42	0,89	5,92	12,00	12,63	4,65	4,23	2,09	1,28	-0,81	
	Epilepsia	58,51	48,43	52,51	58,62	45,63	61,80	63,22	65,59	64,41	69,54	5,13		65,26	54,32	58,80	69,59	55,75	58,94	60,64	60,77	59,75	60,95	1,19		61,44	51,01	55,37	59,06	45,68	61,40	62,01	63,53	61,96	65,83	3,87	
	Depresión	4,76	9,32	8,98	7,55	10,51	6,82	3,25	3,10	4,07	3,45	-0,62		5,25	1,84	9,28	8,19	12,88	9,51	6,39	6,12	9,40	19,95	0,55		4,97	10,42	19,11	17,84	11,50	8,02	4,72	4,39	6,87	16,41	-0,47	
	Ansiedad	33,22	39,55	37,37	26,09	30,17	27,16	27,11	25,75	28,32	26,74	-1,58		28,54	31,77	31,22	28,53	31,73	22,88	30,34	30,68	29,75	26,62	-3,14		31,19	38,15	34,63	27,19	30,82	25,24	28,62	27,86	29,07	26,69	-2,39	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias	39,88	37,25	39,28	41,81	42,57	53,95	52,54	57,83	57,90	49,11	-8,79		26,54	17,41	19,36	17,08	23,29	23,23	26,40	19,56	24,11	15,87	-8,24		33,25	27,67	29,63	28,62	32,59	40,70	39,80	35,91	37,71	30,89	-6,82	
	Epilepsia	29,49	26,33	30,27	28,65	26,58	33,26	20,46	16,04	13,56	19,80	6,34		22,40	26,22	29,31	25,78	18,60	22,61	18,59	11,58	11,75	12,46	0,72		25,96	25,80	29,80	27,24	21,97	22,94	19,55	13,49	12,48	15,78	3,31	
	Depresión	9,45	14,19	10,60	14,67	15,11	11,28	10,51	10,35	10,73	12,53	1,80		19,81	26,69	24,53	29,21	31,35	26,53	26,40	35,66	30,71	31,02	0,31		14,60											

Con respecto a los indicadores relacionados con la infección por VIH, se observa que después de tres años consecutivos con el indicador en cero, para el año 2022 este cuatro veces superior a la tasa nacional y esta diferencia es estadísticamente significativa (Diferencia relativa: 4,2; IC95%: 1,61-10,93). Esto hace necesario fortalecer la atención materna y así prevenir la transmisión materno -infantil.

Tabla 23. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del departamento del Atlántico. 2016-2024.

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Atlántico	Comportamiento					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de verduras diariamente (ENSIN)	28,10	32,00						
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas diariamente (ENSIN)	66,80	61,90						
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares - ENSPA)	11,00	5,30						
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS)	80,90	72,70						
Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS)	79,40	74,40						
Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, ENDS	17,60	18,30						
Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, ENDS	16,20	16,80						
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA)	8,00	3,80						
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (MSPS)	1,00	4,20	↘	-	-	-	↘	-
Cobertura de tratamiento antirretroviral (Cuenta de alto costo MSPS)	80,74	78,63	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA)	11,00	5,30						
Prevalencia de fumadores actuales (ENS)	12,80	8,20						
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	45,06	37,35	↘	↘	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	46,20	45,67	↗	↘	↗	↘	↘	

Fuente: Bodega de datos SISPRO, ENSIN, ENSPA, ENDS, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Morbilidad en población migrante

De acuerdo con el reporte nacional de atención en salud a población migrante, de las 1.116.180 atendidos en el país, el 3,2% fueron en el departamento del Atlántico (tabla 23). Al analizar la distribución por régimen de afiliación en el Atlántico, se observa que la mayor proporción de migrantes atendidos estaban afiliados al régimen subsidiado (45,7%), lo cual evidencia una mayor dependencia del sistema público de aseguramiento en el ámbito departamental. Se identificó una proporción de 16,6% de migrantes no afiliados al sistema de salud, cifra inferior a la nacional (15,9%). En cuanto a la atención brindada a esta población en condición de desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado, representó el 0,1% en el departamento, reflejando una participación mínima (tabla 24).

El curso de vida con mayor demanda de servicios en la población general fue el de adultez con 40,35%, seguido de juventud con 24,7%, los adolescentes (9,15%), la vejez (9,75%), infancia (9,10%), la primera infancia (6,95%. Se observa igual

comportamiento con respecto a primer, segundo y tercer curso de vida en migrantes de sexo femenino, sin embargo, para el sexo masculino en tercer lugar se encuentra la demanda de atenciones para el curso de vida de infancia. Sin diferencia de curso de vida, la mayor atención en la población migrante del departamento fue por procedimientos de salud, seguido de consulta externa y en tercer lugar por medicamentos. En la distribución porcentual a nivel nacional el primer y segundo lugar de atención se encuentran invertidos (Tabla 25).

Tabla 24. Personas atendidas en condición de migrantes según tipo de atención, Atlántico, 2025.

Tipo de atención	Total, Migrantes atendidos Atlántico		Total, Migrantes atendidos Colombia		Concentración Atlántico %
	No.	Distribución	No	Distribución	
Consulta Externa	10.799	29%	410.711	37%	2,6%
Servicios de urgencias	3.972	11%	57.996	5%	6,8%
Hospitalización	3.531	10%	49.076	4%	7,2%
Procedimientos	11.651	32%	388.310	35%	3,0%
Medicamentos	6.873	19%	202.014	18%	3,4%
Nacimientos	1	0%	8.073	1%	0,0%
Total	36.827	100%	1.116.180	100%	3,3%

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Estadísticas de afiliados a salud. Corte 08/08/2025

Tabla 25. Personas atendidas en condición de migrantes según tipo de afiliación al SGSSS, Atlántico, 2025.

Régimen de afiliación	Total, de migrantes con atenciones en salud, Atlántico	%	Total, de migrantes con atenciones en salud en Colombia	%	Concentración
Contributivo	3080	19,0	116777	20,7	2,6%
Subsidiado	7409	45,7	174138	30,9	4,3%
No afiliada	2688	16,6	89422	15,9	3,0%
Particular	1012	6,2	93220	16,5	1,1%
Otro	1560	9,6	87073	15,4	1,8%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	109	0,7	793	0,1	13,7%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	3	0,0	400	0,1	0,8%
En desplazamiento no asegurado	366	2,3	1993	0,4	18,4%
Total, de migrantes atendidos	16227	100	563816	100	2,9%

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Estadísticas de afiliados a salud. Corte 08/08/2025

3.1.2. Morbilidad por eventos de alto costo y precursores

Las enfermedades de alto costo, en el Atlántico tienen una prevalencia por enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal para el año 2024 de 103,49 por cada 100.000 afiliados, con aumento durante el último año; comparando con las cifras nacionales se observa que el departamento la supera y es estadísticamente significativa (diferencia relativa: 1,262; IC95%: 1,04 a 1,53). La tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco, fue de 9,94 por 100.000 habitantes del departamento, con tendencia a la disminución en los últimos dos años;

siendo ésta superior a la nacional y esta diferencia no es estadísticamente significativa (diferencia relativa: 1,31; IC95%: 0,70 a 2,43).

La incidencia de VIH notificada fue de 34,07 casos por 100.000 habitantes, ha sido estable en los últimos dos años; el valor del indicador departamental es superior al nacional, diferencia sin significancia estadística. En cuanto a la incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide en menores de 15 años, en el año 2024 se encuentra con un comportamiento similar al nacional. En el caso de la leucemia aguda pediátrica linfoide en menores de 15 años, la cifra departamental es inferior al país y con descenso en los últimos dos años; cabe resaltar que para las dos leucemias en población pediátrica las diferencias no son estadísticamente significativas. En cuanto a la progresión de la enfermedad renal crónica en el año 2024 para el departamento, teniendo en cuenta que esta variable está relacionada con el número de pacientes que avanzaron en el estadio, destacando el 13,12% para estadio 1, 22,57% en el estadio 2, 47,64% en el 3, 9,47% en el 4 y 7,21% en la fase 5.

Tabla 26. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo del Atlántico, 2017-2024

Evento	Colombia, 2024	Atlántico, 2024	Comportamiento							
			↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	81,99	103,49	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	7,61	9,94	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada	27,87	34,07	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) 2023	0,41	0,42	↗	↘	↘	↘	↘	↗	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años) 2023	3,15	2,26	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Cuenta de alto costo

Morbilidad por eventos precursores

Las enfermedades precursoras, también denominadas preexistentes o subyacentes, incluyen la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. La hipertensión arterial es una condición que incrementa significativamente el riesgo de daño en órganos vitales como el corazón, el cerebro, los riñones y los ojos, lo que se traduce en un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, nefropatías y afecciones oculares, como la retinopatía hipertensiva. Al contrastar la prevalencia de esta enfermedad en el Atlántico incrementó en 0,8 puntos respecto al año anterior y comparado con la prevalencia nacional, se observa que es más alta en el departamento, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa (diferencia relativa: 1,33; IC95%: 0,79-2,21).

Por su parte, para la diabetes mellitus es muy importante su captación temprana ya que esta entidad puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y provocar complicaciones. Se observa que en el último año se incrementó la prevalencia en 0,3 puntos, encontrándose mayor comparado con la nacional, sin significancia estadística (diferencia relativa: 1,304; IC95%: 0,558-3,05).

Tabla 27. Semaforización y tendencia de los eventos precursores en el departamento del Atlántico, 2017-2024

Evento	Colombia, 2024	Atlántico, 2024	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus	4,09	5,33	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	11,16	14,82	↗	-	↗	↘	↘	↗	↗	↗

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Cuenta de alto costo

3.1.3. Morbilidad por eventos de notificación obligatoria

La morbilidad por eventos de notificación obligatoria en el Atlántico para el periodo 2008 a 2023, se muestra en la siguiente tabla, en donde se observa que la letalidad por dengue y sífilis congénita se encuentran ligeramente por encima de Colombia; la letalidad por dengue, IRAG, leptospirosis, meningitis por *Haemophilus influenzae*, meningitis tuberculosa, tétanos accidental, en donde se observa disminución, tuberculosis y tuberculosis extrapulmonar y varicela son inferiores a la reportada para el País. Con respecto a la incidencia en el departamento del Atlántico existe un comportamiento endémico para la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda y dengue. En este último se tiene que su tasa de incidencia para el año 2023 no supera la nacional, comportamiento similar presenta el dengue grave. Otro de los eventos son las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en donde la tasa es inferior al País, cabe resaltar que el territorio no se presenta rabia humana desde 1996. Por otro lado, el componente de salud mental presenta incremento de los intentos de suicidio y de la violencia intrafamiliar. Por otra parte, el componente materno, en donde se observa que la morbilidad materna extrema supera la tasa nacional, sin embargo, la mortalidad materna tiene un comportamiento contrario siendo inferior al de Colombia.

La situación epidemiológica se ve afectada por las barreras administrativas por parte de las aseguradoras y las instituciones de prestación de servicios de salud en relación con la atención integral de pacientes, las debilidades en el manejo de la guía de manejo de atención integral por falta de conocimiento y/o adopción del talento humano, esto actúa en contra del trabajo que se realiza desde los entes territoriales en pro de la

identificación de signos y síntomas de alarma para que la comunidad consulte a la red de atención en salud. Además de estos, afecta la prestación de servicios y la remisión a niveles de mayor complejidad el inadecuado registro de la información en la historia clínica, que impiden que el paciente llegue con un pobre diagnóstico.

Tabla 28. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del Atlántico, 2008-2023.

Evento	Colombia, 2023	Atlántico, 2023	Comportamiento																		
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023			
100 - Accidente Ofídico	1,19	0,40	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-			
112 - Mortalidad por desnutrición	8,13	5,14	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
113 - Desnutrición aguda en	629,01	390,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
155 - Cáncer de la mama y cuello	63,90	19,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓			
210 - Dengue	387,99	159,90	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
220 - Dengue grave	587,99	120,77	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
300 - Agresiones por animales	333,88	281,15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
340 - Hepatitis B	4,87	3,11	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	✓			
341 - Hepatitis C	2,90	1,42	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	✓			
348 - Infección Respiratoria Aguda	47,50	5,30	-	-	-	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
356 - Intento de suicidio	78,23	65,20	✓	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
410 - Intoxicación por otras	92,48	66,69	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
420 - Leishmaniasis cutánea	47,98	4,79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	✓			
452 - Lesiones por artefactos	3,43	1,69	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
455 - Leptospirosis	0,44	0,14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	-	-	-	-	✓			
456 - Leucemia aguda pediátria	4,59	0,81	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-			
457 - Leucemia aguda pediátrica	0,67	0,00	-	-	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓			
459 - Cáncer infantil	3,43	5,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	-	✓			
520 - Meningitis por neumococo	12,80	0,20	✓	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓			
530 - Meningitis tuberculosa	0,79	0,68	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓			
549 - Morbilidad materna extrema	65,79	96,67	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
550 - Mortalidad materna	92,76	59,11	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
560 - Mortalidad perinatal y neonatal	13,87	15,86	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
580 - Mortalidad por dengue	0,10	0,07	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	-	-	✓			
600 - Mortalidad por IRA	10,29	1,77	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓			
620 - Parotiditis	10,14	4,73	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
735 - Anomalías congénitas	199,66	36,12	-	-	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
740 - Sífilis congénita	2,90	2,93	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓			
750 - Sífilis gestacional	17,30	22,10	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
810 - Tuberculosis extrapulmonar	4,39	1,15	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓			
820 - Tuberculosis pulmonar	33,17	16,62	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
831 - Varicela individual	60,54	74,39	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
850 - VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	39,56	12,84	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
875 - VCM, VIF, VSX	303,19	158,17	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de dengue	0,09	0,11	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓			
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	1,42	0,43	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓			
Letalidad de leptospirosis	3,51	0,00	-	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-			
Letalidad de Meningitis por	5,41	0,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Letalidad de meningitis tuberculosa	11,35	8,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-			
Letalidad de sífilis congénita	0,95	2,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓			
Letalidad de tétanos accidental	40,74	25,00	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-			
Letalidad de tuberculosis	6,90	5,26	-	-	-	✓	✓	✓	-	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	-	-			
Letalidad de Tuberculosis	10,62	6,25	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-			
Letalidad de Varicela	0,03	0,15	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-			

Fuente: EEVV – Sivigila, Bodega de datos SISPRO, Secretaría de Salud del Atlántico.

3.1.4. Análisis de la población con discapacidad

De acuerdo con la información del nuevo registro de discapacidad, consultado el 08 de agosto de 2025, en el departamento del Atlántico hay 21.505 personas con discapacidad. Se observa que la discapacidad más frecuente corresponde a la psicosocial (mental), que afecta al 16,83% de estos, seguida de la física, con 15,84%, y la intelectual, que representa 15,50% del total. Otros tipos de discapacidad presentan menor proporción como son la múltiple, visual, auditiva y sordoceguera. En esta población la mayoría son hombres (62,7%) y la mayor proporción por grupo de edad corresponde a las de 5 a 14 años, que representan el 29,4% del total, la pirámide de población muestra que existe una tendencia a la disminución a medida que se avanza en la edad; según área de residencia el 92,1% reside en el área urbana.

Con respecto al tipo de discapacidad según etnia, se identifica un comportamiento similar al de la población general, aunque con algunas variaciones. En la población indígena, el principal tipo de discapacidad corresponde al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (34,8%), seguido de la discapacidad en los ojos (17,4%). En la población negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente, predomina igualmente la discapacidad del movimiento (46,8%) y, en segundo lugar, la del sistema nervioso (14,9%). En el grupo ROM (gitano) se observa un patrón distinto: la mayor proporción corresponde al sistema cardiorrespiratorio y las defensas (66,7%), manteniendo en segundo lugar el movimiento corporal (33,3%). La población raizal presenta como principal discapacidad la afectación de la piel (50%) y, en menor medida, el movimiento corporal (50%).

Tabla 29. Distribución de las alteraciones permanentes en el Atlántico, 2025

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	4.480	33,20	3.406	15,84
Visual	1.104	8,18	671	3,12
Auditiva	1.019	7,55	760	3,53
Intelectual	5.410	40,10	3.334	15,50
Psicosocial (Mental)	7.305	54,14	3.620	16,83
Sordoceguera	27	0,20	17	0,08
Múltiple	4.830	35,80	3.059	14,22
Total	13.492	13492	21.505	

Fuente: Nuevo Registro de Personas con Discapacidad. Consultado 08/08/2025

3.1.5. Identificación de prioridades en la morbilidad

El reconocimiento de los problemas de salud se realizó desde el abordaje cuantitativo y cualitativo, teniendo en cuenta para su priorización la información analizada sobre grandes causas de mortalidad, morbilidad y el análisis de las muertes materno infantil, los subgrupos de causa, los eventos de interés en salud pública; como resultado del análisis se realizó la priorización, basados en la población afectada, consecuencias y magnitud expresada de acuerdo con los indicadores estimados en los capítulos uno y dos, identificando los problemas que se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 30. Priorización basada en la morbilidad del departamento del Atlántico, 2024,

Mortalidad	Causa de muerte	Colombia, 2024	Atlántico, 2024
General por grandes causas Específica por Subcausas o subgrupos	Enfermedades no transmisibles		71,78
	Condiciones transmisibles y nutricionales		9,19
	Lesiones		5,59
	Condiciones maternas - perinatales		0,19
	Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas		92,65
	Condiciones Materno Perinatales: condiciones maternas		86,52
	Transmisibles y nutricionales: infecciones respiratorias		48,31
	No transmisibles: enfermedades cardiovasculares		18,11
	Neoplasias: neoplasias malignas		1,27
	Transmisibles y nutricionales: las enfermedades infecciosas y parasitarias		43,46
Alto Costo	Tasa de incidencia de VIH notificada	27,87	34,07
	Tasa de incidencia de leucemia pediátrica linfóide (menores de 15 años)	3,15	2,26
	Prevalencia de enfermedad renal crónica en estadio 5	81,99	103,49
Precursoras	Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años	4,09	5,33
	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años	11,16	14,82
Indicadores trazadores: Mortalidad Materno infantil y en la niñez	Tasa de letalidad por tétanos accidental	25,00	25,81
	Tasa de letalidad por leptospirosis	12,50	27,24
	Tasa de incidencia de dengue	186,27	214,13
	Tasa de incidencia de dengue grave	3,05	4,54
Discapacidad	Psicosocial (Mental)		31,22
	Intelectual		24,98
	Física		22,53
	Múltiple		22,54

Conclusiones de la morbilidad

El departamento del Atlántico una morbilidad en donde tienen el mayor peso porcentual las enfermedades no transmisibles (ENT), con elevada carga de morbilidad en la adultez y vejez y participación creciente desde etapas tempranas del curso de vida. Las ENT concentran la mayor proporción de atenciones en todos los ciclos vitales, particularmente las enfermedades cardiovasculares, neuropsiquiátricas y genitourinarias, lo que confirma una transición epidemiológica avanzada y la necesidad de fortalecer la prevención, el control de factores de riesgo y la continuidad del cuidado. Paralelamente, persiste una carga importante de condiciones transmisibles y nutricionales —con protagonismo de las infecciones respiratorias y enfermedades infecciosas y parasitarias— que afectan con mayor intensidad a la niñez y poblaciones con mayor vulnerabilidad social, lo cual evidencia inequidades estructurales en exposición, acceso y oportunidad de la atención.

En los eventos de alto costo y precursores se identifican indicadores que alertan sobre riesgos futuros: la prevalencia e incidencia de enfermedad renal crónica estadio 5 y la incidencia de VIH se mantienen por encima del promedio nacional; de igual forma, la

prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus presenta tendencia al incremento, reforzando el peso de las ENT y la urgencia de acciones poblacionales y clínicas integradas para reducir complicaciones, discapacidad y mortalidad prematura. El comportamiento de los eventos de notificación obligatoria muestra endemidad para dengue, IRA y EDA, incremento de intentos de suicidio y violencia intrafamiliar, así como una morbilidad materna extrema superior al promedio del país, pese a una mortalidad materna inferior, lo que señala brechas en la calidad y oportunidad del cuidado obstétrico.

Se identifican además desigualdades diferenciales por sexo, edad y pertenencia étnica. La población indígena y afrodescendiente presenta mayor peso relativo de enfermedades crónicas, condiciones maternas-perinatales y lesiones, mientras que en salud mental se observan incrementos significativos de la carga en infancia, adolescencia y juventud, asociados al consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de ansiedad, en coherencia con lo reportado en los ejercicios de cartografía social. La situación de la población migrante evidencia alta dependencia del régimen subsidiado y una demanda de servicios concentrada en adultez y juventud, con mayor uso de procedimientos y urgencias, lo que plantea retos de integración, aseguramiento y continuidad del cuidado.

Finalmente, el análisis de discapacidad revela predominio de la discapacidad psicosocial, física e intelectual, con mayor afectación en hombres y concentración urbana, sugiriendo la coexistencia de determinantes sociales, barreras en rehabilitación integral y rezagos en detección y seguimiento oportuno. En conjunto, el perfil de morbilidad y los indicadores trazadores confirman un escenario de doble carga de enfermedad —crónica y transmisible—, con tensiones derivadas de barreras administrativas, fallas en la calidad del registro y debilidades en la articulación entre aseguradores, prestadores y autoridades territoriales, que condicionan la respuesta sanitaria y amplían las inequidades en salud del territorio. entre las situaciones encontradas en están las barreras existentes para el acceso a la rehabilitación como son la falta de recursos económicos, la no autorización de asegurador, la falta de concientización de la necesidad de rehabilitación y por no tener un cuidador que los lleve.

3.1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

La muerte tiene una relevancia indiscutible como hecho crucial del ciclo vital, proponiéndose como el fin definitivo de la salud. La información sobre mortalidad es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, el nivel de vida y la calidad del acceso a servicios médicos, siendo especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de la asistencia.

En este capítulo se describe el análisis de la mortalidad del departamento del Atlántico en el periodo 2015 a 2024 por grandes causas y causas específicas por subgrupo utilizando la lista de agrupación 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Además, se incluye el análisis de la mortalidad materno-infantil y de la niñez, incorporando variables que causan gradientes como el género, el área de residencia y la etnia.

3.1.1. Mortalidad general

En el departamento del Atlántico entre el 2015 y 2024 se presentaron en promedio por año 16.135 defunciones no fetales con 16.473 para el último año. La tasa bruta de mortalidad ha variado entre 4.8 y 8.1 muertes por 1.000 habitantes. Se observa un mayor número de muertes en los hombres con respecto a las mujeres, tendencia que se muestra estable en ambos grupos durante los últimos 10 años, con una ligera tendencia en los últimos años al cierre de la brecha de desigualdad por sexo. Históricamente, los hombres han presentado un mayor riesgo de mortalidad asociado al tabaquismo, el consumo de alcohol, el abuso de sustancias psicoactivas, los riesgos ocupacionales y el conflicto armado en Colombia. No obstante, los cambios en los patrones de género del tabaquismo y de otros factores de riesgo no saludables, junto con los procesos generales de igualación de género, podrían explicar la ligera tendencia reciente al estrechamiento de esta brecha.

La tendencia de la tasa bruta de mortalidad en los municipios del departamento del Atlántico evidencia un incremento porcentual en Suan (36,3%), Polonuevo (28,1%), Sabanagrande (12,3%) y Manatí (10,5%), municipios caracterizados por tener un menor número de habitantes. En estas áreas es probable que existan desigualdades en el acceso a los servicios básicos y en la calidad de vida, asociadas a la concentración de recursos destinados a la atención en salud y a la asistencia social en las zonas más densamente pobladas del departamento. Durante el año 2024 los municipios con altas tasas brutas de mortalidad (por cada 100.000 habitantes) incluyen a Barranquilla (6,8) y Sabanalarga (5,5) superior a la tasa departamental (5,3) la cual representa un cambio porcentual del 2,2% 2023-2024. Tabla 31.

Tabla 31. Tasa bruta de mortalidad general según municipio del departamento del Atlántico, 2015- 2024.

Entidad territorial	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Cambio(%) 2023-2024
Barranquilla	6,0	5,9	5,9	6,2	6,3	8,3	9,9	6,4	6,2	6,8	9,1
Sabanalarga	4,1	3,9	4,0	4,9	5,4	6,2	7,0	5,5	5,0	5,5	9,9
Atlántico	4,8	4,7	4,8	5,0	5,0	6,8	8,1	5,4	5,2	5,3	2,2
Sabanagrande	3,3	3,5	3,6	4,1	3,5	4,8	6,6	4,6	4,4	5,0	12,3
Campo de la Cruz	6,3	5,1	5,9	5,2	5,8	6,6	9,5	6,8	5,7	4,9	-14,4
Palmar de Varela	3,9	4,4	4,3	4,0	3,9	5,2	7,5	4,4	4,8	4,6	-3,8
Manatí	6,5	5,2	4,5	4,8	4,3	4,0	6,2	4,0	4,1	4,6	10,5
Santo Tomás	5,6	5,3	4,1	5,2	4,2	5,8	7,1	4,9	5,1	4,4	-15,3
Repelón	4,2	4,2	3,7	4,2	4,2	5,3	6,1	4,9	5,0	4,3	-13,8
Malambo	3,3	3,1	3,4	3,7	3,4	5,6	5,9	4,3	4,1	4,3	3,8
Galapa	4,3	3,6	3,7	3,0	3,3	5,0	5,8	3,9	4,1	4,2	3,9
Baranoa	4,2	4,0	4,0	4,9	5,5	7,4	8,2	5,4	4,9	4,2	-13,5
Puerto Colombia	6,3	6,7	7,3	4,6	4,1	6,4	8,3	5,8	5,0	4,2	-16,3
Luruaco	4,9	4,0	3,9	5,1	5,2	4,7	7,2	4,7	4,1	4,2	2,2
Ponedera	3,6	3,3	3,3	3,3	4,0	4,5	5,0	4,7	3,9	4,2	8,2
Polonuevo	3,4	4,3	3,8	3,9	3,7	5,8	6,7	4,8	3,2	4,1	28,1
Suan	5,8	5,5	6,7	4,1	4,8	7,4	6,7	3,8	2,9	4,0	36,3
Juan de Acosta	3,2	3,5	3,4	3,9	4,2	4,3	6,0	4,5	4,5	3,9	-12,8
Soledad	2,9	3,0	3,4	3,7	3,6	5,3	6,3	4,3	4,1	3,8	-6,9
Santa Lucía	3,3	3,7	2,2	2,7	2,5	4,3	4,1	3,3	3,3	3,5	7,3
Candelaria	4,8	5,0	5,6	4,5	4,0	6,9	6,2	4,1	3,4	2,9	-14,0
Usiacurí	4,6	4,1	5,4	3,0	3,1	3,0	4,6	3,9	5,5	2,9	-46,3
Tubará	2,8	3,9	3,4	3,7	3,8	6,0	5,7	3,4	3,2	2,8	-13,7
Piojó	5,1	3,1	4,3	2,1	4,4	4,7	4,0	3,7	3,0	2,6	-14,3

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

Grandes causas de mortalidad

La principal causa de muerte en la población durante el periodo 2015-2024 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, similar a la principal causa de muerte a nivel nacional. La tasa de mortalidad ajustada por edad para esta causa en 2023 fue de 153,6 muertes por cada 100.000 habitantes, y disminuyó ligeramente a 151,7 en 2024. En ambos grupos, mujeres y hombres, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar, con tasas de mortalidad ajustadas por edad en el año 2024 de 129,6 en mujeres y 178,9 en hombres.

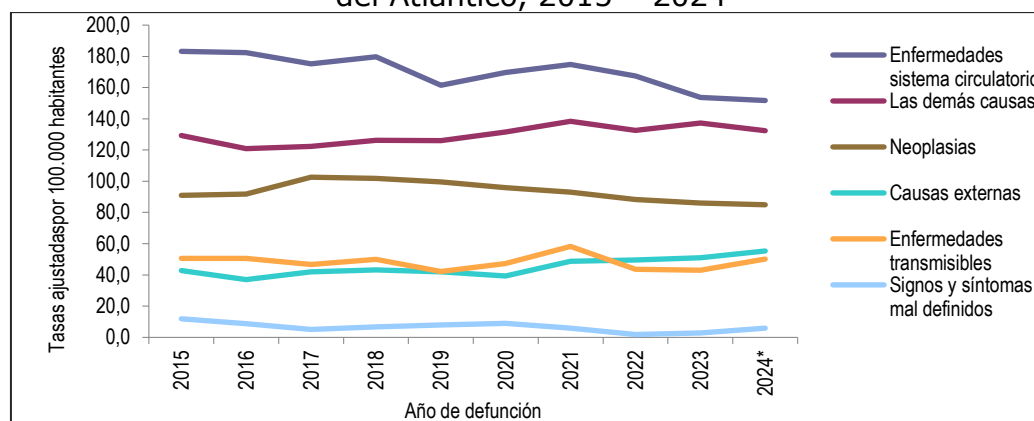
Al igual que el nivel nacional, el grupo de las demás causas fue la segunda causa de mortalidad más frecuente, con una tasa ajustada por edad de 137,3 muertes por cada 100.000 habitantes en 2023, la cual disminuyó a 132,4 en 2024. Durante este año, la tasa presentada se mantiene en el segundo lugar para hombres (145,3) y mujeres (122,4). Este grupo consolida un conjunto de diagnósticos, entre los cuales se destacan principalmente la diabetes mellitus, seguida de las deficiencias y anemias nutricionales, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la cirrosis, así como otras enfermedades crónicas del hígado, entre otras.

En el año 2024 las neoplasias se ubican en el tercer lugar como causa de muerte en el departamento del Atlántico, dato comparable con el nivel nacional, con una tasa

ajustada por edad de 84,9 muertes por cada 100.000 habitantes; seguidas de las causas externas, que aumentaron de 51,0 en 2023 a 55,3 en 2024 y las enfermedades transmisibles, que aumentaron de 43,0 a 50,2 en 2024.

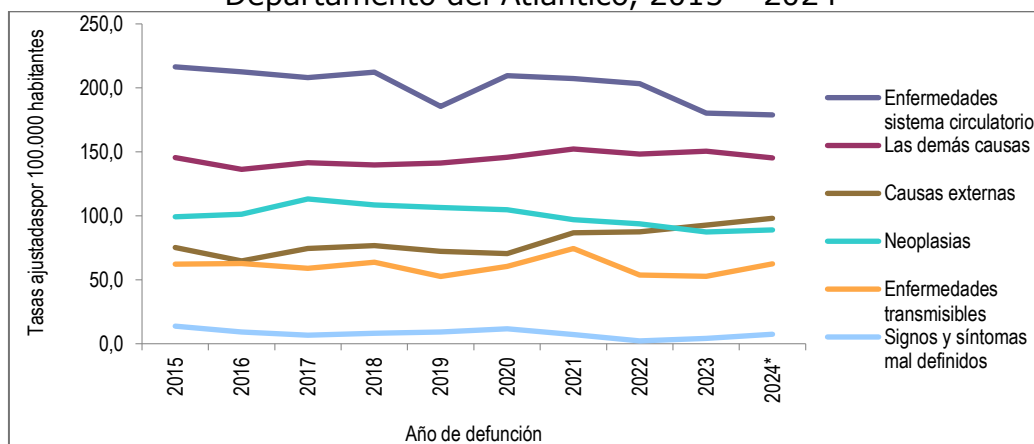
El comportamiento de las tasas ajustada por edad en los hombres y mujeres según las grandes causas de mortalidad de la lista 6/67 mantiene la misma tendencia, sin embargo, en el grupo de hombres las neoplasias (89,1) son desplazadas por las causas externas (98,1 en 2024) seguido de enfermedades transmisibles (62,4). En las mujeres, el grupo de neoplasias disminuyó en un 3,9 % entre el 2023 y 2024 así como el grupo mortalidad a nivel departamental, considerándose como las principales amenazas para la salud global. Los hombres experimentaron tasas consistentemente más altas de muerte y discapacidad que las mujeres debido a una mayor carga de enfermedades cardiovasculares y cánceres, así como a altas tasas de violencia interpersonal.

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad según grandes causas. Departamento del Atlántico, 2015 – 2024



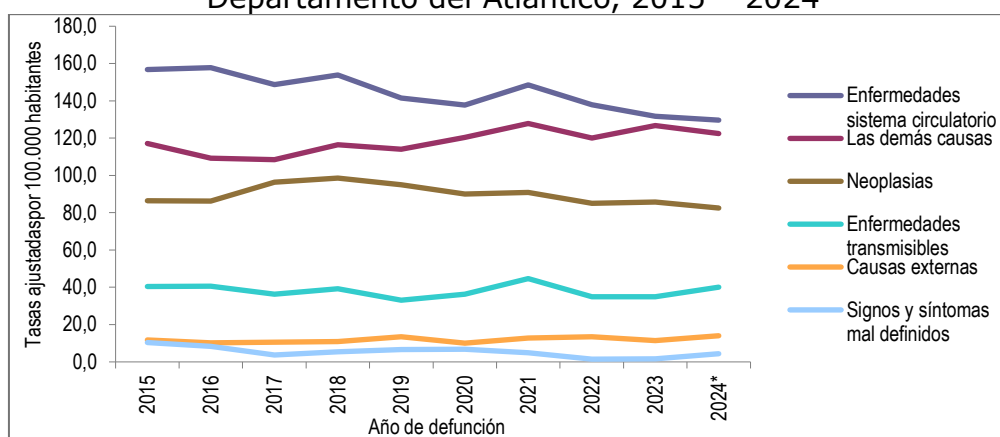
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres según grandes causas. Departamento del Atlántico, 2015 – 2024



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

Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad en mujeres según grandes causas.
Departamento del Atlántico, 2015 – 2024



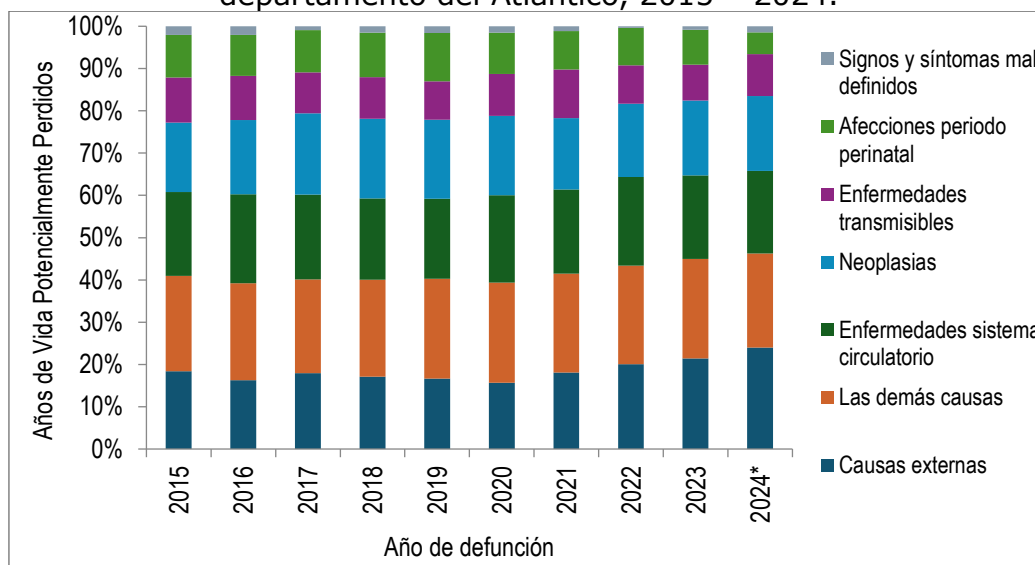
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Entre el 2015 y 2024 la causa de mortalidad que presenta mayor impacto sobre la mortalidad prematura fue el grupo de las demás causas (645.131) de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Sin embargo, en el año 2024 el primer lugar lo ocupa causas externas (69.687), seguido de las demás causas (64.697).

El comportamiento por sexo presenta igualmente como primera causa en mujeres el grupo de las demás causas con el 28,8 % (33.346) de los AVPP, mientras que en los hombres fue el grupo de causas externas con el 35,6% (62.152) de los AVPP. Un estilo de vida sedentario, patrones dietarios inadecuados y hábitos sociales en exceso, explicarían estas muertes prematuras, tomando en cuenta la fuerte asociación entre obesidad-diabetes y la necesidad de aprobación social. Ver figuras 10-12. Tabla 31.

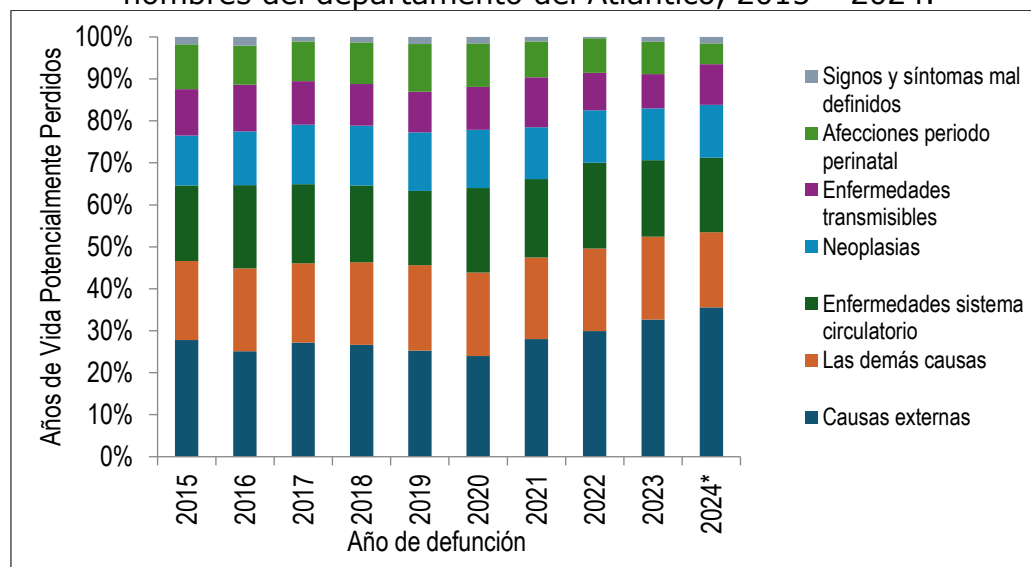
La tendencia de las tasas de AVPP ajustadas por edad, según las grandes causas de mortalidad de la lista 6/67, entre los años 2015 y 2024, ubica en primer lugar al grupo de las causas externas con 2.427,4 por 100.000 habitantes en el año 2024, seguida de las demás causas con 2222,4 por 100.000 habitantes. La tendencia en mujeres mantiene al grupo de las demás causas con 2144,6 por 100.000 habitantes y neoplasias con 1827,4 por 100.000 habitantes como las principales en el año 2024. En el grupo de hombres la tendencia se mantiene a lo largo del periodo analizado con las causas externas y demás causas con tasas para el último año analizado de 4.369,5 por 100.000 habitantes y 2.316 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas departamento del Atlántico, 2015 – 2024.



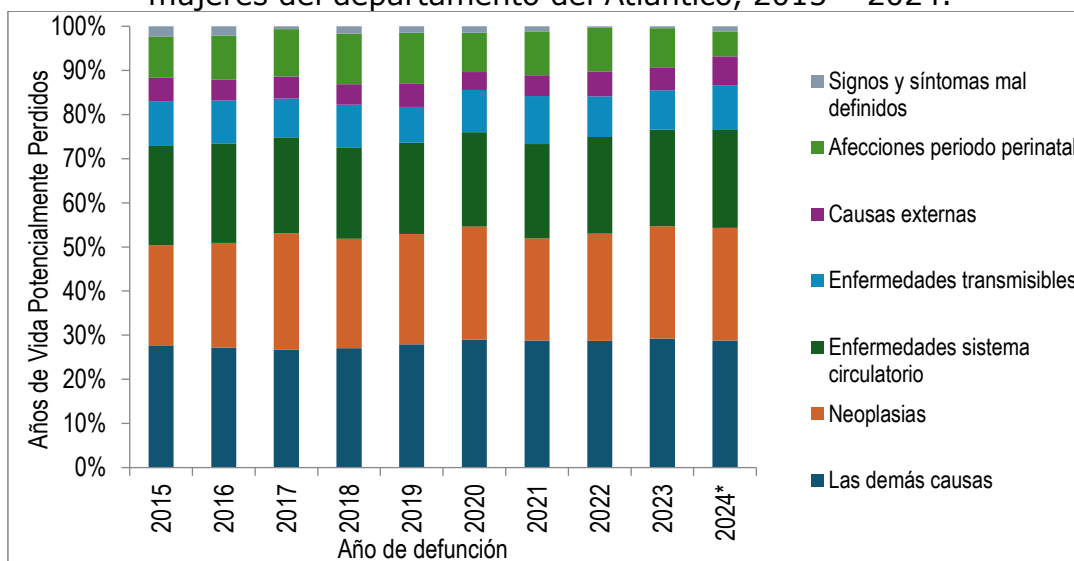
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas en hombres del departamento del Atlántico, 2015 – 2024.



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

Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas en mujeres del departamento del Atlántico, 2015 – 2024.



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

Tabla 32. Tasa de AVPP por grandes causas en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024

Grandes causas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Causas externas	1836,4	1585,3	1803,4	1813,0	1742,3	1628,8	2073,7	2092,9	2152,7	2427,4
Las demás causas	2406,7	2369,3	2336,2	2525,5	2548,7	2529,0	2724,9	2494,3	2379,0	2222,4
Enfermedades sistema circulatorio	2194,8	2221,3	2142,8	2130,5	2013,7	2164,9	2250,1	2128,9	1885,2	1841,8
Neoplasias	1754,8	1801,0	2016,7	2040,4	1992,7	1979,8	1947,9	1766,6	1718,5	1705,5
Enfermedades transmisibles	1118,4	1064,2	1015,0	1073,0	970,9	1055,1	1322,4	955,0	845,8	978,2
Signos y síntomas mal definidos	217,1	207,1	94,2	162,8	169,4	157,0	130,8	40,1	90,6	145,5
Hombres										
Causas externas	3238,8	2775,9	3186,2	3193,3	3074,2	2957,1	3743,1	3755,5	3943,2	4369,5
Las demás causas	2484,5	2427,8	2455,5	2580,3	2660,4	2632,0	2751,8	2640,3	2523,2	2316,0
Enfermedades sistema circulatorio	2555,8	2600,2	2567,9	2514,3	2367,7	2715,6	2692,8	2702,5	2280,5	2235,8
Neoplasias	1598,4	1613,8	1867,5	1869,5	1836,5	1833,7	1750,5	1630,6	1535,8	1572,6
Enfermedades transmisibles	1395,4	1320,8	1311,3	1269,8	1244,8	1332,9	1672,3	1171,6	1018,0	1220,2
Signos y síntomas mal definidos	234,4	236,8	138,8	172,1	212,6	200,9	155,3	45,6	142,5	200,0
Mujeres										
Las demás causas	2348,5	2338,9	2243,9	2490,2	2453,4	2442,3	2719,6	2369,6	2249,2	2144,6
Neoplasias	1909,9	1993,3	2168,1	2202,5	2139,5	2139,5	2130,2	1889,2	1881,5	1827,4
Enfermedades sistema circulatorio	1886,4	1892,3	1769,9	1799,0	1709,0	1699,5	1877,7	1633,7	1548,3	1503,6
Enfermedades transmisibles	856,7	820,9	730,5	899,2	717,2	803,9	1001,1	756,3	691,8	755,3
Causas externas	439,1	399,9	420,5	433,6	458,8	349,5	456,6	476,3	410,6	518,1
Signos y síntomas mal definidos	202,9	176,1	51,7	158,0	129,5	119,5	107,7	36,0	40,8	94,1

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

3.1.2. Mortalidad específica por subgrupo

En el análisis de las tasas de mortalidad ajustadas por edad se evidencia que en el grupo enfermedades del sistema circulatorio las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el primer lugar como causa, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas. La enfermedad isquémica del corazón muestra una tendencia decreciente entre el 2022 y 2023 con una disminución porcentual del 14%, observándose un incremento 2023-2024 del 1,71%. Este comportamiento es similar en mujeres con un aumento del 4,2%, a diferencia de los hombres ya que se presentó una disminución en enfermedad isquémica del corazón para el periodo evaluado del 0,3%.

En el grupo de las demás causas la diabetes mellitus disminuye (4,63%) a 16,49 por 100.000 habitantes en el 2024. Disminuye las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores en un 9,9% y las enfermedades del sistema nervioso (excepto meningitis) continúa su tendencia creciente, alcanzando 20,61 por 100.000 habitantes; comportamiento que se mantiene tanto en hombres (20,49) como mujeres (20,23). En los hombres predomina en el último año de observación como principales causas las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores y las enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis, mientras que en las mujeres son las enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis y el resto de las enfermedades.

En el grupo de las causas de muerte por neoplasia en población general el tumor maligno de la mama y el tumor maligno de la próstata son las principales causas, igualmente otras relacionadas con tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas. A pesar de la disminución reportada en 2023 (mama -12.39%; próstata -18.05%), las tasas ajustadas por edad para 2024 volvieron a aumentar: tumor de mama a 17.67, y tumor de próstata a 13,51 por 100.000 habitantes, lo cual refleja un incremento 2023-2024 del 14,4% y 4,2%, respectivamente. El tumor maligno del cuello del útero, que aumentó un 21,69% en 2023, se redujo un 7,2% a 8.01 por cada 100.000 habitantes en el año 2024.

Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de muerte en el grupo de enfermedades transmisibles con un aumento para el 2024 en población general del 16,5%, influenciado por el comportamiento en mujeres con aumento del 23,1% y en hombres con incremento del 11,4%. Tanto en población general como en hombres siguen como principales causas en este grupo la enfermedad por el VIH (SIDA) y la tuberculosis, frente al comportamiento en mujeres que el segundo lugar lo ocupa tuberculosis y tercer lugar, el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. Se resalta la disminución de la enfermedad por el VIH (SIDA) en un 34,3% en mujeres para el año 2024.

El comportamiento de las causas de muerte asociadas a las causas externas presenta como principal causa de muerte a las agresiones (homicidios) con un incremento porcentual general del 24,72% en el 2024, esta situación se refleja principalmente en mujeres; seguido de los accidentes de transporte terrestre y del resto de causas accidentales agrupadas en el subgrupo de los demás accidentes. Las lesiones autoinfligidas (suicidio) continúan la tendencia decreciente en los dos últimos años analizados, con una disminución del 9,7% 2023-2024.

En cuanto al componente de salud mental, las tasas ajustadas de mortalidad por lesiones autoinfligidas durante el año 2024 fueron de 2,67 por cada 100.000 habitantes, por

epilepsia (1,82), por trastornos mentales y del comportamiento (1,57), lo cual refleja una disminución del 7,6%, 24,5% y 34,8%, respectivamente al comparar 2023-2024. No se presentó mortalidad por intoxicaciones.

Las enfermedades, que incluyen condiciones como las cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, transmisibles como las infecciones respiratorias agudas, han superado a las demás enfermedades incluyendo las enfermedades del sistema nervioso y enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores, debidas al humo de tabaco, contaminación del aire y humos o polvos químicos del ambiente.

Las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, particularmente aquellas asociadas a procesos neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer, reflejan de manera consistente el impacto del envejecimiento poblacional. Por su parte, el incremento en la tasa de mortalidad por neoplasias puede atribuirse, muy probablemente, al fortalecimiento de las capacidades diagnósticas, lo que ha permitido establecer con mayor precisión la causa básica de muerte, tanto en el periodo previo como posterior a la defunción.

Tabla 33. Tasa de mortalidad ajustada por edad por subgrupos de causas en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024

Subgrupo de causas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Enfermedades transmisibles										
Infecciones respiratorias agudas	29,61	31,55	29,85	31,74	24,89	29,92	39,26	27,39	27,72	32,29
Enfermedad por el VIH (SIDA)	8,90	9,35	7,89	7,68	7,67	6,62	7,77	6,00	4,64	5,00
Tuberculosis	3,29	2,69	3,35	3,70	3,68	3,16	3,76	3,91	3,97	4,94
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,46	1,47	1,56	1,70	1,86	2,11	2,40	1,91	2,50	3,10
Enfermedades infecciosas intestinales	0,57	0,85	0,99	1,03	1,25	0,89	0,86	1,62	1,77	2,15
Septicemia, excepto neonatal	5,48	3,72	2,46	3,05	2,10	3,94	3,82	2,02	2,07	2,09
Meningitis	0,60	0,29	0,37	0,47	0,46	0,52	0,26	0,48	0,29	0,35
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,27	0,24	0,23	0,24	0,19	0,19	0,04	0,20	0,03	0,16
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,30	0,42	0,04	0,33	0,08	0,00	0,07	0,00	0,00	0,10
Neoplasias										
Tumor maligno de la mama de la mujer	16,40	16,82	16,70	19,01	18,55	16,74	17,32	17,43	15,44	17,67
Tumor maligno de la próstata	19,81	18,81	19,94	19,65	17,93	21,41	18,26	15,62	12,96	13,51
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	10,73	12,85	14,18	13,21	14,18	13,45	13,77	14,60	12,82	11,59
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	10,26	9,88	12,22	12,15	13,14	11,12	12,34	12,69	12,38	11,51
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	8,47	8,93	8,67	10,13	9,99	10,57	9,32	7,60	8,00	8,81
Tumor maligno del cuello del útero	6,50	8,02	10,16	11,01	10,25	9,45	10,07	7,10	8,63	8,01
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	10,17	9,55	10,80	10,19	9,68	8,02	7,13	7,17	6,63	6,66
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	6,08	6,10	8,32	6,88	5,32	6,82	6,10	6,39	6,34	5,37
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	5,64	4,99	5,22	6,41	5,32	6,05	5,11	4,73	5,33	4,95
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	6,17	4,94	5,46	5,13	6,16	4,64	5,13	4,10	4,68	4,78
Leucemia	5,34	5,80	5,61	4,84	4,34	5,11	4,37	3,58	4,40	4,49
Tumor maligno del estómago	4,56	5,52	5,81	5,46	4,92	4,11	3,60	4,25	3,74	4,11
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,69	1,24	1,85	1,99	1,70	1,42	1,99	2,11	1,53	1,60
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,55	0,77	0,85	1,12	0,83	1,04	1,47	1,04	1,77	1,31
Tumor maligno del útero, parte no especificada	1,43	0,63	1,83	0,90	1,53	1,09	1,22	0,92	1,08	0,94
Enfermedades del sistema circulatorio										
Enfermedades isquémicas del corazón	100,19	106,56	97,69	99,45	85,13	88,02	95,36	90,64	77,95	79,28
Enfermedades cerebrovasculares	42,00	38,37	41,93	42,03	37,89	38,79	38,13	38,82	38,43	36,03
Enfermedades hipertensivas	21,16	17,17	18,40	19,79	20,34	23,77	21,87	18,28	18,28	18,88

Subgrupo de causas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	8,46	10,72	9,46	9,44	8,59	9,28	10,66	10,17	9,81	8,93
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,23	5,08	4,30	4,85	4,99	4,77	4,55	4,47	5,23	4,92
Insuficiencia cardíaca	5,03	4,34	3,40	4,08	4,26	4,99	4,13	4,95	3,77	3,49
Aterosclerosis		0,04	0,04	0,04	0,07	0,04	0,10	0,00	0,00	0,16
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,13		0,05	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,16	0,03
Causas externas										
Agresiones (homicidios)	21,77	18,34	21,54	21,01	20,09	19,61	25,62	25,88	26,78	33,40
Accidentes de transporte terrestre	9,42	8,22	8,48	9,52	8,71	6,97	8,87	10,32	11,11	9,97
Los demás accidentes	1,26	1,10	1,98	1,16	3,47	2,68	3,25	2,77	2,91	3,08
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	2,96	3,48	3,50	4,32	2,81	3,13	3,70	2,88	2,89	2,61
Eventos de intención no determinada	3,28	2,95	2,89	2,85	2,79	3,13	2,54	2,30	2,63	2,48
Ahogamiento y sumersión accidentales	1,13	0,91	1,03	1,10	0,90	0,95	1,16	1,37	1,27	1,05
Caídas	0,87	0,77	0,86	1,20	1,17	0,65	1,38	1,25	1,45	0,71
Exposición a la corriente eléctrica	0,54	0,52	0,55	0,68	0,56	0,73	0,68	0,74	0,66	0,66
Accidentes que obstruyen la respiración	0,66	0,43	0,46	0,45	0,44	0,74	0,45	0,69	0,57	0,56
Las demás causas externas	0,17	0,20	0,25	0,39	0,30	0,29	0,35	0,59	0,33	0,32
Exposición al humo, fuego y llamas	0,67	0,04	0,23	0,11	0,24	0,17	0,07	0,26	0,25	0,19
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,08	0,04	0,23	0,32	0,43	0,18	0,45	0,32	0,15	0,18
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,04		0,04	0,00	0,07	0,04	0,11	0,07	0,04	0,10
Accidentes por disparo de arma de fuego			0,00	0,00	0,04	0,00	0,07	0,03	0,00	0,00
Las demás enfermedades										
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7,93	7,75	8,77	10,07	13,35	13,82	16,13	16,02	19,42	20,61
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	23,35	23,64	24,32	19,85	21,87	17,22	15,52	19,21	21,32	19,21
Resto de las enfermedades	13,70	12,28	12,50	12,55	14,75	14,85	17,34	15,17	17,73	16,90
Diabetes mellitus	19,79	16,96	16,39	19,90	18,98	26,58	25,63	19,61	17,29	16,49
Resto de enfermedades del sistema digestivo	11,94	10,15	12,49	12,97	12,99	10,40	13,47	14,63	15,72	15,23
Enfermedades del sistema urinario	20,24	18,94	17,49	18,13	13,20	16,12	15,77	16,07	13,72	14,42
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	7,48	6,30	5,19	6,07	5,05	7,03	9,00	5,90	6,06	6,98
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	6,64	6,56	7,06	6,84	5,94	5,51	5,41	5,60	6,24	5,75
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4,69	5,04	4,84	5,46	5,43	5,94	5,58	5,43	6,77	5,04
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,73	3,22	4,80	4,20	3,80	3,10	3,87	3,68	3,62	4,53
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,62	8,00	6,64	7,44	7,18	6,27	7,13	7,01	5,36	4,00
Trastornos mentales y del comportamiento	0,27	0,43	0,31	0,59	1,05	1,80	1,42	1,97	2,41	1,75
Hiperplasia de la próstata	0,65	0,49	0,34	0,61	0,75	0,94	1,10	0,81	0,68	0,92
Embarazo, parto y puerperio	1,19	1,10	1,20	1,49	1,67	1,95	1,05	1,37	0,94	0,60

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

Tabla 34. Tasa de mortalidad ajustada por edad por subgrupos de causas en hombres en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024

Subgrupo de causas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Enfermedades transmisibles										
Infecciones respiratorias agudas	33,30	35,97	34,30	38,59	28,28	38,65	48,51	31,23	33,56	37,38
Enfermedad por el VIH (SIDA)	14,19	14,48	12,57	11,65	12,72	8,35	11,09	9,93	6,39	8,23
Tuberculosis	5,40	3,89	5,27	5,16	4,80	4,74	5,98	5,78	5,62	7,60
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,05	2,19	1,96	2,45	2,95	3,17	3,55	2,33	2,71	3,67
Septicemia, excepto neonatal	5,43	3,61	2,84	3,29	1,63	3,75	4,14	1,90	2,30	2,29
Enfermedades infecciosas intestinales	0,45	1,25	1,34	1,07	1,26	1,12	0,70	1,54	1,77	2,22
Meningitis	0,66	0,50	0,43	0,66	0,57	0,54	0,31	0,69	0,36	0,52
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,29	0,41	0,25	0,44	0,32	0,22	0,08	0,37	0,07	0,28
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,36	0,49	0,08	0,36	0,07	0,00	0,09	0,00	0,00	0,21
Neoplasias										
Tumor maligno de la próstata	19,81	18,81	19,94	19,65	17,93	21,41	18,26	15,62	12,96	13,51
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	11,99	14,90	17,42	15,78	16,16	15,22	16,39	18,01	14,10	13,28
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	10,75	10,38	13,38	13,05	14,36	12,84	11,12	14,29	12,96	12,34
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	9,75	10,31	9,95	10,36	11,74	12,41	11,23	8,50	9,32	10,07

Subgrupo de causas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	13,99	13,71	15,60	14,05	12,90	11,21	9,42	9,34	8,48	8,30
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	5,21	6,50	8,72	7,24	5,69	6,75	5,80	5,82	6,55	6,45
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7,44	5,70	5,98	6,41	8,03	5,39	6,37	4,89	5,67	5,98
Leucemia	6,75	6,99	7,08	5,77	4,93	6,45	5,21	3,91	5,15	5,85
Tumor maligno del estómago	5,81	7,22	7,45	7,41	5,54	4,72	4,91	5,57	4,52	5,61
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,24	4,41	3,94	4,90	5,64	5,66	5,08	3,85	5,12	4,43
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	3,20	2,41	3,46	3,78	3,30	2,71	3,15	3,86	2,48	3,17
Enfermedades del sistema circulatorio										
Enfermedades isquémicas del corazón	121,00	125,34	121,25	123,60	101,52	114,15	118,35	114,04	98,12	97,81
Enfermedades cerebrovasculares	45,21	42,33	46,76	44,46	41,28	44,68	42,01	45,19	40,84	41,73
Enfermedades hipertensivas	25,77	21,04	19,60	23,74	22,13	25,70	24,54	19,29	20,02	18,57
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	9,79	13,28	11,24	10,53	8,51	12,15	11,17	12,78	10,64	10,34
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	8,06	5,51	5,38	5,77	5,94	6,34	6,10	5,96	6,27	5,72
Insuficiencia cardíaca	6,60	4,90	3,92	4,13	5,81	6,43	4,95	6,02	4,28	4,50
Aterosclerosis		0,11	0,00	0,11	0,08	0,09	0,16	0,00	0,00	0,22
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas			0,00	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00
Paro cardíaco			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas										
Agresiones (homicidios)	41,00	33,53	39,64	39,28	37,15	37,03	49,01	49,28	51,41	62,45
Accidentes de transporte terrestre	15,40	14,88	15,14	16,62	15,36	12,95	15,62	17,35	20,61	18,39
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	5,49	6,27	6,61	7,63	5,38	5,52	6,59	5,13	5,13	4,87
Eventos de intención no determinada	5,04	4,12	4,66	4,41	4,11	5,48	3,79	3,28	4,37	3,35
Los demás accidentes	1,64	1,41	2,64	1,62	3,67	2,99	3,70	3,55	3,17	2,89
Ahogamiento y sumersión accidentales	1,87	1,33	1,84	1,73	1,67	1,77	1,99	2,43	2,24	1,89
Exposición a la corriente eléctrica	0,92	1,06	0,88	1,31	1,14	1,36	1,27	1,44	1,30	1,21
Caidas	1,69	1,14	1,21	2,03	1,79	1,25	2,40	2,29	2,64	1,16
Accidentes que obstruyen la respiración	0,84	0,58	0,63	0,56	0,32	0,88	0,56	0,67	0,54	0,70
Las demás causas externas	0,35	0,35	0,32	0,78	0,39	0,61	0,59	0,89	0,45	0,36
Exposición al humo, fuego y llamas	0,76		0,48	0,23	0,17	0,22	0,00	0,47	0,50	0,32
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,08	0,08	0,47	0,52	0,83	0,37	0,94	0,42	0,30	0,28
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,09		0,08	0,00	0,07	0,09	0,22	0,15	0,07	0,21
Accidentes por disparo de arma de fuego			0,00	0,00	0,08	0,00	0,14	0,07	0,00	0,00
Las demás enfermedades										
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	32,23	31,56	34,16	26,14	29,13	24,62	21,11	26,18	29,42	25,11
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	9,11	8,36	10,81	11,38	15,50	14,18	16,13	16,82	20,07	20,49
Resto de enfermedades del sistema digestivo	12,07	12,03	13,87	12,99	12,80	11,31	14,63	15,88	16,79	17,14
Diabetes mellitus	19,58	16,81	16,42	19,27	19,66	28,08	25,89	20,23	18,28	17,05
Enfermedades del sistema urinario	26,26	22,06	21,30	24,04	16,15	19,23	19,09	19,03	14,85	14,94
Resto de las enfermedades	11,45	10,84	10,30	10,86	12,59	12,52	16,09	14,22	15,86	14,56
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	8,14	7,09	6,24	7,22	6,03	7,88	11,47	6,72	7,01	7,99
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	7,67	8,04	8,46	7,79	7,04	6,07	6,16	6,73	6,43	6,90
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	5,04	5,53	5,29	5,82	6,76	7,54	5,57	6,25	7,48	6,44
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	4,44	4,33	5,81	4,81	4,22	3,01	5,08	4,25	4,03	5,88
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,87	7,89	7,43	7,62	8,51	6,91	6,63	7,88	6,08	4,52
Hiperplasia de la próstata	1,62	1,25	0,90	1,46	1,75	2,24	2,61	1,95	1,64	2,23
Trastornos mentales y del comportamiento	0,12	0,53	0,39	0,33	1,16	2,24	1,77	2,16	2,52	2,05

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

Tabla 35. Tasa de mortalidad ajustada por edad por subgrupos de causas en mujeres en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024

Subgrupo de causas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Enfermedades transmisibles										
Infecciones respiratorias agudas	26,66	28,37	26,68	26,83	22,07	22,80	31,77	24,42	23,12	28,47
Tuberculosis	1,61	1,63	1,70	2,52	2,76	1,81	1,95	2,42	2,63	2,78
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,90	0,87	1,11	1,14	0,91	1,23	1,43	1,60	2,34	2,66
Enfermedades infecciosas intestinales	0,62	0,57	0,61	0,99	1,18	0,70	0,98	1,70	1,79	2,02
Enfermedad por el VIH (SIDA)	3,97	4,61	3,59	4,02	3,13	5,03	4,76	2,38	3,03	1,99
Septicemia, excepto neonatal	5,60	3,99	2,08	2,94	2,51	4,06	3,51	2,07	1,85	1,95
Meningitis	0,58	0,08	0,32	0,31	0,37	0,47	0,22	0,29	0,23	0,18
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,25	0,07	0,22	0,08	0,08	0,14	0,00	0,06	0,00	0,05
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,24	0,33	0,00	0,31	0,08	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00
Neoplasias										
Tumor maligno de la mama de la mujer	16,40	16,82	16,70	19,01	18,55	16,74	17,32	17,43	15,44	17,67
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	10,12	9,48	11,27	11,30	12,04	9,73	13,32	11,32	11,81	10,93
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	9,78	11,33	11,75	11,21	12,54	12,04	11,60	11,71	11,72	10,24
Tumor maligno del cuello del útero	6,50	8,02	10,16	11,01	10,25	9,45	10,07	7,10	8,63	8,01
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,57	7,82	7,77	10,04	8,63	9,16	7,73	6,96	6,80	7,83
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	6,84	5,57	6,44	7,67	5,13	6,40	5,14	5,52	5,53	5,45
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	7,21	6,49	7,20	7,25	7,08	5,51	5,40	5,50	5,26	5,41
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	6,77	5,76	8,16	6,55	5,04	6,84	6,29	6,84	6,15	4,49
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,08	4,30	5,05	3,99	4,59	4,03	4,06	3,43	3,91	3,72
Leucemia	4,08	4,89	4,20	3,99	3,87	3,92	3,68	3,30	3,75	3,26
Tumor maligno del estómago	3,63	4,14	4,41	3,97	4,41	3,63	2,56	3,21	3,15	2,87
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,55	0,77	0,85	1,12	0,83	1,04	1,47	1,04	1,77	1,31
Tumor maligno del útero, parte no especificada	1,43	0,63	1,83	0,90	1,53	1,09	1,22	0,92	1,08	0,94
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,48	0,31	0,59	0,57	0,45	0,39	1,06	0,73	0,81	0,39
Enfermedades del sistema circulatorio										
Enfermedades isquémicas del corazón	83,62	91,04	78,61	80,18	71,65	67,34	76,72	71,68	61,81	64,42
Enfermedades cerebrovasculares	39,36	35,25	38,15	40,02	34,98	33,90	34,81	33,54	36,09	31,51
Enfermedades hipertensivas	17,54	14,32	17,33	16,86	18,87	22,09	19,65	17,25	16,87	18,69
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	7,45	8,56	8,03	8,55	8,58	6,97	10,43	8,13	9,00	7,82
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	4,84	4,89	3,44	4,15	4,24	3,53	3,35	3,24	4,40	4,24
Insuficiencia cardíaca	3,77	3,74	3,05	4,04	3,03	3,89	3,48	4,12	3,39	2,80
Aterosclerosis			0,07		0,06		0,05			0,11
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,24		0,08		0,07				0,11	0,05
Paro cardíaco										
Causas externas										
Agresiones (homicidios)	2,78	3,21	3,54	2,91	3,64	2,91	3,06	3,22	2,86	4,96
Los demás accidentes	0,87	0,76	1,34	0,73	3,21	2,37	2,77	2,00	2,59	3,05
Accidentes de transporte terrestre	3,82	2,10	2,31	3,05	2,67	1,53	2,67	3,85	2,38	2,14
Eventos de intención no determinada	1,77	1,96	1,33	1,47	1,61	1,15	1,48	1,43	1,11	1,74
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0,62	0,88	0,55	1,25	0,49	0,96	1,11	0,80	0,89	0,57
Accidentes que obstruyen la respiración	0,45	0,31	0,31	0,34	0,53	0,60	0,34	0,67	0,58	0,47
Caídas	0,15	0,38	0,58	0,45	0,62	0,11	0,54	0,40	0,49	0,32
Las demás causas externas			0,17	0,00	0,19	0,00	0,11	0,30	0,24	0,26
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,40	0,49	0,25	0,48	0,13	0,15	0,36	0,38	0,32	0,21
Exposición a la corriente eléctrica	0,17		0,23	0,08	0,00	0,15	0,15	0,07	0,06	0,14
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,08		0,00	0,15	0,08	0,00	0,00	0,21	0,00	0,09
Exposición al humo, fuego y llamas	0,57	0,08	0,00	0,00	0,31	0,13	0,14	0,07	0,00	0,06
Los demás accidentes de transporte y los no especificados			0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Accidentes por disparo de arma de fuego			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Las demás enfermedades										
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	6,77	7,00	6,99	8,93	11,57	13,31	15,99	15,21	18,53	20,23
Resto de las enfermedades	15,38	13,58	14,44	13,89	16,71	16,65	18,46	15,97	19,00	18,87
Diabetes mellitus	19,81	16,98	16,35	20,29	18,32	25,20	25,27	18,86	16,47	15,92
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	16,95	17,97	17,15	15,48	16,32	11,77	11,42	14,01	15,48	14,88
Enfermedades del sistema urinario	15,99	16,45	14,76	14,07	10,98	13,87	13,21	13,92	12,88	14,12
Resto de enfermedades del sistema digestivo	11,92	8,63	11,45	12,64	13,15	9,65	12,41	13,59	14,88	13,70
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	6,94	5,63	4,30	5,11	4,34	6,27	6,98	5,23	5,26	6,29
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5,65	5,30	5,96	6,00	5,05	4,99	4,83	4,71	6,03	4,87

Subgrupo de causas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4,40	4,60	4,58	5,22	4,23	4,62	5,53	4,80	6,14	3,97
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,39	8,13	5,79	7,24	5,76	5,65	7,67	6,07	4,66	3,46
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,17	2,40	4,04	3,73	3,43	3,13	2,87	3,20	3,22	3,38
Trastornos mentales y del comportamiento	0,41	0,37	0,22	0,76	0,96	1,36	1,13	1,74	2,26	1,51
Embarazo, parto y puerperio	2,39	2,21	2,41	3,02	3,29	3,87	2,07	2,73	1,85	1,19

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

Tabla 36. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en el departamento del Atlántico, 2015 – 2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	44,55	39,66	35,11	44,13	37,19	40,00	50,00	48,46	56,46	43,32
Sepsis bacteriana del recién nacido	22,12	19,32	30,72	24,58	29,40	31,43	21,58	24,69	22,11	25,13
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	20,83	23,73	20,06	19,55	23,37	20,57	19,67	18,52	15,99	24,60
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	6,09	9,83	5,96	3,91	3,27	2,57	2,19	2,16	2,38	3,21
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	4,49	5,76	6,90	5,59	5,28	4,29	4,64	3,70	2,04	2,67
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1,92	1,69	1,25	2,23	1,51	1,14	1,91	2,47	1,02	1,07

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

3.1.3. Mortalidad materno-infantil y en la niñez

Mortalidad en menor de un año

Para el 2024 la tasa de mortalidad infantil fue de 11,85 por cada 1.000 nacidos vivos, disminuyendo con respecto al año anterior (13,81 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y superior a la tasa nacional (10,48). En este grupo, la mortalidad se ha mantenido más alta en la población que habita en las áreas rurales que en aquellos que viven en las áreas urbanas. Las dificultades para acceder oportunamente a los servicios de salud en las zonas rurales, ha marcado esta tendencia a nivel departamental e incluso nacional.

La carga de la mortalidad infantil es atribuible al grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal (7,13 por cada 1.000 nacidos vivos) y a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (2,59 por cada 1.000 nacidos vivos), situación que se mantiene a lo largo de los últimos 10 años tanto en niños como niñas.

Tabla 37. Tasas específicas de mortalidad en menores de un año, según la lista de las 67causas Atlántico, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										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*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,53	0,19	0,18	0,23	0,32	0,34	0,80	0,22	0,31	0,00	0,25	0,20	0,15	0,39	0,33	0,62	0,26	0,23	0,07	0,39	0,39	0,20	0,17	0,31	0,32	0,48	0,54	0,22	0,19	0,19
Tumores (neoplasias)	0,10	0,00	0,14	0,14	0,20	0,00	0,05	0,06	0,07	0,07	0,05	0,05	0,05	0,19	0,14	0,05	0,11	0,00	0,13	0,08	0,07	0,02	0,02	0,17	0,14	0,13	0,05	0,03	0,09	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,05	0,10	0,00	0,09	0,18	0,05	0,00	0,00	0,12	0,07	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,00	0,07	0,16	0,05	0,07	0,02	0,02	0,07	0,09	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,14	0,19	0,18	0,41	0,59	0,88	0,10	0,49	0,31	0,07	0,20	0,30	0,49	0,29	0,19	0,36	0,21	0,28	0,19	0,39	0,17	0,24	0,33	0,35	0,39	0,63	0,15	0,39	0,25	0,23
Enfermedades del sistema nervioso	0,19	0,14	0,14	0,09	0,18	0,15	0,10	0,16	0,12	0,15	0,15	0,10	0,19	0,24	0,10	0,21	0,06	0,00	0,00	0,00	0,17	0,07	0,12	0,14	0,21	0,13	0,15	0,11	0,06	0,08
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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	0,19	0,00	0,00	0,23	0,05	0,15	0,16	0,12	0,07	0,07	0,25	0,15	0,05	0,19	0,33	0,26	0,16	0,11	0,13	0,31	0,22	0,07	0,02	0,09	0,28	0,15	0,15	0,14	0,13	0,19
Enfermedades del sistema respiratorio	1,01	0,91	1,01	0,65	0,77	0,29	0,40	0,43	0,43	0,52	0,81	0,50	0,69	0,72	0,62	0,15	0,26	0,23	0,45	0,47	0,91	0,71	0,85	0,68	0,70	0,23	0,33	0,33	0,44	0,50
Enfermedades del sistema digestivo	0,10	0,24	0,32	0,28	0,09	0,20	0,30	0,22	0,12	0,30	0,05	0,10	0,00	0,14	0,21	0,11	0,23	0,00	0,08	0,07	0,12	0,21	0,14	0,12	0,20	0,21	0,22	0,06	0,06	0,19
Enfermedades del sistema genitourinario	0,10	0,00	0,05	0,14	0,00	0,10	0,05	0,06	0,00	0,00	0,10	0,05	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,02	0,02	0,14	0,00	0,05	0,03	0,03	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,35	0,73	0,11	0,66	10,33	10,63	9,85	9,64	9,80	8,07	0,89	0,53	0,76	0,77	0,83	0,74	0,71	0,79	0,19	0,13	0,76	0,19	0,74	0,27	0,21	0,74	0,30	0,83	0,01	0,13
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,09	3,86	3,45	3,82	3,62	3,76	3,20	3,90	3,31	3,03	3,57	3,66	2,40	3,33	2,38	2,88	3,91	3,46	2,86	2,12	3,84	3,77	2,94	3,58	3,01	3,33	3,54	3,71	3,09	2,59
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,24	0,29	0,23	0,18	0,32	0,10	0,15	0,00	0,06	0,22	0,25	0,20	0,05	0,39	0,29	0,00	0,00	0,00	0,07	0,24	0,25	0,24	0,14	0,28	0,30	0,05	0,08	0,00	0,06	0,23
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,14	0,19	0,09	0,23	0,09	0,05	0,05	0,05	0,24	0,00	0,05	0,00	0,00	0,10	0,00	0,11	0,11	0,00	0,16	0,16	0,10	0,10	0,05	0,12	0,09	0,03	0,08	0,08	0,13	0,08

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

Mortalidad en niños de 1 a 4 años

Varias son las causas que inciden en la mortalidad de este grupo, destacándose las causas por tumores (neoplasias) con una tasa de 6,62 por 1.000 nacidos vivos, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, así como las causas externas de morbilidad y mortalidad (4,81), enfermedades del sistema respiratorio (3,01). En los niños, los tumores (neoplasias) se ubican en el primer lugar seguido de las causas externas de morbilidad-mortalidad y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (destacándose en mujeres).

Tabla 38. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según la lista de las 67causas Atlántico, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres											Mujeres											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*			
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,83	4,55	1,14	0,00	2,15	5,34	1,14	3,51	1,17	1,17	4,77	0,00	1,19	3,46	0,00	3,34	3,57	2,44	2,47	5,82	2,33	1,16	1,69	1,10	4,36	2,33	2,99	1,80					
Tumores (neoplasias)	5,69	6,82	13,64	5,68	5,53	8,60	7,48	5,70	7,02	8,22	5,96	2,38	5,96	4,77	4,62	4,48	10,03	3,57	4,89	4,93	5,82	4,66	9,89	5,24	5,08	6,58	8,73	4,66	5,98	6,62			
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4,55	0,00	2,27	1,11	2,15	1,07	0,00	2,34	1,17	1,17	3,58	1,19	1,19	3,46	1,12	1,11	2,38	1,22	2,47	2,33	1,75	0,58	1,75	2,26	1,65	1,09	1,16	1,17					
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,14	2,27	1,14	3,68	2,21	3,22	2,14	3,42	0,00	2,35	1,19	2,38	2,38	1,15	3,36	1,11	2,38	2,44	1,23	0,58	1,75	1,75	4,07	1,69	3,29	1,64	2,91	1,20	1,80				
Enfermedades del sistema nervioso	5,69	4,55	7,96	3,41	5,53	8,60	7,48	7,98	3,51	0,00	5,96	2,38	2,38	5,96	5,77	7,84	6,68	7,14	2,44	3,70	5,82	3,49	5,24	4,65	5,65	8,23	7,09	7,57	2,99	1,80			
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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	1,14	1,14	1,14	3,41	4,42	2,15	3,21	2,28	2,34	1,17	2,39	2,38	3,57	1,19	0,00	0,00	1,11	3,57	1,22	0,00	1,75	1,75	2,33	2,33	2,26	1,10	2,18	2,91	1,79	0,60			
Enfermedades del sistema respiratorio	6,83	4,55	7,96	10,23	6,63	5,37	4,28	5,70	2,34	2,35	4,77	4,77	10,72	8,34	3,46	4,48	0,00	7,14	1,22	3,70	5,82	4,66	9,31	9,31	5,08	4,94	2,18	6,40	1,79	3,01			
Enfermedades del sistema digestivo	1,14	1,14	2,27	2,21	2,15	2,14	0,00	1,17	3,52	3,58	2,38	2,38	3,46	0,00	1,11	0,00	0,00	0,00	1,23	1,75	0,58	1,75	2,33	2,82	1,10	1,64	0,00	0,60	0,60	2,41			
Enfermedades del sistema genitourinario	4,55	2,27	2,27	1,11	0,00	1,07	1,14	0,00	0,00	0,00	2,39	3,57	1,19	0,00	0,00	0,00	0,00	1,22	0,00	1,16	2,33	2,91	1,75	0,56	0,00	0,55	0,58	0,60	0,00	0,00			
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1,14	1,14	2,27	0,00	0,00	1,07	0,00	2,34	0,00	0,00	0,00	1,19	1,15	0,00	1,11	3,57	0,00	0,00	0,00	0,58	0,58	1,75	0,56	0,00	1,09	1,75	1,20	0,00	0,00	0,00			
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,41	6,82	4,55	2,27	12,16	2,15	6,41	2,28	2,34	2,35	7,16	13,12	7,15	4,77	5,77	7,84	5,57	4,76	3,67	7,40	5,24	9,90	5,82	3,49	8,03	4,94	6,00	3,49	2,99	4,81			
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,14	1,14	0,00	0,00	1,11	0,00	1,07	0,00	1,17	0,00	1,19	0,00	2,38	2,31	0,00	1,11	0,00	0,00	1,23	1,16	0,58	0,00	1,16	1,69	0,00	1,09	0,00	0,60	0,60	0,00			
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	0,00	2,35	3,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,19	0,00	1,23	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,16	0,00	1,80		
Causas externas de morbilidad y mortalidad	11,38	9,10	5,68	7,96	8,95	2,15	7,48	4,56	10,53	7,04	8,96	3,57	8,96	5,77	5,60	2,23	4,76	6,11	2,47	5,82	7,57	4,65	6,98	7,90	3,84	4,91	4,66	8,37	4,81				

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

Mortalidad en la niñez (niños menores de 5 años)

En el departamento del Atlántico, durante el periodo analizado (2015-2024) las tasas de mortalidad en menores de 5 años oscilaron entre 14,50 y 17,12 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y una tasa de 13,91 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2024,

disminuyendo con respecto al año anterior (15,80) y por encima de la tasa nacional (13,22).

Entre 2015 y 2024 la mortalidad en la niñez se ha mantenido más alta en la población que habita en las áreas rurales que en aquellos que viven en las áreas urbanas, sin embargo, para los últimos años evaluados las tasas fueron mayores en el área urbana que en el área rural.

Las tasas específicas en este grupo de edad según la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, determinan las principales causas de muerte como las agrupadas en ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (90,82 por cada 1.000 nacidos vivos) seguida de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (36,91) y las enfermedades del sistema respiratorio (8,74); estas causas muestran una tendencia a la disminución en el año 2024, excepto sistema respiratorio (incremento) con similar comportamiento en niños y niñas.

Las tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, de mortalidad por EDA en menores de cinco años y por desnutrición en menores de cinco años presentan una tendencia al incremento en el año 2024 y con cifras inferiores a las tasas nacionales de referencia.

Tabla 39. Tasas específicas de mortalidad en menores de cinco años, según la lista de las 67 causas Atlántico, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres											Mujeres											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*	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	15,47	3,64	7,27	5,45	6,20	7,77	18,04	4,63	7,58	0,95		8,58	3,81	2,86	8,57	9,25	10,80	7,17	6,78	2,97	6,97		12,11	3,72	5,11	6,97	7,69	9,25	12,72	5,68	5,33	6,31	
Tumores (neoplasias)	6,37	6,36	10,90	7,27	7,08	10,36	6,01	5,56	6,63	7,58		5,72	2,86	5,71	7,62	6,47	4,50	9,86	2,90	5,94	4,98		6,05	4,65	8,37	7,44	6,79	7,49	7,90	4,26	6,30	6,31	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4,55	1,82	0,00	3,63	4,43	2,59	0,86	0,00	3,79	1,90		0,95	3,81	1,90	1,90	2,77	1,80	1,79	1,94	1,98	3,98		2,79	2,79	0,93	2,79	3,62	2,20	1,32	0,95	2,91	2,91	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,64	5,45	4,54	12,72	13,28	18,12	3,44	11,11	4,74	2,84		3,82	6,67	11,42	7,62	4,62	9,00	4,48	6,78	4,95	5,98		3,73	6,05	7,90	10,23	9,05	13,66	3,95	8,99	4,84	4,37	
Enfermedades del sistema nervioso	8,19	6,36	9,08	4,54	7,97	9,49	7,73	9,26	4,74	1,90		7,63	1,91	3,81	8,57	9,25	8,10	8,96	6,78	1,98	2,99		7,92	4,19	6,51	6,51	8,59	8,81	8,33	8,05	3,39	2,43	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					0,00	0,00	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	4,55	0,91	0,91	2,72	7,97	2,59	5,15	4,63	3,79	1,90		6,68	4,76	3,81	4,76	6,47	4,50	3,58	4,84	2,97	3,98		5,59	2,79	2,32	3,72	7,24	3,52	4,39	4,73	3,39	2,91	
Enfermedades del sistema respiratorio	24,57	20,90	26,34	20,89	20,37	9,49	10,31	12,04	8,53	8,53		19,07	13,34	21,89	20,94	14,79	6,30	4,48	9,68	7,93	8,96		21,89	17,21	24,17	20,92	17,64	7,93	7,46	10,89	8,23	8,74	
Enfermedades del sistema digestivo	1,82	5,45	7,27	7,27	3,54	5,18	6,87	3,70	2,84	6,64		3,82		3,81	1,90	5,55	3,60	2,69	3,87	0,00	1,99		2,79	2,79	5,58	4,65	4,52	4,41	4,82	3,79	1,45	4,37	
Enfermedades del sistema genitourinario	1,82	3,64	1,82	2,72	3,54	0,00	2,58	1,85	0,95	0,00		1,91	1,91	3,81	0,95	2,77	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00		1,86	2,79	2,79	1,86	3,17	0,00	1,32	0,95	0,97	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###		###	###	###	###	###	###	###	###	###	###		###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	90,82
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	80,07	79,08	71,74	77,20	80,59	68,18	80,14	68,53	53,07	40,76		73,44	80,02	52,35	69,50	50,85	56,71	70,80	62,92	46,56	32,87		76,83	79,54	62,27	73,44	66,04	62,56	65,35	66,26	49,89	36,91	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,46	6,36	4,54	3,63	7,08	1,73	3,44	0,00	1,90	2,84		5,72	3,81	0,95	9,52	7,40	0,00	0,90	0,00	0,99	3,98		5,59	5,12	2,79	6,51	7,24	0,88	2,19	0,00	1,45	3,40	
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,93	0,00	1,90			2,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	1,94	0,00	1,00			1,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	1,42	0,00	1,46	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	11,83	20,00	6,36	10,90	9,74	2,59	6,87	4,63	12,32	5,69		0,95	5,72	2,86	4,76	6,47	4,50	3,58	5,81	4,95	3,98		6,52	13,02	4,65	7,90	8,14	3,52	5,26	5,21	8,72	4,86	

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

Análisis de la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Mortalidad neonatal

La tasa de mortalidad neonatal para el año 2024 fue de 8,16 por cada 1.000 nacidos vivos, por encima de la tasa nacional con 6,63 por cada 1.000 nacidos vivos y con tendencia a la disminución entre 2022 a 2024.

Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal presenta durante los años 2015 a 2024 tasas más altas en la zona rural con respecto a la urbana, sin embargo, es relevante la disminución en ambas áreas en los dos últimos años.

Las causas que contribuyen a las muertes perinatales en el departamento son principalmente las muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal y por sepsis bacteriana del recién nacido, causas que se encuentran por encima del comportamiento histórico a nivel nacional.

Mortalidad materna

Para medir las desigualdades ocasionadas por los determinantes sociales de la salud, se utilizaron las diferencias absolutas y relativas entre los grupos materno-infantiles. A nivel departamental se observan cifras que, al compararse con las nacionales, son mayores en los grupos neonatal, infantil y de la niñez; sin embargo, se presentan cifras menores para causas específicas de mortalidad por EDA, IRA y desnutrición en menores de cinco años, aunque con una tendencia al incremento en el departamento al compararlas con el año anterior. Por su parte, se evidencia una disminución en la razón de mortalidad materna entre 2023 y 2024, ubicándose en 34,30 por cada 100.000 nacidos vivos, cifra inferior al nivel nacional (45,60). Esta situación, de acuerdo con los análisis específicos por ciclos de vida desarrollados en los ítems anteriores, puede reflejar la falta de acceso a la consulta especializada y a las subespecialidades necesarias para la detección y el manejo oportuno de causas relacionadas con afecciones del período perinatal, neoplasias y malformaciones congénitas en los diferentes municipios del departamento.

Mortalidad según etnia

La mortalidad en los grupos étnicos del Atlántico (2015-2024) se caracteriza por amplias fluctuaciones en los indicadores. La población indígena no presentó muerte feto infantil ni mortalidad materna. En la mortalidad en la niñez se evidencia un incremento en la tasa de 43,48 por cada 1.000 nacidos vivos en 2023 a 62,50 por cada 1.000 nacidos vivos en 2024 con casos presentados durante los últimos dos años de sexo femenino. El grupo ROM (gitano) mostró una alta variabilidad y tasas históricamente muy elevadas. En indicadores específicos se registró una tasa de mortalidad neonatal, menores de 1 año de edad y en la niñez (menores de 5 años de edad) que se mantuvo alta en 1.000 entre 2022 y 2024.

Tabla 40. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Atlántico, 2015- 2024

Causa de muerte	Colombia	Atlántico	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Razón de mortalidad materna	45,60	34,30	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	6,63	8,16	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	10,48	11,85	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,22	13,91	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,55	8,26	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,47	1,94	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,51	3,89	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗

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

Priorización de la mortalidad

El reconocimiento de los problemas de salud se realizó mediante un enfoque cuantitativo y cualitativo, considerando las principales causas de mortalidad y morbilidad, las muertes maternas e infantiles y los eventos de interés en salud pública. La priorización se efectuó según la población afectada, las consecuencias y la magnitud del problema, conforme a los indicadores estimados en los capítulos uno y dos, como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 41. Priorización basada en la mortalidad del departamento del Atlántico, 2024.

Mortalidad	Prioridad	Colombia, 2024	Atlántico, 2024	Tendencia 2015 a 2024
General por grandes causas*	1. Enfermedades del sistema circulatorio	127,77	151,72	Disminución
	2. Las demás causas	117,63	132,43	Incremento
	3. Neoplasias	85,79	84,92	Disminución
	4. Causas externas	60,76	55,32	Incremento
	5. Enfermedades transmisibles	29,78	50,18	Fluctuante
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades del sistema circulatorio: enfermedades isquémicas del corazón	69,79	79,28	Disminución
	1. Enfermedades del sistema circulatorio: enfermedades cerebrovasculares	25,81	36,03	Disminución
	2. Las demás causas: enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	24,07	20,61	Disminución
	3. Neoplasias: tumor maligno de la próstata	12,55	13,51	Disminución
	4. Causas externas: agresiones (homicidios)	26,16	33,40	Incremento
	5. Enfermedades transmisibles y nutricionales: infecciones respiratorias agudas	16,01	32,29	Fluctuante
	5. Enfermedades transmisibles y nutricionales: enfermedad por el VIH/SIDA	3,97	5,00	Disminución
	6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal: Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	37,72	43,32	Fluctuante
	7. Neoplasias: tumor maligno de la mama de la mujer	11,90	17,67	Incremento

Mortalidad	Prioridad	Colombia, 2024	Atlántico, 2024	Tendencia 2015 a 2024
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de un año	5,72	7,13	Fluctuante
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en menor de 5 años	34,78	36,91	Disminución
	3. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de 5 años	70,25	90,82	Fluctuante
	3. Niños de 1 a 4 años: Tumores (neoplasias)		6,62	
	3. Niños de 1 a 4 años: Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,22	4,81	Incremento
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Mortalidad materna	44,72	34,30	Fluctuante
	2. Tasa mortalidad en menores de 5 años	13,11	13,80	Incremento
	3. Tasa de mortalidad infantil	10,37	11,70	Fluctuante
	4. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	8,49	7,93	Fluctuante
	4. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	4,37	1,98	Fluctuante
	5. Tasa de mortalidad por EDA			

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Minsalud

Conclusiones de la mortalidad

La revisión del comportamiento de la mortalidad en el departamento del Atlántico evidencia una situación epidemiológica marcado por la persistencia de brechas territoriales, sociales y de género, así como por una transición epidemiológica aún incompleta. Las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo la principal causa de muerte, con mayor riesgo en hombres y en municipios pequeños donde el acceso a servicios especializados y la continuidad del cuidado es más limitada. Paralelamente, las “demás causas” —que agrupan ENT como diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y afecciones neurológicas— mantienen una carga significativa y contribuyen de forma importante a la mortalidad prematura y a los Años de Vida Potencialmente Perdidos, fenómeno estrechamente relacionado con estilos de vida, exposición a factores ambientales, inequidades en la atención y envejecimiento poblacional.

Desde una perspectiva territorial y social, el comportamiento diferencial de las tasas municipales —más altas en áreas rurales dispersas y en municipios con menor capacidad resolutoria— sugiere la influencia de determinantes estructurales como pobreza, barreras geográficas, precariedad del transporte sanitario y concentración de servicios en cabeceras urbanas. El análisis cualitativo permite interpretar estas brechas como expresión de desigualdades acumuladas en oportunidad diagnóstica, calidad de la atención y acceso a redes de referencia, especialmente en causas evitables como infecciones respiratorias, causas externas y muertes materno-infantiles. En particular, el aumento de homicidios y la carga de causas externas en población masculina joven refleja dinámicas de violencia, conflictividad social y riesgo comportamental que trascienden el ámbito sanitario y demandan respuestas intersectoriales.

En los eventos trazadores del curso de vida, la mortalidad infantil y neonatal —aunque con tendencia reciente a la disminución— permanece por encima del promedio nacional, sustentada principalmente en afecciones perinatales y malformaciones congénitas, lo que evidencia debilidades en la calidad del control prenatal, el acceso oportuno a cuidado neonatal especializado y la detección temprana de riesgos obstétricos. La mortalidad en menores de cinco años y las variaciones urbano-rurales confirman la persistencia de determinantes asociados a condiciones de vida, oportunidades de atención y protección social. De manera positiva, la reducción de la razón de mortalidad materna respecto al año anterior sugiere avances en la respuesta clínica y en la vigilancia obstétrica, aunque persisten riesgos diferenciales por territorio y oportunidad de acceso.

En síntesis, el análisis mixto muestra que la mayor parte de la mortalidad del departamento es potencialmente prevenible o reducible mediante intervenciones integrales que articulen el fortalecimiento del primer nivel de atención, el manejo oportuno de ENT y eventos perinatales, la vigilancia de riesgos sociales y ambientales, y la reducción de barreras administrativas y geográficas. El énfasis en la lectura cualitativa del territorio —experiencias de la comunidad, percepciones del personal de salud y dinámicas locales— permite comprender que los resultados en mortalidad no solo reflejan comportamiento biológico de las enfermedades, sino las inequidades del contexto, la organización del sistema y las condiciones de vida de la población, elementos que deben orientar la priorización de políticas y acciones del ASIS.

Núcleos de inequidad sociosanitarias

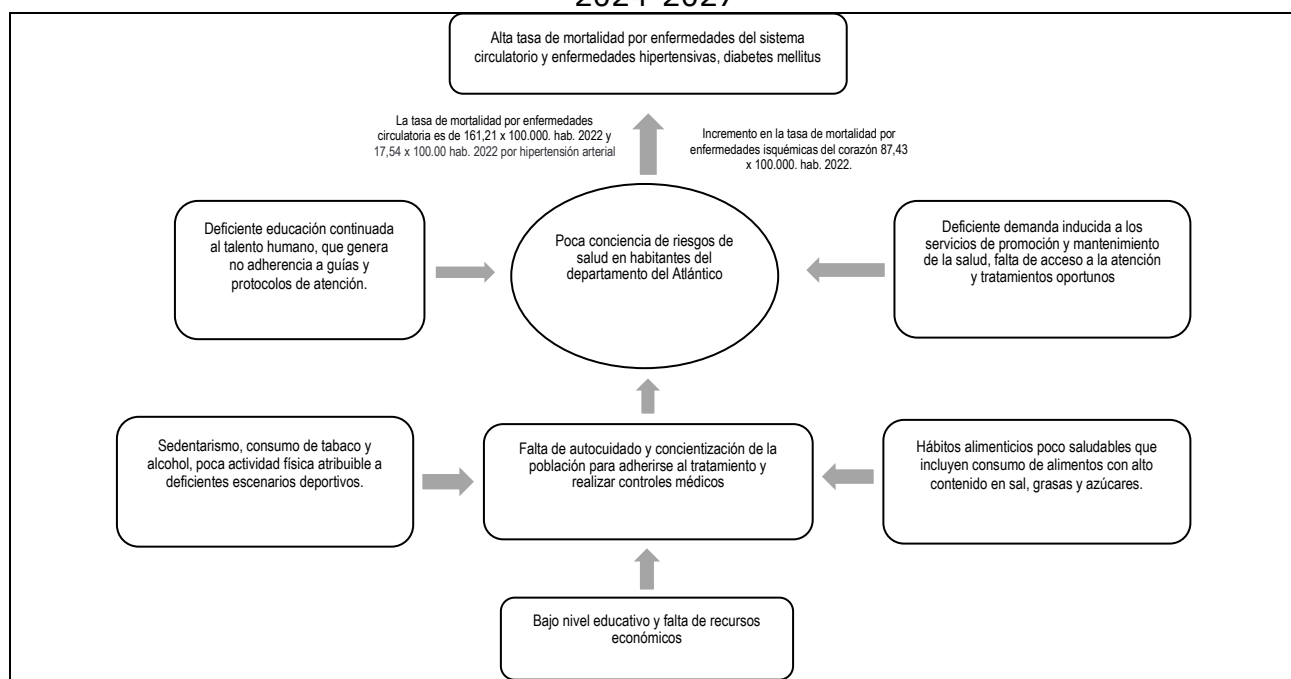
Fueron validados los núcleos de inequidad sociosanitarias identificad; estos surgieron del ejercicio de análisis cuantitativo y el ejercicio de cartografía social con participación sectorial e intersectorial; su categorización, el análisis de los determinantes sociales, estructurales y la priorización de la morbilidad y mortalidad. Encontrando que se mantienen los problemas identificados y abordados desde el Plan Territorial de Salud 2024-2027, del departamento del Atlántico. La siguiente tabla y figura resumen los núcleos de inequidad.

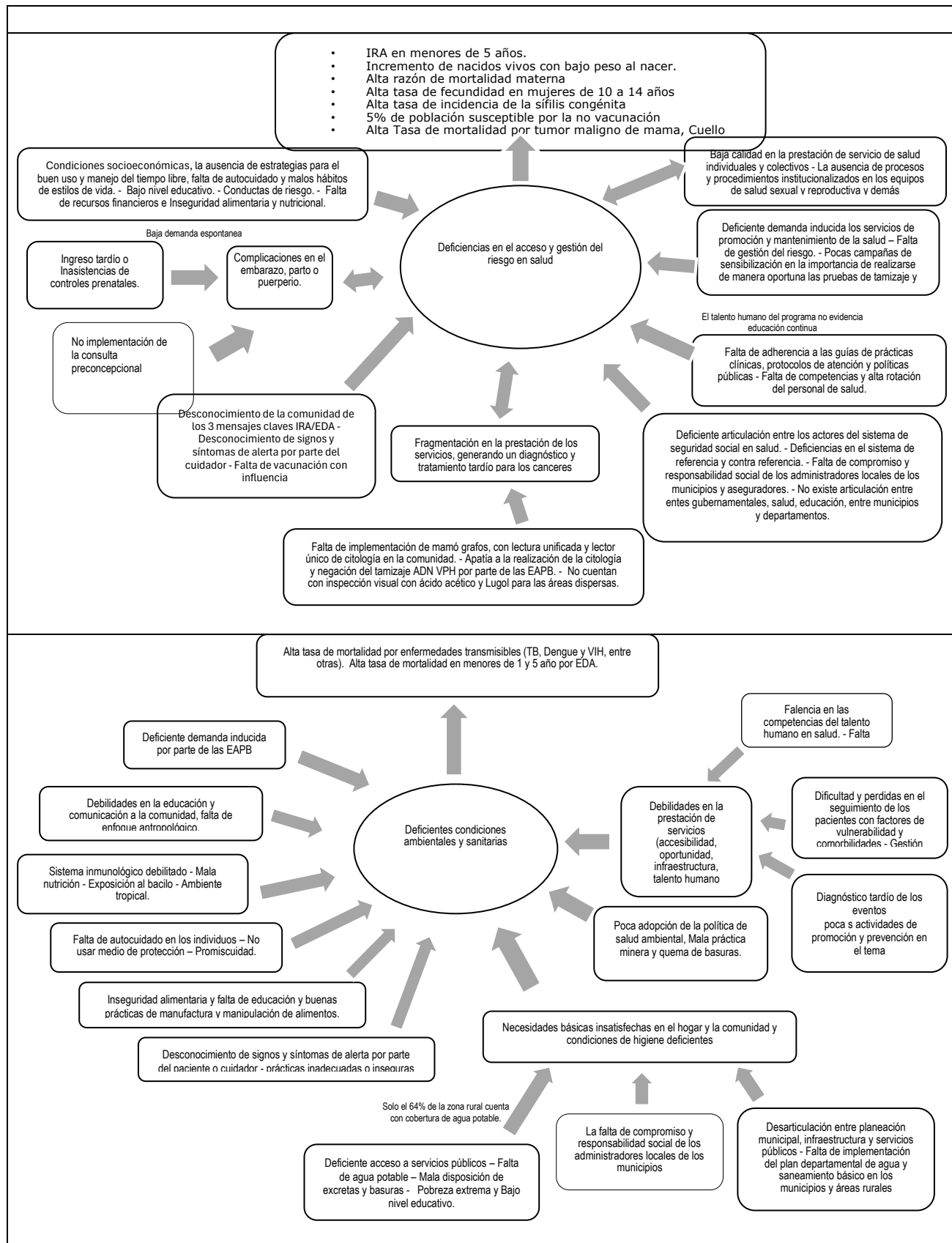
Tabla 42. Núcleos de inequidad sociosanitarias en el departamento del Atlántico, 2024.

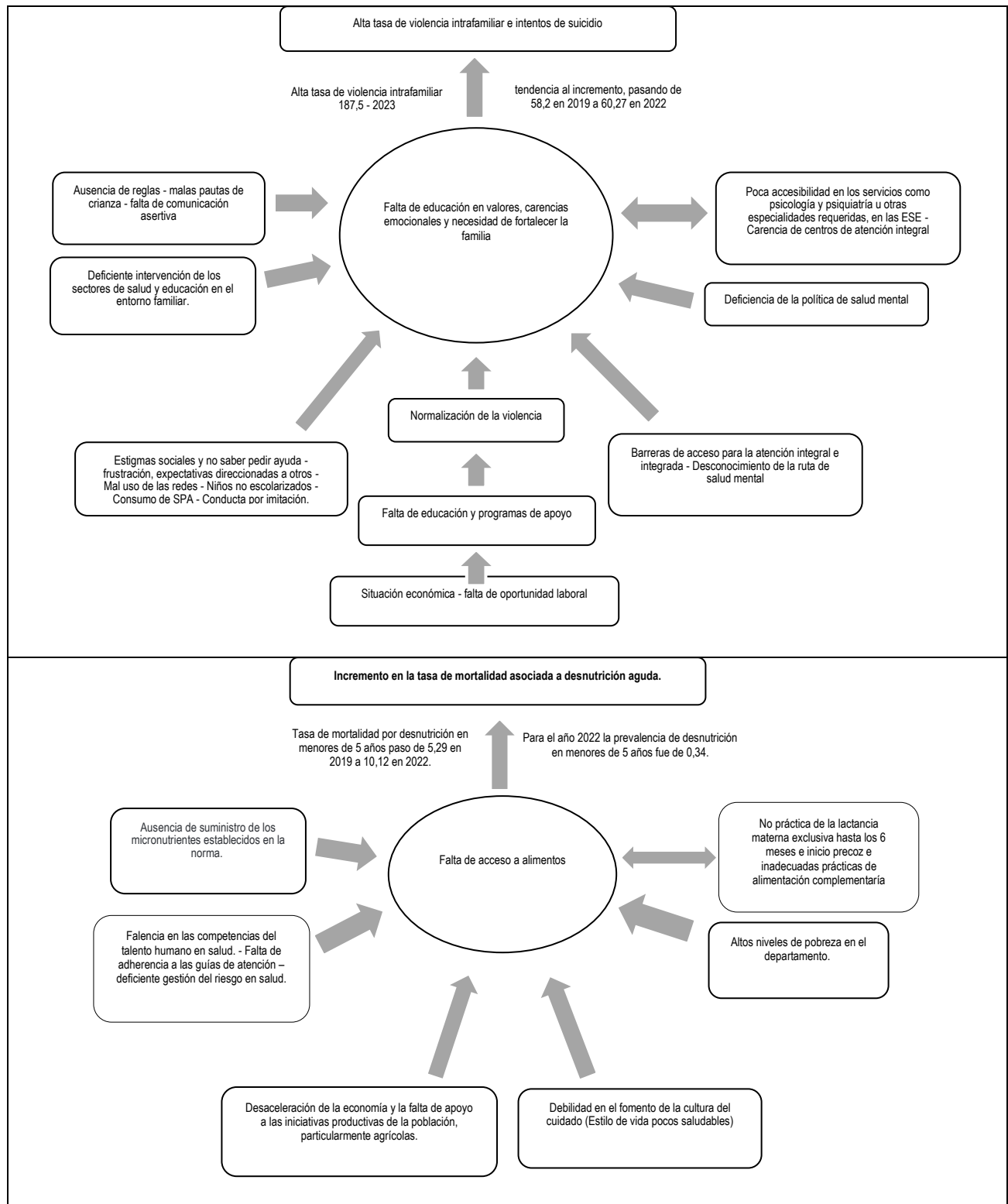
Núcleo de inequidad sociosanitaria	Descripción
Poca conciencia de riesgos de salud en habitantes del departamento del Atlántico	El bajo nivel educativo y las limitaciones económicas reducen el autocuidado y la adherencia a tratamientos y controles de salud. A esto se suman hábitos no saludables (mala alimentación, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol), barreras de acceso y debilidades en la atención, lo que incrementa la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, especialmente hipertensión, agravada por la ausencia de seguimiento y redes de apoyo.
Deficiencias en el acceso y gestión del riesgo en salud	La falta de consulta preconcepcional, el autocuidado insuficiente, la pobreza, la inseguridad alimentaria y el control prenatal tardío incrementan el bajo peso al nacer. Asimismo, la ausencia de campañas, la fragmentación de los servicios, los retrasos diagnósticos y la limitada disponibilidad de tecnologías de tamización dificultan la detección temprana y elevan la

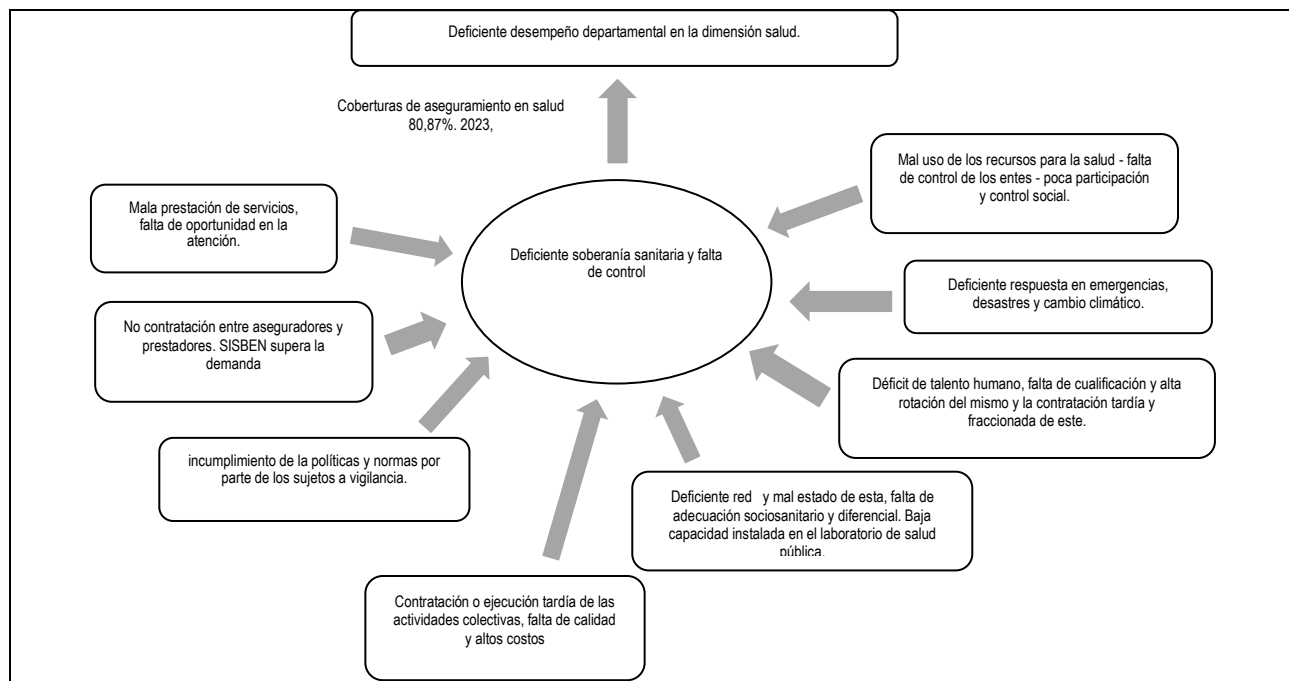
Núcleo de inequidad sociosanitaria	Descripción
	mortalidad por cáncer de mama, cuello uterino, próstata y colon. Finalmente, la escasa educación sexual, la baja orientación en anticoncepción, la violencia normalizada y las debilidades en políticas para adolescentes contribuyen a la alta fecundidad en mujeres jóvenes
Deficientes condiciones ambientales sanitarias y	Las altas necesidades básicas insatisfechas, la débil gestión y el bajo compromiso social de las administraciones locales, sumados a barreras de acceso, deficiencias en infraestructura, personal insuficiente y fallas en la demanda inducida, incrementan la mortalidad infantil y en menores de 5 años. Las condiciones ambientales inadecuadas —falta de agua potable, saneamiento deficiente, mala disposición de residuos y prácticas nocivas— junto con la inseguridad alimentaria, el bajo nivel educativo y debilidades en los servicios de salud, aumentan el riesgo de enfermedades transmisibles, dengue y enfermedad diarreica aguda, elevando la incidencia y la letalidad, especialmente en población infantil y zonas rurales.
Falta de educación en valores, carencias emocionales y necesidad de fortalecer la familia	El aumento de la violencia de género, intrafamiliar y sexual se asocia a desigualdades socioeconómicas, consumo de sustancias, dependencia económica, bajos niveles educativos y limitada oferta de programas sociales, agravados en el periodo pospandemia. A ello se suman barreras de acceso al sistema judicial y de salud, así como la escasez de servicios y talento humano en salud mental. Estas condiciones contribuyen al incremento del suicidio y las lesiones, especialmente en hombres, relacionados con consumo de sustancias, ausencia de redes de apoyo, trastornos mentales no tratados y debilidades en la articulación entre los sectores salud y educación.
Falta de acceso a alimentos	La desaceleración económica, la pobreza y el limitado apoyo a la producción agrícola, junto con la débil promoción de estilos de vida saludables, agravan la desnutrición infantil. A ello se suman fallas en la gestión del riesgo, la baja provisión de micronutrientes y prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, incrementando la mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años.
Deficiente soberanía sanitaria y falta de control	La débil soberanía sanitaria y el insuficiente control en el Atlántico generan barreras y deterioro en la calidad de la atención, agravados por baja cobertura de aseguramiento y el incumplimiento normativo. La limitada vigilancia sobre los recursos, junto con la escasa participación y control social, incrementa el riesgo en salud de la población.

Figura 13. Núcleos de inequidad sociosanitarias Plan Territorial de Salud del Atlántico, 2024-2027









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

En la actualización del Análisis de la Situación en Salud Participativo 2025 se desarrollaron mesas de trabajo con amplia representación de actores del sector salud y de otros sectores relacionados, utilizando la metodología de cartografía social. La Secretaría de Salud del Atlántico participó con su equipo técnico de salud pública, aseguramiento y prestación de servicios, junto con los equipos básicos de salud y los secretarios de salud municipales, integrando así la perspectiva territorial en el análisis. Asimismo, se incluyeron las voces de poblaciones vulnerables —víctimas del conflicto armado, migrantes, personas con discapacidad y comunidades diversas como campesinos, población LGTBIQ+ y personas de todos los grupos etarios—, quienes aportaron su visión sobre necesidades y problemáticas en salud desde sus contextos locales. También participaron organizaciones de economía popular y comunitaria, representantes de aseguradoras, IPS y entidades gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo el Ministerio del Trabajo y la academia, lo que permitió consolidar un análisis integral y exhaustivo de la situación de salud del departamento.

A partir de este proceso se identificaron seis núcleos de inequidad sociosanitaria, resultado de la triangulación entre el análisis cuantitativo y cualitativo, siendo este último producto del ejercicio de cartografía social realizado durante la construcción del ASIS 2024, el cual permitió visibilizar de manera detallada los territorios y poblaciones más afectadas por desigualdades en salud. Las propuestas de respuesta a estas inequidades fueron posteriormente fortalecidas con los insumos obtenidos en las mesas de participación social municipales de 2025, así como con los aportes de los líderes de los programas de la Secretaría de Salud Departamental, quienes contribuyeron con enfoques técnicos y operativos para contextualizar y priorizar las intervenciones. Este proceso participativo fortaleció el compromiso interinstitucional y comunitario, garantizando respuestas más pertinentes y ajustadas a las realidades locales.

Para la actualización del ASIS Participativo 2025, el departamento realizó un nuevo ejercicio de cartografía social con enfoque sectorial, intersectorial y comunitario, orientado a profundizar el análisis de las condiciones de salud y a fortalecer la participación activa de los actores sociales. El enfoque sectorial permitió identificar necesidades y retos propios del sistema de salud; el intersectorial facilitó la articulación con sectores como educación, trabajo, ambiente y vivienda; y el comunitario aseguró la inclusión de las voces de las poblaciones más afectadas por desigualdades, permitiendo identificar problemas y soluciones desde el territorio.

Es importante resaltar que, además de la participación social departamental con actores sectoriales, intersectoriales, comunidades étnicas y población víctima, las cartografías sociales se desarrollaron en cada municipio con acompañamiento de la Secretaría de Salud Departamental y participación de sectores como salud, educación, ICBF, personerías, organizaciones de víctimas, población LGBTIQ+, jóvenes, adultos mayores, migrantes, personas con discapacidad, etnias, JAC, redes de mujeres, asociaciones campesinas y comunidad en general.

En la actualización del ASIS Participativo 2025 no se identificaron nuevos problemas; sin embargo, se agruparon los núcleos de inequidad sociosanitaria con determinantes sociales comunes, priorizando aquellas causas que actúan como desencadenantes de otras y que configuran condiciones sociales injustas generadoras de inequidades en salud. En consecuencia, los núcleos se consolidaron de 22 en 2023 a seis en 2025. Tampoco se incorporaron nuevas respuestas, dado que las propuestas surgidas en la participación social de 2024 se mantuvieron coherentes con las formuladas previamente. En concordancia con estos núcleos, el Plan Territorial de Salud 2024–2027 del departamento del Atlántico integró las propuestas de respuesta correspondientes.

Tabla 43. Listado de actores que participaron en la identificación de problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. Atlántico, 2025.

Sector	Actor	Rol
Salud	Profesionales de la Secretaría de Salud del departamento del Atlántico.	Cooperantes
Salud	Representantes de las EAPB subsidiadas y contributivas: Ecopetrol, Nueva EPS, Cajacopi, Salud Total, Ecopetrol, Famisanar, Mutua ser y Sura.	Cooperantes
Salud	Representantes de las secretarías de salud municipales de Baranoa, Campo de la Cruz, Candelaria, Galapa, Juan de Acosta, Luruaco, Malambo, Manatí, Palmar de Varela, Polonuevo, Ponedera, Puerto Colombia, Repelón, Sabanagrande, Soledad, Suan, Tubará y Usiacurí.	Cooperantes
Salud	Representantes de las empresas sociales del estado de: Juan de Acosta, Polonuevo, Puerto Colombia, Soledad, Campo de la Cruz Ponedera.	Cooperantes
Salud	Representantes de instituciones prestadoras de servicios de salud	Cooperantes
Trabajo	Representante del Ministerio del Trabajo.	Cooperantes
Protección	Representantes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF del distrito de Barranquilla y Soledad.	Cooperantes
Relaciones exteriores	Representantes de Migración Colombia	Cooperantes
Academia	Representantes de Universidad Simón Bolívar, Fundación Universitaria San Martín y Centro Inca.	Cooperantes
Gobernación	Representantes de Secretaría de agua potable, Secretaría de Educación.	Cooperantes
Etnias	Representantes de comunidades NARP, indígenas y ROM.	Beneficiarios
Grupos vulnerables	Representantes de las Víctimas y población vulnerable de los 22 municipios	Beneficiarios
Ministerio Público	Representante de la Procuraduría General de la Nación	Cooperante
Comunidad en general	Comunidad en general de los 22 municipios.	Beneficiarios

1. Núcleo de inequidad sociosanitaria: Poca conciencia de riesgos de salud en habitantes del departamento del Atlántico

Para abordar este núcleo de inequidad, se propone el desarrollo de acciones educativas dirigidas a la comunidad con el fin de promover entornos y comunidades saludables.

Estas acciones incluyen fomentar estilos de vida saludables, la práctica regular de actividad física, el consumo de frutas y verduras y la reducción del consumo de sal y sodio. En este mismo sentido la disminución del consumo nocivo de alcohol y la promoción de espacios libres de humo. Además, se propone conformar grupos de apoyo comunitarios, educar a las familias, promocionar parques saludables y adecuar los espacios públicos destinados al deporte y la recreación.

Sumado a lo anterior, se deben intensificar las acciones de seguimiento y monitoreo a la gestión integral del riesgo para las enfermedades no transmisibles, a la calidad de su atención y al tratamiento oportuno. Para lograr estos objetivos, es necesario integrar acciones desde el sector salud y demás sectores, para cubrir las necesidades de la población y generar cambios conductuales sobre el autocuidado, hacer efectiva la atención primaria en salud y garantizar el modelo de salud preventivo y predictivo que dé respuesta a las necesidades.

2. Núcleo de inequidad sociosanitaria: Deficiencias en el acceso y gestión del riesgo en salud.

Para intervenir la problemática de diabetes mellitus, se incluyó seguimiento y monitoreo a la atención y tratamiento oportuno, realizar el seguimiento continuo y gestionar el riesgo en salud de los pacientes con esta enfermedad. En este mismo sentido, promover hábitos alimenticios saludables, incluyendo el consumo de frutas y verduras, y fomentar la disponibilidad de alimentos saludables. Además, es importante formar grupos de apoyo, aumentar las actividades educativas y fomentar la actividad física, el deporte y la recreación

Por otra parte, para disminuir la mortalidad materna y reducir el bajo peso al nacer, es esencial desarrollar capacidades en el talento humano y las instituciones para gestionar el riesgo en salud, realizar seguimiento continuo a prestadores y aseguradores en el desarrollo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal, garantizar la implementación de la consulta preconcepcional y el curso de maternidad y paternidad. Además, llevar a cabo acciones colectivas para educar a la comunidad sobre los cuidados necesarios antes, durante y después de la gestación. También se propone facilitar el acceso a servicios de apoyo social para mujeres en situaciones de vulnerabilidad e implementar planes integrales de seguridad alimentaria y nutricional en los municipios del departamento.

Sumado a lo anterior para disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes se propone promover los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de oportunidades y la equidad de género; así mismo diseñar programas para el buen uso del tiempo libre, fomentar actividades educativas para empoderar a las jóvenes y brindarles información

adecuada, articular con las instituciones educativas para informar a los estudiantes sobre la oferta de métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de salud y eliminar la discriminación en la toma de decisiones relacionadas con la reproducción.

Para el abordaje integral de las ITS/VIH/Sífilis, se plantea implementar estrategias que consideren las circunstancias sociales de las personas; estas incluyen acceso a atención prenatal de calidad, promoción de prácticas sexuales seguras, sensibilización sobre pruebas y tratamientos. Además, gestionar los riesgos en poblaciones clave mediante protección y tamizaje. Aunado a lo anterior fortalecer el seguimiento y desarrollar capacidades en el talento humano y las instituciones para mejorar la respuesta ante estas infecciones.

En cuanto a la disminución de la mortalidad por IRA en menores de 5 años se enuncia fortalecer el programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA-EDA, impulsar la adaptabilidad socio cultural por medio de diálogos de saberes sobre prevención, manejo e identificación de signos de peligro y cuando acudir al médico teniendo en cuenta las creencias y costumbres de la comunidad y grupos étnicos del territorio. Además, desarrollar capacidades en los profesionales de salud sobre guías de prácticas clínicas en IRA para mejorar la implementación y adherencia. Análogamente ejecutar acciones de IEC en el ambiente comunitario con todos los actores del territorio y promover de prácticas saludables.

En la planificación para lograr coberturas útiles de vacunación se plantea propiciar la corresponsabilidad entre las IPS y las EAPB, el seguimiento continuo a la calidad de los servicios de vacunación. Simultáneamente, el impulso de la demanda inducida, canalización de la población hacia los servicios de vacunación y evaluación del cumplimiento de las coberturas. Además, el fortalecimiento de capacidades en el talento humano de las instituciones y optimizar el sistema de información PAI-WEB 2.0. Así también, la ampliación de la infraestructura de vacunación, que busca asegurar el cumplimiento de los estándares de la red de frío. Por otro lado, mantener la vigilancia de los ESAVI y la implementación de acciones educativas para informar a la comunidad sobre la importancia de la vacunación.

Las propuestas de intervención para diferentes tipos de cáncer se centran en el seguimiento y monitoreo de las acciones de gestión del riesgo en salud, la vigilancia de la atención y tratamiento oportuno. Además, el fortalecimiento de la demanda inducida y actividades educativas; aunado se promueven campañas comunitarias de concientización sobre la autoexploración mamaria, vacunación contra el VPH, examen clínico de próstata, tamización para cáncer de cuello uterino, colon y recto. Análogamente desarrollar capacidades en las instituciones y talento humano, eliminando

barreras de acceso a los servicios de salud y ajustando continuamente las intervenciones para mejorar su efectividad y la competencia del personal de salud.

3. Núcleo de inequidad sociosanitaria: Deficientes condiciones ambientales y sanitarias

Para disminuir la mortalidad en la primera infancia se propone coordinar acciones con los diferentes actores y sectores que intervienen en la ruta de atención a la primera infancia; operativizando el funcionamiento de la mesa departamental de Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar. Así mismo, abordar factores sociales y económicos, como la pobreza, la seguridad alimentaria y las necesidades básicas insatisfechas.

De igual manera, llevar a cabo una gestión intersectorial para la adopción de políticas de salud ambiental, con el objetivo de reducir la generación de contaminantes que pudieran afectar negativamente el agua, el suelo y el aire, promoviendo prácticas más responsables y una mejor gestión de los recursos naturales. Por otro lado, se contempló el mejoramiento de la infraestructura de los servicios públicos, la reducción del déficit habitacional, el mantenimiento de los espacios públicos, la inspección, vigilancia y control sanitario.

Análogamente se plantea mejorar la atención en salud en este curso de vida, fortaleciendo el cumplimiento de la normatividad vigente; considerando como esencial el desarrollo de capacidades tanto en las instituciones como en el talento humano, la reducción de barreras de acceso a los servicios de salud, el seguimiento y monitoreo a la adherencia de las guías de práctica clínica y a los lineamientos de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Además, incrementar coberturas de vacunación y monitorear continuamente los indicadores de salud, para este momento del curso de vida.

A esto se suma la promoción de prácticas saludables y educación en los individuos, las familias y comunidades; incluyendo madres, padres y cuidadores, sobre signos de alerta, deberes y derechos en salud. En este mismo sentido implementar estrategias que incluyen la educación y sensibilización sobre los cuidados prenatales, signos de alarma y atención temprana.

En la respuesta ante el bajo nivel de condiciones ambientales y sanitarias relacionadas con la mortalidad por enfermedades transmisibles, entre ellas el dengue, se consideró que, para hacer frente de manera efectiva, es esencial tener un enfoque integral y coordinado que incluye mejorar el acceso al agua potable y su adecuado almacenamiento, políticas sólidas de saneamiento básico y gestión de residuos.

En este mismo sentido se propone la implementación de medidas de control en la prestación de servicios de salud, eliminación de barreras administrativas por parte de los aseguradores e instituciones prestadoras de servicios y el desarrollo de capacidades del talento humano en salud. Además, la vigilancia al cumplimiento de las normas vigentes, que incluye el desarrollo de estrategias para contribuir a mejorar la adherencia a protocolos y guías de atención.

Por otra parte, la realización búsquedas activas y canalización efectiva a los servicios de salud. Análogamente la realización de acciones colectivas de educación e información a los individuos, las familias y comunidades en la prevención de enfermedades transmisibles, así como el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario para mejorar la adherencia a tratamientos y el desarrollo de campañas educativas que fomenten prácticas preventivas.

4. Núcleo de inequidad sociosanitaria: Falta de educación en valores, carencias emocionales y necesidad de fortalecer la familia

Para abordar la problemática, se planteó el desarrollo de estrategias para fortalecer el amor y límites, aptitudes y actitudes; así como la difusión de información y educación a la comunidad para la prevención de la violencia; con la finalidad de intervenir la normalización de la violencia, las creencias y promover una cultura de diálogo. Además, el fortalecimiento de la articulación con los diferentes actores y sectores que intervienen en la ruta de atención de la violencia y el empoderamiento de actores institucionales y comunitarios en la activación de la ruta, qué hacer y dónde buscar ayuda al presentarse un caso.

Sumado a lo anterior se consideró el desarrollo de las capacidades de las instituciones y el talento humano en salud para el abordaje integral de los diferentes tipos de violencia, que los prestadores de servicios de salud cuenten con los elementos necesarios para atender a las víctimas y mejorar la adherencia a modelos y guías de atención integral. Finalmente posesionar en la agenda del departamento la política de salud mental y drogas como mecanismo de apoyo para la intervención de esta problemática desde todos los sectores. Así mismo la operativización del comité de drogas y los consejos seccionales de estupefacientes.

Por otra parte, se consideró la implementación de estrategias articuladas con los sectores de salud, educación, cultura y deporte, con el objetivo de mejorar el abordaje de la conducta suicida y otros trastornos mentales en el ámbito sanitario. Además, el fortalecimiento de la gestión del riesgo relacionados con los trastornos mentales, enfocados en la prevención del suicidio. En este mismo sentido la disponibilidad de una

línea de atención las 24 horas para brindar orientación y apoyo, la capacitación a la población en habilidades para la vida que les permitieran enfrentar situaciones difíciles y la promoción de la psicoeducación para las familias y los entornos educativos.

5. Núcleo de inequidad sociosanitaria: Falta de acceso a alimentos

Para reducir la mortalidad por desnutrición en niños, se propone un enfoque integral que incluya la gestión y apoyo técnico a las instancias locales para la elaboración, implementación y seguimiento de planes o políticas territoriales de seguridad alimentaria y nutricional en los 22 municipios del departamento, con el fin de garantizar progresivamente el derecho humano a la alimentación.

Así mismo, se sugiere la implementación y operativización de comités de seguridad alimentaria y nutricional, el desarrollo de capacidades del talento humano en salud y acciones de seguimiento y monitoreo para garantizar la entrega de micronutrientes y la fortificación casera de acuerdo con la normativa vigente para la atención de la desnutrición. En este mismo sentido realizar acciones colectivas para educar e informar a la comunidad sobre temas de seguridad alimentaria y nutricional, involucrando a todos los sectores pertinentes.

6. Núcleo de inequidad sociosanitaria: Deficiente soberanía sanitaria y falta de control

Para mejorar el desempeño del departamento en la dimensión salud, es crucial que las autoridades sanitarias y los entes reguladores trabajen en estrecha colaboración con los actores del sistema y se dé cumplimiento a las políticas y normas. En este sentido se debe garantizar una atención más eficiente y efectiva. Considerando esencial invertir en la red de prestación de servicios para mejorar el estado de las instalaciones y adaptarlas a las necesidades socioculturales de la población, así mismo ampliar la capacidad instalada del laboratorio de salud pública para procesar el 100% de las muestras recibidas de los eventos de interés en salud pública.

Aunado a esto, se deben implementar programas de formación para la cualificación del talento humano, abordar la alta rotación y la contratación tardía. Además, es fundamental promover la participación activa de la comunidad, garantizar el uso eficiente de los recursos y realizar campañas de concientización para aumentar la cobertura de aseguramiento. Por último mejorar la prevención de desastres y respuesta al cambio climático, articulando con los entes competentes para conocer los riesgos y tomar medidas preventivas y correctivas para mitigarlos.

Conclusiones

Las conclusiones resaltan la importancia de un enfoque integral y colaborativo para realizar acciones, en conjunto y abordar los diversos desafíos en el sector salud; que buscan no solo tratar y prevenir enfermedades, sino también impactar positivamente los factores sociales que influyen en la salud pública. Además, se hace esencial considerar la falta de formación en valores, carencias afectivas y el fortalecimiento familiar para combatir los estigmas sociales asociados a la salud mental y fomentar una cultura de apertura y diálogo.

Para lograr estos objetivos, es necesario integrar acciones desde el sector salud y demás sectores. Esto permitirá cubrir las necesidades de la población, generar cambios conductuales sobre el autocuidado, hacer efectiva la atención primaria en salud y garantizar un modelo de salud preventivo y predictivo que responda adecuadamente a las necesidades de la comunidad

En este abordaje subrayan la necesidad de mejorar los sistemas de salud para garantizar un acceso rápido y equitativo a la atención, optimizando los procesos de diagnóstico y tratamiento. Además, se requiere ejercer soberanía sanitaria en las secretarías de salud municipales, aseguradores y prestadores de servicios de salud, lo que permitirá garantizar el cumplimiento de las políticas públicas y una atención integral en salud.

Para abordar los desafíos de manera efectiva, es necesario implementar acciones coordinadas entre el gobierno, las instituciones de salud, la comunidad y otros actores relevantes, con el objetivo de reducir la incidencia y el impacto de los eventos de interés en salud pública y se requiere implementar estrategias integrales que incluyan seguimiento, educación, fortalecimiento de capacidades y la evaluación continua, así como la promoción de estilos de vida saludables y la detección temprana.

Por otra parte, para garantizar el acceso a alimentos es esencial implementar planes territoriales de seguridad alimentaria y nutricional en los municipios, establecer comités especializados en el sector salud y mejoras en las condiciones socioeconómicas; para enfrentar estos desafíos es necesario fortalecer la autoridad sanitaria y mejorar el desempeño del departamento en la dimensión de salud. Así mismo, se hace necesario fomentar la cooperación entre las autoridades sanitarias, reguladores y proveedores de servicios para una atención más eficiente y efectiva, enmarcada sobre la base de la ética, los valores humanos y responsabilidad.

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

Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud

Con la finalidad de observar el comportamiento de lo priorizado en el ejercicio de la vigencia anterior se efectuó la priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio; utilizando la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social; consistente en una herramienta denominada matriz de priorización, la cual presenta diferentes criterios objetivos que permiten comparar y jerarquizar los problemas de acuerdo con su relevancia y urgencia.

En la priorización se involucraron, los funcionarios de la secretaría de salud departamental, contando con la participación de profesionales de las distintas disciplinas de la salud, por lo que se obtuvieron diferentes perspectivas. Como resultado del proceso se identificaron los siguientes problemas:

- En el departamento del Atlántico existe un desarrollo educativo limitado y falta de recursos económicos que afectan negativamente el autocuidado y la concienciación en la población, resultando en baja adherencia a tratamientos médicos y falta de controles de salud. Además, se observan hábitos poco saludables como mala alimentación, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, y poca actividad física. Estos factores, junto con las barreras de acceso a la atención y la falta de competencias del personal de salud, debilitan el sistema de salud y contribuyen a altas tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, entre ellas la hipertensión. La falta de grupos de apoyo y seguimiento adecuado a los pacientes también agrava la situación.
- En el territorio la ausencia de consulta preconcepcional, autocuidado insuficiente en el embarazo, pobreza, servicios de salud deficientes, inseguridad alimentaria y control prenatal tardío aumentan la incidencia de nacidos vivos con bajo peso. Por otro lado la falta de campañas informativas, la fragmentación en los servicios, retrasos en diagnósticos y ausencia de mamógrafos adecuados en zonas distantes de la capital dificultan la detección temprana, contribuyen elevando la mortalidad por cáncer de mama; que en el caso del cáncer de cuello uterino está siendo afectado por la escasa disponibilidad de pruebas de tamización, debilidades en los servicios de salud, falta de educación al personal y desinterés en realizar pruebas provocan una alta mortalidad.

Además, en lo relacionado con el cáncer de próstata, existe desinformación, ausencia de campañas de sensibilización, fragmentación de servicios y coordinación deficiente entre sectores generan baja cobertura de tamizaje y aumento en la mortalidad por esta causa; así mismo la falta de sensibilización, fragmentación en servicios, retrasos en diagnósticos y tratamientos contribuyen al fracaso en la detección temprana, elevando las muertes por cáncer de colon.

En el caso de la alta fecundidad en jóvenes: la carencia de orientación en métodos anticonceptivos, la violencia normalizada, la falta de promoción de derechos sexuales y la deficiencia en políticas para adolescentes generan una alta tasa de fecundidad en mujeres jóvenes.

- En varios municipios del Atlántico, las altas necesidades básicas insatisfechas y la falta de compromiso social de los administradores locales afectan la salud materna y los cuidados prenatales, evidenciando desigualdades en salud, economía y educación. Factores como la deficiente demanda inducida por las EAPB, debilidades en los servicios de salud, accesibilidad limitada, infraestructura inadecuada y personal insuficiente contribuyen al aumento de la mortalidad infantil en menores de un año.

Así también, el limitado acceso a servicios esenciales y agua potable, junto con una inadecuada disposición de residuos, crea condiciones ambientales deficientes y desigualdades en salud. La falta de políticas de salud ambiental, prácticas dañinas como la minería y la quema de basura, y un bajo nivel educativo agravan las amenazas para la primera infancia. La inseguridad alimentaria, malas prácticas en la manipulación de alimentos, deficiencias en los servicios de salud, falta de competencias del personal sanitario y el desconocimiento de signos de alarma por parte de los cuidadores contribuyen a altas tasas de mortalidad en menores de 5 años.

En el Atlántico, las condiciones socioeconómicas precarias, como la pobreza y el acceso limitado a servicios públicos, aumentan la vulnerabilidad a enfermedades transmisibles. Factores como la falta de educación, promiscuidad, sistemas inmunológicos debilitados, inadecuada nutrición y exposición a condiciones ambientales adversas, junto con la falta de atención médica adecuada y la gestión insuficiente del riesgo, resultan en deterioro de la salud y muerte por enfermedades transmisibles.

El mal almacenamiento del agua, insuficiencia en saneamiento básico y la acumulación de basura, junto con la falta de personal capacitado en el manejo del dengue, provocan la proliferación de vectores y aumentan la incidencia y letalidad

del dengue. Otros factores que agravan la situación incluyen deficiencias en la educación y comunicación comunitaria, falta de autocuidado y conciencia ciudadana, y la ausencia de un enfoque antropológico.

La inequidad se origina por múltiples factores interrelacionados, incluyendo la falta de compromiso y responsabilidad social de los administradores locales, lo que lleva a una desarticulación entre la planificación municipal, infraestructura y servicios públicos. Esta desconexión resulta en una implementación deficiente del plan departamental de agua y saneamiento básico, especialmente en áreas rurales, generando deficiente acceso a servicios públicos, falta de agua potable y mala disposición de excretas y basuras. La inseguridad alimentaria y la falta de educación en buenas prácticas de manufactura y manipulación de alimentos, junto con condiciones de higiene deficientes en los hogares, aumentan el riesgo de enfermedades diarreicas agudas en los menores, y la baja calidad en la prestación de servicios de salud incrementa la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda.

- Otro de los problemas identificados se encuentra relacionado con el aumento de diversas formas de violencia, como la de género, intrafamiliar y sexual, debida a factores complejos como conductas aprendidas, consumo de sustancias psicoactivas, falta de formación en valores, dependencia económica de la mujer y disparidades socioeconómicas. La situación post pandemia, con bajos niveles educativos, escasez de programas sociales y falta de oportunidades, agrava esta problemática. Además, existen barreras para acceder a atención integral en el sistema judicial y de salud, y hay escasez de servicios de psiquiatría y psicología, así como de personal capacitado para tratar trastornos mentales y por consumo de sustancias.

Lo anterior contribuye con el incremento en la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones, que afecta más a hombres en el Atlántico, está relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, falta de redes de apoyo emocional, gestión inadecuada de emociones, trastornos mentales sin diagnóstico ni tratamiento, escasez de servicios de salud mental, uso excesivo de dispositivos electrónicos y redes sociales, y deficiencias en la coordinación entre los sectores de salud y educación.

- En los municipios del departamento, La desaceleración económica, la falta de apoyo a iniciativas productivas agrícolas, la pobreza y la promoción deficiente de estilos de vida saludables agravan la desnutrición infantil. Además, la falta de competencias del personal de salud, la inadecuada gestión del riesgo y la no provisión de micronutrientes esenciales contribuyen a la insuficiencia alimentaria. Lo anterior,

combinado con prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, eleva las tasas de mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años.

- Un problema identificado está relacionado con la deficiente soberanía sanitaria y falta de control en el departamento del Atlántico afectan negativamente la calidad en prestación de servicios, barreras en la atención, que sumado a la baja cobertura de aseguramiento y el incumplimiento de políticas y normas por parte de los sujetos a vigilancia agrava la situación. Corolario la falta de control de los recursos para la salud, por parte de las entidades competentes, la poca participación y el control social aumentan el riesgo en salud de los atlanticenses.

Posteriormente se evaluaron y compararon los datos recopilados y se calificaron para determinar las prioridades; con la finalidad de tomar decisiones informadas; optimizar los esfuerzos y recursos disponibles para abordar los desafíos más apremiantes y lograr un impacto positivo en la salud de la población. Así como también revisar si se mantiene la priorización realizada para el ASIS participativo 2024, de tal manera que se identifiquen las necesidades de ajustes para la planeación en salud 2025.

Tabla 44. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el departamento del Atlántico, 2025.

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
El bajo nivel educativo y las limitaciones económicas reducen el autocuidado y la adherencia a tratamientos y controles de salud. A esto se suman hábitos no saludables (mala alimentación, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol), barreras de acceso y debilidades en la atención, lo que incrementa la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, especialmente hipertensión, agravada por la ausencia de seguimiento y redes de apoyo.	Muy Alto	Alto	Muy Alto	Alto	Medio	16
La falta de consulta preconcepcional, el autocuidado insuficiente, la pobreza, la inseguridad alimentaria y el control prenatal tardío incrementan el bajo peso al nacer. Asimismo, la ausencia de campañas, la fragmentación de los servicios, los retrasos diagnósticos y la limitada disponibilidad de tecnologías de tamización dificultan la detección temprana y elevan la mortalidad por cáncer de mama, cuello uterino, próstata y colon. Finalmente, la escasa educación sexual, la baja orientación en anticoncepción, la violencia normalizada y las debilidades en	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	14

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
políticas para adolescentes contribuyen a la alta fecundidad en mujeres jóvenes						
Las altas necesidades básicas insatisfechas, la débil gestión y el bajo compromiso social de las administraciones locales, sumados a barreras de acceso, deficiencias en infraestructura, personal insuficiente y fallas en la demanda inducida, incrementan la mortalidad infantil y en menores de 5 años. Las condiciones ambientales inadecuadas —falta de agua potable, saneamiento deficiente, mala disposición de residuos y prácticas nocivas— junto con la inseguridad alimentaria, el bajo nivel educativo y debilidades en los servicios de salud, aumentan el riesgo de enfermedades transmisibles, dengue y enfermedad diarreica aguda, elevando la incidencia y la letalidad, especialmente en población infantil y zonas rurales.	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	13
El aumento de la violencia de género, intrafamiliar y sexual se asocia a desigualdades socioeconómicas, consumo de sustancias, dependencia económica, bajos niveles educativos y limitada oferta de programas sociales, agravados en el periodo pospandemia. A ello se suman barreras de acceso al sistema judicial y de salud, así como la escasez de servicios y talento humano en salud mental. Estas condiciones contribuyen al incremento del suicidio y las lesiones, especialmente en hombres, relacionados con consumo de sustancias, ausencia de redes de apoyo, trastornos mentales no tratados y debilidades en la articulación entre los sectores salud y educación.	Alto	Alto	Muy alto	Alto	Medio	15
La desaceleración económica, la pobreza y el limitado apoyo a la producción agrícola, junto con la débil promoción de estilos de vida saludables, agravan la desnutrición infantil. A ello se suman fallas en la gestión del riesgo, la baja provisión de micronutrientes y prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, incrementando la mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años.	Bajo	Alto	Alto	Alto	Medio	12
La débil soberanía sanitaria y el insuficiente control en el Atlántico generan barreras y deterioro en la calidad de la atención, agravados por baja cobertura de aseguramiento y el incumplimiento normativo. La limitada	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	14

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
vigilancia sobre los recursos, junto con la escasa participación y control social, incrementa el riesgo en salud de la población.						

Conclusión capítulo V

En el Atlántico, la interacción de factores sociales, económicos y de atención en salud crea un ciclo que perpetúa las altas tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias entre ellas las hipertensivas, evidenciando la necesidad de estrategias integrales que incluyan educación, reducción de barreras de la atención en salud y concienciación de la comunidad sobre el autocuidado.

Las deficiencias en el acceso y gestión del riesgo en salud, que afectan a la población por el incremento de la mortalidad por IRA en menores de 5 años, el incremento de nacidos vivos con bajo peso al nacer, la fluctuante razón de muertes maternas, la existencia de embarazos en niñas entre 10 a 14 años, la incidencia de sífilis congénita, la alta tasa de mortalidad por diabetes mellitus, evidencian profundas inequidades estructurales en los sistemas de salud y factores sociales que impactan negativamente en la salud pública. La falta de acceso a servicios esenciales, la fragmentación de los sistemas de atención, el limitado alcance de las campañas informativas y la carencia de recursos diagnósticos adecuados están contribuyendo a altas tasas de morbilidad y mortalidad en diversas áreas, incluyendo bajo peso al nacer, cáncer de mama, cuello uterino, próstata y colon, así como en la alta fecundidad en adolescentes.

Por lo anterior, se hace necesario implementar estrategias integrales que incluyan mejoras en infraestructura, fortalecimiento de capacidades del personal, educación comunitaria, y políticas orientadas a la equidad en salud. Solo a través de un enfoque preventivo y multisectorial se podrá reducir la carga de enfermedad y promover un bienestar más inclusivo y sostenible.

Entre los determinantes sociales de la salud, combinados con deficiencias en los sistemas de gestión y prestación de servicios públicos, generan desigualdades significativas que afectan gravemente a la población más vulnerable, especialmente a madres, niños y comunidades en condiciones de pobreza. La falta de acceso a servicios esenciales como agua potable, saneamiento, educación y atención médica oportuna, junto con prácticas nocivas y la insuficiente articulación entre los niveles administrativo y local, exacerban los riesgos de mortalidad materna, infantil y por enfermedades transmisibles.

Esta problemática hace necesario un enfoque integral que priorice la equidad en salud mediante políticas intersectoriales robustas, fortalecimiento de infraestructura, desarrollo del personal sanitario, promoción de educación comunitaria y planificación estratégica con un enfoque territorial. La implementación de acciones sostenibles y culturalmente pertinentes es clave para romper el ciclo de desigualdad, prevenir enfermedades y reducir la mortalidad evitable en las poblaciones más afectadas.

En el Atlántico, las crecientes tasas de violencia y mortalidad por suicidio y lesiones en el contexto descrito son el resultado de una interacción compleja de factores sociales, económicos y de salud. La pandemia ha intensificado vulnerabilidades preexistentes, incluyendo desigualdades socioeconómicas, falta de acceso a servicios de salud mental y barreras en la atención integral. Además, factores culturales, como conductas aprendidas y la carencia de formación en valores, junto con el consumo de sustancias psicoactivas y el limitado acceso a recursos psicosociales, amplifican los riesgos.

Como una respuesta a lo anteriormente expuesto, es necesario fortalecer las políticas de prevención y promoción en salud mental, aumentar la capacidad de los servicios de salud para tratar trastornos mentales y el consumo de sustancias, y garantizar la formación del personal de salud. Paralelamente, se deben implementar estrategias intersectoriales que aborden las raíces estructurales de la violencia y promuevan el bienestar emocional, la educación en valores y el acceso equitativo a oportunidades sociales y económicas.

Una de las problemáticas en la población infantil del Atlántico, está dado por el aumento de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años refleja una problemática multifactorial que combina fallas en la gestión del riesgo nutricional, limitaciones en el acceso y uso de servicios de salud, y deficiencias en políticas públicas efectivas. La inadecuada promoción de la lactancia materna, las prácticas deficientes de alimentación complementaria y el incumplimiento en la entrega de micronutrientes esenciales agravan la situación, especialmente en contextos de pobreza y desigualdad.

Es fundamental adoptar un enfoque integral que fortalezca las estrategias de atención primaria en salud, promueva la educación nutricional, apoye la agricultura local y fomenta prácticas de autocuidado. Además, es imperativo garantizar el cumplimiento de las normas de suministro de micronutrientes y priorizar la promoción de la lactancia materna exclusiva como una medida clave para prevenir la desnutrición y mejorar la salud de la primera infancia.

Toda la anterior problemática se suma al desempeño del sistema de salud en el departamento, el cual enfrenta una serie de desafíos estructurales y operativos que

impactan negativamente en la efectividad de las intervenciones preventivas y curativas. La falta de adherencia a los lineamientos de salud pública, la ejecución tardía de las intervenciones, la baja calidad en la programación de actividades y la ausencia de un enfoque diferencial en la atención a poblaciones vulnerables limitan el acceso y la efectividad de los servicios.

Además, las deficiencias en la infraestructura, la falta de insumos y equipos, y el déficit de personal capacitado, junto con la débil articulación territorial para enfrentar emergencias y el cambio climático, aumentan la vulnerabilidad de la población. Para mejorar la salud pública y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad, es esencial fortalecer las capacidades del sistema de salud mediante una mejor planificación, coordinación interinstitucional, capacitación continua del personal y adecuación de los recursos. Solo a través de un enfoque integral y sostenido se podrán abordar las necesidades de las poblaciones más vulnerables y mejorar la respuesta ante emergencias y crisis sanitarias.

6. CAPÍTULO VI. PROPUESTA DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO

Ante los núcleos de inequidad identificados en los capítulos anteriores, se incluyeron en el PTS 2024-2027 propuestas de respuestas por cada eje del Plan Decenal de Salud Pública, en consonancia con el modelo de salud preventivo y predictivo asociado a sus componentes y pilares. Además, estas se organizaron sobre la base de los objetivos estratégicos para cada eje y sus respectivos resultados esperados. De igual forma se incluyeron las recomendaciones que surgieron como conclusión del ASIS participativo.

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública: en este eje se propusieron las siguientes respuestas: implementación de atención primaria de la salud mediante los equipos básicos; invertir en la red de prestación de servicios para mejorar el estado de las instalaciones y adaptarlas a las necesidades socioculturales de la población; propender por la corresponsabilidad de las IPS y EAPB; garantizar el uso eficiente de los recursos; garantizar una atención más eficiente y efectiva; buscar que las autoridades sanitarias y los entes reguladores trabajen en estrecha colaboración con los actores del sistema; promover la participación activa de la comunidad; ampliar la capacidad instalada para procesar el 100% de las muestras recibidas de los eventos de interés en salud pública.

Corolario en este eje se plantearon las siguientes recomendaciones: incluir en la planeación integral en salud del territorio la implementación de la atención primaria en salud en el marco del modelo de salud preventivo predictivo; fortalecer de las RIISS para su operación; fortalecer la conducción y articulación para la conformación de las RIISS; ejercer la soberanía sanitaria en el territorio para regular la inversión en salud; propender por el cumplimiento de los estándares de calidad en el sector salud; fomentar la cooperación entre las autoridades sanitarias, reguladores y proveedores de servicios para una atención más eficiente y efectiva; fortalecer las instancias de participación ciudadana para ejercer el control social; fortalecer la vigilancia en salud pública y la gobernabilidad del laboratorio departamental de Salud Pública. Cabe resaltar que la atención primaria en salud no fue visibilizada de forma individual, sino que sus acciones se encuentran incluidas de manera inherente en los diferentes programas.

Las anteriores propuestas y recomendaciones fueron asociadas a los siguientes pilares del modelo de salud preventivo y predictivo: redes integrales e integradas de servicios de salud; integridad en el sector salud (relacionados con los componentes: fortalecimiento del nivel primario con equipos básicos de salud y centros de atención primaria; IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en RIISS; conformación, y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud);

integralidad del sector salud (relacionada con los componentes: soberanía sanitaria y calidad e inspección vigilancia y control); Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad (relacionada con los componentes de: gestión territorial para el cuidado de la salud; participación social en salud; vigilancia en Salud Pública).

Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación: En el eje se plantearon propuestas de respuesta para abordar las necesidades específicas de estas poblaciones. En primer lugar, se destacó la importancia de garantizar el cumplimiento de las políticas y normas en salud, asegurando que las disposiciones legales se traduzcan en acciones concretas que promuevan la equidad y el acceso efectivo a los servicios. Asimismo, se propuso el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones y del talento humano en salud, con énfasis en el abordaje integral de los diferentes tipos de violencia, dotando a los prestadores de servicios de los recursos necesarios para atender de manera adecuada a las víctimas. También se consideró prioritario mejorar las condiciones de las instituciones de salud, adaptándolas a las necesidades socioculturales de estas poblaciones para garantizar una atención inclusiva y pertinente.

Posteriormente, se formularon recomendaciones adicionales para fortalecer la implementación de estas propuestas. Entre ellas, se planteó robustecer los sistemas de inspección, vigilancia y control, con el objetivo de garantizar el cumplimiento efectivo de las políticas y normas en salud. También se destacó la necesidad de implementar de manera adecuada la Ruta de Atención Integral en Salud para Víctimas, asegurando que esta herramienta sea operativa, accesible y eficaz. Finalmente, se propuso fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIISS) para optimizar su funcionamiento y garantizar una atención coordinada, oportuna y de calidad.

Estas propuestas y recomendaciones buscan responder de manera integral a las necesidades de estas poblaciones, promoviendo un sistema de salud más inclusivo, equitativo y adaptado a las particularidades de cada grupo.

Las propuestas y recomendaciones mencionadas se vinculan con los siguientes pilares fundamentales del modelo de salud preventivo y predictivo: integridad en el sector salud (componente asociado: calidad e inspección vigilancia y control), redes integrales e integradas de servicios de salud (componente asociado: conformación, y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud), territorialización social, gobernanza y gobernabilidad (componente asociado: gestión territorial para el cuidado de la salud).

Eje 3. Determinantes sociales de la salud: En el eje se formularon iniciativas dirigidas a abordar los factores estructurales que afectan los resultados en salud. Entre

las principales acciones se encuentra la implementación de atención primaria en salud mediante equipos básicos, con actividades educativas orientadas a promover entornos saludables, estilos de vida sanos y espacios libres de humo. Esto incluye fomentar el consumo de frutas y verduras, reducir el consumo de sal, sodio y alcohol, y promover hábitos alimenticios saludables y la actividad física.

Se destacó la necesidad de facilitar el acceso a servicios de apoyo social para mujeres en situación de vulnerabilidad y abordar factores sociales como la pobreza, la inseguridad alimentaria y las necesidades básicas insatisfechas. También se propuso mejorar la infraestructura básica, como la cobertura de alcantarillado, los servicios de aseo, el mantenimiento de espacios públicos y la vigilancia sanitaria. Además, se planteó implementar planes integrales de seguridad alimentaria en los 22 municipios, priorizando el derecho humano a la alimentación e incluyendo la Guía Alimentaria Basada en Alimentos (GABAS).

Entre las recomendaciones clave, se incluyeron fortalecer las redes de apoyo comunitario, realizar alianzas estratégicas con los sectores de educación y cultura, implementar acciones intersectoriales, gestionar el acceso al saneamiento básico y transformar los determinantes sociales que afectan los resultados en salud. Estas acciones buscan no solo mejorar las condiciones de salud, sino también reducir las desigualdades sociales y económicas, fomentando un desarrollo más equitativo y sostenible.

Las iniciativas y sugerencias descritas se relacionan con los pilares correspondientes del modelo de salud preventivo y predictivo: redes integrales e integradas de servicios de salud (componentes asociados: fortalecimiento del nivel primario con equipos básicos de salud y centros de atención primaria; conformación y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud), integridad en el sector salud (componentes asociados: soberanía sanitaria; calidad e inspección vigilancia y control), territorialización social, gobernanza y gobernabilidad (componentes asociados: gestión territorial para el cuidado de la salud; participación social en salud).

Eje 4. Atención Primaria en Salud: En el eje, se formularon iniciativas orientadas a abordar los factores estructurales que impactan los resultados en salud. Las principales acciones incluyen la implementación de equipos básicos de salud para realizar actividades educativas sobre entornos saludables, estilos de vida sanos y la promoción de hábitos como el consumo de frutas y verduras, la reducción de sal, sodio y alcohol, y la actividad física. Se propuso también facilitar el acceso a servicios de apoyo social para mujeres en vulnerabilidad, y abordar factores como la pobreza, la inseguridad alimentaria y las necesidades básicas insatisfechas. Además, se planteó mejorar la infraestructura básica y garantizar el acceso a saneamiento, salud y alimentos mediante

planes integrales de seguridad alimentaria y la inclusión de la Guía Alimentaria Basada en Alimentos (GABAS) en los 22 municipios.

Por otra parte, se fortalecer las redes de apoyo comunitario, fomentar alianzas intersectoriales con educación y cultura, y transformar los determinantes sociales que afectan la salud, como la pobreza y la inseguridad alimentaria, para reducir las desigualdades sociales y mejorar el bienestar de las comunidades. Estas acciones están alineadas con el modelo de salud preventivo y predictivo, que enfatiza el fortalecimiento del nivel primario de atención, la calidad e inspección del sector salud, y la participación social en la gestión territorial de la salud.

En cuanto a la atención primaria, se propuso fortalecer las instituciones y el talento humano en salud, así como implementar equipos básicos para realizar consultas preconcepcionales y promover la salud en comunidades. Se enfatizó la importancia de evaluar y ajustar las intervenciones continuamente para mejorar su efectividad, eliminar barreras administrativas y garantizar la calidad de la atención. Además, se planteó la gestión del modelo CERS y la incorporación de políticas de salud mental y control de drogas, acompañadas de educación comunitaria para gestionar el riesgo en poblaciones clave.

Las recomendaciones incluyen la conformación de equipos básicos de salud para intervenciones individuales y colectivas, el fortalecimiento institucional para mejorar el acceso y la integralidad de la atención, y el monitoreo permanente de los estándares de calidad. Se sugirió también implementar políticas nacionales adaptadas a las necesidades locales, fortalecer la oferta de servicios de atención primaria y fomentar la participación activa de la población en la vigilancia de la salud pública. Finalmente, se destacó la importancia de contratar talento humano en salud de manera permanente y con una remuneración digna, asegurando la continuidad y calidad en los procesos de atención primaria.

Las iniciativas y sugerencias descritas se vinculan estrechamente con el modelo de salud preventivo y predictivo de la siguiente manera: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (componentes asociados: conformación, y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud; fortalecimiento del nivel primario con equipos básicos de salud y centros de atención primaria; IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en RIISS), integridad en el sector salud (componentes asociados: calidad e inspección vigilancia y control; soberanía sanitaria), territorialización social, gobernanza y gobernabilidad(componentes asociados: gestión territorial para el cuidado de la salud; participación social en salud; vigilancia en salud pública), trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores del

sector de la salud (componentes asociados distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente).

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias: En el eje se propuso mejorar la gestión del riesgo de desastres y la respuesta ante los efectos del cambio climático, articulando esfuerzos con los entes competentes para identificar y evaluar los riesgos. A partir de esto, se deben tomar medidas preventivas y correctivas para minimizar dichos riesgos, tales como la canalización de arroyos, la arborización, y la mejora de la planificación urbana, asegurando el cumplimiento del Plan de Ordenamiento Territorial (POT). Además, se sugirió la generación de ayudas gubernamentales para mejorar las condiciones de vivienda de las personas vulnerables y la implementación de programas de educación para sensibilizar a la población sobre el manejo adecuado de residuos sólidos.

Análogamente se recomendó la implementación de un proceso integral de manejo de desastres, para mejorar la capacidad de respuesta y la gestión del riesgo, tanto en atención como en prevención, para garantizar una intervención efectiva en situaciones de emergencia. Además, se recomienda fortalecer la articulación entre los diferentes sectores y la comunidad para abordar este desafío de manera integral. Es fundamental que la respuesta en salud esté anticipada e incorporada en los instrumentos de planeación territorial, asegurando que se incluyan medidas preventivas y de preparación en el desarrollo de políticas y planes locales. Esta planificación proactiva permitirá una respuesta más eficiente y rápida ante emergencias y situaciones de crisis, fortaleciendo la resiliencia de las comunidades frente a los impactos del cambio climático y otros eventos adversos.

Las iniciativas y sugerencias planteadas están profundamente conectadas con los pilares esenciales del modelo de salud preventivo y predictivo descritos a continuación: territorialización social, gobernanza y gobernabilidad (asociado al componente: gestión territorial para el cuidado de la salud).

Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria: Se proponen las siguientes acciones para mejorar la atención en salud y optimizar la gestión de los recursos: Primero, se recomienda implementar la estrategia ZOE en las instituciones educativas, integrando un call center especializado en el seguimiento de la demanda inducida, con la capacidad de ofrecer atención 24 horas al día, brindando orientación y apoyo a la población en todo momento. Además, se debe realizar una depuración mensual de las bases de datos del SISBEN y la BDUA para identificar a la población en situación de riesgo (PPNA).

Asimismo, se sugiere monitorear de manera continua los indicadores de salud para tomar decisiones informadas y oportunas, permitiendo así la implementación de

acciones correctivas cuando sea necesario. En este sentido propender por el adecuado diligenciamiento de las fichas epidemiológicas, para disponer de información con calidad. Por último, se debe desarrollar las capacidades del talento humano y de las instituciones involucradas en la atención sanitaria, para asegurar que el personal esté capacitado y las instituciones puedan responder eficientemente a las necesidades de la comunidad

Las sugerencias y recomendaciones planteadas están relacionadas con los siguientes pilares del modelo de salud preventivo y predictivo: territorialización social, gobernanza y gobernabilidad, (relacionado con el componente: gestión territorial para el cuidado de la salud), integridad en el Sector Salud (relacionado con los componentes: calidad e inspección vigilancia y control; soberanía sanitaria), trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores del sector de la salud (relacionado con el componente: distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente).

Eje 7. Personal de salud: Se propone para la respuesta un mayor compromiso entre las ARL y las empresas, para garantizar la entrega de elementos de trabajo adecuados y mejorar las condiciones laborales. En este sentido, es fundamental desarrollar capacidades en el talento humano y en las instituciones, con el objetivo de reducir el estigma y las barreras que limitan el acceso a servicios de salud confidenciales. Además, se deben implementar estrategias que promuevan la adherencia a la guía de manejo integral de los pacientes.

Es importante fortalecer las competencias del talento humano y de las instituciones mediante procesos de seguimiento y monitoreo a prestadores y aseguradores, así como la capacitación constante en el área de la salud, con énfasis en la eliminación de barreras que dificultan el acceso a los servicios. Por último, se deben implementar programas de formación enfocados en la cualificación del talento humano, abordando desafíos como la alta rotación y la contratación tardía. También es necesario mejorar los salarios e implementar manuales tarifarios acordes a los distintos cargos y profesiones, garantizando condiciones laborales justas y eficientes.

Aunado a lo anterior se recomienda velar por el cuidado de la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos asociados a su ocupación, garantizando un entorno laboral seguro y saludable. Además, es fundamental empoderar al talento humano en el desarrollo de atenciones individuales y colectivas que beneficien a las familias, personas y comunidades, asegurando un impacto positivo en la salud pública. Así mismo, es necesario fortalecer las capacidades del talento humano para ejecutar acciones de inspección, vigilancia y control a los sujetos bajo la autoridad sanitaria, con el fin de garantizar el cumplimiento de las normativas y estándares en salud.

Por último, se debe promover la satisfacción del talento humano en salud, considerando el rol y las actividades que desempeñan, para mejorar su desempeño y bienestar en el ejercicio de sus funciones. Las propuestas de intervención y recomendaciones presentadas se vincularon con los siguientes pilares del modelo de salud preventivo y predictivo: Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad (relacionado con el componente: gestión territorial para el cuidado de la salud), redes integrales e integradas de servicios de salud (relacionado con el componente: fortalecimiento del nivel primario con equipos básicos de salud y centros de atención primaria), integridad en el sector salud (relacionado con el componente: calidad e inspección vigilancia y control). Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores del sector de la salud. Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.

Conclusión capítulo VI

Las propuestas del Eje 1 de Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública; buscan fortalecer la soberanía sanitaria, mejorar la atención primaria y el fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIISS), mediante la corresponsabilidad de los actores del sector salud, con el apoyo de los entes de control y la participación de los actores sectoriales intersectoriales y comunitarios.

Las propuestas del Eje 2 Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación; pretenden asegurar la equidad y el acceso a servicios de salud para poblaciones específicas, fortaleciendo las capacidades institucionales y del talento humano, para brindar una atención acorde a las necesidades socioculturales y con enfoque diferencial.

Las propuestas del Eje 3 buscan abordar los determinantes sociales de la salud mediante la realización de acciones intersectoriales como la promoción de hábitos saludables y la mejora de la infraestructura pública. Además, acciones para reducir la pobreza, la inseguridad alimentaria, fortalecer las redes de apoyo comunitario y promover un desarrollo productivo sostenible.

Las propuestas del Eje 4 plantean robustecer la atención primaria en salud con un enfoque preventivo y predictivo, mediante el desarrollo de capacidades institucionales y del talento humano, la implementación de equipos básicos de salud, el fortalecimiento las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIISS) y el fortalecimiento de las acciones colectivas para todos los cursos de vida.

Las propuestas del Eje 5 pretenden mejorar la gestión del riesgo de desastres y la respuesta ante el cambio climático mediante la articulación con entes competentes. Por

otra parte, se recomienda un proceso integral de manejo de desastres, fortaleciendo la articulación sectorial, intersectorial y comunitaria, anticipando la respuesta en salud.

Las propuestas del Eje 6 buscan producir información y evidencia adecuada, relevante, oportuna, confiable y accesible para la toma de decisiones en salud; haciendo énfasis en el monitoreo continuo de indicadores de salud.

Las propuestas del Eje 7 buscan asegurar condiciones laborales adecuadas para el personal de salud mediante la colaboración entre ARL y empresas, desarrollar capacidades para mejorar competencias a través de formación continua. Además, se recomienda abordar la alta rotación, mejorar los salarios, y garantizar un entorno laboral seguro y saludable

BIBLIOGRAFÍA

Cámara de Comercio de Barranquilla. Estudio económico y social del Atlántico 2022. Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Bogotá. Congreso de Colombia. Ley 2294 de 2023. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. Consultado en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=209510>

Congreso de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001. Bogotá. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Bogotá. <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201438%20DE%202011.pdf>

Congreso de Colombia. Ley 100 de 2024. Consultado en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30050947>

Departamento Nacional de Estadísticas. Caracterización sociodemográfica del campesinado colombiano. Consultado en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas-casen/doc-CASEN- CaracsociodemoCampesinadoCO.pdf>

Departamento Nacional de Estadísticas. Perfiles económicos departamentales. Departamento del Atlántico. Oficina de estudios económicos. 2024.

Gobernación del Atlántico. Anuario estadístico del departamento del Atlántico. 2021. Consultado en: <https://www.atlantico.gov.co/index.php/anuarios-estadisticos/20512-anuario-estadistico-2021>

Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Escenarios de Cambio Climático para Colombia 2011-2100. 2023. Pág. 26.

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológico para la construcción participativa del análisis de situación de salud (ASIS) en el territorio. Bogotá, octubre de 2023.

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos de Planeación Integral para la salud en el ámbito territorial. febrero 2024.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 00002367 de 2023, Consultado en: <https://consultorsalud.com/camb-plan-decenal-de-salud-publica-2022-2031/>.

Ministerio de Salud. Resolución 1035 de 2022, por la cual se adopta el Plan Decenal de