

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240030

FECHA: 29-04-2024

Riohacha, 29 de abril de 2024

Doctora

ANDREA JOHANNA AVELLA TOLOSO

Dirección de epidemiología y demografía

Ministerio de Salud y Protección social

**ASUNTO: ENTREGA ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD
PARTICIPATIVO RIOHACHA– ASIS 2023**

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me dirijo a usted con el fin de hacer entrega del análisis de la situación de salud participativo– ASIS 2023 del Distrito de Riohacha, dejando constancia que se desarrolló bajo los lineamientos y directrices impartidos por ustedes como Ministerio de salud y protección social, lo anterior para su revisión y aprobación.

Sin otro particular,

Cordialmente,

**CARLOS MANUEL ACOSTA MEDINA
SECRETARIO DE SALUD**

Análisis de Situación de Salud Participativo, 2023

Genaro David Redondo Choles
Alcalde Distrital de Riohacha

Carlos Manuel Acosta Medina
Secretario de Salud Distrital de Riohacha

Equipo ASIS

Epidemiólogas
Shirley Nájera Arregóces
Kellys Quintana Guerrero

Profesional
Lilibeth Contreras

Técnicos
Sabier Sierra Arregóces
Angie Oliveros

Dirección de Epidemiología y Demografía
Grupo ASIS

Riohacha, La Guajira, 2024

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA	5
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES	6
SIGLAS	7
1 CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO.....	8
1.1 Contexto territorial	8
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica	8
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio	18
1.2 Contexto poblacional y demográfico	21
1.2.1 Estructura demográfica	28
1.2.2 Dinámica demográfica	24
1.2.3 Movilidad forzada	37
1.2.4 Población LGBTIQ+	42
1.2.5 Población Migrante	45
1.2.6 Población Campesina	50
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	51
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	52
2 CAPIÓN 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.....	57
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	57
2.2 Condiciones de vida del territorio	60
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio	66
3 CAPIÓN 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	70
3.1 Análisis de la morbilidad.....	70
3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad.....	70
3.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores	73
3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	76
3.1.4 Análisis de la población con discapacidad	81
3.1.5 Identificación de prioridades en la morbilidad	82
3.2 Análisis de la mortalidad	83

3.2.1	Mortalidad general	83
3.2.2	Mortalidad específica por subgrupo	92
3.2.3	Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	108
	Conclusiones de mortalidad	
4.	CAPITULO IV ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	122
5.	CAPITULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	130
6.	CAPITULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS.....	138

INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud - ASIS, es la primera de las once funciones esenciales de la salud pública, enmarcadas en la iniciativa "La salud pública en las Américas" (Organización Panamericana de la Salud) que dentro de las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud permiten alcanzar el objetivo central de mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, a través del monitoreo evaluación y análisis de la situación de salud.

La importancia del ASIS radica en generar la información que el componente técnico y político requiere para implementar los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. Por tanto, se han establecido propósitos muy claros para el ASIS como la definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia; la formulación de estrategias de promoción, prevención, control de daños a la salud, la evaluación de su pertinencia y cumplimiento y la construcción de escenarios prospectivos de salud (Organización Panamericana de la salud, 1999).

Teniendo como referente la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se realizó el ASIS del Distrito de Riohacha, el cual respeta una estructura donde los datos ingresan como insumos provenientes de numerosas fuentes: censos poblacionales, registros administrativos, encuestas y estudios poblacionales, entre otras; son transformados mediante la aplicación de técnicas de análisis cualitativas y cuantitativas de diferentes niveles de complejidad. Cabe anotar que la información elaborada a partir de las fuentes oficiales de consulta concerniente a la mortalidad se realizó con corte al año 2021 y morbilidad se realizó con corte al año 2022.

El ASIS del Distrito de Riohacha, se basará en la evidencia efectiva y oportuna que servirá de uso para la inteligencia sanitaria para el fortalecimiento de la rectoría en salud, necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud.

El ASIS es la herramienta fundamental para la elaboración del Plan Decenal de salud pública 2022-2031 y del Plan de Salud Territorial, en los cuales convergen las políticas sectoriales e intersectoriales concertadas y coordinadas que permitan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y las políticas dirigidas a grupos poblacionales. De la misma manera, los planes responden a las políticas de salud priorizadas, las cuales son soportadas en el Análisis de la Situación de Salud, cuya formulación y puesta en marcha generan un gran impacto en los indicadores de salud.

METODOLOGÍA

Los resultados presentados en este documento ASIS del Distrito de Riohacha, La Guajira, corresponden a información recolectada de datos primarios y secundarios.

A continuación, se detallan las fuentes utilizadas en cada capítulo: estimaciones y proyecciones de la población e indicadores demográficos para el análisis de este mismo contexto. Para el análisis de la mortalidad del Distrito de Riohacha - La Guajira, se utilizó la información del periodo entre el 2005 al 2021, de acuerdo a las bases de datos de Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

Los ciclos vitales presentados en este documento obedecen a la reglamentación generada en las diferentes políticas públicas en el territorio nacional, por lo tanto, se entenderá como primera infancia a los menores de 5 años de edad, infantes a los niños y niñas entre 6 a 11 años, adolescentes a las personas entre 12 a 18 años, jóvenes a personas entre 14 a 26 años, adultos entre 27 a 59 años y adulto mayor a las personas mayores de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social).

Se realizó una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud como medida de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, años de Vida potencialmente perdidos-AVPP, tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas en intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J: Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo de Excel.

Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los registros individuales de prestación de servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo, el sistema de vigilancia de salud pública, SIVIGILA, del Instituto Nacional de Salud, plan de desarrollo Distrital de Riohacha, La Guajira 2020 - 2023 (contexto territorial), Ministerio de educación nacional (coberturas de educación, analfabetismo, deserción escolar), población desplazada -SISPRO.

El periodo del análisis para los RIPS fue del 2009 al 2021; para los eventos de alto costo fue el periodo comprendido entre los años 2009 al 2021 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2009 al 2020; se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, razón de incidencia y razón de letalidad, para estas medidas se les estimaron los intervalos de confianza del 95%, el método de Rothman, K.J: Greenland, S., para las estimaciones se utilizaron las hojas de cálculo de Excel.

Para la realización de la priorización de los efectos en salud se utilizó el método de Hanlon, a través de la hoja electrónica de Excel y se estimó el índice de necesidades básicas en salud.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a todas las instituciones que colaboraron de manera invaluable en la realización del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en el Distrito de Riohacha. Agradecemos al gobierno local por su apoyo continuo, a las instituciones de salud por compartir datos cruciales, a las organizaciones no gubernamentales por su compromiso, a los profesionales de la salud y la comunidad por su participación para hacer posible este la construcción de este documento. Este esfuerzo conjunto ha enriquecido significativamente nuestro entendimiento de las dinámicas de salud locales y sienta las bases para intervenciones informadas y eficaces que beneficiarán a la comunidad de Riohacha.

SIGLAS

Incluya las siglas, que se mencionan al interior del documento Ejemplo.

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.

1. CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

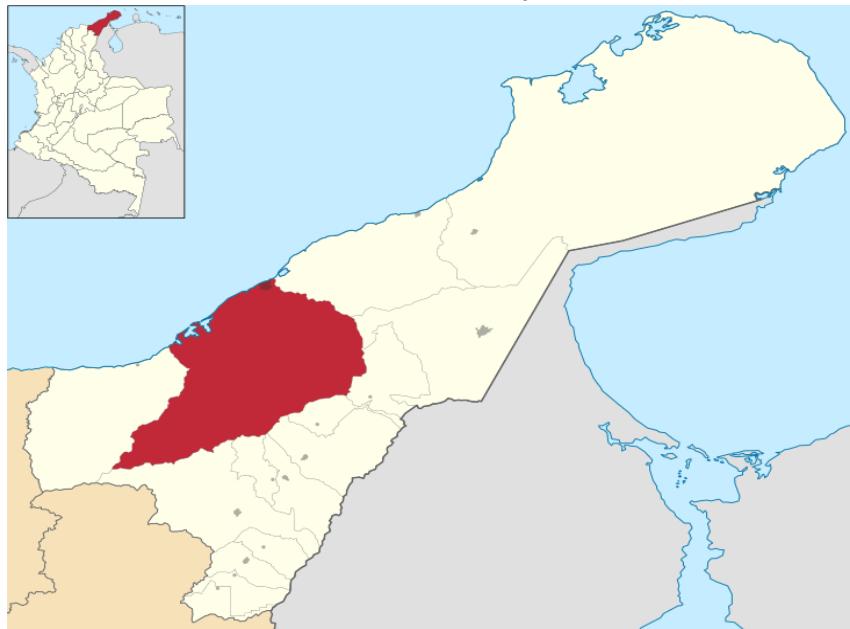
El Distrito de Riohacha es la capital del Departamento de La Guajira, la capital más septentrional del caribe colombiano, de la Colombia continental y de Suramérica.

El Distrito de Riohacha está ubicado sobre la costa Caribe del Departamento. Ocupa cerca de la cuarta parte del territorio departamental con una extensión de 491.383 de las cuales 133.980 (27%) pertenecen a zonas de resguardos indígenas, 134.444 (27%) al Parque Nacional Natural Sierra de Santa Marta y 4.784 (0,9%) al santuario de flora y fauna de los flamencos.

El Distrito de Riohacha está ubicado en el centro del Departamento de la Guajira; sus límites son: por el norte, el Mar Caribe; por el oriente, con el Río Ranchería por el oriente, con el municipio de Albania y el río Ranchería que lo separa del Municipio de Maicao y del Municipio de Manaure; al sur, los Municipios de Hatonuevo, Barrancas, Fonseca, Distracción, San Juan del Cesar; y al occidente el municipio de Riohacha.

La configuración de los límites del Distrito de Riohacha, recuerda a la geometría de un trapecio recto en el que la base menor es su costa y el lado perpendicular es el tramo final del Río Ranchería. Su altitud sobre el nivel del mar varía desde el nivel del mar hasta 3.800 msnm.

**Mapa 1. Localización Geográfica del Distrito de Riohacha
Departamento de La Guajira 2.023**



Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Colombia - La_Guajira

Límites del Distrito:

Extremo Norte: Desembocadura del río Ranchería. Latitud 11°30' - Longitud 72°54'

Extremo Sur: Cerro Oquí, cerca al nacimiento del río Ranchería. Latitud 10°55' - Longitud 73°22'

Extremo Este: Punto NP-7-CET-84.487. Latitud 11°12' - Longitud 72°32'

Extremo Oeste: Boca de La Enea, desembocadura del río Tapias. Latitud 11°20' - Longitud 73°13'

Distancia de referencia: a 1.121 km al norte de Bogotá y a 260 km de distancia de Barranquilla por vía terrestre.

Extensión: La superficie es de 3.084,45 km², que representan el 14,3% del departamento. El área urbana ocupa el 0,79% de la superficie y el área rural el 99,2%.

**Tabla 1. Distribución por extensión territorial y área de residencia,
Distrito de Riohacha 2.023**

Distrito	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Riohacha	24,64 km ²	0,79	3.059,81 km ²	99,2	3.084,45 km ²	100,0

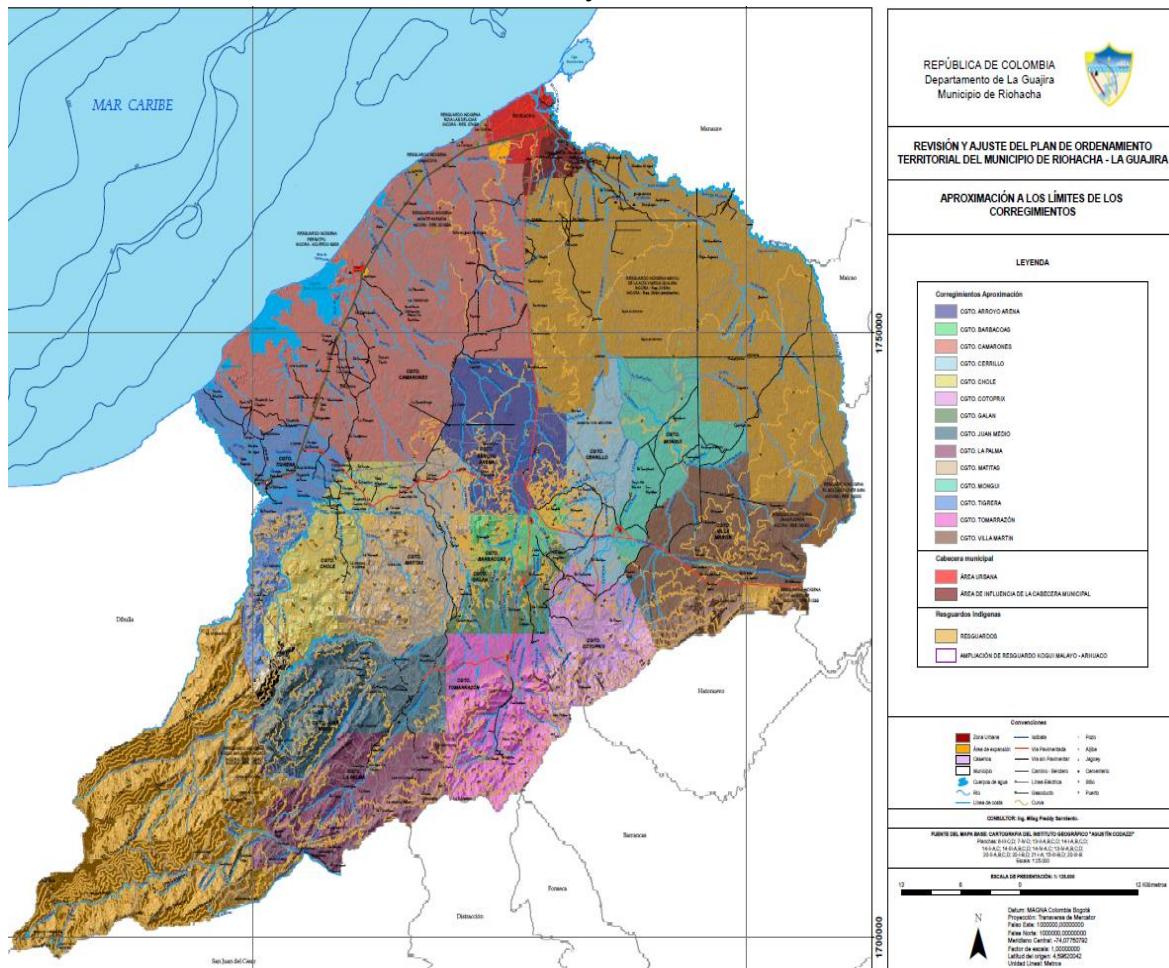
Fuente: Plan de Desarrollo Distrito de Riohacha.

La división política administrativa del Distrito de Riohacha está conformada por:

- **Área Rural:** 14 Corregimientos: Arroyo arena, Barbacoas, Camarones, Cerrillo, Choles, Cotoprix, Galán, Juan y medio, La Palma, Matitas, Monguí, Tigreras, Tomarrazón y Villa Martin.
- **Resguardos Indígenas:** 8 (7 de ellos pertenecen a la Etnia Wayuu y 1 de la Sierra Nevada)
- **Casco urbano:** Dividido en 12 Comunas: Comuna 1: Centro Histórico, Comuna 2: Nuevo Centro, Comuna 3: Coquivacoa, Comuna 4: Cooperativo, Comuna 5: Aeropuerto Almirante Padilla, Comuna 6: Nuestra Señora de los Remedios, Comuna 7: Boca Grande, Comuna 8: Ecológica Laguna Salada y El Patrón, Comuna 9: Eco – Turística Río Ranchería, Comuna 10: El Dividi, Comuna 11: Suburbana Nuevo Horizonte y la Comuna 12: Nazareth.

Área Rural - Corregimientos: Al respecto, el Acuerdo N°. 009 de 2000 plantea una aproximación más precisa a la configuración territorial y el área de influencia de los 14 corregimientos que integran el Distrito de Riohacha, esbozando su delimitación.

Mapa 2. División Política-Administrativa, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023



Fuente: Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2023.

Tabla 2. Corregimientos y Centros Poblados, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023

Corregimientos	Centros Poblados
Arroyo arena	El Abra, Los Cerritos, El Contento, La Florida, El Brasil, Los Maguelles, El Guaimaro.
Barbacoas	El Mundo, San Martín, El Bajero, Soledad, El agua.
Camarones	Boca de Camarones, Perico, El Horno, La Talanquera, La Isla, El Ahumao, La Gloria, 4 Bocas, Las Delicias, Fuego Verde, Los Llanos, La Trinidad, Joaquina, La Cachaca I, La Cachaca II, La Tolda, La Laguna Grande, La Plazoleta, La Guácima, Puente Guerrero, El Colorado, Cari Cari.
Cerrillo	Cerro Peralta, Las Mercedes, La Buena Fe, La Amarilla, Los Melones, Nuestra Vida, Chivín, Mi Chocita, La Estrella, La Piedrecita.
Choles	Comejenes, Anaime, El Muerto.
Cotoprix	La Sabana del Potrero, Guamachito, El Suan, Rollo Azul, Cueva Honda, El Piñón, El Carbonal.
Galán	Palmar de Marín, Las delicias, Villa Rosa, El Tablazo, la Sabana, El Portón, Yusurú, Los Altos de Mandinga.
Juan y medio	Los Moreneros, Cascajalito, El Carmen de Tapia, San Lázaro, Los Ñeques, Macho Solo, Las Américas, Carrizal, Naranjal.
La Palma	Puerto Colombia, Las Casitas, El Limón, La Balsa, El Baquete, La Solita, La Guillermina, Peñacal, Indaleso, Contadero, Paiva.
Matitas	Giracial, La Mora, Los Caminos, Perevere, Piyaya.
Monguí	Cucurumana, Aujero, Aritaure, El Patrón, Buenos Aires, Aritama
Tigreras	El Ebanal, Pelechúa, Puente Bomba
Tomarrazón	La Gloria, Los Gorros, Marimonda, Las Confecciones, El Hoyo, San Esteban, Cascajalito, Los Paraguitos, García, Cacagual.
Villa Martín	La Arena, El Socorro, El Peñon, El Arhuaco, El Arroyo, Laguna Sala, San Vicente, El Paraíso, El Oso.

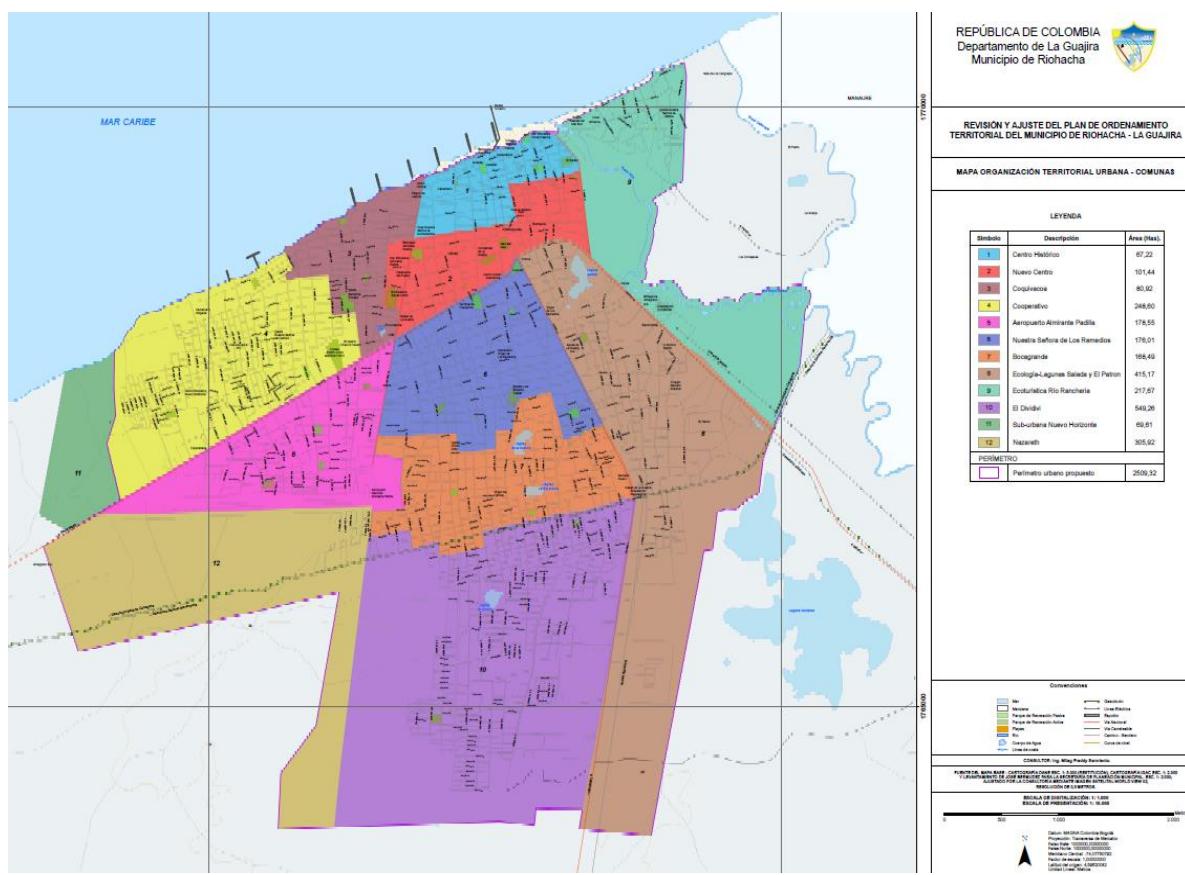
Fuente: Plan de Desarrollo Distrital 2020 –2023 - Consejo Distrital de Riohacha, Acuerdo 009/2000

Casco urbano: El Acuerdo N°. 003 de 2002 establece una nueva distribución del territorio urbano de la cabecera Distrital de Riohacha en Comunas, unidades territoriales que manan del ordenamiento institucional previsto en la Ley 136 de 1.994. El nuevo Acuerdo deroga la división que existía soportada en el Acuerdo N°. 029 de 1995. En esta nueva división en comunas, se precisan de mejor manera los límites y sobre todo, los barrios que conforman cada una de éstas. Art 48 Acuerdo 003 de 2002: Delimitación de sectores urbanos o comunas.

Tabla 3. Comunas y Barrios, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023

Comunas	Barrios
Comuna 1: Centro Histórico	Barrio Arriba, Barrio Abajo y Urbanización El Faro
Comuna 2: Nuevo Centro	Barrio Arriba Sur, San Martín de Porras, Remedios, El Tatual, El Libertador y El Acueducto.
Comuna 3: Coquivacoa	José Antonio Galán, Padilla, Paraíso, Luis Antonio Robles, Guapuna, Las Mercedes, Sol Tropical y Coquivacoa con todas sus etapas.
Comuna 4: Cooperativo	Marbella, San Tropel, Nuevo Horizonte, Portal de Comfamiliar, 12 de octubre, Cooperativo, Jorge Pérez, Nuevo Faro, La Ñapa, Edinson De Luque Pinto y Manantial.
Comuna 5: Aeropuerto Almirante Padilla	Cactus 1, Cactus 2, Che Guevara, Las Tunas, San Martín de Loba, Matajuna, Aeropuerto, Nazaret y Caribe.
Comuna 6: Nuestra Señora de los Remedios	20 de Julio, Obrero, San Francisco, Rojas Pinilla, Nuestra Señora de los Re medios, José Arnoldo Marín, La Loma, Luis Eduardo Cuellar, Las Villas, El Calanca, El Progreso, Entreríos, Villa Tatiana, Médano y Kepiagua.
Comuna 7: Boca Grande	Los Nogales, El Comunitario, La Esperanza, La Cosecha, 15 de Mayo, Los Olivos, Eurare, Simón Bolívar, Comfamiliar 2.000, Buganvilla, San Judas y Boca Grande.
Comuna 8: Ecológica Laguna Salada y El Patrón	Camilo Torres, María Eugenia Rojas, Villa Laura, Ranchería 7 de Agosto, Buenos Aires, Urbanización Villa Pareigua, Urbanización Claudia Catalina, Urbanización Pilar del Río, Urbanización V illa Armando, Urbanización Bella Vista, Los Cerezos, Urbanización Sol Mar y Urbanización Wuetapia.
Comuna 9: Eco – Turística Río Ranchería	Urbanización Villa Comfamiliar, Urbanización Villa del Mar, Villa Tatiana, Nuestra Señora de Fátima y Villa Fátima.
Comuna 10: El Dividivi	Los Almendros, Los Loteros, Villa Sharin, Hugo Zúñiga, La Floresta, Urbanización Villa Aurora, Villa Jardín, Urbanización Taguaira, Urbanización San Judas Tadeo, Urbanización la Mano de Dios, Las Mercedes, Ciudadela Dividivi, Urbanización San Isidro, Nuevo Milenio, 31 de Octubre y Fundación Casa del Abuelo
Comuna 11: Sub – Urbana: Nuevo Horizonte	
Comuna 12: Nazareth	
Fuente: Acuerdo 003/2002 - Consejo Municipal de Riohacha.	

Mapa 3. Comunas urbanas, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023



Fuente: Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2023.

La población indígena wayuu no resguardada tiene aproximadamente una población de 11.200 personas del total de población wayuu en el Distrito de Riohacha (33.647 Hab. Wayuu). Existen en el Distrito de Riohacha siete resguardos pertenecientes a la etnia wayuu, distribuidos así:

- Alta y media Guajira: 9.562 habitante
 - Mañature: 1.276 habitantes
 - Monteharmon: 1.009 habitantes
 - Las Delicias: 2.528 habitantes
 - Soldado Párate Bien: 721 habitantes
 - Unapuchon: 6.839 habitantes
 - Perraput: 512 habitantes

Igualmente tienen asiento en el Distrito las comunidades Wiwas y Koguis, que tienen una población aproximada de 9.900 personas, asentadas en la Sierra Nevada de Santa Marta, jurisdicción del Distrito de Riohacha en los caseríos Naranjal, Wikumke, Nulimake, Mamarongo, Guamaka, Guachirimake, Limón, poblados con más de 400 habitantes cada uno.

Características físicas del territorio

El Relieve y Ecosistema.

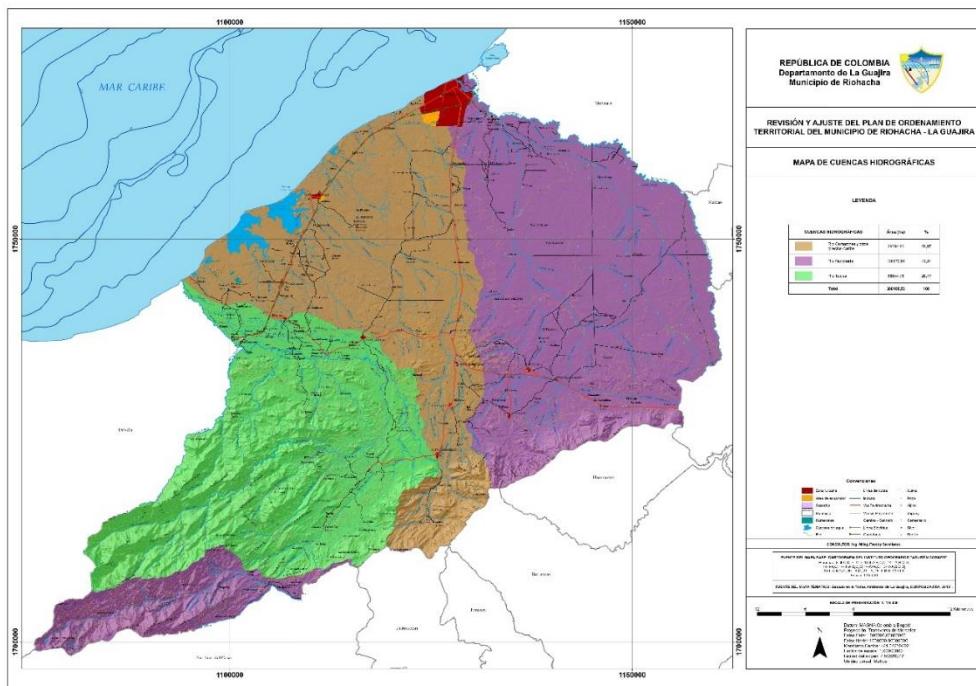
Lo constituye la planicie Guajira, la zona norte de la sierra nevada y cerros independientes, los cuales dan las características de un medio de selva húmeda en los montes, selva seca alrededor del cauce del río Ranchería y sabana seca en la llanura. La ciudad está situada entre la orilla del mar Caribe y la ribera noroccidental del delta del río Ranchería, específicamente del brazo El Riito. El ecosistema corresponde a selva seca constituida por matorrales subxerofíticos, bejucos, cactáceas y árboles de hojas compuestas, entre otros. Por la desertización, cerca de la costa el suelo es arenoso y el terreno es árido. Al sur de la ciudad, el ecosistema es característico de sabana seca.

Hidrografía.

La red hidráulica de La Guajira es sencilla, su curso de agua más importante es el río Ranchería, que nace en la Sierra Nevada de Santa Marta y desemboca en el mar Caribe; muchas de las corrientes son insuficientes y de curso temporal; entre ellas están los ríos Ancho, Camarones, Cañas, Garavito, Lucuici, Sillamaná.

- **Cuenca Ranchería.** El delta del río Ranchería es el principal patrimonio del Distrito de Riohacha, tanto por su longitud y caudal como por la importancia económica de sus valles, la cuenca del Río Ranchería, está localizada en la parte baja de la Guajira, es decir desde la cabecera sur oriental de la Sierra Nevada de Santa Marta, discurriendo por sus estribaciones hasta el corredor del Valle de Upar bordeando las estribaciones de la Sierra Nevada hasta bordear los Montes de Oca y de allí tomando rumbo norte hacia su desembocadura en el Caribe.
- **Cuenca del Mar Caribe.** Comprende dos sectores, el nororiental que drena una extensa zona de la Media y Alta Guajira con arroyos como Parashi, Jeppea, Toray y Jorotuy, entre otros y el sector suroccidental que drena principalmente las tierras de la vertiente nororiental a la Sierra Nevada de Santa Marta con corrientes de la importancia del río Tapias, Jerez, Cañas, Ancho, Palomino, etc. Los dos sectores son separados por la cuenca del río Ranchería.

Mapa 4. Mapa de cuencas hidrográficas, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023



Fuente: Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2023.

Altitud.

El Distrito de Riohacha se encuentra a una altitud desde el nivel del mar (0) hasta 3.800 en el nacimiento del Río Ranchería en la Sierra Nevada de Santa Marta.

Temperatura y Humedad.

Con una temperatura media de 28°C a 30°C promedio anual modificada un poco con la brisa marina y los vientos alisios del noreste que soplan durante la mayor parte del año con velocidad promedio de 3.5 m/s y 35% de humedad relativa promedio.

Amenazas y riesgos.

Las inundaciones en el Distrito de Riohacha es el principal problema de riesgo. Las áreas de mayor riesgo son en el delta del río Ranchería, Barbacoas, área vecina a la explotación bananera, presentan sin duda, un espacio fértil para inundaciones que se repiten con peligro para la vida, bienes y para la salud pública en general. Es territorio de muchos arroyos de vieja data que no han sido adecuadamente canalizados, y que agravan el anterior panorama. Los riesgos cada vez aumentan debido al aumento desmedido de la población, como efecto del desplazamiento, y su consabido impacto en la urbanización y en el medio ambiente principalmente.

Por otra parte, sin duda, la deforestación, la erosión, el mal manejo de la tierra, los asentamientos mal ubicados y los cultivos en zonas robadas al río, se convierten cada vez más en áreas expuestas a la inundación, que asumen su destino amenazante año por año, con un conformismo y una actitud equivocada y repetitiva, que aumenta la vulnerabilidad de las poblaciones allí ubicadas. El manejo de las inundaciones se repite periódicamente, y consiste en un proceso artesanal basado en la ubicación de sacos de arena, con utilización de escasa maquinaria y dotación.

Algunas de las causas de la problemática de riesgos y en especial del riesgo de inundaciones en el Distrito son:

- Desarrollos Urbanísticos no planificados, no controlados y aceptados en su condición inadecuada.
- Urbanización de las riberas y de los Bordes Costeros con sus desechos, aguas servidas y contaminación en general.
- Débil gobernabilidad local, con carencia de sanciones a los violadores de las normas urbanas.
- Calentamiento Global – Inundaciones.
- Funcionarios y Comunidades no preparadas para reducir y mitigar riesgos.
- Comunidades que desconocen la magnitud de sus riesgos y participan.
- Inconsciente en su aumento, así como en el aumento de su vulnerabilidad.
- Infraestructuras ribereñas en proceso de destrucción, así como otras totalmente destruidas, que no han contado con la prioridad ni los recursos necesarios por parte de las autoridades para resolverse.
- Graves condiciones de erosión en zonas ribereñas y costeras

Accesibilidad geográfica

Vías de comunicación:

Terrestres: Posee accesos terrestres por tres vías principales de conexión regional, como lo son la calle 15 o Troncal del Caribe que es uno de los principales puntos de acceso y conexión con el departamento del Magdalena y su capital Santa Marta y conecta con el municipio de Maicao en su extremo contrario, así mismo encontramos la Carrera 7 o vía a Valledupar que conecta al departamento de la Guajira con el departamento de Cesar y su capital Valledupar. Así mismo se comunica a través de un vuelo de 1 hora y 15 minutos con la capital del país Bogotá D.C.

- La Troncal del Caribe, carretera principal que une a Riohacha con Santa Marta. Teniendo en cuenta que la misma Troncal del Caribe en su tramo Riohacha - Maicao, se prolonga hasta el vecino país de Venezuela, sobre la cual no existen asentamientos importantes. Sin embargo, en el tramo de carretera ubicado dentro del casco urbano del distrito se localizan a lado y lado de esta vía varias instituciones como la Universidad de La Guajira, el SENA, el Batallón de Infantería del Ejército de Colombia, y establecimientos educativos públicos y privados.
- La vía que conduce a Valledupar en dirección sur desde el casco urbano, donde se ubican los corregimientos de: Arroyo Arena y Barbacoas; en este último, cambia de dirección y toma el rumbo oriental pasando por Monguí y Villa Martín, hasta llegar a Cuestecitas, donde retoma el rumbo sur hacia Hato Nuevo, Barrancas, el resto de distritos de la Baja Guajira y luego Valledupar. Por la prolongación hacia el sur de esta vía y continuando en dirección sur occidental se encuentran los

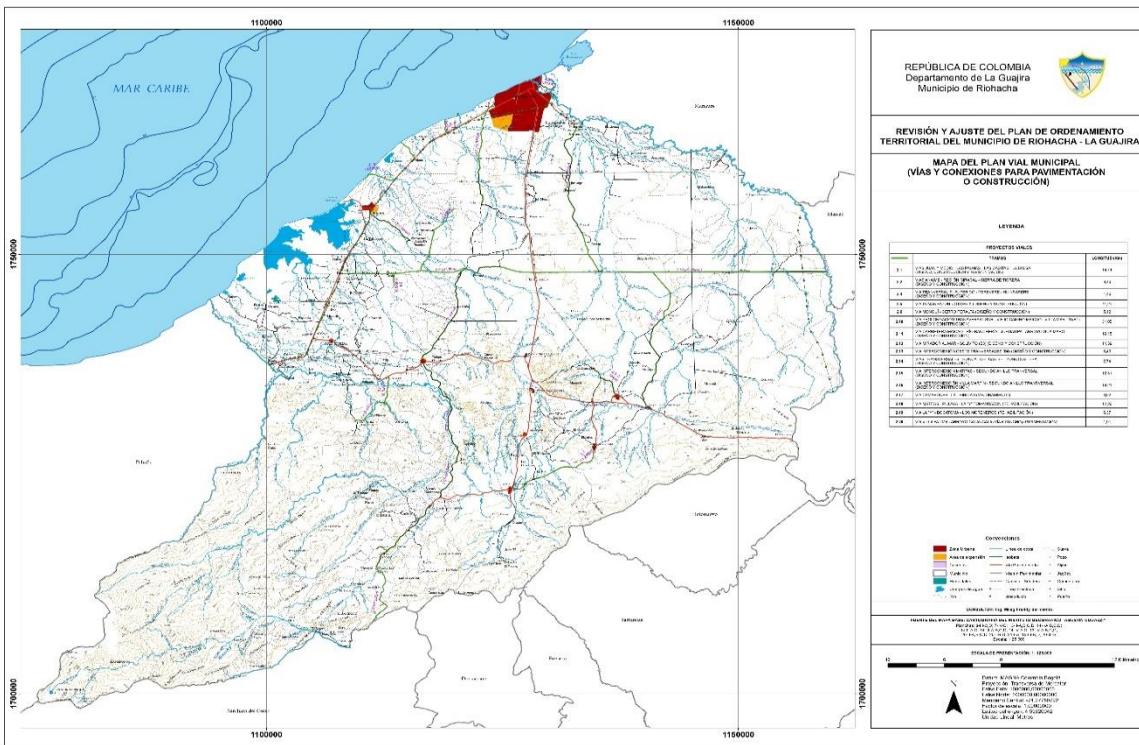
corregimientos de Galán, Tomarrazón y La Palma. Hacia el sur de Monguí sale una vía que une a éste con los corregimientos de Cerrillo y Cotoprix.

- La vía que, partiendo de la Troncal del Caribe a la altura de El Ebanal en dirección oriental, se conforma un eje funcional y productivo que concentra el principal subespacio económico rural del Distrito de Riohacha, une a Riohacha con La Florida en la carretera a Valledupar pasando por los corregimientos de Tigreras, Choles y Matitas, Arroyo Arena, Barbacoas, Galán, Tomarrazón, Monguí, Cotoprix, Cerrillo y Villa Martín. Su principal ventaja la constituye las tierras con mejor aptitud agroproductiva del Distrito, irrigadas por las cuencas medias de los ríos Tapia, Camarones y la Quebrada de Moreno.

Aéreas: Cuenta con el Aeropuerto Almirante Padilla, con seis vuelos comerciales en el día a la ciudad de Bogotá y 3 vuelos semanales a la ciudad de Medellín.

Marítima: Por su parte, es también importante para el Distrito de Riohacha. Así mismo cuenta con los principales medios de comunicación (teléfono, radio, fax, internet y televisión).

Mapa 5. Mapa del Plan Vial, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023



Fuente: Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2023.

Distancia entre Riohacha y las demás cabeceras municipales

La ciudad de Riohacha, capital del Departamento, se encuentra ubicada en el centro oriente del Departamento a una distancia promedio de 99 kilómetros de los otros municipios; La Jagua del Pilar es el municipio más lejano, el cual se encuentra a 184 kilómetros de Riohacha y en límite con el Departamento del Cesar, se localiza a 35

kilómetros de la ciudad de Valledupar; por su parte, el municipio de Manaure es el más cercano al distrito (63 kilómetros). (Ver Tapa 4).

**Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023**

Municipios	Tiempo de llegada desde el Municipio más alejado a la capital del Departamento en minutos	Distancia en Kilómetros desde el Municipio mas alejado a la capital del Departamento	Tipo de transporte desde el Municipio más alejado a la ciudad capital del Departamento
Riohacha	0	0	Vehículo
Albania	65	64	Vehículo
Riohacha	30	74	Vehículo
Maicao	60	76	Vehículo
Manaure	90	63	Vehículo
Uribía	80	92	Vehículo
Barrancas	70	100	Vehículo
Distracción	100	115	Vehículo
El Molino	130	151	Vehículo
Fonseca	80	124	Vehículo
Hatunuevo	60	75	Vehículo
Villanueva	135	170	Vehículo
La Jagua del Pilar	150	184	Vehículo
San Juan del	120	134	Vehículo
Urumita	140	175	Vehículo

Fuente: Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2023

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Las relaciones entre la sociedad y el ambiente en un territorio son complejas y están influenciadas por una variedad de factores. Estas interacciones pueden tener importantes consecuencias para el bienestar humano, la sostenibilidad ambiental y la calidad de vida en general.

Las sociedades dependen de los recursos naturales del territorio para satisfacer sus necesidades básicas, como alimentos, agua, energía y materiales de construcción. La forma en que la sociedad gestiona y utiliza estos recursos afecta directamente la salud del ambiente.

Las actividades humanas, como la industria, la agricultura y la urbanización, pueden tener impactos negativos en el ambiente, incluyendo la contaminación del aire y del agua, la deforestación, la pérdida de biodiversidad y el cambio climático. Así mismo, las actividades humanas y la generación y gestión de residuos son aspectos

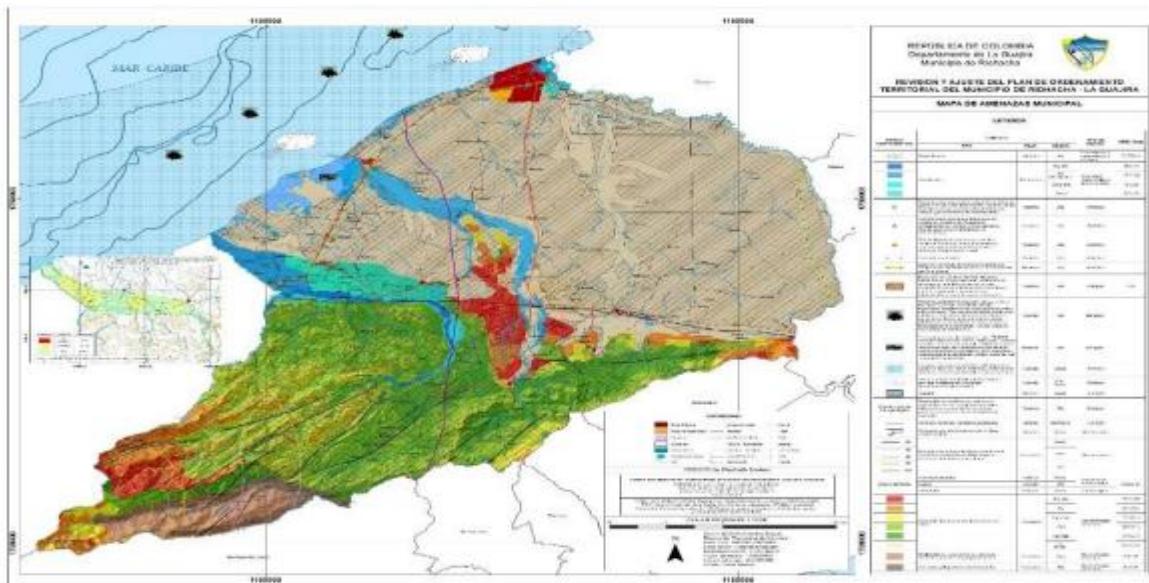
críticos de la relación sociedad-ambiente y la acumulación de desechos puede contaminar suelos y cuerpos de agua, afectando la salud humana y la biodiversidad.

En resumen, la relación entre la sociedad y el ambiente en un territorio es dinámica y multidimensional, requiriendo enfoques integrados y sostenibles para garantizar la salud a largo plazo tanto de las comunidades humanas como del entorno natural.

Los cambios climáticos pueden tener diversos impactos en un territorio y sus habitantes. Algunos de los efectos más comunes y preocupantes que afectan principalmente al territorio son las inundaciones pluviales (estudiada por CREAGUA) y fluviales (estudiada por CORPOGUAJIRA), erosión costera, sequía e inundación Costera según la estrategia Distrital para la respuesta a emergencias del Distrito de Riohacha. Estas amenazas no solo tienen efectos a nivel local, sino que también están interconectados a nivel global. Abordar estos desafíos requiere esfuerzos coordinados a nivel internacional, así como adaptaciones y mitigaciones a nivel local para aumentar la resiliencia de las comunidades y proteger el ambiente.

Las inundaciones se presentan principalmente en la zona urbana: la zona de la laguna sala, barrio Villa Fátima por desbordamiento del río Ranchería, la laguna El Patrón y zonas de humedales; y la sequía en la zona rural perteneciente a la cuenca alta y media del río Tapia, son los principales tensores climáticos que agudizan los impactos actuales y potenciales del cambio climático y tienen capacidad de producir consecuencias económicas, sociales y ambientales de gran magnitud, en aspectos fundamentales del desarrollo del distrito, tales como: Disponibilidad de agua potable, la producción de alimentos, la salud e integridad de las personas, la infraestructura y la productividad. En el siguiente mapa se observan las amenazas para Riohacha.

Mapa 6. Amenazas, Distrito de Riohacha, año 2014.



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial 2014

A juzgar por la situación actual, la reacción de las instituciones pertinentes es débil. Como parte del proceso Para fortalecer la cultura de la prevención, el Comité Distrital de Gestión de Riesgos de Riohacha ha aprobado por Acto Administrativo No. 052 del 8 de junio de 2012, así mismo, el Fondo para la Gestión del Riesgo de Desastres, mediante el Acuerdo N° 015 del año 2012. La ciudad de Riohacha ha desarrollado un plan municipal para la gestión del riesgo de desastres, que Identifica situaciones de riesgo que se presentan principalmente por fenómenos naturales.

Los sistemas de información y comunicaciones en materia de desastres son el IDEAM y el Sistema de Alerta Temprana del Convenio entre CORPOGUAJIRA y la Gobernación de La Guajira, para atender principalmente tormentas tropicales, huracanes, e inundaciones primordialmente y por eventos de Sismos a través de la Información técnica enviada por el Servicios Geológico Colombiano. Estas entidades, hacen llegar diariamente a la Oficina de Planeación Municipal, la información sobre el estado del tiempo y el comportamiento de Ciclones Tropicales durante la Temporada oficial de Huracanes en el departamento de La Guajira. Entre las medidas de adaptación al cambio climático se ejecutó el estudio ADAPTACIÓN URBANA “VERDE” FRENTE A INUNDACIONES CON EL SOPORTE DE LA MODELACIÓN MATEMATICA Y DEL SOFTWARE MODCEL EN RIOHACHA - LA GUAJIRA, el estudio ofrece un conjunto integrado y armonizado de soluciones estructurales y no estructurales para abordar la problemática de inundaciones mejorando al mismo tiempo el medio ambiente y la calidad de vida, está en deuda la ejecución del plan piloto.

En la tabla 5 se señalan cuáles son las actividades más importantes que desde el municipio aportan a las causas del cambio climático global.

Tabla 5. Causas del Cambio Climático Global que tienen incidencia desde el Distrito de Riohacha.

Causas del cambio climático	Global	Local
Quema de combustible de origen fósil	X	X
Aumento en las construcciones	X	X
Cambios en el uso de la tierra, deforestación	X	X
Ganadería (Entre machos y hembras el municipio cuenta con 70.972 bovinos)	X	X
Vertederos	X	X
Tierras agrícolas	X	X
Corrales de engorde de ganado	X	X
Sustitutos de sistemas de enfriamiento y de aislamiento eléctrico	X	X
Aerosoles o lámparas fluorescentes	X	X

Fuente: EMRE, Riohacha, 2019.

Entre las áreas que abarcan Suelos de Protección en el municipio de Riohacha, se encuentran algunos asentamientos humanos informales establecidos en invasiones , como es el caso de la población migrante venezolana siendo Riohacha el segundo municipio de mayor registro 21.306 personas registradas principalmente en zonas denominadas de alto riesgo o áreas destinadas para infraestructuras de servicios públicos, esta población se encuentra en altas condiciones de vulnerabilidad por bajos niveles económicos y situaciones de desplazamiento forzoso, como es el caso de las comunidades indígenas que habitan a los alrededores del basurero municipal de Riohacha.

Así mismo, en las comunas suburbanas de expansión existe el mayor número de asentamientos humanos por invasión, ubicados en zonas que no cuentan con servicios públicos, en zonas de humedales que están definidas como de alto riesgo por inundaciones, convirtiéndose de esta manera en la población con mayor índice de vulnerabilidad de amenaza frente a los fenómenos naturales. Ésta es la población más afectada en temporadas de lluvias, dada su ubicación en zonas de alto riesgo. En el municipio de Riohacha, existe un gran número de viviendas ubicadas en subespacios urbanos ubicados fuera del perímetro urbano construidas en materiales como barro, madera y/o zinc, principalmente, además y no cuentan con servicios públicos por tratarse de asentamientos informales.

De otro lado, en la zona rural se observa la formación de asentamientos humanos ubicados en los lechos, cauces de ríos, terrenos inundados, cerca de zonas industriales y mineras, lugares donde existen probabilidades ciertas de la ocurrencia de desbordamiento de aguas, deslizamiento de tierra, denominadas zonas de alto riesgo naturales, más exactamente a las orillas de los ríos pantanosos o de relleno.

1.2 Contexto poblacional y demográfico

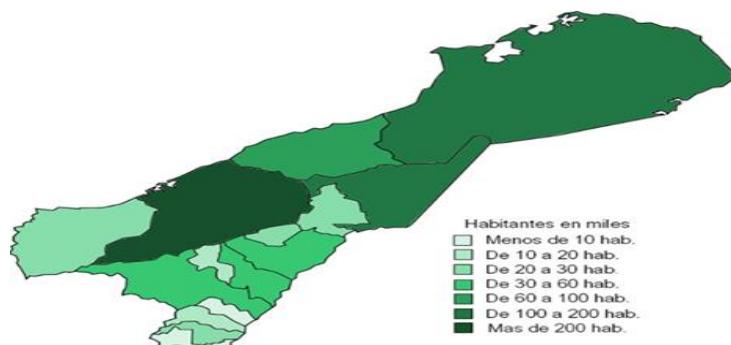
Población total

En el año 2023 al Distrito de Riohacha lo conforman un total de 222.541 habitantes, un 16,6% (36.951 habitantes) menos poblado que en el año 2.015; el 51% (114.383) de la población son mujeres y el 49% (108.158) son hombres. La relación hombre: mujer disminuyó entre el año 2015 a 2022, por cada 100 mujeres había 97 hombres en el año 2015 y para el año 2022, 95 hombres (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018). Aproximadamente el 74% de la población habita en el área urbana y en el área rural el 26%.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

De acuerdo con las proyecciones de población realizadas para el año 2023, la densidad poblacional para el Distrito de Riohacha es de 85,4 habitantes por km², destacándose como uno de los más poblados en el Departamento de La Guajira. (Ver Mapa 7).

Mapa 7. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

Población por área de residencia urbano/rural

Según estimación de proyecciones de población para el año 2023, el 73,5% (163.519 habitantes) reside en el área urbana, mientras que en el área rural el 26,5% (59.022 habitantes.), indicando que la mayor población se concentra en el área urbana. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Población por área de residencia Distrito de Riohacha, La Guajira 2.023

Distrito	Cabecera municipal		Centro Poblado y Rural Disperso		Población Total	Grado Urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Riohacha	163.519	73,5	59.022	26,5	222.541	73,5

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

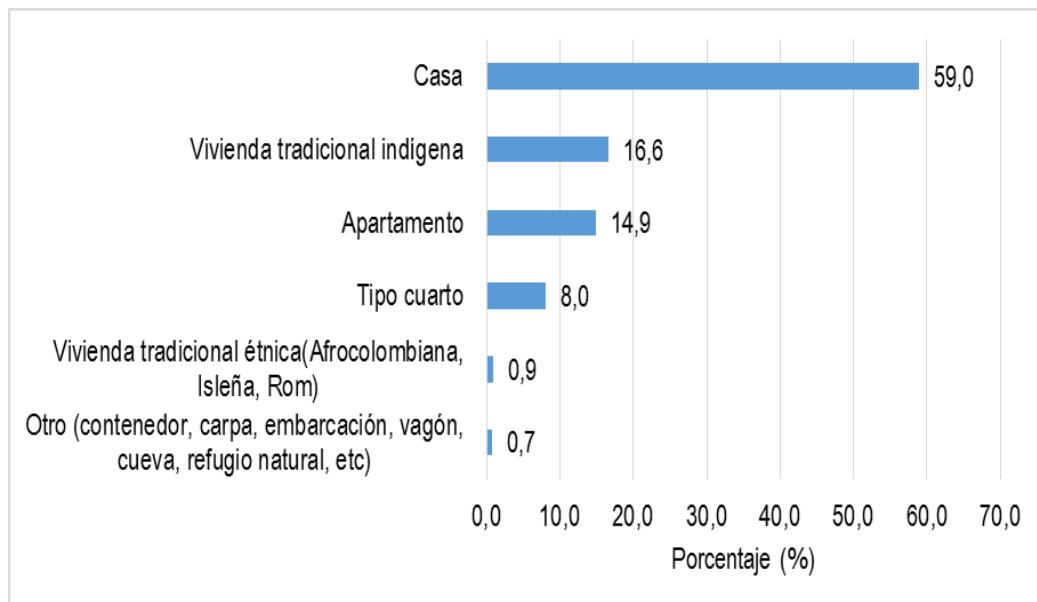
Grado de urbanización

En el Distrito de Riohacha el 73,5% de su población habita en el área urbana, con respecto a la población total; esto indica que el 26,5% experimenta un bajo nivel de desarrollo socio-económico, relacionado con las condiciones rurales del municipio.

Número de viviendas

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda - Dane 2018, en el Distrito de Riohacha existían ese mismo año 53.674 unidades de vivienda. La distribución del tipo de vivienda se describe a continuación en la siguiente gráfica, en donde las casas y las viviendas tradicionales indígenas ocupan los primeros puestos con 58,95% y 16,58% respectivamente.

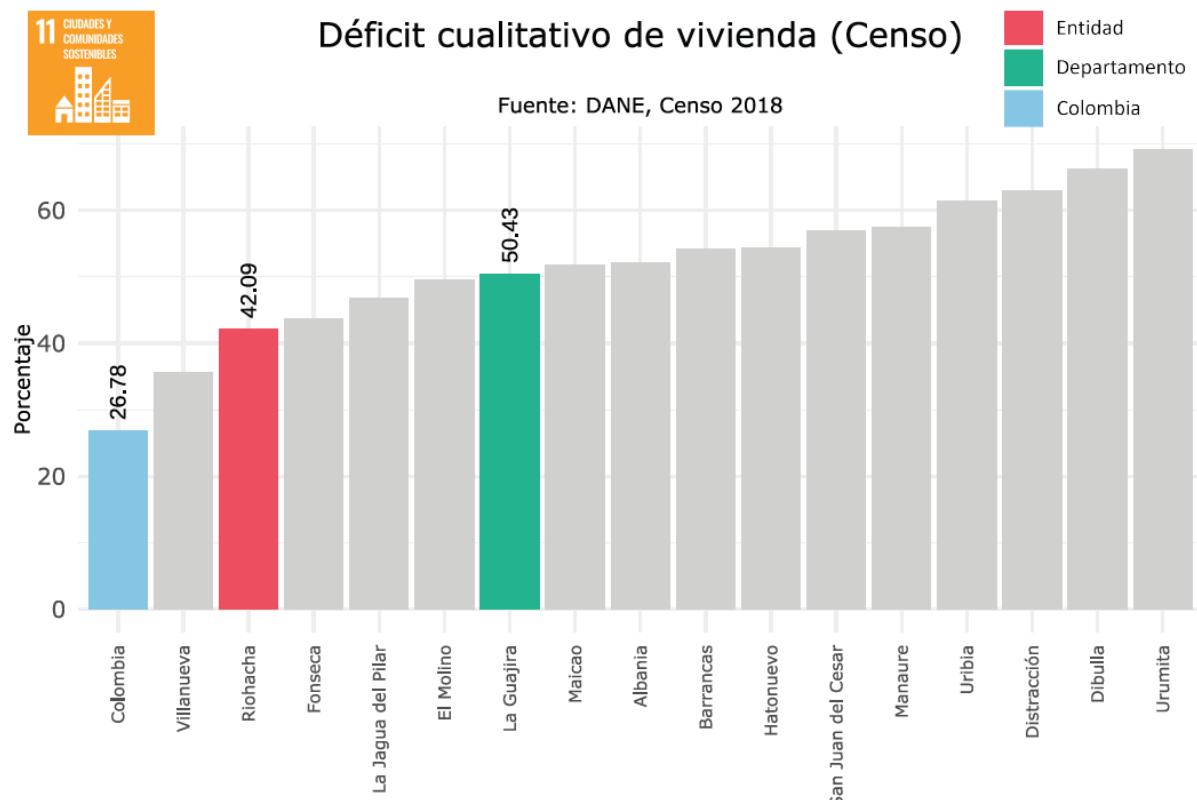
Figura 1. Distribución del tipo de vivienda, Distrito de Riohacha, La Guajira. Año 2.018



Fuente: DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

El déficit cualitativo hace referencia a las viviendas particulares que presentan deficiencias en la estructura del piso, espacio (hacinamiento mitigable y cocina), a la disponibilidad de servicios públicos domiciliarios y, por tanto, se requiere de dotación de servicios públicos, mejoramiento o ampliación de la unidad habitacional. La calidad de los pisos de la vivienda es uno de los aspectos a tener en cuenta en este tipo de deficiencia, pues si estos no están recubiertos de un material de calidad, la vivienda presenta insuficiencia. Se considera que cualquier vivienda cuyo piso está en tierra o arena, no ofrece condiciones mínimas de habitabilidad a las personas que la ocupan. Esta clasificación aplica para las áreas urbanas y rurales. Otro atributo de este componente es el hacinamiento “mitigable”, que se refiere a los hogares que habitan en viviendas con más de tres y menos de cinco personas por cuarto. Se realiza esta diferenciación entre hacinamiento “no mitigable” y “mitigable” para la zona urbana, ya que cuando en un cuarto hay más de tres o menos de cinco individuos, la vivienda podrá ser objeto de ampliación y así remediar la situación de hacinamiento al que está sometido el hogar.

Figura 2. Déficit cualitativo de vivienda, Riohacha, La Guajira. Año 2018

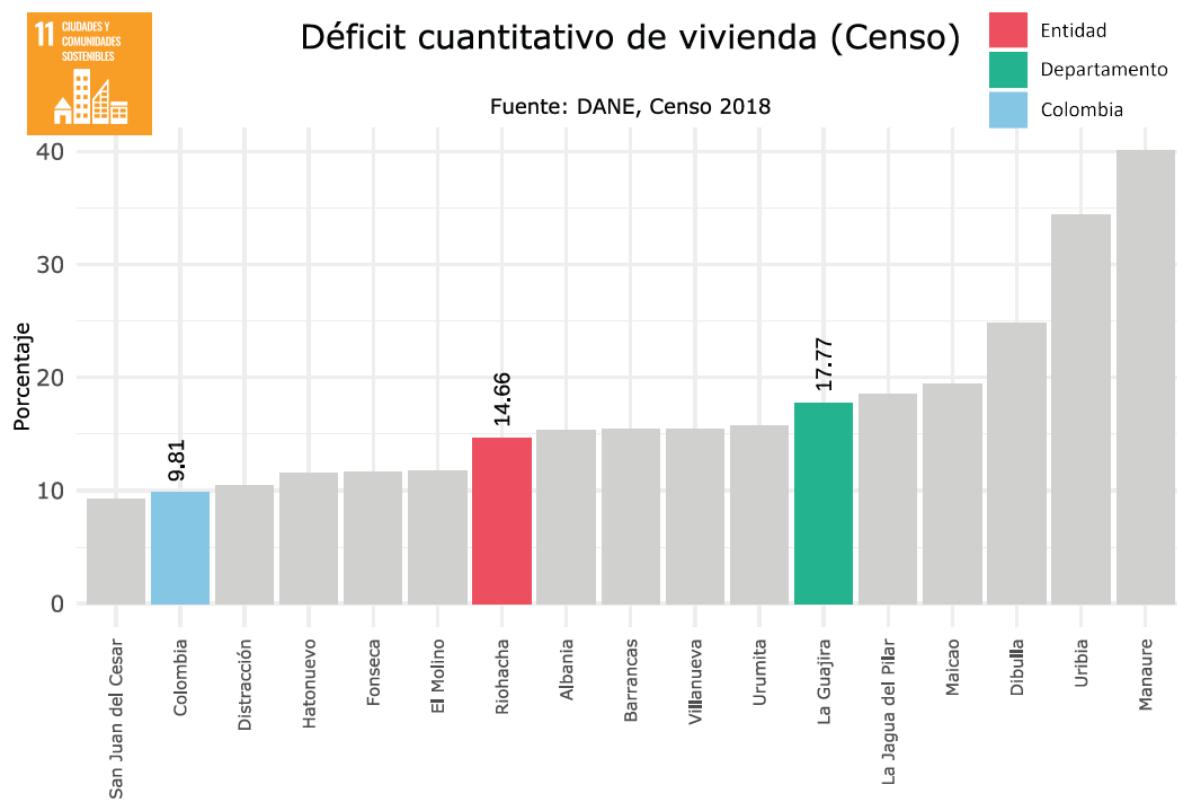


Fuente: TerriData. Sistemas de estadísticas territoriales

El déficit cuantitativo de vivienda estima la cantidad de viviendas que la sociedad debe construir o adicionar al stock para que exista una relación uno a uno entre las viviendas adecuadas y los hogares que necesitan alojamiento, es decir, se basa en la comparación entre el número de hogares y el de viviendas apropiadas existentes. El monto en el cual los hogares superen las viviendas es lo que en la gran parte de la literatura se designa como déficit cuantitativo.

Dentro de este componente del déficit se encuentran viviendas móviles, o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o sin paredes; además, se incluyen consideraciones como los materiales utilizados en la construcción de las paredes exteriores de las viviendas, por tener un trasfondo de índole cuantitativo, ya que viviendas construidas con materiales transitorios o precarios no permite la estabilidad de la vivienda ni cumple con el objeto de brindar protección y abrigo a sus moradores. Igualmente, dado su carácter perecedero deben remplazarse por nuevas viviendas, que cumplan con los requisitos mínimos exigidos. Siguiendo la definición descrita, este componente del déficit también incluye los hogares secundarios de cualquier tamaño que comparten con otros la vivienda, por considerar que todo hogar está en carencia habitacional al no disponer de una vivienda para su propio uso.

Figura 3. Déficit cuantitativo de vivienda, Riohacha, La Guajira. Año 2.018



Fuente: TerriData. Sistemas de estadísticas territoriales

Número de hogares

Según el DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, en el Distrito de Riohacha había 50.742 hogares particulares. El porcentaje de hogares particulares conformados por 1 personas paso de 5,61% en el año 2005 a 15,79% en el año 2018, el porcentaje conformado por 2 personas en el año 2005 fue de 18,37% no presento variación importante, con un 18,18% en el año 2018. Los hogares con 3,4 y 5 o más personas para el año 2018 presentaron porcentajes de 20,36%; 19,41% y 26,25% respectivamente.

**Tabla 7. Porcentaje de hogares particulares según el número de personas,
Distrito de Riohacha. Años 2.005 – 2.018.**

Número de personas	2.005	2.018
1 persona	5,61%	15,79%
2 personas	18,37%	18,18%
3 personas	21,63%	20,36%
4 personas	9,43%	19,41%
5 personas y más	44,96%	26,25%

Fuente: DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda 2018

La jefatura de los hogares en el Distrito de Riohacha, estuvo a cargo principalmente de los hombres con un 57,26%.

Por otro lado, el porcentaje de viviendas según el número de hogares dentro de la vivienda ha variado en relación al año 2005; el porcentaje de viviendas en las que vive un solo hogar paso de 84,76% en el año 2005 a 96,70% en el año 2018; mientras que el porcentaje de viviendas en las que vivían 2 hogares tuvo un descenso importante, pasando de 15,14% en el año 2005 a 2,5% en el año 2018.

**Tabla 8. Porcentaje de viviendas según el número de hogares dentro de la vivienda
Distrito de Riohacha. Años 2.005 – 2.018.**

Número de hogares	2.005	2.018
1 hogar	84,76%	96,70%
2 hogares	15,14%	2,50%
3 hogares	0,07%	0,60%
4 hogares	0,02%	0,10%
5 hogares	0,02%	0,00%
6 hogares y más	0,00%	0,00%

Fuente: DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda 2018

Población por pertenencia étnica

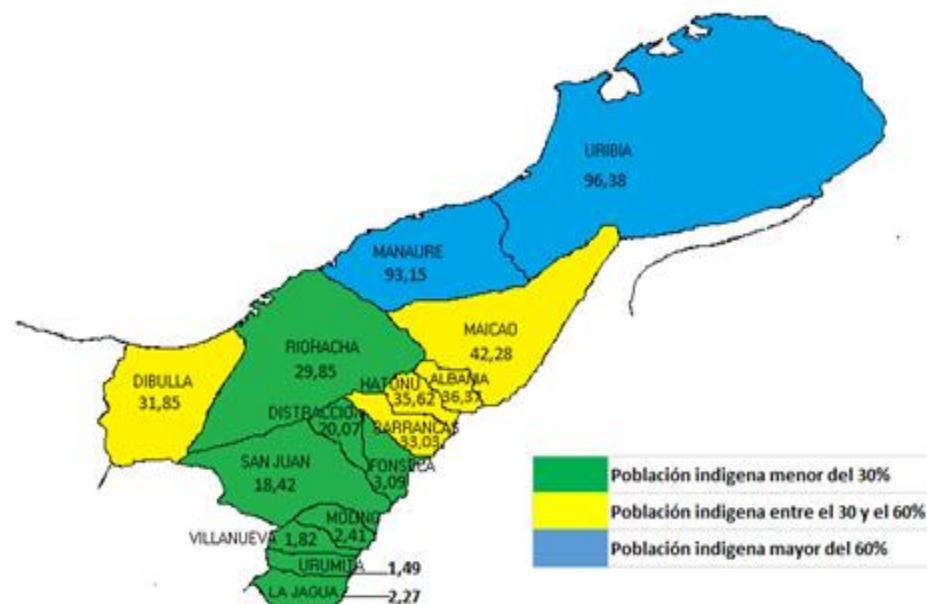
De acuerdo con el Censo de Autoreconocimiento Étnica realizado en el año 2018, aproximadamente el 30% (53.002) de las personas que participaron en el censo se reconocían como indígenas. (Ver Tabla 8). Los indígenas del Distrito en su mayoría son indígenas wayuu y se encuentran concentrados en su mayoría en los resguardos indígenas de Mañature, Monteharmon, Las Delicias, Soldado Párate Bien, Unapuchon, Perraput.

Tabla 9. Población por pertenencia étnica, Distrito de Riohacha, 2.018

Autoreconocimiento étnico	Personas	%	Acumulado %
Indígena	53.002	29,85%	29,85%
Gitano(a) o ROM	13	0,01%	29,86%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	57	0,03%	29,89%
Palenquero(a) de San Basilio	73	0,04%	29,93%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	22.844	12,86%	42,79%
Ningún grupo étnico	99.474	56,02%	98,81%
No informa	2.110	1,19%	100,00%
Total	177.573	100,00%	100,00%

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018

Mapa 8. Población por pertenencia étnica indígena, Distrito de Riohacha, 2.018



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 | DANE | Colombia

1.2.1 Estructura demográfica

El Distrito de Riohacha lo conforman un total de 222.541 habitantes, un 16,6% (36.951 habitantes) menos poblado que en el año 2.015; el 51% (114.383) de la población son mujeres y el 49% (108.158) son hombres. La relación hombre: mujer disminuyó entre el año 2.015 a 2.022, por cada 100 mujeres había 97 hombres en el año 2.015 y para el año 2022, 95 hombres.

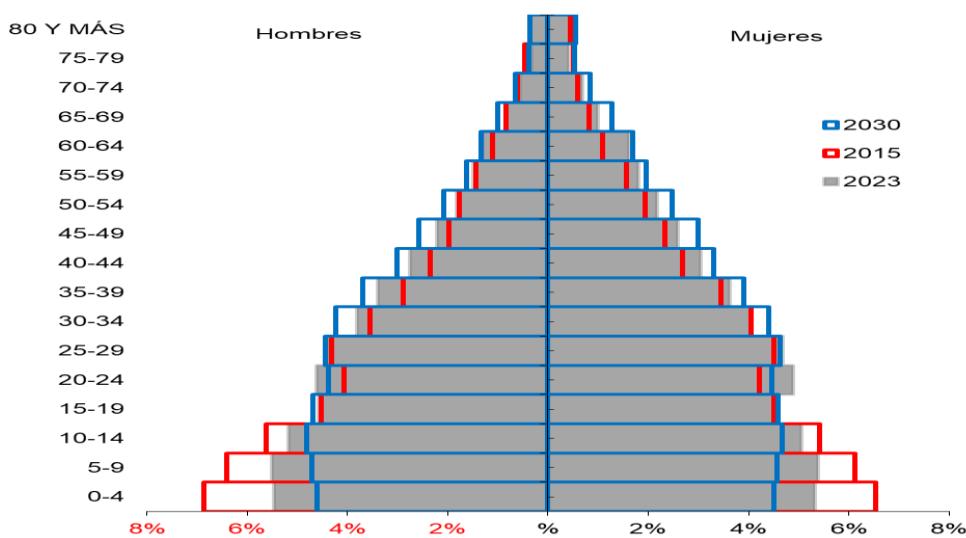
El mayor peso porcentual en la distribución por ciclo de vida corresponde a las personas adultas entre las edades de 27 a 59 años con el 35,3% (84.840 habitantes), seguido de la juventud de 14 a 26 años con un 21,3% (51.195 habitantes), los adolescentes de 12 a 18 años con 12,3% (29.616 habitantes), los de la primera infancia de 0 a 5 años y los infantes de 6 a 11 años cada uno con 12,0% (28.851 y 28.832 habitantes respectivamente). En contraste las personas de 60 años y más representan el menor peso porcentual con 7,0% (16.813 habitantes).

Entre el año 2.015 y 2.022 se evidencia un descenso en los índices de primera infancia, infancia y adolescencia; por el contrario, en los índices de juventud, adulterz y envejecimiento se observa un incremento.

La estructura de la población del Distrito de Riohacha con relación al último censo muestra una disminución de la proporción de la población de la primera infancia, infancia y parte de la adolescencia, seguido de un engrosamiento en los grupos en edad económicamente productivos, este desplazamiento de la edad refleja cambios en los niveles de natalidad y mortalidad.

La forma de la pirámide poblacional es progresiva porque refleja el proceso de envejecimiento propio de comunidades en transición demográfica y epidemiológica, con importantes cambios en el perfil de la natalidad, mortalidad y aumento en la expectativa de vida al nacer. (Ver Figura 4).

Figura 4. Pirámide poblacional, Distrito de Riohacha, 2.015, 2.023, 2.030



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

Población por ciclo vital

Al comparar el año 2023 con el año 2015, los ciclos vitales que demostraron tener un aumento poblacional fueron la juventud (14 a 26 años), la adultez (27 a 59 años) y persona mayor (60 años y más); en contraste los de la primera infancia (0 a 5 años), adolescencia (12 a 18 años) y juventud (14 a 26 años) presentaron una disminución.

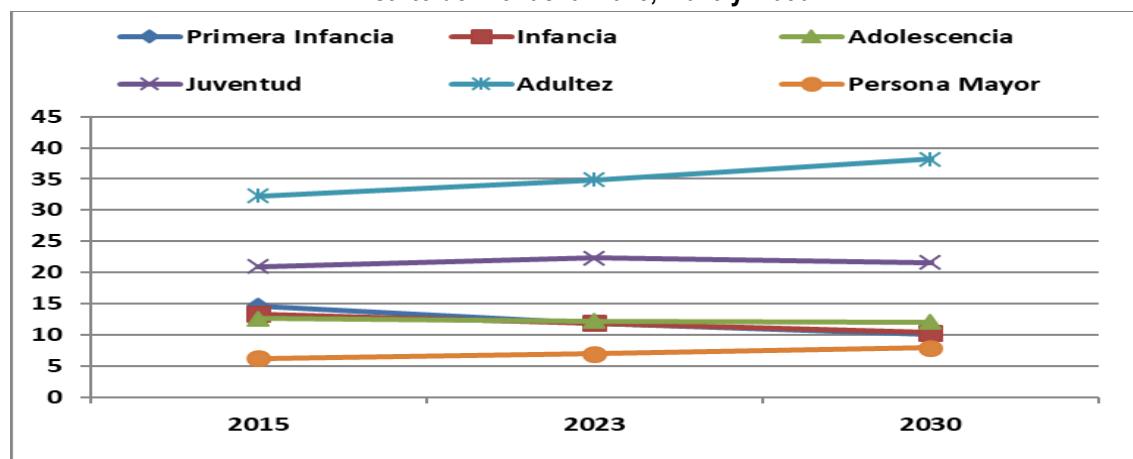
Según las estimaciones y proyecciones poblacionales del DANE para el año 2.030 la tendencia es al aumento en los ciclos vitales de la juventud (14 a 26 años), población adulta (27 a 59 años) y los mayores de 60 años; contrario a estos todos demás ciclos disminuirán en relación con el año 2.022. (Ver Tabla 10, Figura 5).

Tabla 10. Proporción de la población por ciclo vital, Distrito de Riohacha 2.015, 2.023 y 2.030.

Ciclos Vitales	2.015		2.023		2.030	
	Número Absoluto	Frecuencia Relativa	Número Absoluto	Frecuencia Relativa	Número Absoluto	Frecuencia Relativa
Primera Infancia (0 a 5 años)	41.527	14,6	28.851	12,0	26.959	10,0
Infancia (6 a 11 años)	37.811	13,3	28.832	12,0	27.680	10,3
Adolescencia (12 a 18 años)	35.661	12,6	29.616	12,3	32.263	12,0
Juventud (14 a 26 años)	59.434	20,9	51.195	21,3	58.002	21,6
Adultez (27 a 59 años)	91.699	32,3	84.840	35,3	102.714	38,2
Persona Mayor (60 años y más)	17.707	6,2	16.813	7,0	21.170	7,9
Total	283.839	100,0	240.147	100,0	268.788	100,0

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

Figura 5. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Distrito de Riohacha 2.015, 2.023 y 2.030



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

Población por curso de vida

El enfoque de curso de vida es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Desde el punto de vista epidemiológico, el curso de la vida es el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (Kuh y cols., 2.003).

El enfoque de curso de vida, constituye un salto cualitativo, respecto al ciclo vital, pues abarca la totalidad del ciclo vital, y además “reconoce la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las etapas de la vida, en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida” (Barker, 1998; citado por Schutz), impactando en las trayectorias de vida de los sujetos. Mientras que el ciclo vital, se refiere al desarrollo por etapas que da una idea lineal del proceso, en contraste con la visión del enfoque de curso de vida que asume el desarrollo como un proceso vital que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en la vida de los sujetos como de las familias.

Al comparar el año 2.023 con el año 2.015, los grupos de curso de vida que demostraron tener un aumento poblacional fueron la juventud (18 a 28 años), la adultez (29 a 59 años) y las personas mayores de 60 años; en contraste los de la primera infancia (0 a 5 años), la infancia (6 a 11 años) y la adolescencia (12 a 17 años) presentaron una disminución.

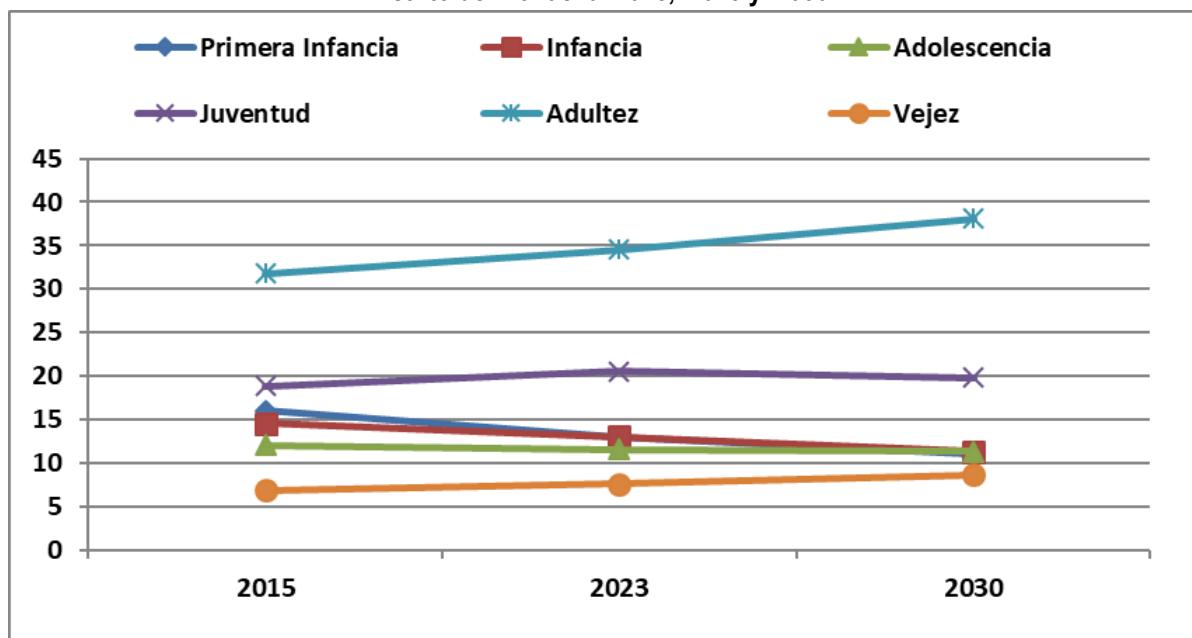
Según las estimaciones y proyecciones poblacionales del DANE para el año 2.030 la tendencia es al aumento en los grupos de curso de vida de población adulta (29 a 59 años) y los mayores de 60 años; contrario a estos todos los demás grupos seguirán presentando una disminución en su frecuencia relativa en comparación al año 2.023. (Ver Tabla 11, Figura 6).

Tabla 11. Proporción de la población por curso de vida, Distrito de Riohacha 2.015, 2.023 y 2.030.

Curso de vida	2.015		2.023		2.030	
	Número Absoluto	Frecuencia Relativa	Número Absoluto	Frecuencia Relativa	Número Absoluto	Frecuencia Relativa
Primera Infancia (Gestación, 0 a 5 años)	41.527	16,0	28.851	13,0	26.959	11,0
Infancia (6 a 11 años)	37.811	14,6	28.832	13,0	27.680	11,3
Adolescencia (12 a 17 años)	31.153	12,0	25.611	11,5	27.750	11,3
Juventud (18 a 28 años)	48.906	18,8	45.603	20,5	48.574	19,8
Adulvez (29 a 59 años)	82.388	31,7	76.831	34,5	93.694	38,1
Vejez (60 años y más)	17.707	6,8	16.813	7,6	21.170	8,6
Total	259.492	100,0	222.541	100,0	245.827	100,0

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

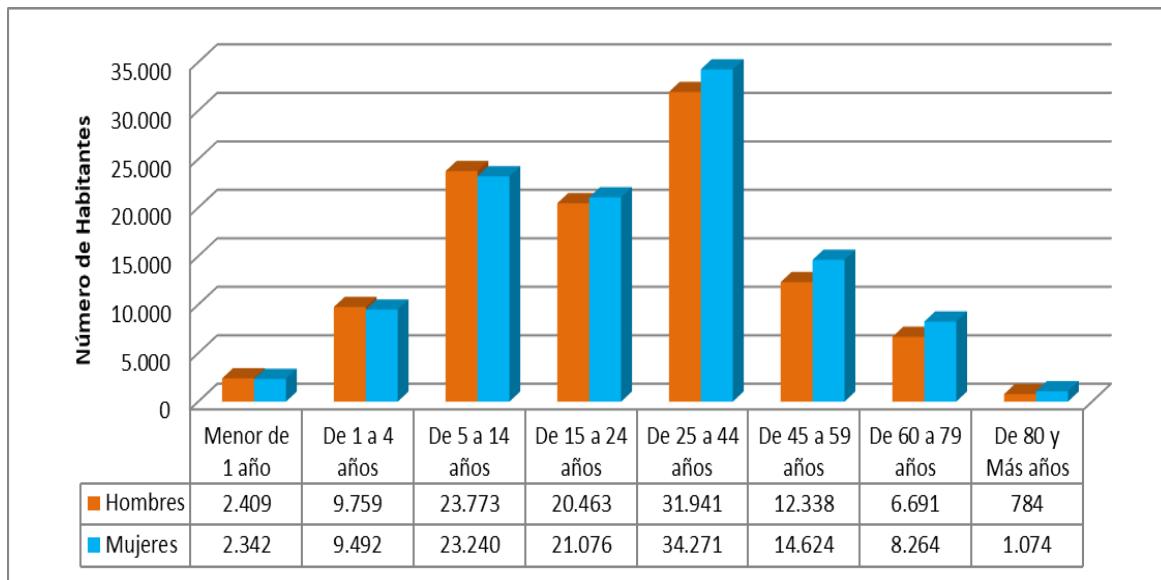
Figura 6. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Distrito de Riohacha 2.015, 2.023 y 2.030



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

En la proyección poblacional del año 2.023 para el Distrito de Riohacha, según el sexo, se observa un mayor número de mujeres con relación a los hombres a partir de los 15 años; siendo en los grupos de 25 – 44 años y los de 45 – 59 años en donde el aumento es más significativo estadísticamente. (Ver Figura 7).

Figura 7. Población por sexo y grupo de edad, Distrito de Riohacha, 2.023



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

Otros indicadores demográficos

Estas series de indicadores, permiten el análisis de la estructura poblacional por edades y/o por distribución geográfica de los distintos ámbitos territoriales. (Ver Tabla 12).

- **Relación hombre: mujer:** Representa la relación entre hombre y mujeres. En el año 2.023 por cada 100 mujeres hubo aproximadamente 95 hombres.
- **Razón de niños: mujer:** Representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el año 2.023 por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, hubo 39 niños y niñas entre 0 y 4 años.
- **Índice de infancia:** Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año 2.023 de cada 100 personas 32 correspondían a población menor de 15 años.
- **Índice de juventud:** Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. En el año 2.023 de cada 100 personas, 28 tenían entre 15 y 29 años.
- **Índice de vejez:** Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2.023 de cada 100 personas, 5 tenían 65 años y más.
- **Índice de envejecimiento:** Representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En el año 2.023 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hubo 15 personas mayores de 65 años.
- **Índice demográfico de dependencia:** Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2.023 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hubo aproximadamente 58 menores de 15 y mayores de 65 años.

- **Índice dependencia infantil:** Representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2.023, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hubo 50 personas menores de 15 años.
- **Índice de dependencia de mayores:** Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2.023, de cada 100 personas entre 15 y 64 años, 7 tenían más de 65 años.
- **Índice de friz:** Representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años) con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. El Índice de Friz presentado en el distrito de Riohacha en el año 2.023 fue de 161 cifra que disminuyó con respecto al año 2.015, sin embargo, se ratifica que la población de Riohacha es una población joven.

**Tabla 12. Otros indicadores de estructura demográfica,
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.015, 2.023, 2.030.**

Índice Demográfico	Año		
	2.015	2.023	2.030
Población total	259.492	222.541	245.827
Población Masculina	127.672	108.158	119.556
Población femenina	131.820	114.383	126.271
Relación hombre: mujer	96,85	94,56	95
Razón niños: mujer	52	39	32
Índice de infancia	37	32	28
Índice de juventud	26	28	27
Índice de vejez	5	5	6
Índice de envejecimiento	13	15	20
Índice demográfico de dependencia	71,27	57,59	50,35
Índice de dependencia infantil	63,33	50,29	41,95
Índice de dependencia mayores	7,94	7,30	8,40
Índice de Friz	197,40	161,04	132,12

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía.

1.2.2. Dinámica demográfica

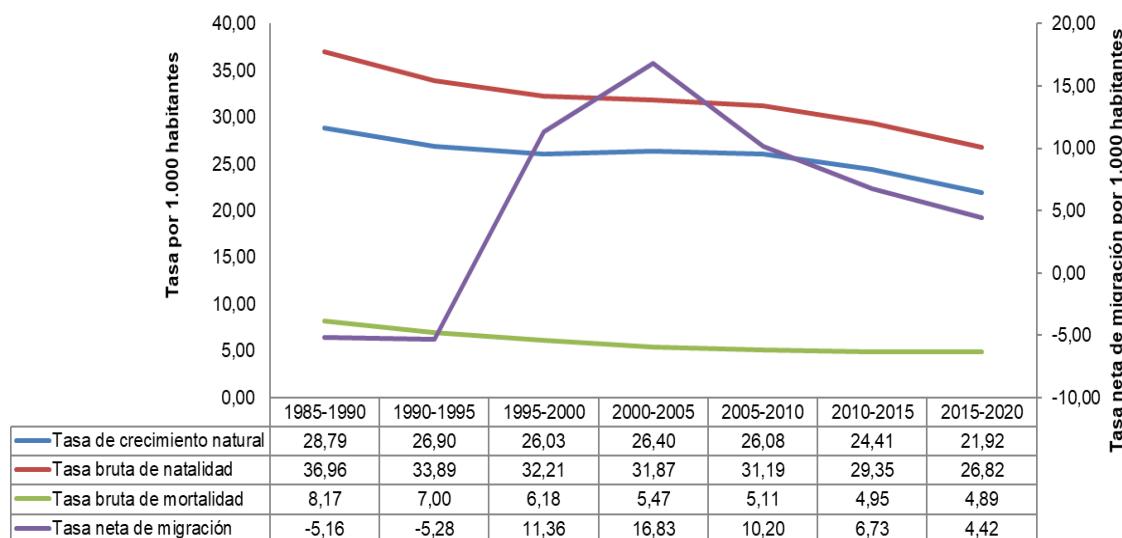
Se analizó la estructura y la dinámica de la población de La Guajira, así como los procesos concretos que determinan la formación, la conservación y la desaparición de las poblaciones, tales procesos en su forma agregada la fecundidad, mortalidad y migración. No se disponen de datos para el Distrito de Riohacha. (Ver Figura 8, Figura 9).

- **La Tasa de Crecimiento Natural:** Según los datos obtenidos el comportamiento de la tasa de crecimiento natural en el Departamento de La Guajira es lineal con una tendencia decreciente en los

últimos quince años; esto es dado por la reducción de la tasa de natalidad y el sostenimiento de la tasa de mortalidad.

- **La Tasa Bruta de Natalidad:** Según el DANE para el año 2.021 en el Departamento de La Guajira, se estimaron 24.323 nacimientos; evidenciándose en un comportamiento con una tendencia al aumento de este indicador en los últimos años analizados.
- **La Tasa Bruta de Mortalidad:** Las defunciones ocurridas y registradas en el año 2.021 para el Departamento de La Guajira fueron 4.232 muertes. Este indicador presenta un comportamiento con una tendencia lineal de este indicador, con tendencia al aumento en los últimos años.
- **La Tasa neta de migración:** El Departamento de La Guajira ha registrado un comportamiento irregular de este indicador, presentando un aumento exponencial desde el año 1.995 hasta su mayor valor en el periodo 2.000-2.005; a partir del cual se ha presentado una disminución de este indicador.

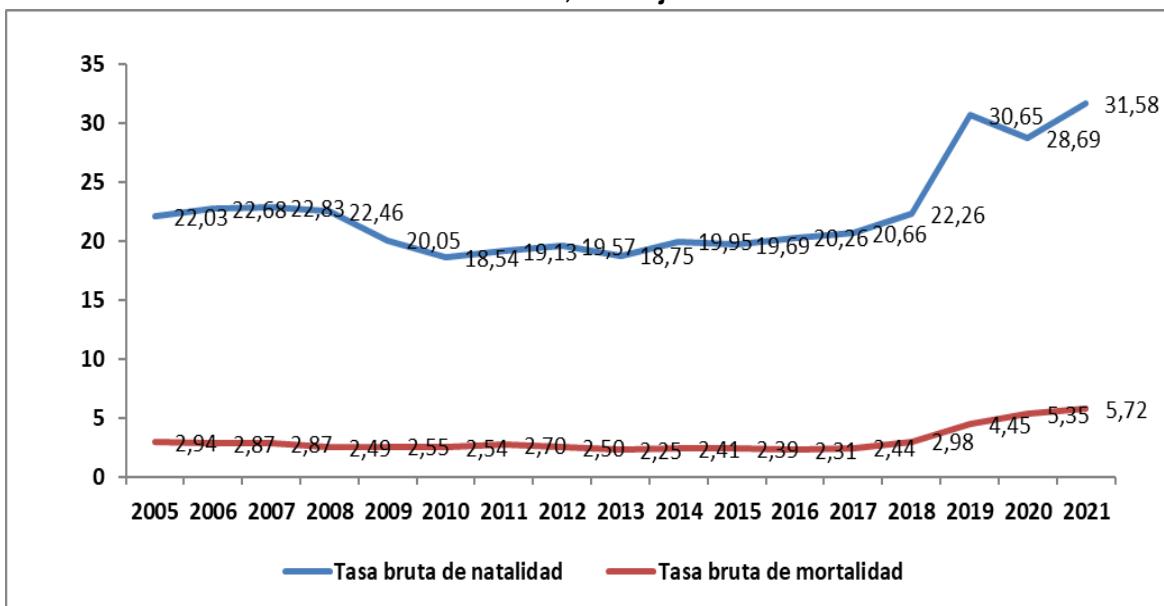
Figura 8. Comparación entre la Tasa de Crecimiento Natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes, La Guajira, 1.985 al 2.020



Fuente: Proyecciones DANE 2.005-2.020

- **Tasa Bruta de Natalidad:** Tasa bruta de natalidad en el Distrito de Riohacha ha presentado un comportamiento irregular con tendencia a la disminución en el último año analizado. Presentando tasas de 22,03 en el año 2.005 a 30,65 en el año 2.019, la cual desciende a 28,69 para el año 2.020.
- **Tasa Bruta de Mortalidad:** Este indicador ha presentado un comportamiento lineal con tendencia al aumento en el periodo analizado, con tasas que van de 2,9 a 5,35 en los años 2.005 a 2020 respectivamente.
- Al comparar la tasa de natalidad y mortalidad del Distrito de Riohacha, según las estimaciones del DANE, se evidencia para la natalidad una tendencia al descenso, la mortalidad por su parte muestra un comportamiento sostenido para los años evaluados, con tendencia al aumento en los últimos años analizados. (Ver Figura 9).

**Figura 9. Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad,
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 a 2.021**



Fuente: Proyecciones DANE 2.005-2.021

Otros indicadores de la dinámica de la población

A continuación, se analiza la capacidad reproductiva de la población del Distrito de Riohacha. (Ver Tabla 13).

- **Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años:** Para el grupo de edad de 10 a 14 años, la tasa de fecundidad específica para el Distrito de Riohacha para el periodo de los años 2.005 a 2.021, ha presentado un comportamiento irregular con tendencia al aumento, con tasas de 2,84 en el 2.005, para el año 2.020 una tasa de 4,34 y un aumento estadísticamente significativo para el año 2.021 con una tasa de 7,92.
- **Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 a 19 años:** Para el grupo de edad de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad específica para el Distrito de Riohacha para el periodo de los años 2.005 a 2.021, ha presentado un comportamiento irregular con tendencia al aumento, con tasas de 79,31 en el año 2.005, la cual aumento para el año 2.021 con una tasa de 128,53.

Tabla 13. Otros indicadores de la dinámica de la población, Distrito de Riohacha, 2.005 – 2.021

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	2,84	3,45	3,87	5,35	3,53	3,36	3,19	4,20	4,22	4,22	3,42	4,01	4,31	4,94	5,52	4,34	7,92
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	79,31	72,50	79,81	82,19	83,29	77,66	85,95	90,38	86,72	93,92	86,39	89,80	93,48	101,23	119,76	121,43	128,53

Fuente: MINSALUD, SISPRO - DANE

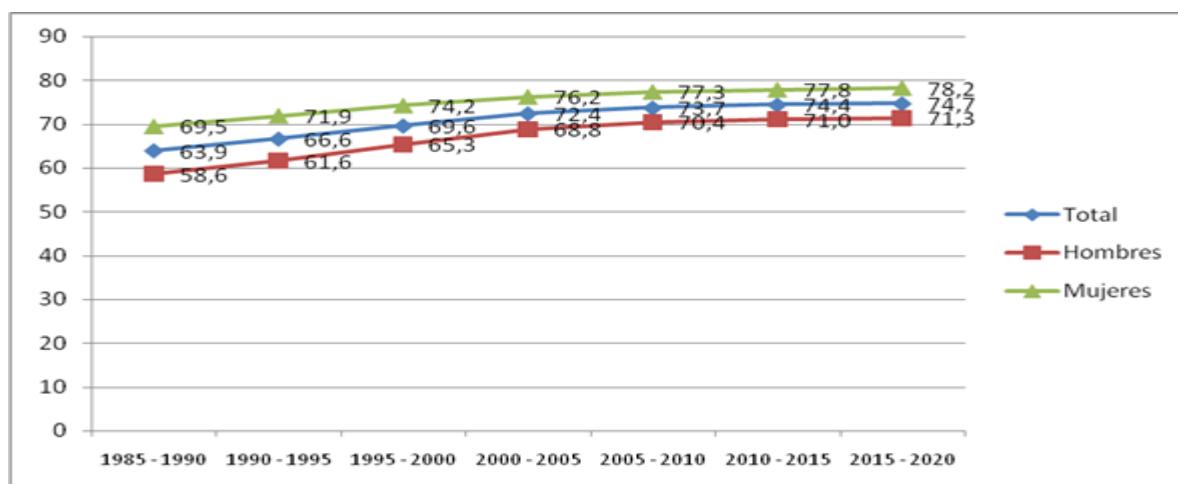
Esperanza de vida

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

En Colombia la esperanza de vida ha tenido un comportamiento al incremento de manera sostenida pasando de un estimado de 66,6 años en el quinquenio 1985-1990 a 75,2 años en el quinquenio 2.015-2.020. El Departamento de La Guajira al igual que la nación ha tenido un comportamiento al incremento de manera sostenida para la esperanza de vida, pasando de un estimado de 63,9 años en el período 1985-1990 a aproximadamente 75 en los años 2.015 – 2.020.

Por sexo se observa que la esperanza de vida para los años 2.015 – 2.020, tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres. (Ver Figura 10).

Figura 10. Esperanza de vida al nacer por sexo, Departamento de La Guajira, 1.985 – 2.020



Fuente: DANE indicadores demográficos conciliación censal 1985- 2005 Proyecciones de población 2005-2020

1.2.3. Movilidad forzada

La movilidad forzada en Colombia ha sido históricamente impulsada por factores como los enfrentamientos militares, las disputas por la tierra y la presencia de grupos armados. Este fenómeno afecta a personas de diversas edades, géneros y condiciones sociales, pero las mujeres y los niños a menudo enfrentan riesgos específicos, como la violencia de género y la explotación.

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario, los derechos constitucionales y la dignidad, en consecuencia es de interés reconocer este evento en el Distrito de Riohacha, pero también es necesario identificar las condiciones sociales (enfrentamiento militar, las disputas por la tierra y la usurpación ilegal de predios, los grupos armados), y los efectos sobre el distrito receptor como elevación de índices de pobreza, agudización de los conflictos armados internos, la modificación en las formas de ocupación y prácticas culturales.

Durante el año 2.022, en el distrito de Riohacha, la población que presento mayor desplazamiento fue el grupo de edad de 15 a 19 años, seguida de los grupos de 10 a 14 y 20 a 24 años. Las personas mayores de 74 años

son las que menos reportan haber sido víctimas del desplazamiento en el distrito. Se presentó más desplazamiento en mujeres que en hombres. (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Distrito de Riohacha, Año 2.022

Grupos de edad	Numero de mujeres víctimas de desplazamiento	Proporción de mujeres víctimas de desplazamiento	Numero de hombres víctimas de desplazamiento	Proporción de hombres víctimas de desplazamiento
De 0 a 4 años	320	1,1	346	1,3
De 5 a 9 años	1.770	5,9	1.777	6,4
De 10 a 14 años	3.195	10,7	3.405	12,3
De 15 a 19 años	3.696	12,4	3.802	13,8
De 20 a 24 años	3.129	10,5	3.181	11,5
De 25 a 29 años	2.761	9,3	2.723	9,9
De 30 a 34 años	2.515	8,4	2.168	7,8
De 35 a 39 años	2.351	7,9	1.823	6,6
De 40 a 44 años	2.229	7,5	1.687	6,1
De 45 a 49 años	1.755	5,9	1.390	5,0
De 50 a 54 años	1.549	5,2	1.220	4,4
De 55 a 59 años	1.224	4,1	1.067	3,9
De 60 a 64 años	1.082	3,6	889	3,2
De 65 a 69 años	800	2,7	661	2,4
De 70 a 74 años	498	1,7	509	1,8
De 75 a 79 años	316	1,1	334	1,2
De 80 años o más	596	2,0	644	2,3
No Definido	7	0,02	8	0,03
No Reportado	1	0,00	2	0,01
Total	29.794	100,0	27.636	100,0

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

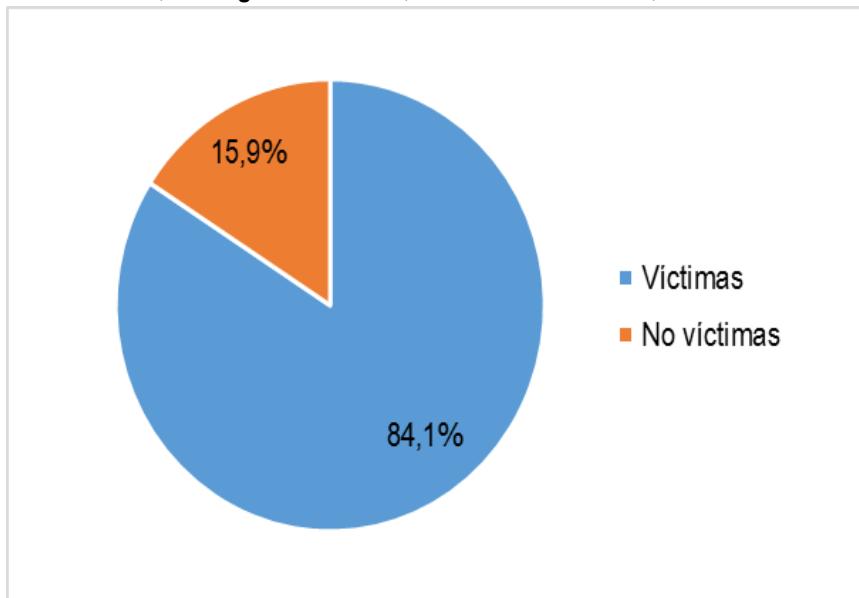
Según información del DAN, el Observatorio de Desplazamiento Interno (ODI) y organizaciones locales de derechos humanos, en el Distrito de Riohacha, la movilidad forzada ha afectado a la población local, variables como el aumento en los índices de pobreza pueden derivar de la presión adicional sobre los recursos locales y la competencia por empleo y vivienda. La agudización de conflictos armados internos podría surgir si la llegada de nuevos desplazados genera tensiones con las comunidades locales preexistentes. La modificación en las formas de ocupación y prácticas culturales también es probable, ya que la movilidad forzada puede llevar a cambios en las dinámicas laborales y en las tradiciones culturales de la región receptora.

El documento de la Estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la unidad para las víctimas, muestra los hogares encuestados, destacando el marco poblacional del Distrito de Riohacha, el tamaño promedio de los hogares encuestados, así como el número promedio de víctimas integrantes de estos hogares. Así mismo se identifica la población víctima encuestada, y la población no incluida en el Registro Único de Víctimas que hace parte de estos hogares.

A corte 26 de agosto del 2.023, en Riohacha, se encuestaron 2.242 hogares con al menos una víctima entre sus integrantes, se identificaron un total de 5.963 víctimas (84,1%), y se destaca también el número de

personas, que, si bien no están incluidos en el Registro Único de Víctimas, sí hacen parte de hogares que atiende a la definición anterior, que corresponde a 1.131 no victimas (15,9%). (Ver Figura 11).

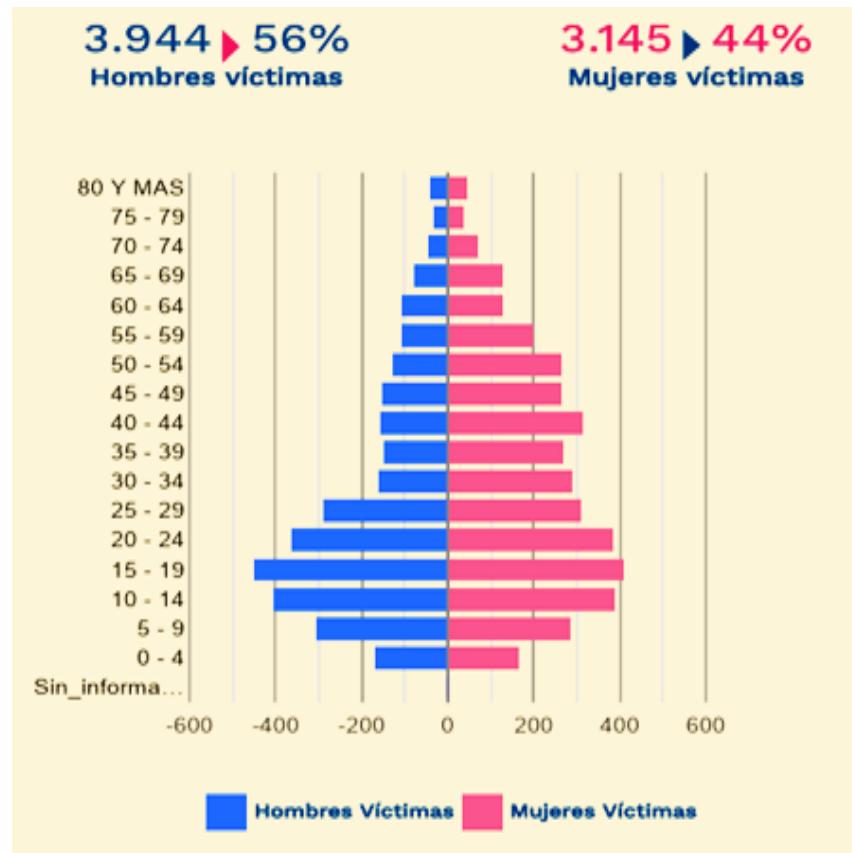
Figura 11. Porcentaje de personas víctimas y no víctimas en el total, de hogares víctimas, Distrito de Riohacha, año 2023



Fuente: Unidad para las Víctimas, 2023.

Se visualiza la información de la población víctima del municipio, tomando como referencia la proyección poblacional del DANE para el año 2018, teniendo en cuenta cada uno de los grupos etarios sobre el total de la población víctima. La figura 10 refleja la relación sexo – edad de la población caracterizada y la distribución etaria tomada para estos datos corresponde a la edad de cada individuo al momento de la encuesta. El sexo se distribuye entre hombres y mujeres según su manifestación y un tercer grupo “ND” que corresponde a registros sin información. En este sentido, se logró identificar a través de la encuesta que en el Distrito de Riohacha hay más hombres víctimas que mujeres, con datos de 3.944 (56%) y 3.145 (44%), respectivamente. Los grupos de edades en los que se concentran las víctimas en mayor proporción, son entre los 5 y los 29 años, y en menor proporción en los mayores de 70 años. La distribución etaria y de sexo permite hacer una primera segmentación de población, útil para políticas diferenciadas que apunten a una atención acorde a la naturaleza de sus necesidades. La pirámide poblacional víctima, permitirá a las autoridades municipales proyectar la dinámica de crecimiento y tránsito generacional de su población, y así establecer planes, programas y proyectos que atiendan a las necesidades reales de la población víctima.

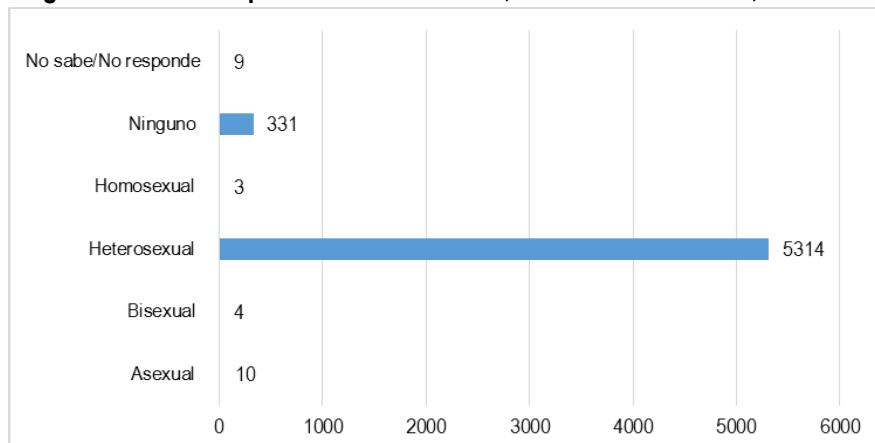
Figura 12. Distribución de población víctima por rango etario, Distrito de Riohacha, año 2.023



Fuente: Unidad para las Víctimas, 2023.

De acuerdo a la distribución por orientación sexual e identidad de género de las víctimas del conflicto armado con orientaciones sexuales e identidades de género diversas sufren la discriminación, estigmatización, las persecuciones y la invisibilización de los impactos del conflicto armado sobre sus proyectos de vida individuales y colectivos. Sin embargo, la orientación heterosexual, fue el grupo en el que se ubicó el mayor número de víctimas, correspondiente a 5.314 (93,7%) del total de encuestados, en su orden la categoría ninguna con un dato de 331 (5,8%) y posteriormente las otras categorías con 0,2% o menos. (Ver Figura 13)

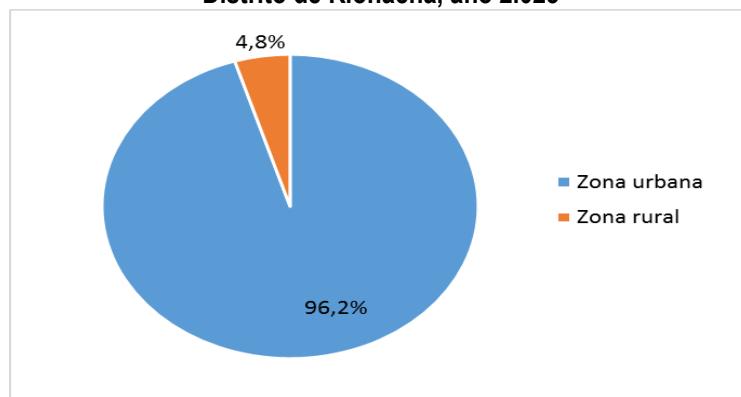
Figura 13. Víctimas por orientación sexual, Distrito de Riohacha, año 2.023



Fuente: Unidad para las Víctimas, 2023.

En el Distrito de Riohacha las víctimas identificadas se encuentran ubicadas en mayor proporción en la zona urbana o cabecera municipal con datos del 96,2% correspondiente a 2.289 casos y el 4,8% (115 víctimas) en la zona rural. La distribución de los hogares víctimas residentes en el Distrito de Riohacha por la zona de ubicación, implica la representatividad de ubicación de las Víctimas dentro del municipio, toda vez que los procesos de atención y asistencia en zona rural implican esfuerzos adicionales para la garantía del goce efectivo de derechos de la población víctima, incluyendo entre estos la contactabilidad de la población. (Ver Figura 14).

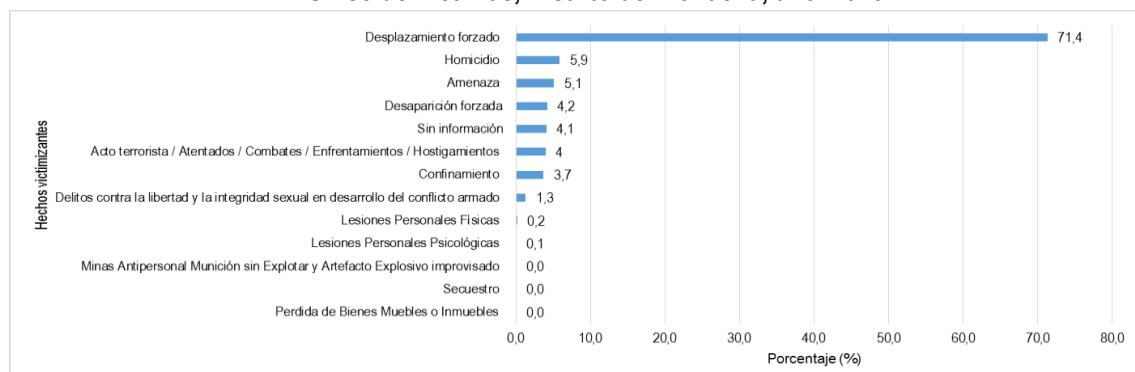
Figura 14. Hogares víctimas por área de residencia, Distrito de Riohacha, año 2.023



Fuente: Unidad para las Víctimas, 2023.

Referente a la distribución por hechos victimizantes reconocidos en el Registro Único de Víctimas, el desplazamiento forzado se constituye en uno de los hechos victimizantes más reconocidos, con datos de 6.685, correspondiente al 71,4%, seguido del homicidio con 5,9% y la amenaza con 5,1%; así mismo, los hechos victimizantes menos reconocidos fueron las minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado, secuestro y perdida de bienes muebles o inmuebles con 0% cada uno. Esta información resulta de vital importancia a la hora de adelantar procesos de focalización y/o priorización para los diversos programas sociales que se implementen en el territorio. (Ver Figura 15).

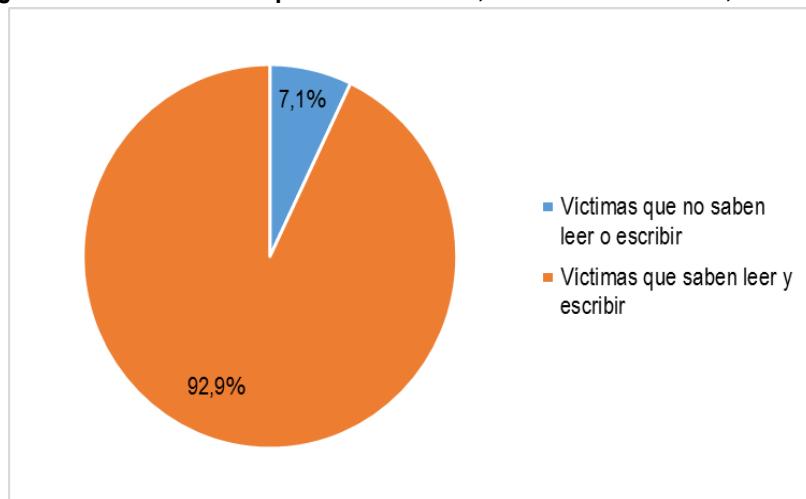
Figura 15. Hechos victimizantes reconocidos en el Registro Único de Víctimas, Distrito de Riohacha, año 2.023.



Fuente: Unidad para las Víctimas, 2023.

Se conoce como tasa de alfabetismo la relación que existe entre las personas a partir de cierta edad que declararon saber leer y escribir y el total de la población que contestó esta pregunta. De acuerdo al grado de alfabetización de las víctimas, se logró identificar que de las 6.556 víctimas que contestaron esta pregunta 6.091 (92,9%) manifestaron saber leer y escribir y 465 (7,1%) manifestaron no saber leer o escribir. (Ver Figura 16).

Figura 16. Alfabetismo en población víctima, Distrito de Riohacha, año 2.023



Fuente: Unidad para las Víctimas, 2023.

1.2.4 Población LGTBIQ+

En la ciudad de Riohacha, ubicada en el departamento de La Guajira, Colombia, la comunidad LGTBI ha navegado por una historia compleja marcada por diversas dinámicas culturales, sociales y legales. La realidad de la población LGTBI en Riohacha se ha visto influida por la interacción entre las tradiciones culturales arraigadas y la evolución de las actitudes sociales hacia la diversidad sexual. La falta de reconocimiento legal y la persistencia de la discriminación han creado desafíos sustanciales para la aceptación plena y la igualdad de derechos de la comunidad LGTBI en esta región. Aunque se han observado avances en términos de visibilidad y conciencia en algunos sectores, persisten barreras significativas que impactan la calidad de vida y la identidad de género y orientación sexual de los individuos LGTBI en Riohacha.

La población LGTBI del distrito de Riohacha cuenta con la política pública que garantiza los derechos de la población en el distrito de Riohacha, a pesar de no contar con una caracterización cuantitativa ya que en el distrito por temas de temor muchos miembros de la población no se auto reconocen como miembro de este grupo poblacional, existen organizaciones que trabajan por el reconocimientos de los derechos de la población LGTBI donde se realizan actividades culturales, deportiva, atención a adultos mayores y promoción y prevención de infecciones de trasmisión y VIH SIDA.

La administración distrital de Riohacha desde la secretaría de desarrollo social y la dirección de población vulnerable en cabeza del enlace distrital para la población LGTBI realiza acciones afirmativas y educativas en busca del reconocimiento de la población en el distrito, tales como; Campañas de sensibilización a la sociedad civil para el trato hacia la población, Campaña de identificación de espacios seguros para personas con

orientación sexual diversas, Campaña de aseguramiento articuladas con dirección de aseguramiento, Fortalecimiento a emprendimientos y Marchas por el reconocimiento de los derechos de la población.

Las Organizaciones de la Población LGTBI presentes en el Distrito son:

- Fundación Más Que Un Amigo
- Fundación Cactus Guajiro
- Fundación Alas De Metal
- Fundación Juan Parra
- Fundación Deporte Para Todos By Yilmar Pinto

Se vienen realizando en el Distrito de Riohacha diferentes actividades con la Población LGTBI, tales como;

- Charla De Violencia Basada En Género a Mujeres Lesbianas y Bisexuales, el cual estuvo a cargo de la organización UNFPA.
- Semana Deportiva dirigida por la Fundación Deporte para Todos se dividió en varios momentos en los cuales se realizaron en diversos escenarios deportivos del distrito de Riohacha; Partidos de Fútbol Cancha San Martín, Partidos de Voleibol Coliseo Eder Jhon Medina Toro, entrega de reconocimientos a líderes Deportivos de la población LGTBI.
- Charla con profesional de psicología con Mujeres Bisexuales y Lesbiana del Distrito y sus Hijos a cargo de la Fundación Alas de metal.
- Muestras culturales por parte de los jóvenes a toda la sociedad civil del distrito, en el que participaron organizaciones Stop Dance, La Corporación Artística y Cultural Afro Guajira.
- Charla a La Comunidad LGTBI En El Distrito De Riohacha, sobre Las rutas de atención y como se llevan a cabo las diferentes medidas de indemnización las cuales tiene unos criterios de priorización por lo cual el estado prioriza a esos casos de mayor vulnerabilidad y también cómo se realiza la elección de los miembros de la mesa de víctima.
- Movilización de la población LGTBI Por Las Calles Del Distrito; En la movilización se podía notar la aceptación que los habitantes del distrito mostraban hacia la población con una cultura de respeto hacia la diversidad, y reivindicación de derechos de la población TRANS, los participantes con mensajes de inclusión y respeto.
- Charlas sobre Laboratorio y Trata de Personas, con el fin que identifiquen cuando una persona es explotada y los tipos de explotación que se pueden dar que van desde el trabajo en la mendicidad hasta el trabajo sexual no remunerado.

En el Distrito de Riohacha la población LGTBIQ+ manifiesta ser víctima de discriminación, homofobia y xenofobia; del mismo modo, señalan que se han presentado muertes violentas en esta población. Solicitan además que se adopten medidas y acciones de inclusión social que les permitan defender sus derechos y deberes, al tiempo en que se trabaje en el fortalecimiento de las rutas de atención interinstitucionales. Por otro lado, la población asegura que son pocas las acciones que se emprenden desde el nivel territorial para garantizar su pleno desarrollo en la sociedad. Esta problemática se desarrolla por la falta de instrumentos de gestión y estrategia que fomenten el goce efectivo de derechos de esta población. Ante este contexto, es necesario que desde la Administración Distrital se ejecuten estrategias que contengan acciones afirmativas para combatir la Sector: Inclusión social Mujer y diversidad sexual discriminación de la cual la población, asegura, es víctima.

De acuerdo a la información adoptada por el plan de desarrollo Riohacha Cambia la Historia 2.020 - 2.023, en el Distrito se reconoce la libertad y diversidad de convicciones religiosas, y, en virtud de esta afirmación, se encuentra en desarrollo la adopción y cumplimiento del Decreto 437 de 2018, que determina la Política Integral de Libertad Religiosa y de Cultos en función del derecho fundamental de libertad religiosa (artículo 19, Constitución de 1991). Frente a esto, el Estado, tal como sucede con todas las libertades públicas, debe formular las diferentes acciones para su reconocimiento y protección, para lo que es necesario dar alcance a los lineamientos establecidos en la Circular 6 de 2017, emanada por el Ministerio del Interior, en la cual se manifiesta la importancia de establecer mecanismos institucionales en el nivel territorial para fortalecer el trabajo que se realice desde este sector.

Así mismo, a través de la configuración de la Mesa Distrital de Riohacha población LGBTIQ+, se conmemoró día internacional contra la Homo-Lebo y transfobia, actividad que inició en el liceo Isabel María Cuesta, dónde se les informó a los jóvenes sobre la discriminación a esta población, además de educarles sobre la violencia basada en género con enfoque diferencial a los alumnos de esta institución educativa. La intención de esta mensa es erradicar y disminuir estas acciones de odio, palabras y rechazo a la población LGBTIQ. Sin olvidar la prevención, salud, cultura, emprendimiento, alimentación, protección y espacio seguros para esta población. La mesa Distrital de Riohachera población LGBTI, hace parte las organizaciones Fundación más que un amigo, Fundación Escuela de artes escénicas Juan Parra, Fundación cactus Guajiro, Fundación Douglas Castellano, Fundación Alas de Metal, Fundación Deporte para todos y Fundación la sobra del amigo.

En el Día Internacional del Orgullo LGBTI la administración distrital de Riohacha, izó por primera vez la bandera que representa a la comunidad LGBTI de esta ciudad, con el fin de reconocer los derechos de sus miembros. El acto se cumplió en el edificio de la alcaldía con el apoyo de la gobernación y la presencia de líderes que representan a este sector de la población. Así mismo, se hizo énfasis sobre el reconocimiento a la equidad, respeto por la diversidad y no discriminación por razones de género, identidad sexual, étnica, social y cultural a esta comunidad. La administración es incluyente y esta acción es lo mínimo que podemos hacer por esta comunidad que se ha esmerado por salir adelante y porque se le reconozcan sus derechos.

Conmemorar esta fecha es sensibilizar y hacer un llamado a toda la comunidad invitando a que la violencia psicológica, la burla y los comentarios displicentes o irónicos sobre la expresión de la identidad de género, deben detenerse. Tal como lo expresan sus líderes la comunidad LGBTI, sigue sufriendo violaciones a sus derechos humanos y exclusiones y lo que queremos significar con estas actividades es que ellos tienen derecho a vivir una vida digna, sin estigma y a poder contribuir positivamente con sus potencialidades a sus familias y comunidades. El propósito es promover la igualdad de derechos de estas personas que deben ser reconocidas, sin importar su orientación sexual.

La Secretaría de Salud Distrital a través de la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables ha convocado a las diferentes EAPB e IPS del Distrito, asistiendo 35 representantes de estas instituciones, explicando el propósito de esta política pública que su finalidad es disminuir las condiciones de inequidad y discriminación que sufren las mujeres que habitan en las zonas urbanas y rurales del distrito, en sus diversidades étnicas, sexuales, políticas, religiosas y culturales que afecten su calidad de vida como mujeres en el ejercicio, goce y disfrute de sus derechos como ciudadanas.

Afirmó, que se deben Garantizar el goce efectivo de los derechos de las mujeres indígenas, afrodescendientes negras, palenqueras, raizales y rom, urbanas, rurales y campesinas, reconocimiento sus diversidades étnicas, sexuales, políticas, religiosas y culturales, promoviendo el principio de igualdad y no discriminación mediante la implementación de la política de mujeres en el distrito de Riohacha. Teniendo en cuenta las Líneas Estratégicas de Acción Salud Integral y Derechos Sexuales. Finalmente, la intervención con la oferta institucional se deja saber que esta población de cuenta con prioridad en los procesos del certificado de discapacidad bajo la normativa la resolución 1239 del 2022, por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación y caracterización de personas con discapacidad con el propósito que cada uno cuente con su valoración médica por equipo interdisciplinario y este pueda ser aplicado en todo el campo requerido.

1.2.5 Población Migrante

La ciudad de Riohacha se encuentra inmersa en una compleja realidad de movilidad forzada, con diversas variables que delinean sus contornos y profundizan las tensiones sociales. La presencia de desplazamientos involuntarios se manifiesta de manera dispar en distintos segmentos de la población, revelando patrones diferenciados según el sexo, la edad y el género. Las mujeres y niños, siendo grupos particularmente vulnerables, a menudo enfrentan situaciones de mayor riesgo, incluyendo violencia de género y explotación. Este fenómeno está intrínsecamente ligado a enfrentamientos militares, disputas por la tierra y la usurpación ilegal de predios, así como a la presencia de grupos armados en la región. Las condiciones sociales en las que se desenvuelve esta movilidad forzada son de extrema precariedad, caracterizadas por la falta de acceso a servicios básicos y viviendas adecuadas para los desplazados, generando una situación de vulnerabilidad y desamparo. La ciudad de Riohacha, al recibir a estas poblaciones desplazadas, se enfrenta a una serie de desafíos que incluyen un aumento significativo en los índices de pobreza, la agudización de los conflictos armados internos y la modificación en las formas de ocupación y prácticas culturales. El aumento de la demanda sobre los recursos locales impacta directamente en la economía y la estabilidad social de la ciudad, exacerbando las tensiones preexistentes.

Este fenómeno no solo implica consecuencias económicas y sociales, sino que también conlleva la necesidad de repensar las dinámicas culturales y ocupacionales, ya que las comunidades receptoras se ven obligadas a adaptarse a la llegada de nuevas poblaciones con necesidades y experiencias diferentes. Para una comprensión más detallada y actualizada, se recomienda referirse a informes gubernamentales y estudios académicos específicos sobre la situación de movilidad forzada en Riohacha, como los proporcionados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia y organismos internacionales como el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

La migración de personas venezolanas y colombianas retornadas al país, con ocasión de la crisis política y económica que atraviesa Venezuela tiene características de migración forzada y en condiciones no seguras. En muy pocos casos obedeció a un proceso deliberado, planificado con el propósito expedito de mejorar la situación o la calidad de vida presente, sin tener que renunciar a un estilo de vida establecido o abandonar unos bienes legítimamente adquiridos. En estas circunstancias, la migración ocurre a despecho de las personas y a riesgo de sus proyectos de vida; de entrada, significa sacrificio, desprendimiento doloroso de un entorno familiar, social, material y simbólico, es decir, de sistemas de vínculos afectivos que conforman el mundo de la vida, habitual, conocido y seguro. La palabra que mejor caracteriza este tipo de migración es pérdida o

deprivación, que si es ominosa para las mujeres y hombres adultos, lo es en infinita mayor medida para las niñas y los niños. Las y los migrantes llegan a engrosar las cifras de pobreza extrema que tipifican a regiones como La Guajira; poblaciones marginalizadas y excluidas de los bienes y servicios que un estado social de derecho debería, en todo caso, garantizar y cuya ausencia emergente o prolongada está enlazada de manera mediata o inmediata con violaciones de derechos humanos como la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes. Al mismo tiempo, la marginalidad es el órgano enfermo donde medran con casi total impunidad los vectores de la delincuencia, organizada o no, que se sirven de la necesidad extrema para llenar sus arcas y sufragar sus perversos instintos.

Reducidos a la lógica implacable de la supervivencia en un entorno altamente hostil, ambiental, material y socialmente, que abarca el tránsito desde Venezuela, el ingreso y la permanencia en el país, los y las menores de edad se ven forzadas a tolerar distintas formas de discriminación, violencia sexual y explotación basadas en el género y en la edad pero también, en algunos casos, en el origen étnico o nacional; los factores que predisponen esas formas de violencia están presentes, no obstante, previamente, en las organizaciones familiares afectadas por el consumo de alcohol y drogas, la conducta criminal, la adultización, la parentalización e incluso, las enfermedades mentales. En ese contexto de vivir por debajo de cualquier expectativa digna, las familias deben priorizar la satisfacción de unas necesidades sobre otras: la alimentación y el resguardo antes que la educación, la salud o la recreación; el bienestar mental o la seguridad de las niñas y los niños no aparece en esta escala como una necesidad identificable ni vinculante para los responsables de su cuidado. Alcanzar estándares mínimos es percibido como suficiente y, aun, mejor que aquello de lo que se disfrutaba antes de tener que migrar.

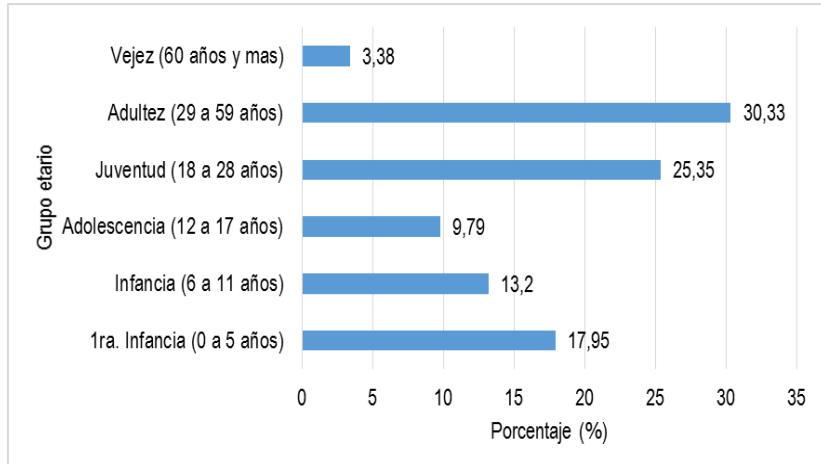
El desarrollo personal como un proyecto que eleve las potencialidades multidimensionales de niñas y niños hasta su mayor perfeccionamiento es, al menos, impensable. Mientras tanto, la exigencia de que todos los miembros del sistema aporten a la economía familiar, al tiempo que permite mantener cierta cohesión interna entre sus miembros, una cierta unidad familiar, arriesga una vez más a niñas y niños a la mendicidad y otras formas de explotación económica; por omisión o negligencia, más que por conductas activas específicas, los referentes familiares son parcialmente responsables de que las niñas y niños queden expuestos a la explotación sexual comercial (Fundación Renacer, 2020).

Según datos del Ministerio de Relaciones exteriores y Migración Colombia, en el Distrito de Riohacha hay un total de 39.680 ciudadanos extranjeros de nacionalidad venezolana en el Pre-registro del Estatuto Temporal de Protección ETPMV, de los cuales, el 55% equivalentes a 21.649 ciudadanos, son mujeres y el otro 45% correspondientes a 18.029 ciudadanos son hombres (OIM, 2020).

De acuerdo a la encuesta realizada por la Organización de Naciones Unidas para la Migración con el fin de conocer sobre la población migrante del distrito especial, turístico y cultural de Riohacha se han podido hacer las siguientes conclusiones:

Teniendo en cuenta los grupos etarios de los participantes en la encuesta, se puede inferir que es su mayoría se encontraban entre los 18 a 28 años y los 29 a 59 años, correspondiente a la juventud y la adultez con 30,33% y 25,35% respectivamente. Seguido de la primera infancia con 17,95% y finalmente la vejez que incluye a los mayores de 60 años fue el grupo etario que se presentó en menor proporción con un 3,38%.

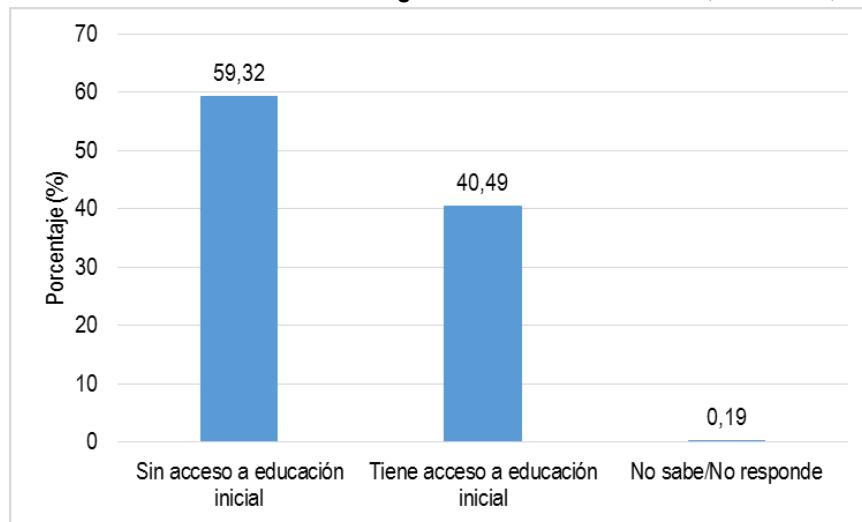
Figura 17. Grupo etario población migrante, Riohacha, año 2.020



Fuente: Implementación DTM, OIM Colombia, abril 2020.

Teniendo en cuenta el nivel de escolaridad de los menores entre 0 y 17 años pertenecientes a la población migrante que hizo parte de la encuesta, es posible inferir que la mayoría de los niños de 0 a 5 años de edad, es decir el 59,32% no tiene acceso a educación inicial, el 40,49% tiene acceso y el 0,19% no respondió esta pregunta. (Ver Figura 18).

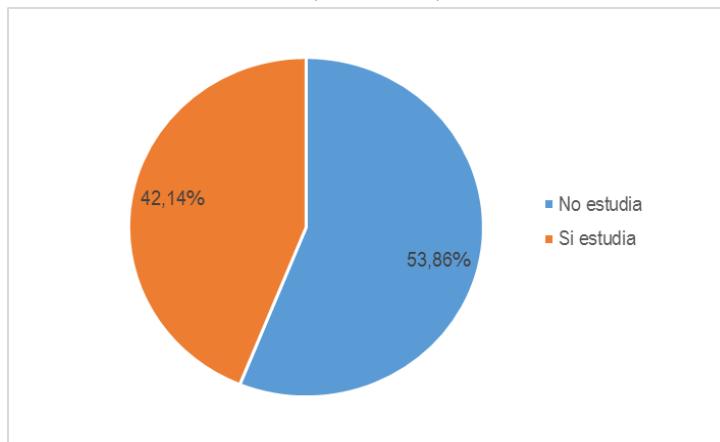
Figura 18. Acceso a educación de los migrantes menores de 5 años, Riohacha, año 2.020



Fuente: Implementación DTM, OIM Colombia, abril 2020.

Así mismo, analizando el nivel de escolaridad del grupo de edad comprendido entre los 6 a los 17 años, se observa que la mayor parte de los menores no estudia (53,86%) y solo un 42,14% de esta población asiste a la escuela. De acuerdo, a dicha encuesta, estas altas cifras de menores sin acceso a una educación se deben principalmente a la falta de documentación del grupo poblacional como migrantes, seguido de la falta de cupos que presentan las instituciones educativas. (Ver Figura 19).

Figura 19. Acceso a educación de los migrantes de 6 a 17 años, Riohacha, año 2.020



Fuente: Implementación DTM, OIM Colombia, abril 2020.

Ahora bien, de acuerdo al nivel de escolaridad para todo el grupo poblacional, se observó que en la población migrante encuestada el mayor grupo se concentra en el nivel de educación básica completa con título que va de 1 a 6 grado con 30,77%, seguido de educación media diversificada (5° año. Título de Bachiller) con 23,16%. Así mismo, se logró identificar que solo un 4,82% se encontraba realizando estudios de educación superior como técnico, pregrado o postgrado y finalmente el 7,36% manifestó no encontrarse en ningún nivel educativo. (Ver Tabla 15).

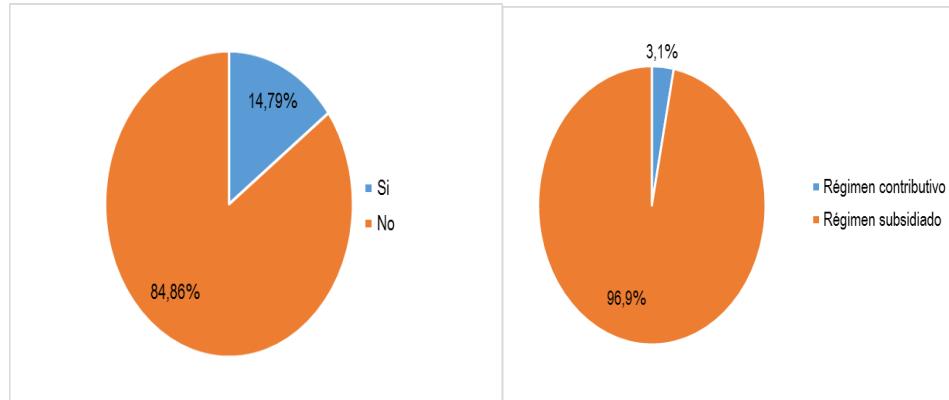
Tabla 15. Nivel de escolaridad de los migrantes de 6 a 17 años, Riohacha, año 2.020

Nivel escolar	%
Ed. Inicial (prekínder, kínder, preparatorio)	8,07
Ed. Básica Media General. (Primer a Tercer año)	19,88
Ed. Básica completa con título (1-6 grado)	30,77
Ed. Media diversificada (5° año. Título de Bachiller)	23,16
Ed. Media diversificada (6° año. Título de Técnico Medio)	5,95
Ed. Superior (Formación profesional: Técnico superior, Universitario)	3,24
Ed. Superior (Pregrado Universitario: Licenciado, Profesional)	1,46
Ed. Superior (Postgrado Universitario: Especialización, Maestría, Doctorado)	0,12
No ha realizado ningún nivel educativo	7,36

Fuente: Implementación DTM, OIM Colombia, abril 2020.

En cuanto al estado de afiliación de la población migrante encuestada al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, se pudo conocer que solo el 14,79% de la población se encuentra afiliada al SGSSS, y de estos, la mayoría se encuentran afiliados en el régimen subsidiado (96,9%), es decir, solo un 3,1% de esta población cuenta con recursos para acceder al régimen contributivo. (Ver Figura 20).

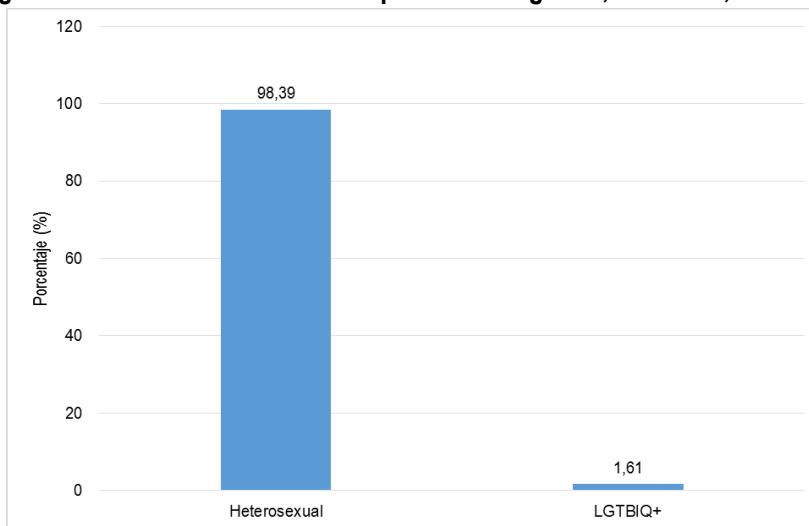
Figura 20. Estado de afiliación al SGSSS de la población migrante, Riohacha, año 2.020.



Fuente: Implementación DTM, OIM Colombia, abril 2020.

Dada la importancia de conocer la orientación sexual de la población, se conoció a través de la encuesta que la mayoría de la población encuestada en el territorio se identifica como heterosexual en un 98,39% y solo el 1,61% manifestó que se identifica como parte de la comunidad LGTBIQ+. (Ver Figura 21).

Figura 21. Orientación sexual de la población migrante, Riohacha, año 2.020.



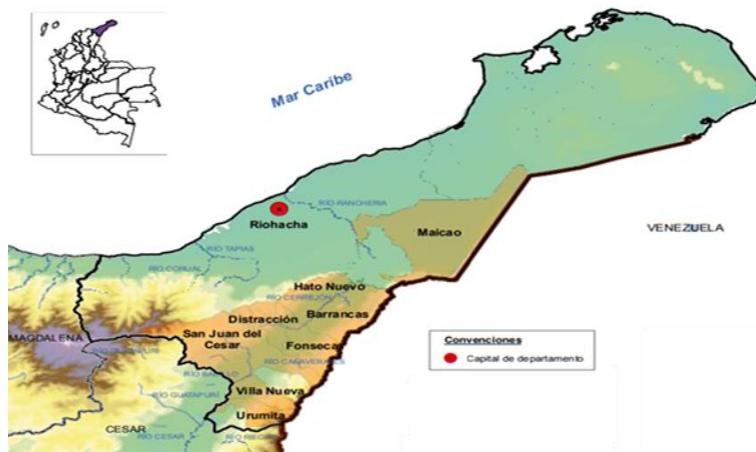
Fuente: Implementación DTM, OIM Colombia, abril 2020.

1.2.6 Población Campesina

La historia sobre los antecedentes y el surgimiento de la organización campesina en el Departamento de La Guajira, reconstruida a través de las memorias de algunos campesinos que vivieron este proceso, está vinculada con estas tensiones del pasado y con la demanda por el reconocimiento de los territorios.

Algunas memorias sobre el escenario previo al surgimiento de la ANUC (Asociación Nacional de Usuarios Campesinos) en el Departamento dan cuenta de las iniciativas de las personas campesinas para organizarse y trabajar juntas, 14 Campesinos de tierra y agua - Campesinado en el departamento de La Guajira teniendo como eje común la producción de alimentos en la alta Guajira. Otras relatan los inicios de las organizaciones campesinas en la denominada media Guajira, en los municipios de Riohacha, Riohacha y Hatonuevo. La baja Guajira constituye también una zona en la que se desarrollaron algunas iniciativas campesinas por asociarse, tal como sucedió en Barrancas, Fonseca, Distracción, San Juan del Cesar, Villanueva, El Molino y Urumita (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2017).

Mapa 9. Municipio de Riohacha



Fuente: Centro Nacional de memoria histórica, 2015.

Demografía de la población campesina

La Guajira, ubicada en el extremo norte de Colombia, es conocida por su diversidad cultural y geográfica. Riohacha, su capital, es un punto de encuentro entre el desierto y el mar Caribe, pero también es hogar de una significativa población campesina que ha influido en la historia y la dinámica social de la región.

Según información del DANE, informes gubernamentales locales, estudios académicos sobre la historia y la agricultura en La Guajira, la presencia de campesinos en Riohacha se remonta a épocas precolombinas, cuando las comunidades indígenas, como los wayuu, ya practicaban la agricultura y la ganadería en la región. Sin embargo, el proceso de colonización española y la introducción de nuevas prácticas agrícolas y sistemas de tenencia de la tierra tuvieron un impacto significativo en la vida de los campesinos.

A lo largo de los años, la economía del Distrito de Riohacha ha experimentado transformaciones importantes. La agricultura ha sido una actividad central, con cultivos como el maíz, la yuca y la palma de aceite desempeñando un papel crucial en la subsistencia de las comunidades campesinas; además, la ganadería ha sido una fuente importante de ingresos. A pesar de la riqueza de recursos naturales con los que cuenta el territorio, su población campesina ha enfrentado desafíos significativos como la falta de acceso a servicios básicos, de educación y atención médica; así mismo, la tenencia de la tierra también ha sido un tema crítico, con disputas y tensiones en torno a la propiedad y el uso de la tierra.

La Guajira ha experimentado impactos significativos del cambio climático, incluida la desertificación. Esto ha afectado la productividad agrícola y ha planteado desafíos adicionales para la población campesina, que depende en gran medida de la tierra para su sustento.

La demografía de la población campesina en Riohacha incluye a personas de diversas edades. Los grupos etarios varían, desde jóvenes agricultores que buscan nuevas oportunidades hasta agricultores mayores que han dedicado décadas a la tierra. La dinámica generacional desempeña un papel importante en la transmisión de conocimientos y tradiciones agrícolas.

A medida que Riohacha y La Guajira buscan un desarrollo sostenible, la inclusión y el apoyo a la población campesina se presentan como elementos clave. Iniciativas que aborden los desafíos socioeconómicos, promuevan la educación y ofrezcan soluciones adaptadas al cambio climático pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de los campesinos en la región.

1.3 Contexto institucional de protección social y sectorial en salud

El Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra a la cabeza del sector del mismo nombre, encargado de la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y de participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales. Igualmente, de dirigir, orientar, coordinar y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, así como los lineamientos pertinentes relacionados con los sistemas de información de la Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social es una entidad pública del nivel central del Gobierno Nacional y cabeza del sector salud, encargada de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud, mediante la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios de salud y sostenibilidad del sistema, incrementando los niveles de satisfacción de los pacientes, familias, comunidades y habitantes del territorio nacional.

Los sistemas de protección social bien diseñados pueden tener impactos a largo plazo poderosos, al reducir las desigualdades, generar resiliencia y poner fin al ciclo de la pobreza intergeneracional. Este tipo de sistemas y herramientas tienen un potencial transformador, ya que ayudan a mitigar las crisis económicas y fiscales, y dan la oportunidad a las personas de salir de la pobreza y convertirse en miembros productivos de la sociedad.

El Distrito de Riohacha, cuenta con un sistema que formular la política de salud, dirige, orienta, adopta y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social, así como tambe evalúa los planes, programas y proyectos en materia de Salud.

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

La gobernanza en salud se refiere a una forma de gobernar el sistema de salud, caracterizada por la participación y la coordinación de actores, la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas de manera negociada y bajo una rectoría con un objetivo común: garantizar el derecho a la salud mediante la prestación de servicios con eficiencia, suficiencia y calidad. La gobernanza puede ofrecer beneficios como un mayor gasto público en salud, la prevención de riesgos y hechos de corrupción, mayor logro de los objetivos colectivos en salud, mayores niveles de participación ciudadana y de grupos de interés, y una mejor rectoría.

Cabe resaltar que el Distrito de Riohacha dentro de sus fortalezas u oportunidades se relaciona el amplio marco regulatorio y las potencialidades de la Ley estatutaria de Salud, sobre lo que se refiere al derecho fundamental a la salud. Otra de las fortalezas que tiene es la cobertura para alcanzar el acceso a los servicios de salud, no obstante, hay aspectos que se deben mejorar. En cuanto a los hospitales y centros de atención primaria son parte imprescindible en la planificación e implantación del sistema.

La presencia institucional en el Distrito de Riohacha está centralizada en el casco urbano del municipio, siendo la Alcaldía y sus secretarías la de mayor importancia; adicionalmente el municipio cuenta con otras instituciones de carácter público en su mayoría como son la Personería, Comisarías de Familia, ICBF, Inspecciones de Policía, Registraduría, Notarías y Juzgados.

La administración del municipio de Riohacha se compromete con la protección y promoción de la salud de sus habitantes, procurando su integridad física y mental mediante el control de los riesgos, el mejoramiento continuo de los procesos y la protección del medio ambiente. Los programas desarrollados estarán orientados al fomento de una cultura preventiva y del auto cuidado, a la intervención de las condiciones de salud que puedan atentar contra la estabilidad integral de los habitantes.

A continuación, se describe en la Tabla 16 el número y la distribución de las Instituciones Prestadoras de Servicios habilitada por servicios:

**Tabla 16. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud
Distrito de Riohacha. Años 2.015 – 2.022**

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	9	13	16	18	20	18	19	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	2	2	2	2	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	10	12	13	12	10	9	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	13	14	19	18	20	21	22	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	9	9	9	12	11	10	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	12	12	12	11	11	10	10	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	25	30	31	34	36	38	46	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	18	18	23	23	26	28	34	36
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	2	2	2	2	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	27	27	28	27	28	29	30	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	39	41	41	39	45	47	47	52
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	1	1	1	1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	4	4	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	3	3	3	3	3	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	7	7	7	7	6	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar			1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	5	5	5	4	4	4	5	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	17	19	20	20	20	21	20	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	49	50	55	54	61	61	59	64
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	44	42	42	43	41	40	39	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	1							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	17	20	20	23	29	30	35	37
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	17	19	24	28	30	31	36	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	23	22	21	19	17	16	16	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	41	47	56	60	67	72	73	82
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	7	8	8	10	10	13	13	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	7	7	7	6	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	19	21	23	25	23	26	25	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	4	4	4	4	4	3	3	3

	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	11	11	15	15	16	15	17	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	8	15	20	24	27	29	28	42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología plástica	4	4	4	5	5	7	7	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	1	1	1	1	1	2	4	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cadera y cuello				1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mama	2	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos					1	1	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax				2	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	3	3	4	4	4	4	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	15	18	22	24	24	24	29	30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	2	6	7	10	9	10	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	5	5	5	5	4	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftálmica							3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	2	6	7	10	9	11	11	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica		3						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	10	10	11	14	15	13	14	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	1	1	2	4	6	7	11	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	9	11	15	24	23	22	21	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología oncológica	15	18	20	24	25	26	32	35
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología								1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	5	8	8	8	10	10	14	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	7	9	11	14	19	20	25	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	9	12	12	16	14	15	15	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	60	60	62	66	68	67	79	90
	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	3	4	5	5	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	30	28	24	21	19	18	17	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	14	13	10	8	6	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	9	12	15	18	19	18	21	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de genética			1	1	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobiatría	34	40	46	52	56	56	62	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	1	1	1	1	1	1	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	6	7	7	6	6	6	9	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología general	1	1	1	1	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	3	3	2	3	3	3	3	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	8	10	11	14	15	16	15	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	2	2	3	6	6	7	9	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	7	13	16	18	16	15	17	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	2	6	6	10	13	12	14	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y reumatología	5	6	11	13	16	20	28	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	76	80	82	86	90	88	93	104
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	28	37	44	48	52	61	69	77
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía		1	1	1	2	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neutreraferia	2	1	1	1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	8	11	14	15	15	16	17	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	2	3	4	5	7	7	9	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología						1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	9	11	14	18	17	16	23	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	1	2	3	5	6	6	7	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	5	7	8	11	12	11	16	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	14	17	18	23	25	25	34	35
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	4	3	4	6	8	12	17	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	44	52	56	63	66	67	72	80
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	60	60	58	64	62	63	63	59
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	8	9	8	13	11	12	12	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	10	13	16	15	19	20	23	30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología oncológica								1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	7	7	6	5	5	4	7	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	3	3	3	2	3	3	4	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	9	13	18	17	16	17	18	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	8	10	9	14	10	11	11	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia infantil	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia oncológica								1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	1	2	3	4	5	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	20	26	33	36	36	36	42	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología de especialidad	12	16	21	24	26	26	32	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	13	15	17	20	21	22	29	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	30	40	47	52	54	59	64	68
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	8	9	8	12	12	13	13	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	44	50	51	63	66	70	79	91
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	8	11	14	20	24	22	28	36
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia						2	3	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	10	11	10	15	11	13	13	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	1	8	10	15	16	15	20	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	10	9	7	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	15	14	14	13	11	11	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología		1	1	1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	16	19	22	24	25	24	28	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica						1	0	

	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico				1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	4	4	4	4	3	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	4	4	3	3	4	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	4	4	4	4	4	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	3	3	3	3	3	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	4	4	3	3	4	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría			1				
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	4	4	4	4	4	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	3	3	3	3	3	2	2
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud general	9	9	9	8	9	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	9	9	9	8	8	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental			1		2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	1	1	1	1	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas			2	1	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	1	1	2	2	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	9	9	9	8	8	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	1	1	2	1	1	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	4						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			16				
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas				1	4	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	5	7	10	10	14	14	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con vejez	1	2	2	2	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilación	7	8	11	11	15	15	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias			1	1	4	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	1	1	1	1	1	1	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	12	15		19	23	23	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	33	29	28	26	24	22	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del agudeza visual	42	41	42	44	42	43	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor	53	49	49	51	50	51	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29	54	47	47	49	48	49	48
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo en la edad adulta	51	45	45	48	47	48	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en la edad adulta	55	49	49	51	50	51	50
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	46	41	40	41	40	40	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	41	37	36	37	37	38	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	29	25	25	22	21	19	19
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	37	31	31	28	26	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	8	8	8	11	10	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	2	2	3	5	5	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	52	47	48	50	49	50	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención nutritiva en salud bucal	53	49	49	52	50	53	52
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	17	19	21	20	18	17	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	26	25	25	21	20	20	20
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	2	3	3	3	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	5	5	5	5	5	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax					1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	5	5	6	6	6	5	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gástricointestinal	4	4	5	5	5	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	10	11	11	10	13	12	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	10	10	10	9	11	10	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	6	7	7	8	7	8	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurologica	6	6	6	6	8	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmologica	10	11	11	10	11	11	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncologica	2	2	2	2	2	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugia oral	7	8	7	8	7	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugia ortopédica	9	10	10	9	11	11	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugia otoneurologia	9	9	10	9	11	10	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugia pediatrica	4	7	8	10	13	12	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugia plástica oncológica	1	1	1	1	1		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugia plástica y reconstructiva	9	9	9	8	9	9	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugia urológica	9	9	10	9	10	9	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugia vascular y angiologica	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugias	4	4	5	5	6	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares					1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	9	8	8	9	9	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	10	10	10	10	11	11	11
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de urgencias	9	9	9	8	8	7	6

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO. Indicadores REPS de servicios de Salud, 2.022

Otros indicadores del sistema sanitario

A continuación, se describen otros indicadores del sistema sanitario relacionados con la razón de ambulancias y disponibilidad de camas en el Distrito de Riohacha, desde el año 2015 hasta el año 2022:

Razón de ambulancias básicas: El Distrito de Riohacha contaba con 8 ambulancias básicas por cada 100.000 habitantes en el año 2022.

Razón de ambulancias medicalizadas: El Distrito de Riohacha contaba 14 con ambulancias medicalizadas para el año 2022.

Razón de ambulancias: El Distrito de Riohacha contaba con 22 ambulancias por cada 100.000 habitantes en el año 2022.

Razón de camas de adulto: El Distrito de Riohacha contaba con 69 camas de adultos por cada 100.000 habitantes en el año 2022.

Razón de camas de cuidado intensivo: El Distrito de Riohacha contaba con 41 camas de cuidado intensivo para el año 2022.

Razón de camas de cuidado intermedio: El Distrito de Riohacha contaba con 16 camas de cuidado intermedio para el año 2022.

Razón de camas: El Distrito de Riohacha contaba con 113 camas por cada 100.000 habitantes en el año 2022.

Tabla 17. Otros indicadores del sistema sanitario del Distrito de Riohacha. Años 2.015 – 2.022

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Razón de ambulancias básicas por 100.000 habitantes	4,00	3,00	4,00	5,00	5,00	1,00	31,00	8,00
Razón de ambulancias medicalizadas por 100.000 habitantes	5,00	5,00	5,00	5,00	7,00	10,00	58,00	14,00
Razón de ambulancias por 100.000 habitantes	8,00	8,00	8,00	10,00	13,00	21,00	89,00	22,00
Razón de camas de adulto por 100.000 habitantes	78,00	79,00	76,00	70,00	69,00	62,00	63,00	69,00
Razón de camas de cuidado intensivo por 100.000 habitantes	22,00	18,00	15,00	20,00	23,00	33,00	41,00	41,00
Razón de camas de cuidado intermedio por 100.000 habitantes	15,00	13,00	14,00	13,00	15,00	22,00	16,00	16,00
Razón de camas por 100.000 habitantes	185,00	187,00	185,00	176,00	208,00	235,00	126,00	113,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO. Indicadores REPS de servicios de Salud, 2.022

Caracterización de la población afiliada a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio en el Distrito de Riohacha, La Guajira.

A continuación, se presenta información relacionada con la afiliación en el distrito de Riohacha, La Guajira, con corte al año 2.022, con relación al número de afiliados, régimen de salud, municipio de residencia y cantidad de IPS Primarias para la atención de estos por cada entidad territorial. Adicionalmente, se presenta por EAPB la priorización según grupos de riesgo e indicadores priorizados.

Tabla 1. Distribución de los afiliados según EAPB en el Distrito de Riohacha. Año 2022

EAPB	Cantidad de Afiliados reportados por la EAPB
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	21.575
ANAS WAYUU EPSI	34.928
CAJACOPI EPS SAS	575.539
COOSALUD EPS S.A	4.572
DUSAKAWI EPSI	33.549
EPS FAMILIAR COLOMBIA	30.231
EPS SANITAS	36.798
NUEVA EPS	16.609
SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	29.038
Total general	782.839

Fuente: Reporte de caracterización de EAPB – Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla 2. Distribución de los afiliados según régimen en el Distrito de Riohacha. Año 2022

Régimen	Cantidad de Afiliados reportados por la EAPB
Contributivo	88.998
Subsidiado	693.841
Total general	782.839

Fuente: Reporte de caracterización de EAPB – Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla 3. Distribución de las IPS primaria según EAPB en el Distrito de Riohacha. Año 2022

EAPB	Cantidad de IPS Primaria Reportada por la EAPB
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	1
ANAS WAYUU EPSI	14
CAJACOPI EPS SAS	47
COOSALUD EPS S.A	2
DUSAKAWI EPSI	15
EPS FAMILIAR COLOMBIA	17
EPS SANITAS	9
NUEVA EPS	5
SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	4

Fuente: Reporte de caracterización de EAPB – Ministerio de Salud y Protección Social

**Priorización de los grupos de riesgo e indicadores priorizados según EAPB en el Distrito de Riohacha,
La Guajira. Año 2022**

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
CONTRIBUTIVO	ANAS WAYUU EPSI	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
CONTRIBUTIVO	ANAS WAYUU EPSI	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
CONTRIBUTIVO	ANAS WAYUU EPSI	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
CONTRIBUTIVO	ANAS WAYUU EPSI	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
CONTRIBUTIVO	ANAS WAYUU EPSI	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
SUBSIDIADO	ANAS WAYUU EPSI	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
SUBSIDIADO	ANAS WAYUU EPSI	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
SUBSIDIADO	ANAS WAYUU EPSI	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
SUBSIDIADO	ANAS WAYUU EPSI	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
SUBSIDIADO	ANAS WAYUU EPSI	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
CONTRIBUTIVO	CAJACOPI EPS SAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por
CONTRIBUTIVO	CAJACOPI EPS SAS	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
CONTRIBUTIVO	CAJACOPI EPS SAS	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y
CONTRIBUTIVO	CAJACOPI EPS SAS	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
CONTRIBUTIVO	CAJACOPI EPS SAS	Población en riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Razón de mortalidad materna
SUBSIDIADO	CAJACOPI EPS SAS	Población en condición materno –perinatal	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por
SUBSIDIADO	CAJACOPI EPS SAS	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Razón de mortalidad materna
SUBSIDIADO	CAJACOPI EPS SAS	Población en condición materno –perinatal	Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y
SUBSIDIADO	CAJACOPI EPS SAS	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
SUBSIDIADO	CAJACOPI EPS SAS	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
SUBSIDIADO	COOSALUD EPS S.A	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
SUBSIDIADO	COOSALUD EPS S.A	Población con riesgo o infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
SUBSIDIADO	COOSALUD EPS S.A	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
SUBSIDIADO	COOSALUD EPS S.A	Población con riesgo o infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
SUBSIDIADO	COOSALUD EPS S.A	Población con riesgo o infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	Población con riesgo o infecciones	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	Población con riesgo o infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	Población con riesgo o infecciones	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	Población con riesgo o infecciones	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
CONTRIBUTIVO	DUSAKAWI EPSI	Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema respiratorio
CONTRIBUTIVO	DUSAKAWI EPSI	Población en condición materno –perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio
CONTRIBUTIVO	DUSAKAWI EPSI	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón
CONTRIBUTIVO	DUSAKAWI EPSI	Población en condición materno –perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio
CONTRIBUTIVO	DUSAKAWI EPSI	Población en condición materno –perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio
SUBSIDIADO	DUSAKAWI EPSI	Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema respiratorio
SUBSIDIADO	DUSAKAWI EPSI	Población en condición materno –perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio
SUBSIDIADO	DUSAKAWI EPSI	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón
SUBSIDIADO	DUSAKAWI EPSI	Población en condición materno –perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio
SUBSIDIADO	DUSAKAWI EPSI	Población en condición materno –perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	ECOPETROL S.A.	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	ECOPETROL S.A.	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	ECOPETROL S.A.	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	ECOPETROL S.A.	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines
EXCEPCIÓN/ESPECIAL	ECOPETROL S.A.	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
CONTRIBUTIVO	EPS SANITAS	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
CONTRIBUTIVO	EPS SANITAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
CONTRIBUTIVO	EPS SANITAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
CONTRIBUTIVO	EPS SANITAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
CONTRIBUTIVO	EPS SANITAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
SUBSIDIADO	EPS SANITAS	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
SUBSIDIADO	EPS SANITAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares
SUBSIDIADO	EPS SANITAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
SUBSIDIADO	EPS SANITAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares
SUBSIDIADO	EPS SANITAS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	Sin Grupo de Riesgo Clasificado	Tasa de mortalidad infantil
			Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	Población en condición materno –perinatal	Tasa de mortalidad infantil
CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	Sin Grupo de Riesgo Clasificado	Tasa de mortalidad infantil
CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	Sin Grupo de Riesgo Clasificado	Razón de mortalidad materna
SUBSIDIADO	NUEVA EPS	Población en condición materno –perinatal	Tasa de incidencia de sífilis congénita
SUBSIDIADO	NUEVA EPS	Población en condición materno –perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)
SUBSIDIADO	NUEVA EPS	Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Tasa de incidencia de sífilis congénita
SUBSIDIADO	NUEVA EPS	Población en condición materno –perinatal	Tasa de incidencia de sífilis congénita
SUBSIDIADO	NUEVA EPS	Población en condición materno –perinatal	Tasa de incidencia de sífilis congénita

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales
CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	Población con riesgo o infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles
CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales
CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales
CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Tasa de mortalidad infantil por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
SUBSIDIADO	SALUD TOTAL	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Tasa de mortalidad perinatal
SUBSIDIADO	SALUD TOTAL	Población en condición materno –perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
SUBSIDIADO	SALUD TOTAL	Población con riesgo o presencia de cáncer	Tasa de mortalidad perinatal
SUBSIDIADO	SALUD TOTAL	Población en condición materno –perinatal	Tasa de mortalidad perinatal
SUBSIDIADO	SALUD TOTAL	Población en condición materno –perinatal	Tasa de mortalidad perinatal

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
CONTRIBUTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
CONTRIBUTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
CONTRIBUTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
CONTRIBUTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
CONTRIBUTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
SUBSIDIADO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
SUBSIDIADO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
SUBSIDIADO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles
SUBSIDIADO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
SUBSIDIADO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años

Régimen	EAPB	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
CONTRIBUTIVO	SURA - COMPAÑIA SL	Población en condición materno –perinatal	Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB
CONTRIBUTIVO	SURA - COMPAÑIA SL	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
CONTRIBUTIVO	SURA - COMPAÑIA SL	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
CONTRIBUTIVO	SURA - COMPAÑIA SL	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
CONTRIBUTIVO	SURA - COMPAÑIA SL	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años

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.

Conocer las circunstancias de la vida social de los habitantes del Distrito de Riohacha, permite establecer su influencia en la situación salud-enfermedad de las personas, a través de este conocimiento se derivan estrategias a incluir en los planes de intervención. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las condiciones de vida están influenciadas por aspectos económicos, socioculturales, demográficos e históricos que pueden alterar el estado de salud y la calidad de vida de las personas.

En resumen, los procesos económicos y las circunstancias de la vida social están entrelazados en una relación bidireccional. Las decisiones económicas impactan en la vida social, y a su vez, las dinámicas sociales influyen en la economía. El estudio y comprensión de esta interacción son esenciales para abordar los desafíos y mejorar la calidad de vida en una sociedad.

La caracterización del territorio en términos de los procesos económicos y las circunstancias de vida de la población, se analizó agrupando los indicadores en tres grandes dimensiones: los procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio, las condiciones de vida del territorio y la dinámica de convivencia en el territorio, con el fin de conocer su relación con otros determinantes sociales de la salud que explican el proceso de salud-enfermedad-atención de la población.

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

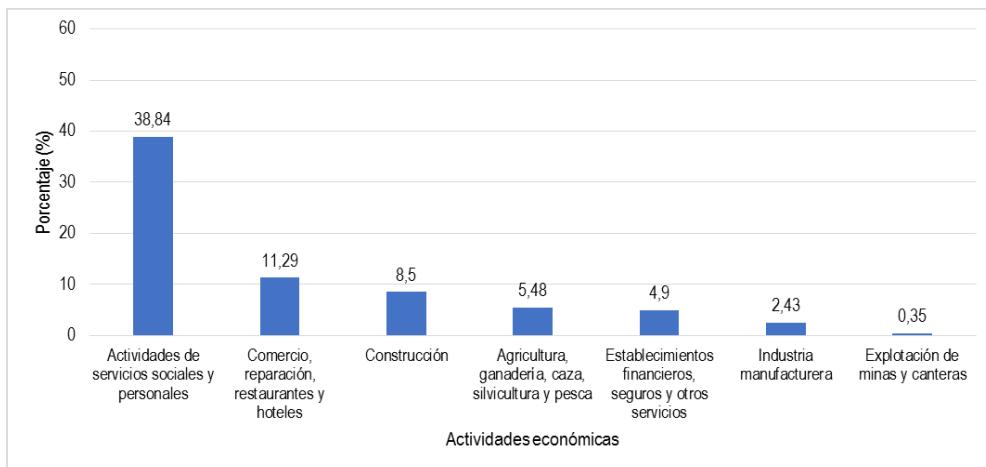
Los procesos económicos hacen referencia a las actividades económicas¹ que se desarrollan en el territorio, en cada una de sus fases: producción, intermediación y consumo. Esta información se obtiene de la dimensión de economía del Sistema de Estadísticas Territoriales – TerriData, una herramienta para fortalecer la gestión pública de los niveles Nacional, departamental, distrital y municipal y las diferentes encuestas como la Encuesta de Hogares, la Encuesta de Calidad de Vida y la Encuesta de mercado laboral del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE.

Procesos económicos del territorio

En el Distrito de Riohacha los procesos económicos que vinculan mayor proporción de población del territorio son las actividades de servicios sociales y personales (38,84%) y las actividades relacionadas con el comercio, reparación, restaurantes y hoteles (11,29%). Vincularon en menor proporción población del territorio las actividades como la construcción, agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca, los establecimientos financieros, seguros y otros servicios, la Industria manufacturera y por último, la explotación de minas y canteras con una cifra de 0,35%. (Ver Figura 22).

¹ Diferentes encuestas como la Encuesta de Hogares, la Encuesta de calidad de vida, y la encuesta de mercado laboral del DANE utilizan la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas – CIUU-.

Figura 22. Porcentaje de actividades económicas en el Distrito de Riohacha, año 2.015

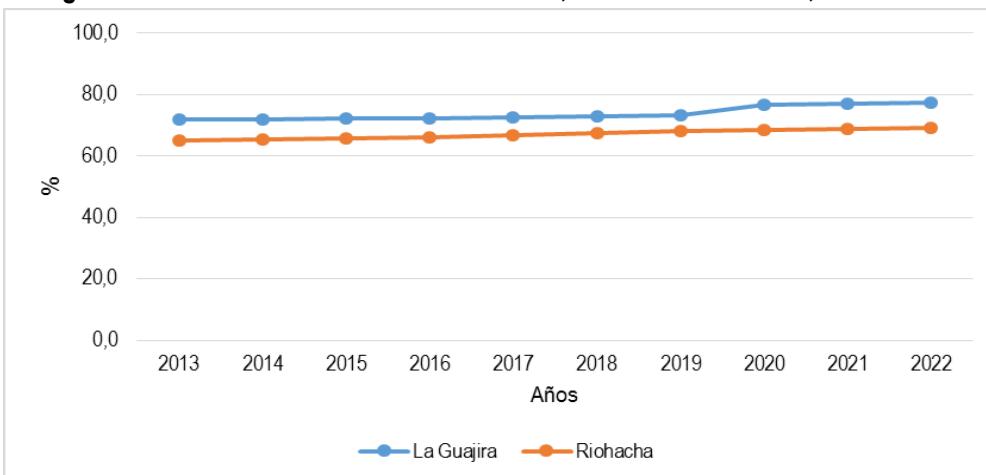


Fuente: TerriData, con datos de DNP a partir de información del DANE.

Condiciones de empleabilidad del territorio

Población Económicamente Activa-PEA: Corresponde a la fuerza laboral efectiva de un país, al estar constituida por las personas en edad de trabajar que están laborando o buscan trabajo. En otras palabras, corresponde a los individuos que participan del mercado de trabajo, ya sea que hayan encontrado un empleo o no. El Distrito de Riohacha, en el transcurso de los años 2.013 al 2.022 presentó coberturas de población económicamente activa inferiores a las del Departamento de La Guajira, mostrando a través de los años una leve tendencia al incremento con cifras que van de 65,0 en el año 2.013 a 69,2 en el 2.022. (Ver Figura 23).

Figura 23. Población Económicamente Activa, Distrito de Riohacha, 2.013 - 2.022

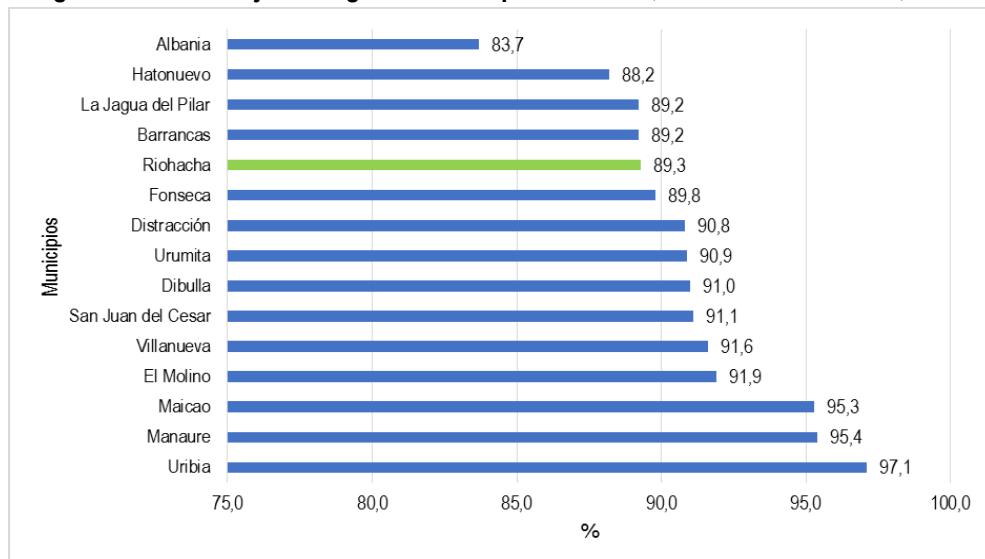


Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

Porcentaje de hogares con empleo informal

Para el Distrito de Riohacha en el año 2.018, el 89,3% de los hogares contaban con un empleo informal, ubicándose en el quinto puesto al compararlo con todos los municipios del Departamento de La Guajira. De los 15 municipios del Departamento Uribia, Manaure y Maicao presentan el porcentaje más alto de hogares con empleo informal con cifras de 95,3%, 95,4% y 97,1% respectivamente y el municipio de Albania presenta la cifra más baja de este indicador (83,7%), en comparación al Distrito de Riohacha. (Ver Figura 24).

Figura 24. Porcentaje de hogares con empleo informal, Distrito de Riohacha, 2.018



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

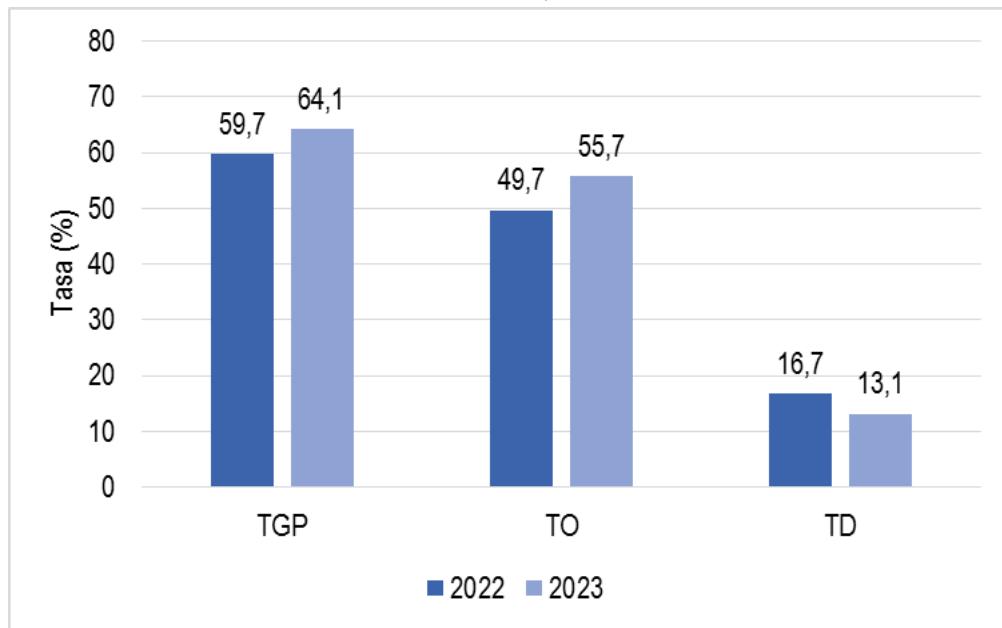
Mercado laboral

El mercado laboral se refiere al entorno económico en el cual empleadores y trabajadores interactúan para intercambiar servicios laborales por remuneración. Es un componente esencial de la economía y tiene un impacto significativo en la vida de las personas y en el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

A través de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) se obtuvo información estadística relacionada con mercado laboral, ingresos y pobreza monetaria, así como la clasificación de las personas según su fuerza de trabajo como población ocupada, desocupada o población fuera de la fuerza de trabajo. De esta forma, es posible estimar los principales indicadores del mercado laboral colombiano, como son la Tasa Global de Participación (TGP), la Tasa de Ocupación (TO) y la Tasa de Desocupación (TD).

En octubre de 2.023, la tasa de desocupación del Distrito de Riohacha fue 13,1%, en el mismo mes de 2.022 fue 16,7%. La tasa global de participación en octubre del 2.023 se ubicó en 64,1%, en octubre de 2.022 fue 59,7%. Finalmente, la tasa de ocupación fue 55,7%, lo que representó un aumento de 6,0 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2.022 (49,7%). (Ver Figura 25).

**Figura 25. Tasa global de participación, ocupación y desocupación,
Distrito de Riohacha, 2.022 – 2.023.**



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

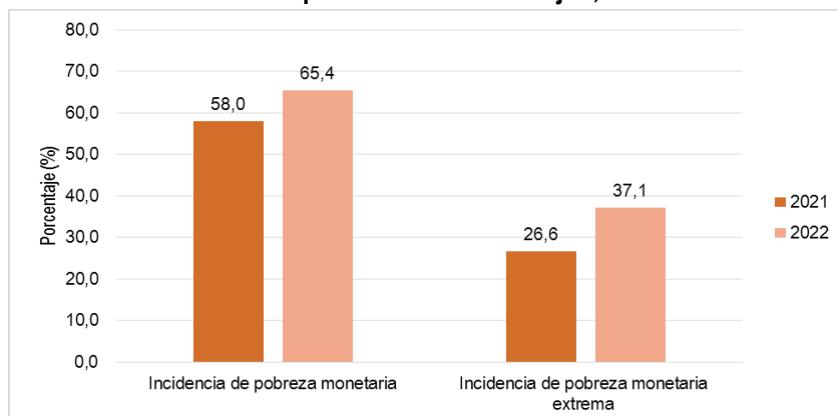
2.2 Condiciones de vida del territorio

Se refiere a la descripción de los aspectos medibles y analizables a través de indicadores, como las condiciones sociales, culturales, económicas, educativas, entre otras, que definen la forma en que viven y se desarrollan las personas dentro del territorio, los factores asociados a sus condiciones de vida y las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad económica.

En Colombia, los principales indicadores para medir la pobreza son la pobreza monetaria y pobreza multidimensional. La pobreza monetaria ocurre cuando el ingreso mensual per cápita de un hogar se sitúa por debajo de la línea de pobreza monetaria, la pobreza monetaria extrema ocurre cuando el ingreso se sitúa por debajo de la línea de indigencia (pobreza extrema) monetaria, y en pobreza multidimensional se considera a aquellos hogares que tengan índice de pobreza multidimensional ponderado, igual o superior al 33% de las privaciones (DANE, 2023).

La Guajira, está considerada como un departamento en pobreza monetaria, dado que la incidencia de la pobreza monetaria aumentó en 7,4 puntos porcentuales entre 2.020 y 2.021, y el mismo comportamiento se observó en la incidencia de la pobreza monetaria extrema, la cual aumentó en 10,5 puntos porcentuales en el mismo periodo de tiempo. (Ver Figura 26)

Figura 26. Incidencia de la pobreza monetaria y la pobreza monetaria extrema en el Departamento de La Guajira, 2.021 - 2.022



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (2020-2021)

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) es una medición de la pobreza que refleja las múltiples carencias que enfrentan las personas pobres al mismo tiempo en áreas como educación, salud, entre otros. En este sentido, el DANE, estimó a través del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 que en el Distrito de Riohacha el IPM es de 45,1%, dato que se ve reflejado en el análisis de los 15 indicadores agrupados en las dimensiones de condiciones educativas, condiciones de la niñez y juventud, trabajo, salud y condiciones de la vivienda y servicios públicos, estimándose los indicadores más relevantes en términos generales, el trabajo informal con cifra de 89,3%, bajo logro educativo con 48,3%, dependencia económica 45,2% y la inadecuada eliminación de excretas 38,0%; en menor proporción la inasistencia escolar con un 7,0%, las barreras de acceso a servicios de salud (4,5%) y el trabajo infantil con un 2,0%. (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Comportamiento del IPM en el Distrito de Riohacha, año 2.018

Dimensiones	Indicadores	%
Condiciones educativas	Analfabetismo	18,7
	Bajo logro educativo	48,3
Condiciones de la niñez y juventud	Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	4,9
	Trabajo infantil	2,0
	Inasistencia escolar	7,0
	Rezago escolar	23,7
Trabajo	Tasa de dependencia económica	45,2
	Trabajo informal	89,3
Salud	Barreras de acceso a servicios de salud	4,5
	Sin aseguramiento en salud	20,2
Condiciones de la vivienda y servicios públicos	Hacinamiento crítico	25,1
	Inadecuada eliminación de excretas	38,0
	Material inadecuado de paredes exteriores	14,1
	Material inadecuado de pisos	26,6
	Sin acceso a fuente de agua mejorada	23,8

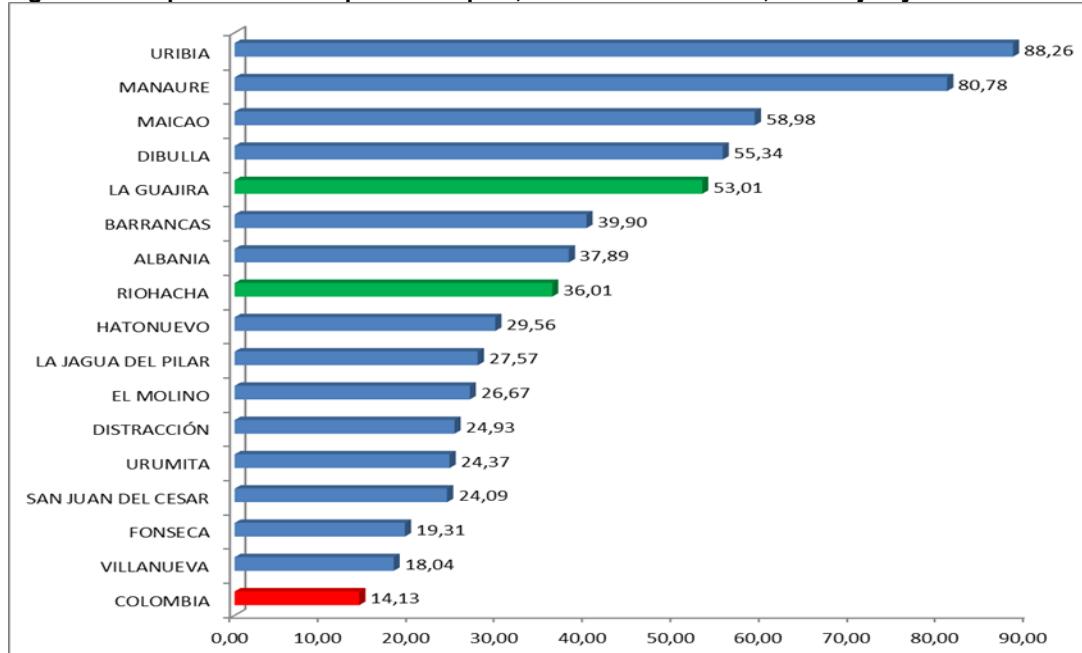
Fuente: DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI

Según el DANE, las Necesidades básicas Insatisfechas NBI son un indicador socioeconómico que busca determinar si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas; para el Distrito de Riohacha el porcentaje de NBI según el censo del año 2.018 fue de 36,01 en relación con el departamento que fue de 53,01. Los indicadores que se miden son:

- Personas que viven en vivienda inadecuada (este indicador expresa las características físicas de viviendas consideradas impropias para el alojamiento humano).
- Personas que viven en vivienda con servicios inadecuados (no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas).
- Personas que viven en hogares con hacinamiento crítico (se consideran en esta situación los hogares con más de tres personas por cuarto).
- Personas en hogares con inasistencia escolar (mide la satisfacción de necesidades educativas mínimas para la población infantil, considera los hogares donde uno o más niños entre 7 y 11 años, parientes del jefe que no asisten a un centro de educación formal).
- Personas en hogares con alta dependencia económica (personas que pertenecen a hogares con más de tres personas por miembro ocupado y cuyo jefe ha aprobado, como máximo, dos años de educación primaria).

Figura 27. Proporción de NBI por Municipios, Distrito de Riohacha, La Guajira y Colombia 2.018



Fuente: DANE, 2.018.

Cobertura Bruta de educación

La situación educativa en Riohacha, como en cualquier otra ciudad o región, puede ser influenciada por diversos factores, incluyendo políticas educativas, infraestructura, calidad de la enseñanza, acceso a recursos educativos y la participación de la comunidad.

Se analizó la cobertura bruta de educación según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza del 95%. El Distrito de Riohacha tomó como valor de referencia la nación. (Ver Tabla 19).

Para evitar la clasificación erróneamente, se utilizó la estimación de los intervalos de confianza al 95%, para identificar aquellos indicadores que se encuentran en peor o mejor situación con respecto al país y a la correspondiente semaforización.

Amarillo: Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el Distrito de Riohacha con el indicador del país.

Rojo: Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en el Distrito de Riohacha comparado con el del país.

Verde: Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en el Distrito de Riohacha comparado con el indicador del país.

- **Porcentaje de hogares con analfabetismo:** El indicador es significativamente más alto en el Distrito de Riohacha comparado con el indicador del país
- **Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria:** El indicador es significativamente más alto en el Distrito de Riohacha comparado con el indicador del país, presentando un comportamiento irregular con tendencia al aumento en el último año analizado.
- **Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundaria:** El indicador es significativamente más alto en el Distrito de Riohacha comparado con el indicador del país, presentando un comportamiento irregular con tendencia al aumento en el último año analizado.
- **Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre el valor del indicador en el Distrito de Riohacha comparado con el indicador del país, presentando un comportamiento irregular con tendencia al aumento en el último año analizado.

Tabla 19. Tasa de cobertura bruta de educación, Distrito de Riohacha, La Guajira. Año 2.005 – 2.021

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Distrito Riohacha	Comportamiento																	
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	10,80	18,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗				
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2021)	106,51	140,47	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2021)	109,03	126,19	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2021)	86,15	83,62	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	

Fuente: MEN-SIMAT 2005 – 2021

Cobertura de servicios

A continuación, se realiza el análisis por cada uno de los indicadores de condiciones de vida:

- **Cobertura de servicios de electricidad:** No hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor del país con el valor del indicador del Distrito de Riohacha.
- **Cobertura de acueducto:** No hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor del país con el valor del indicador del Distrito de Riohacha.
- **Cobertura de alcantarillado:** Este indicador es significativamente más alto para el país, comparado con el valor del indicador del Distrito de Riohacha.
- **Cobertura de internet (fijo o móvil):** Este indicador es significativamente más alto para el país, comparado con el valor del indicador del Distrito de Riohacha.
- **Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA):** Este indicador es significativamente más alto para el país, comparado con el valor del indicador del Distrito de Riohacha.
- **Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada:** Este indicador es significativamente más bajo para el país, comparado con el valor del indicador del Distrito de Riohacha.
- **Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas:** Este indicador es significativamente más bajo para el país, comparado con el valor del indicador del Distrito de Riohacha. (Ver Tabla 20).

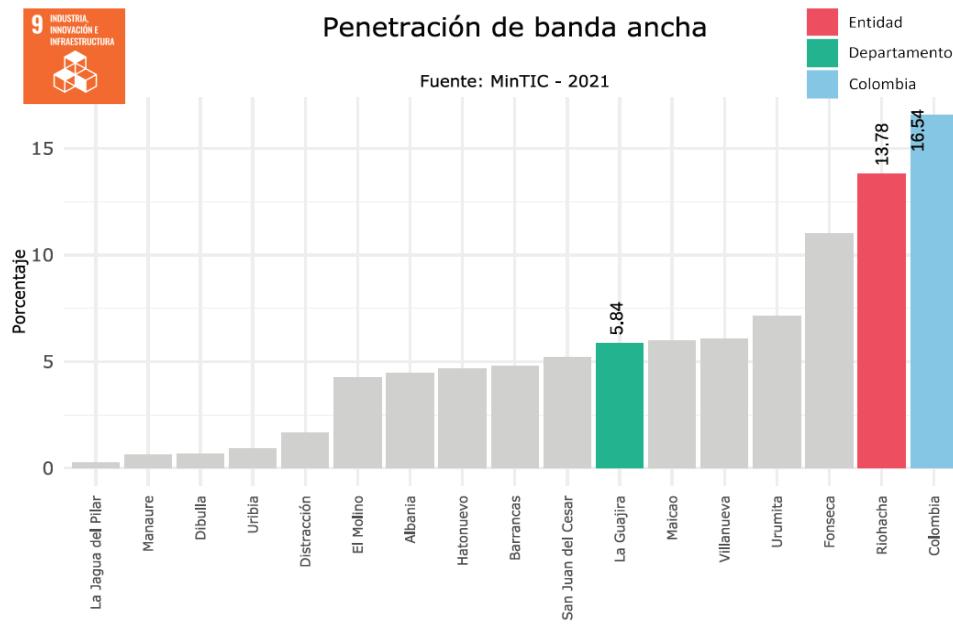
**Tabla 20. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.019 y 2.022.**

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Distrito Riohacha
Cobertura de servicios de electricidad (Año 2.022)	96,3	81,49
Cobertura de acueducto (Año 2.022)	86,4	62,09
Cobertura de alcantarillado (Año 2.022)	76,6	55,16
Cobertura de gas natural conectado a red pública (Año 2.022)	66,8	
Recolección de basura (Año 2.022)	81,6	
Internet (Fijo o móvil)	43,4	24,24
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (Año 2.020)	33,07	7,21
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2.019)	11,50	23,80
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2.019)	11,00	38,00

Fuente: Cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2018. Actualizado 2022 - ECV 2020.

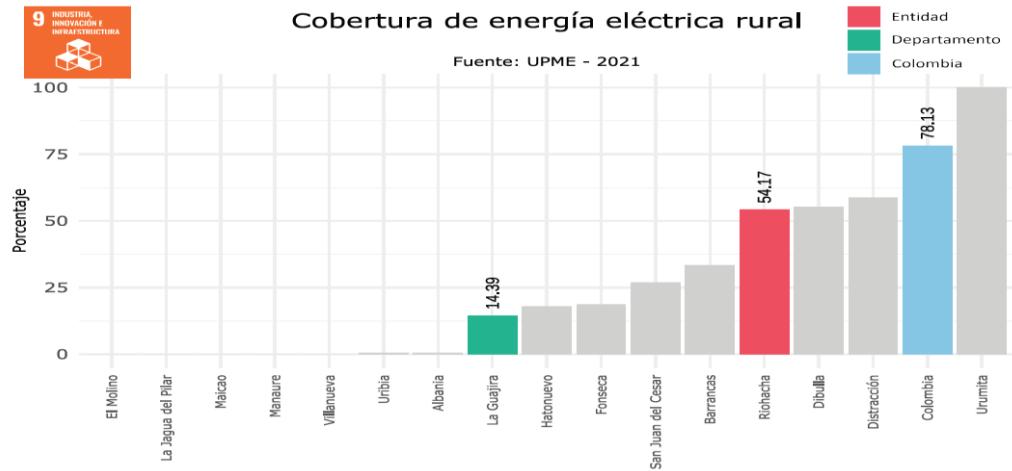
A continuación, se describe información de la cobertura de los servicios públicos en el Distrito de Riohacha (penetración de banda ancha y la energía eléctrica en la zona rural). Esta información esta contrastada con la cobertura de estos en el resto de los municipios del departamento de La Guajira y Colombia.

Figura 28. Penetración de banda ancha, Riohacha, La Guajira. Año 2.021



Fuente: TerriData. Sistemas de estadísticas territoriales

Figura 29. Cobertura de energía eléctrica rural, Riohacha, La Guajira. Año 2.021



Fuente: TerriData. Sistemas de estadísticas territoriales

Disponibilidad de alimentos

Según la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional la disponibilidad de alimentos es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel regional y local. Está relacionada con el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación. De esta forma la disponibilidad está determinada por la estructura productiva (agropecuaria, agroindustrial), los sistemas de comercialización internos y externos, los factores productivos (tierra, crédito, agua, tecnología. Recurso humano), las condiciones ecosistémicas (clima, recursos genéticos y biodiversidad) las políticas de producción y comercio y las extensiones sociopolíticas (relaciones económicas, sociales y políticas entre actores).

Se realizó el análisis descriptivo del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer y sus intervalos de confianza al 95% en el Distrito de Riohacha tomando como valor de referencia el país. (Ver Tabla 21).

- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer:** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia.

Tabla 21. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.006 – 2.020

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Distrito	Comportamiento																	
			Riohacha	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9.86	10,61	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	

Fuente: EEVV- DANE 2006 – 2021

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Las dinámicas de convivencia en un territorio se refieren a las interacciones y relaciones entre los habitantes de esa área, así como a los factores que influyen en el ambiente social y en la calidad de vida. Estas dinámicas pueden ser influenciadas por diversos elementos, entre los que se incluyen cultura y diversidad. La diversidad cultural en un territorio puede afectar las dinámicas de convivencia. Las interacciones entre diferentes grupos étnicos, lingüísticos o religiosos pueden contribuir a la riqueza cultural, pero también pueden plantear desafíos en términos de comprensión y respeto mutuo.

Condiciones factores, psicológicos y culturales

Se analizaron los factores psicológicos y culturales de acuerdo a la estimación de la razón de tasa, razón de prevalencia y sus intervalos de confianza al 95%. El Distrito de Riohacha tomó como valor de referencia el país. (Ver Tabla 22).

A continuación, se realiza el análisis por cada uno de los indicadores de los factores psicológicos y culturales.

- **Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre el valor del indicador en el Distrito de Riohacha comparado con el indicador del país.
- **Tasa de incidencia de violencia contra la mujer:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre el valor del indicador en el Distrito de Riohacha comparado con el indicador del país.

**Tabla 22. Determinantes intermedios de la salud - Factores psicológicos y culturales,
Distrito de Riohacha, 2.010 – 2.021**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Distrito Riohacha	Comportamiento											
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2021)	35,34	38,75	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2021)	41,00	43,28	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF

A continuación, se presenta otra información relacionada con la violencia en el Distrito de Riohacha.

Tabla 23. Indicadores de violencia en el Distrito de Riohacha, La Guajira. Año 2022

Variable	Valor
16. Tasa de homicidio intencional por cada 100.000 habitantes (2022)	22.44
16. Tasa de homicidio intencional en hombres por cada 100.000 habitantes (2022)	41.38
16. Tasa de homicidio intencional en mujeres por cada 100.000 habitantes (2022)	4.63
16. Tasa de homicidio intencional en áreas urbanas por cada 100.000 habitantes (2022)	22.13
16. Tasa de homicidio intencional en áreas rurales por cada 100.000 habitantes (2022)	23.29

Fuente: TerriData. Sistema de Estadísticas Territoriales

De acuerdo a la información tomada del Observatorio Nacional de Violencias de Género del MSPS usando como fuente el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, el total de los casos de violencia de género en niños, niñas y adolescentes en el Distrito de Riohacha notificados por esta fuente a corte año 2022 fue de 163 casos, la mayoría correspondientes a violencia sexual con una tasa de 124,7 casos por 100.000 habitantes, seguido de la violencia física con una tasa de 58,1 casos por 100.000 habitantes y el menor número de casos correspondió a negligencia y abandono y violencia psicológica con 10 y 2 casos respectivamente, y tasas de 12,1 y 2,4 por cada 100.000 habitantes. (Ver Figura 30).

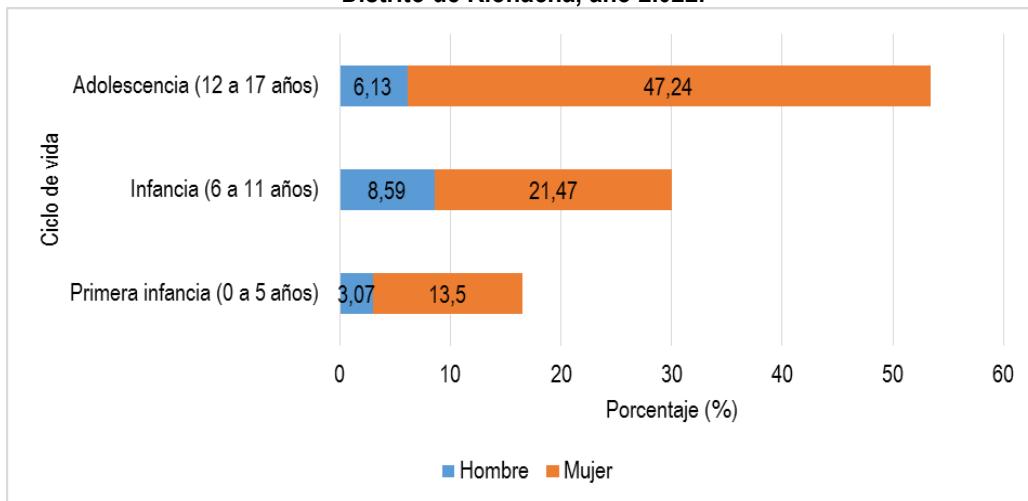
Figura 30. Tipos de violencia notificados en niños, niñas y adolescentes, Distrito de Riohacha, año 2.022.



Fuente: SIVIGE, 2022

El análisis del comportamiento de este indicador por sexo y ciclo de vida, demuestra que para el año 2.022 las mujeres fueron víctimas de violencia en mayor proporción que los hombres, con datos de 82,2% en términos generales. Las mujeres en el ciclo de vida adolescentes son las más violentadas con un 47,24%, mientras los hombres tienen un 6,13%. Seguido de las niñas entre 6 y 11 años con un 21,47%, y en menor proporción los niños de 0 a 5 años con un 3,07%. (Ver Figura 31).

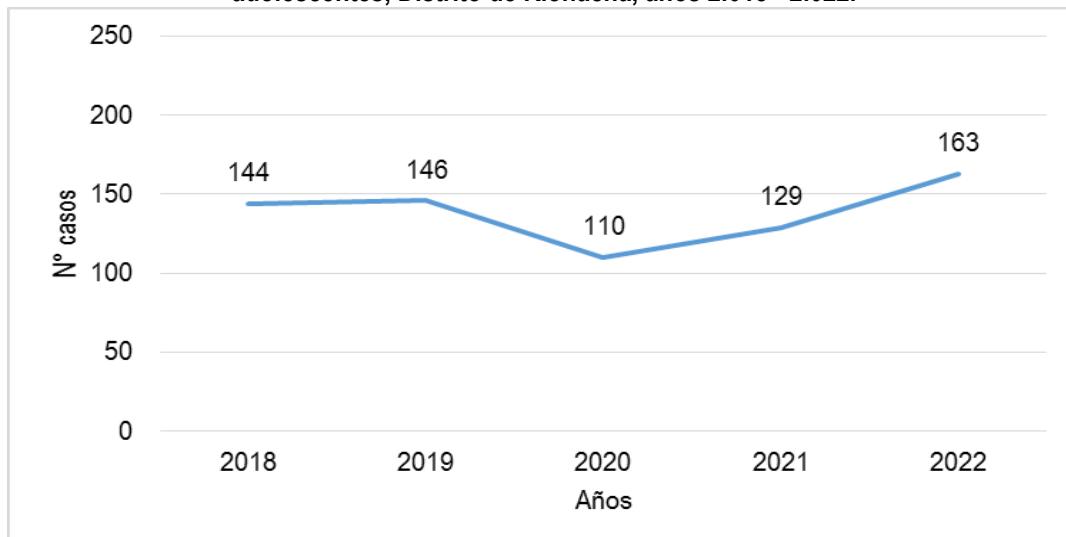
Figura 31. Tipos de violencia notificados en niños, niñas y adolescentes, Distrito de Riohacha, año 2.022.



Fuente: SIVIGE, 2022

Haciendo un comparativo del comportamiento de las violencias en el Distrito de Riohacha en los últimos años, se puede inferir que el comportamiento ha sido irregular, teniendo en cuenta que para los años 2.018 y 2.019 la tendencia era al aumento con 144 y 146 casos respectivamente; sin embargo, para el año 2.020 el número de casos disminuyó a 110 casos, lo cual no indica precisamente que hayan disminuido las violencias, es posible que esto se deba a una disminución de la notificación dada la pandemia por COVID-19 presentada en ese mismo año. En los años 2.021 y 2.022 se observa que la tendencia es al aumento con 129 y 163 casos respectivamente. (Ver Figura 32).

Figura 32. Comportamiento de la violencia en niños, niñas y adolescentes, Distrito de Riohacha, años 2.018 - 2.022.



Fuente: SIVIGE, 2022

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.

3.1 Análisis de la morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes información corresponde a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de dato de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA, y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en su territorio.

3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad

Morbilidad atendida

Se analizó en el Distrito de Riohacha entre los años 2.009 – 2.022 las principales causas de morbilidad atendida según la lista adaptada por la guía ASIS del MSPS y teniendo en cuenta los ciclos vitales: (Ver Tabla 24).

Según los datos de SISPRO para el año 2.022, se reportaron en el Distrito de Riohacha 824.611 atenciones; de estas se presentaron el 35,1% en la adultez; seguido del 19,4% en las personas mayores de 60 años; 14,5% en la primera infancia; 14,4% en la juventud; 10,5% en la adolescencia y un 6,1% en la infancia. Del total de las atenciones el 40% se presentaron en los hombres con un total de 327.092 atenciones y un 60% en las mujeres con un total de 497.519 atenciones.

Al analizar por ciclo vital en la primera infancia las enfermedades más atendidas fueron las condiciones transmisibles y nutricionales con un 42,88%, seguido de las condiciones mal clasificadas con un 27,84%; seguido de las enfermedades no transmisibles con un 25,04%, en cuarto lugar, se encuentran las lesiones con un 2,94% y por último las condiciones perinatales con el menor porcentaje con el 1,30%. En la infancia la morbilidad más atendida fueron las enfermedades no transmisibles con un 42,22%, le siguen las condiciones mal clasificadas con un 33,14%, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con un 19,58%, en cuarto lugar, se encuentran las lesiones con un 5% y en último lugar las condiciones maternas con un 0,06%.

En el ciclo vital de la adolescencia las enfermedades no transmisibles fueron las más atendidas, con el 45,95%; seguido de las condiciones mal clasificadas con un 38,48% y las condiciones transmisibles y nutricionales con un 8,85%, en cuarto lugar, se encuentra las lesiones con un 4,43% y por último las condiciones maternas 2,33%. En la juventud, las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar de morbilidad con un 49,60%, seguido de las condiciones mal clasificadas con un 31,53%; en tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales con un 8,68%, en cuarto lugar, se encuentran las condiciones maternas con un 6,03% y en último lugar las lesiones con un 4,16%.

En la adultez las principales causas de morbilidad fueron las enfermedades no transmisibles con un 66,18%, seguido de las condiciones mal clasificadas con un 20,93%, en tercer lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales con un 7,49%, entre otras. En las personas mayores de 60 años las enfermedades no transmisibles fueron las más atendidas con un 81,42%, seguida de las condiciones mal clasificadas con un 12,64% y las condiciones transmisibles y nutricionales con un 3,60% entre otras.

**Tabla 24. Principales causas de morbilidad por ciclo vital general,
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.009 – 2.022**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2022-2021	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	58,49	51,83	53,61	51,73	49,74	50,94	49,49	46,15	44,68	44,84	40,96	30,10	34,08	42,38	8,80
	Condiciones perinatales	1,42	1,20	1,58	1,30	0,85	0,87	0,92	0,51	0,64	0,47	0,75	2,43	1,68	1,30	-0,38
	Enfermedades no transmisibles	24,89	25,25	25,53	27,01	27,83	25,78	26,01	27,78	30,71	29,41	28,53	33,15	31,81	25,04	-6,77
	Lesiones	2,32	2,84	2,84	2,94	3,70	4,06	4,74	5,06	5,72	4,24	4,32	5,45	4,09	2,94	-1,15
	Condiciones mal clasificadas	12,89	18,87	16,45	17,02	17,87	18,35	18,84	20,51	18,24	21,04	25,44	28,88	28,34	27,84	-0,40
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	49,61	41,99	34,42	31,55	29,54	32,19	29,01	26,71	25,00	25,01	19,96	17,27	16,26	19,58	3,32
	Condiciones maternas	0,06	0,06	0,15	0,07	0,05	0,07	0,14	0,03	0,01	0,10	0,06	0,03	0,05	0,06	0,01
	Enfermedades no transmisibles	35,33	34,37	43,59	47,96	45,93	40,85	38,97	40,73	46,45	45,89	39,82	38,28	41,14	42,22	1,89
	Lesiones	2,93	4,49	4,05	3,81	5,31	6,44	7,25	7,83	7,48	5,50	5,25	6,58	5,99	5,00	-0,99
	Condiciones mal clasificadas	14,07	19,08	17,79	16,61	19,17	20,45	24,62	24,71	21,06	24,00	34,91	37,85	36,56	38,14	3,42
Adolescencia (12-18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	38,24	29,36	27,95	21,31	16,76	18,31	14,18	13,47	14,22	14,62	9,90	8,52	7,14	8,85	1,21
	Condiciones maternas	1,25	2,99	1,99	2,33	3,62	5,79	5,21	3,98	3,37	2,12	2,18	2,99	2,69	2,33	-0,36
	Enfermedades no transmisibles	40,72	42,93	47,02	53,71	54,02	45,58	41,69	41,46	48,06	51,09	43,49	47,11	52,02	45,91	-6,10
	Lesiones	2,18	3,92	4,11	3,89	4,58	5,87	7,33	8,84	7,69	5,34	5,02	4,98	4,00	4,43	0,42
	Condiciones mal clasificadas	17,60	20,81	18,92	18,77	21,02	24,44	31,59	32,26	26,66	26,83	39,42	36,40	34,15	38,48	4,33
Juventud (14-26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,51	21,73	17,85	14,20	12,27	13,00	12,43	11,58	11,63	12,89	10,33	9,07	8,37	8,68	0,30
	Condiciones maternas	3,88	6,65	6,01	5,20	8,02	9,61	10,21	7,41	7,50	5,20	5,39	6,00	6,00	6,03	0,03
	Enfermedades no transmisibles	49,51	48,95	52,90	59,69	55,61	49,86	44,96	45,70	49,47	49,15	46,74	48,70	52,66	49,80	-3,86
	Lesiones	2,96	3,25	3,17	2,75	3,38	4,10	4,56	5,49	5,11	4,19	4,70	4,32	4,15	4,16	0,01
	Condiciones mal clasificadas	17,14	19,43	20,07	18,16	20,72	23,44	27,84	29,81	26,29	28,58	32,85	31,91	28,82	31,53	2,72
Adulzto (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,17	17,13	10,80	9,14	8,39	9,96	10,06	9,40	8,16	9,45	8,46	8,65	8,22	7,49	-0,73
	Condiciones maternas	1,05	1,56	1,94	1,42	1,69	2,22	2,56	1,53	1,91	1,23	1,29	1,53	1,43	1,51	0,08
	Enfermedades no transmisibles	59,65	60,74	67,18	73,07	72,07	67,33	62,72	64,73	69,11	66,89	62,43	62,94	66,62	66,18	-0,44
	Lesiones	2,90	3,34	3,37	2,56	2,70	3,58	3,74	4,36	4,29	3,77	4,01	4,16	4,00	3,89	-0,11
	Condiciones mal clasificadas	15,23	17,25	16,72	13,82	15,15	16,91	20,92	19,98	16,53	18,66	23,80	22,72	19,74	20,93	1,17
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,89	19,26	8,41	6,95	6,14	7,26	7,01	5,52	5,83	7,04	5,11	4,75	3,44	3,60	0,16
	Condiciones maternas	0,05	0,82	0,04	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
	Enfermedades no transmisibles	65,22	59,62	74,15	79,32	80,29	76,13	73,99	77,62	80,64	78,30	76,57	79,92	82,31	81,42	-0,89
	Lesiones	2,42	2,94	3,12	2,09	2,01	2,67	2,37	3,38	2,45	2,51	2,61	2,08	2,21	2,33	0,12
	Condiciones mal clasificadas	11,42	17,36	14,29	11,64	11,57	13,91	16,61	13,49	11,09	12,15	15,70	13,25	12,03	12,64	0,00

Fuente: Bodega de SISPRO (SGD) – RIPS 2009-2022

Morbilidad específica por subcausas

Según los datos de SISPRO para el año 2.022, a nivel general las morbilidades más atendidas en el grupo de las condiciones transmisibles y nutricionales fueron las Infecciones respiratorias con un 57,58% de este grupo; así mismo las condiciones maternas fueron las más atendidas en las condiciones materno perinatales; las enfermedades cardiovasculares son las que más se atendieron en las enfermedades no transmisibles; por otro lado, los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas fueron las lesiones más atendidas. (Ver Tabla 25).

Tabla 25. Morbilidad específica por subcausas, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.009 – 2.022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2022-2021	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
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 parásitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	26,31	31,76	36,96	39,51	38,16	37,90	41,40	36,26	35,01	38,35	40,17	47,99	42,05	28,04	-14,01
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	71,47	65,57	60,08	56,55	57,75	56,33	52,71	58,11	61,39	58,39	56,06	47,65	48,61	57,58	8,96
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	2,22	2,67	2,96	3,94	4,09	5,78	5,88	5,62	3,60	3,26	3,77	4,36	9,34	14,39	5,04
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	9,10	7,49	5,95	5,95	4,10	5,51	5,96	2,04	2,58	3,50	3,70	7,37	89,81	89,60	-0,21
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	90,90	92,51	94,05	94,05	95,90	94,49	94,04	97,96	97,42	96,50	96,30	92,63	10,19	10,40	0,21
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-E88)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,60	0,52	0,50	0,51	0,53	0,63	0,82	0,79	0,85	0,95	0,95	1,32	0,91	1,00	0,09
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,98	1,03	1,22	1,24	1,24	1,44	1,46	1,39	1,48	1,11	1,26	1,27	1,83	2,14	0,30
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,54	1,52	1,88	2,32	2,73	2,46	2,31	3,08	3,75	3,04	2,77	6,07	6,37	4,84	-1,52
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto H93, I00-I99, J30-J88, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	4,58	4,74	4,25	5,08	5,22	4,49	4,63	5,37	5,53	5,22	4,02	3,79	4,08	4,09	0,00
	E65-E88)															
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,01	3,69	4,11	3,99	4,05	4,84	4,73	4,16	4,59	5,83	7,22	14,47	14,00	10,00	-4,00
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,12	8,08	6,54	6,10	6,69	8,17	8,06	6,93	8,40	8,55	9,37	7,64	7,90	8,80	0,90
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,42	9,61	11,23	12,12	13,46	12,09	13,79	16,86	19,25	17,84	15,56	20,00	20,43	19,46	-0,97
	Enfermedades respiratorias (J30-J88)	5,07	5,65	5,10	3,96	3,77	3,76	4,16	4,24	3,99	3,59	3,59	2,75	2,70	3,01	0,31
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,62	7,21	6,71	5,42	5,72	6,11	6,18	5,59	5,34	5,11	5,53	5,22	5,02	5,19	0,17
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	22,02	22,11	18,05	17,72	16,39	16,93	16,01	15,02	14,59	14,33	14,46	13,44	13,44	14,37	0,93
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,19	10,29	7,02	5,71	5,89	6,46	6,66	5,92	5,76	6,14	7,18	5,91	5,34	5,01	-0,33
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	14,54	13,57	14,13	12,47	11,11	12,23	11,78	12,24	10,68	11,18	11,62	10,77	9,89	11,19	1,30
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,46	0,83	0,65	0,56	0,76	0,88	0,78	0,95	0,86	0,86	0,94	0,76	0,94	0,92	-0,02
	Condiciones orales (K00-K14)	11,84	11,14	18,61	22,81	22,45	19,52	18,62	17,47	14,92	16,26	15,51	6,59	7,15	9,98	2,83
Lesiones (V01-Y99, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	8,28	6,92	6,66	6,79	8,26	8,94	10,22	18,42	13,00	9,10	9,26	8,71	13,49	9,98	-3,52
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,47	0,63	0,71	0,82	1,37	1,42	1,88	1,36	1,91	1,89	2,27	1,98	1,49	1,30	-0,19
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,32	0,07	0,33	0,25	0,29	0,13	0,07	0,17	0,18	0,20	0,22	0,11	0,12	0,19	0,08
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	90,93	92,38	92,30	92,14	90,09	89,50	87,83	80,05	84,91	88,81	88,25	89,20	84,90	88,53	3,63
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Bodega de SISPRO (SGD) – RIPS 2009-2022

Tabla 26. Principales causas de morbilidad en el Distrito de Riohacha, 2.022.

Diagnóstico	Número de personas atendidas	Porcentaje de personas atendidas
Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	4.507	18,8
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1.318	5,5
Enfermedades hipertensivas	1.273	5,3
Otras enfermedades del sistema urinario	675	2,8
Covid - 19	656	2,7
Dorsopatías	643	2,7
Artropatías	625	2,6
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	606	2,5
Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	587	2,5
Trastornos episódicos y paroxísticos	540	2,3
Resto de diagnósticos	12.511	52,3
Total	23.941	100,0

Fuente: Cubo de RIPS

3.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Se realizó la estimación de los siguientes indicadores: Prevalencia en diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal; Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica, tasa de incidencia de VIH notificada; tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide en menores de 15 años notificada. Las fuentes de información fueron: la cuenta de alto costo - Consultado Bodega de datos SISPRO y SIVIGILA.

Se realizó un análisis descriptivo de las medidas de frecuencia (prevención e incidencia) para calcular la razón de prevalencia, la razón de incidencia con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, empleando la hoja de cálculo Excel.

Se obtuvieron valores entre menos infinito y más infinito, donde la unidad representa ausencia de desigualdad; los valores por encima de 1 indican que el Distrito de Riohacha presenta peor situación que Colombia y los valores menores de uno indican una mejor situación para el Distrito de Riohacha con respecto a la de Colombia.

Para evitar la clasificación erróneamente, se utilizó la estimación de los intervalos de confianza al 95%, para identificar aquellos indicadores que se encuentran en peor o mejor situación con respecto a la de Colombia y a la correspondiente semaforización.

Amarillo: Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el Distrito de Riohacha con el indicador de Colombia.

Rojo: Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en Distrito de Riohacha comparado con el indicador de Colombia.

Verde: Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en el Distrito de Riohacha comparado con el indicador de Colombia.

Además, aparece graficado con flechas el comportamiento de cada indicador a partir del año 2.006 hasta el año 2.021 donde:

- ↘ Indica que el indicador disminuyó con respecto al año anterior
- ↗ Indica que el indicador aumentó con respecto al año anterior
- Indica que el indicador se mantuvo igual con respecto al año anterior.

El Distrito de Riohacha tomará como valor de referencia el país.

Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal: El Distrito de Riohacha se encuentra en mejor condición que el país frente a este indicador, presentando un comportamiento irregular con tendencia a la disminución.

Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal: No hay diferencias estadísticamente significativamente entre el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; presentando un comportamiento irregular con tendencia a la disminución.

Incidencia de VIH notificada: Existen diferencias estadísticamente significativamente entre el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; mostrando que el Distrito de Riohacha se encuentra en mejor condición con relación a este indicador frente al país.

Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada: No se dispuso de información de este indicador para el Distrito de Riohacha en los últimos años analizados.

Incidencia de leucemia linfoide aguda pediátrica linfoide en menores de 15 años notificada: No se dispuso de información de este indicador para el Distrito de Riohacha en los últimos años analizados. (Ver Tabla 27).

**Tabla 27. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.006 – 2.021**

Evento	Colombia	Distrito Riohacha	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	81,33	59,76	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	8,90	7,34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de incidencia de VIH notificada	20,02	11,04	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↗	↘	↗	↘	

Fuente: Consultado Bodega de datos SISPRO

Morbilidad de eventos precursores

Se analizarán como eventos precursores la diabetes mellitus y la hipertensión arterial utilizando medidas relativas de desigualdad a través de la razón de prevalencia e intervalos de confianza al 95%.

Prevalencia de Diabetes Mellitus: No hay diferencias estadísticamente significativamente entre el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; presentando un comportamiento con tendencia al aumento en el último año analizado.

Prevalencia de Hipertensión arterial: No hay diferencias estadísticamente significativamente entre el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; presentando un comportamiento con tendencia al aumento en el último año analizado. (Ver Tabla 28).

Tabla 28. Eventos precursores, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.016 – 2.021

Evento	Colombia	Distrito Riohacha	Comportamiento					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia de diabetes mellitus	2,94	3,16	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	8,75	8,78	↗	↗	↘	↗	↗	↗

Fuentes: Consultado Bodega de datos SISPRO

3.1.3. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Se realizó un análisis descriptivo de la estimación de la razón de letalidad y sus intervalos de confianza al 95% durante los años 2.007 al 2.020. El Distrito de Riohacha tomó como valor de referencia al de Colombia; se enumera a continuación la razón de letalidad por cada grupo de eventos de notificación obligatoria de las cuales se dispuso información y de las cuales se presentó algún caso. (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria
Distrito de Riohacha, 2.007 – 2.2020

Causa de Muerte	Colombia	Distrito Riohacha	Comportamiento													
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Accidentes biológicos																
Letalidad Accidente ofídico	1,39	5,88	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	-	-	↗	↗
Intoxicaciones																
Letalidad Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	1,21	2,20	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Transmisión aérea y contacto directo																
Letalidad Infección Respiratoria Aguda	0,42	0,39	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	
Letalidad Infección Respiratoria Aguda Grave (raig inusitado)	3,81	29,67	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	
Letalidad Tuberculosis Pulmonar	8,76	21,43	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Letalidad Tuberculosis Extrapulmonar	8,21	25,00	-	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	↗
Transmisión sexual y sanguínea																
Letalidad Dengue	0,13	1,22	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	
Tasas de Incidencia PDSP																
Tasa de Incidencia de Dengue	261,17	49,58	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	
Tasa de Incidencia de Dengue Grave	3,00	1,36	-	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de Incidencia de Chagas	0,22	4,95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗
Tasa de Incidencia de Sífilis Congénita	2,80	5,73	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	

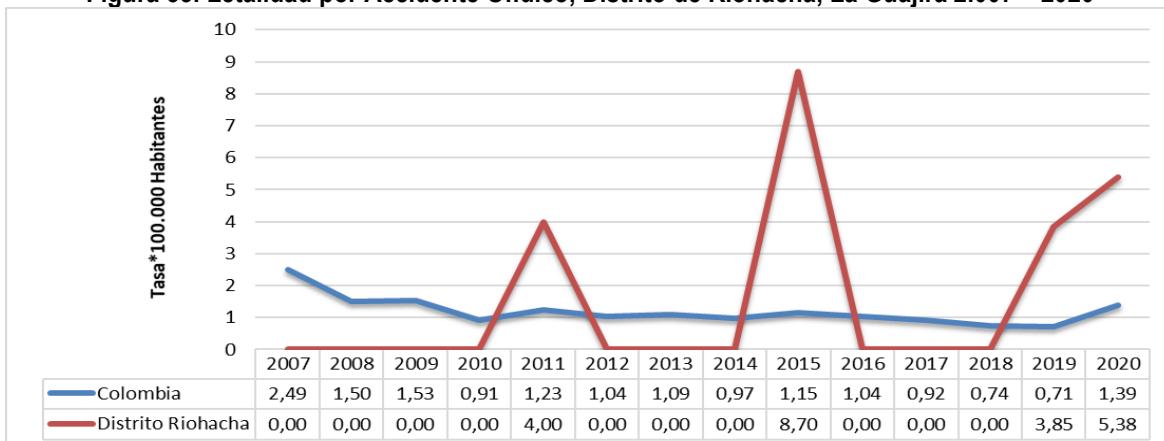
Fuente: Consultado Bodega de datos SISPRO

Eventos de notificación

Letalidad por Accidente ofídico

Al realizar un análisis de la magnitud y tendencia de la letalidad por accidente ofídico, en el periodo comprendido de 2.007 al 2.020, se evidencia que la letalidad ha sido mayor que la de Colombia en los años 2.011, 2.015, 2.019 y 2.020 con valores de 4,0; 8,7 ;3,85 y 5,38 respectivamente; en comparación con la nación en donde los valores para los mismos años fueron de 1,23; 1,15; 0,71 y 1,39 respectivamente. (Ver Figura 33).

Figura 33. Letalidad por Accidente Ofídico, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.007 – 2020

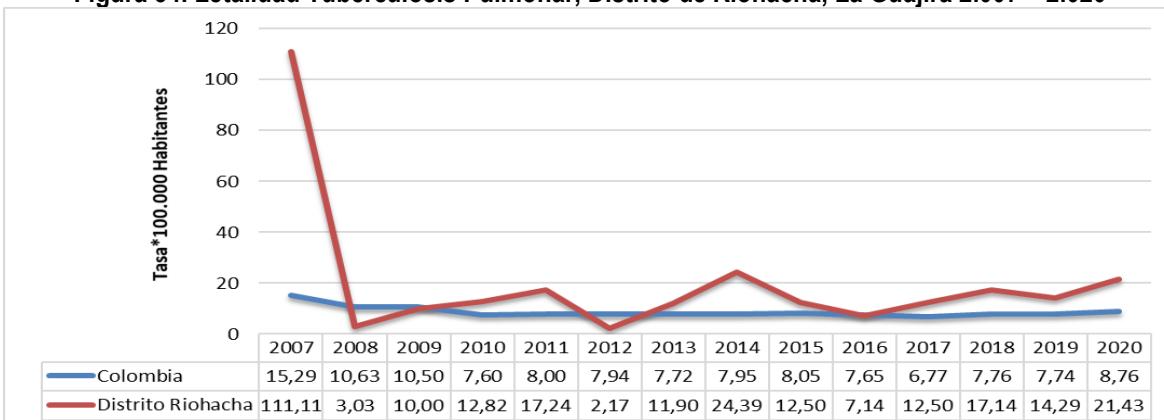


Fuente: Bodega de datos de SISPRO

Letalidad por Tuberculosis Pulmonar

Al realizar un análisis de la magnitud y tendencia de la letalidad de tuberculosis pulmonar, en el periodo comprendido de 2.007 al 2.020, se evidencia que las cifras del Distrito de Riohacha superan las del país, en los años 2.007, 2.010, 2.011, 2.014, 2.015, 2.017, 2.018, 2.019 y 2.020; presentando un comportamiento irregular con tasas que van de 111,11 a 21,43 en los años 2007 a 2.020 respectivamente. (Ver Figura 34).

Figura 34. Letalidad Tuberculosis Pulmonar, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.007 – 2020

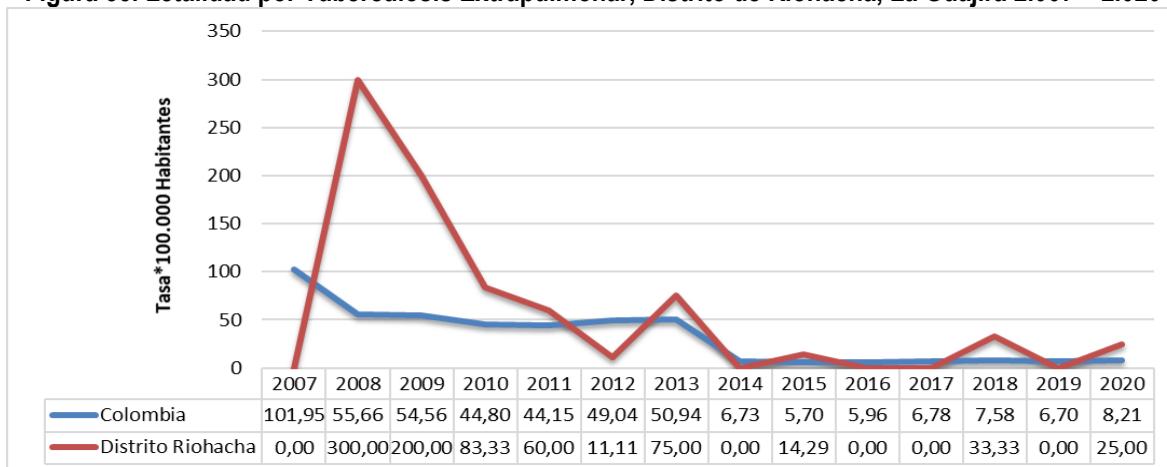


Fuente: Bodega de datos de SISPRO

Letalidad por Tuberculosis Extrapulmonar

Al realizar un análisis de la magnitud y tendencia de la letalidad de tuberculosis extrapulmonar, en el periodo comprendido de 2.007 al 2.020, se evidencia que las cifras del Distrito de Riohacha superan las del país, en los años 2.007, 2.010, 2.011, 2.014, 2.015, 2.017, 2.018 y 2.020; presentando un comportamiento irregular con tasas que van de 111,11 a 25 en los años 2012 a 2.020 respectivamente. (Ver Figura 35).

Figura 35. Letalidad por Tuberculosis Extrapulmonar, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.007 – 2.020

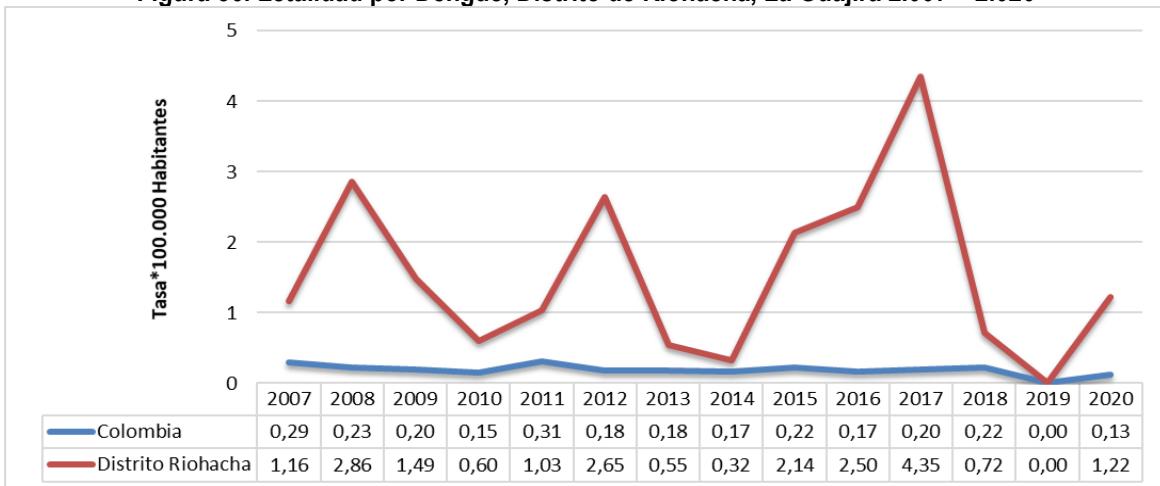


Fuente: Bodega de datos de SISPRO

Letalidad por Dengue

Al realizar un análisis de la magnitud y tendencia de la letalidad de dengue, en el periodo comprendido de 2.007 al 2.020, se evidencia que las cifras del Distrito de Riohacha superan las del país, presentando un comportamiento irregular con tasas que van de 1,16 a 1,22 en los años 2007 a 2.020 respectivamente. No se dispuso de información en el para el distrito de Riohacha en el año 2019. (Ver Figura 36).

Figura 36. Letalidad por Dengue, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.007 – 2.020

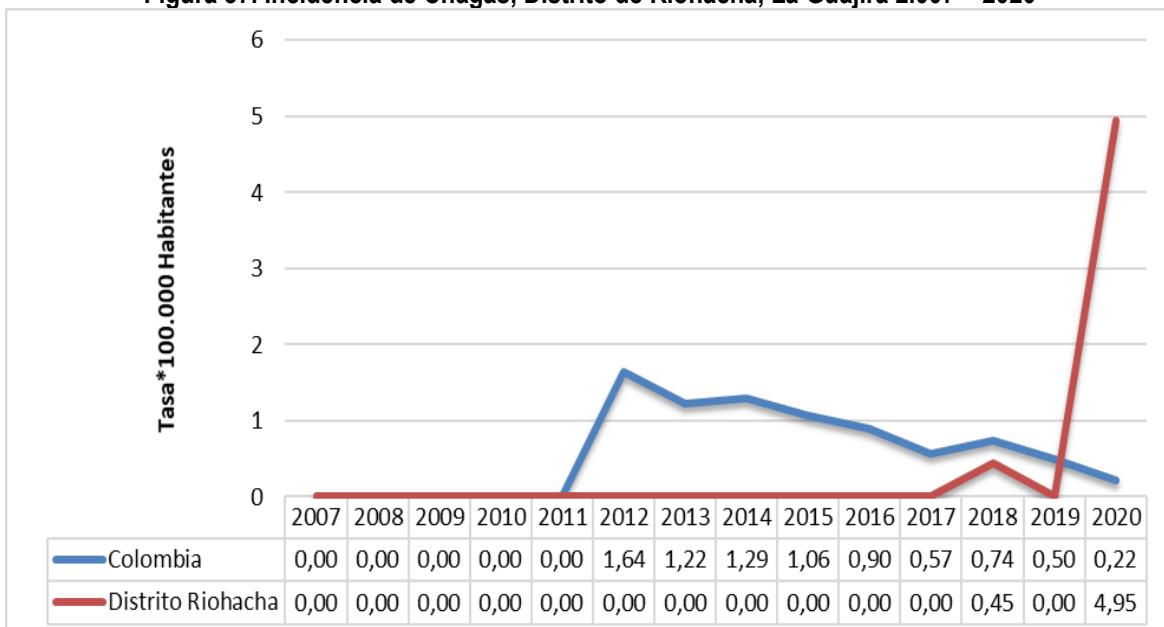


Fuente: Bodega de datos de SISPRO

Tasa de incidencia de Chagas

Al realizar un análisis de la magnitud y tendencia de la incidencia de Chagas, en el periodo comprendido de 2.007 al 2.020, se presentaron casos de Chagas en el distrito de Riohacha en los años 2.018 y 2.020 con valores de 0,45 y 4,95 por 100.000 habitantes, superando este último año la cifra nacional (0,22). (Ver Figura 37).

Figura 37. Incidencia de Chagas, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.007 – 2020

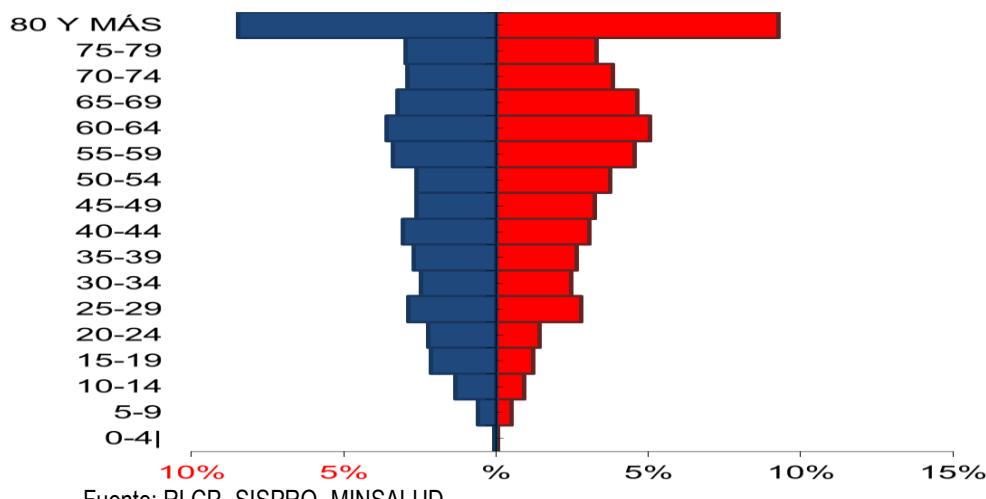


Fuente: Bodega de datos de SISPRO

3.1.4 Análisis de la población en condición de discapacidad a 2.022.

En el Distrito de Riohacha durante el año 2022, se registraron 6.705 personas en condición de discapacidad de las cuales el 47,17% (3.163) corresponden a hombres y el 52,88% (3.542) restantes a mujeres. Los grupos etarios que más presentaron condición de discapacidad fueron el de los 80 años y más, que representa el 17,5% de todos los casos, seguido del grupo entre los 60 y 64 años y el grupo entre los 55 y 59 años respectivamente. La población de 0 a 4 años fue la que registró menos casos de discapacidad en el Distrito de Riohacha. (Ver Figura 38).

**Figura 38. Pirámide de la población en condición de discapacidad,
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.022**



Fuente: RLCP- SISPRO- MINSALUD

Se reportaron para el año 2.022, 11.843 personas con alteraciones permanentes, las cuales se presentaron en mayor proporción debido a las discapacidades de los ojos; seguido de las discapacidades del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas; el sistema nervioso; el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; los oídos; la voz y el habla; la digestión, el metabolismo y las hormonas entre otras discapacidades.

Tabla 30. Distribución de las alteraciones permanentes, Distrito de Riohacha, 2.022

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción
Los ojos	2.998	25,31
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	2.646	22,34
El sistema nervioso	2.013	17,00
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	1.368	11,55
Los oídos	841	7,10
La voz y el habla	788	6,65
La digestión, el metabolismo, las hormonas	487	4,11
El sistema genital y reproductivo	278	2,35
La piel	229	1,93
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	195	1,65
Total	11.843	100,00

Fuente: RLCP- SISPRO- MINSALUD

3.1.5 Identificación de prioridades en la morbilidad

A continuación, se listan las prioridades identificadas en la morbilidad atendida a causa de los eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria, comparando los valores del Distrito de Riohacha y los valores de país. (Ver Tabla 31).

Tabla 31. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria, Distrito de Riohacha, La Guajira

	Causa de morbilidad priorizada	Distrito Riohacha	Colombia
Morbilidad por grandes causas	Condiciones transmisibles y nutricionales	48,85	No aplica
	Condiciones materno perinatales	6,96	
	Enfermedades no transmisibles	216,68	
	Lesiones	13,69	
Eventos de alto costo	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal* (*)	59,76	81,33
	Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliado * (*)	7,34	8,90
	Incidencia de VIH notificada **	11,04	20,02
	Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada**	0,00	0,00
	Incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años notificada**	0,00	0,00
Eventos precursores	Prevalencia de diabetes mellitus	3,16	2,94
	Prevalencia hipertensión arterial	8,78	8,75
Eventos de Notificación Obligatoria	Letalidad accidente ofídico	5,38	1,39
	Letalidad intoxicaciones	2,20	1,21
	Letalidad infección respiratoria aguda	0,39	0,42
	Letalidad Infección Respiratoria Aguda Grave (irag inusitado)	29,67	3,81
	Letalidad de tuberculosis pulmonar	21,43	8,76
	Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	25,00	8,21
	Letalidad de dengue	1,22	0,13
	Tasa de incidencia de dengue	49,58	261,17
	Tasa de incidencia de dengue grave	1,36	3,00
	Tasa de incidencia de chagas	4,95	0,22
	Tasa de incidencia sífilis congénita	5,73	2,80

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO

3.2 Análisis de la mortalidad

La mortalidad es un fenómeno demográfico inevitable, irrepetible e irreversible, y su análisis reviste especial importancia tanto para la demografía, como para la economía y la salud pública. Para la demografía es un componente esencial de la dinámica poblacional; para la economía es un reflejo de las condiciones sociales y económicas de un país y por lo tanto, un indicador de su desarrollo; y para la salud pública es un indicador particularmente sensible del estado de salud de la población.

Se realizará el análisis de la mortalidad por las grandes causas, específica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales. El análisis incorporará variables que causen gradientes como el género y área de residencia.

3.2.1 Mortalidad general

Ajuste de tasas por edad

Para el análisis de mortalidad se tomarán como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Para el análisis comparativo, la información se desagregó en el periodo comprendido entre los años 2.005 al 2.021.

El análisis de mortalidad general por grandes causas se hizo por la estimación y ajuste de tasas por edad según el método directo, los cálculos fueron realizados por el cubo de datos de SISPRO.

Según el DANE las defunciones ocurridas y registradas en el año 2.021 para el distrito de Riohacha fueron 1.181, cifra que aumento en comparación al año anterior en donde se reportaron 1.080 muertes (muertes no fetales); según los grupos definidos en OPS en la lista 6-67, para el año 2.021 se distribuyeron así: mortalidades por enfermedades transmisibles 355 casos, por neoplasias 126 casos, por enfermedades del sistema circulatorio 207 casos, por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 56 casos, por las causas externas 125 casos, por todas las demás causas 283 casos y por los síntomas, signos y afecciones mal definidas 29 casos.

Entre los años 2.005 y 2.020 la principal causa de muerte en la población general del distrito de Riohacha lo ocuparon todas las demás causas, con una tendencia al aumento en el periodo analizado ha pasado de 95,12 a 193,19 muertes por cada 100.000 en los años 2005 y 2021 respectivamente. En segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio, pasando del 2.005 al 2.021 con tasas de 109,63 a 163,78 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que significa una disminución del 5% con respecto al año anterior; estas causaron el 17,5% del total de las defunciones (207 defunciones) para el año 2.021.

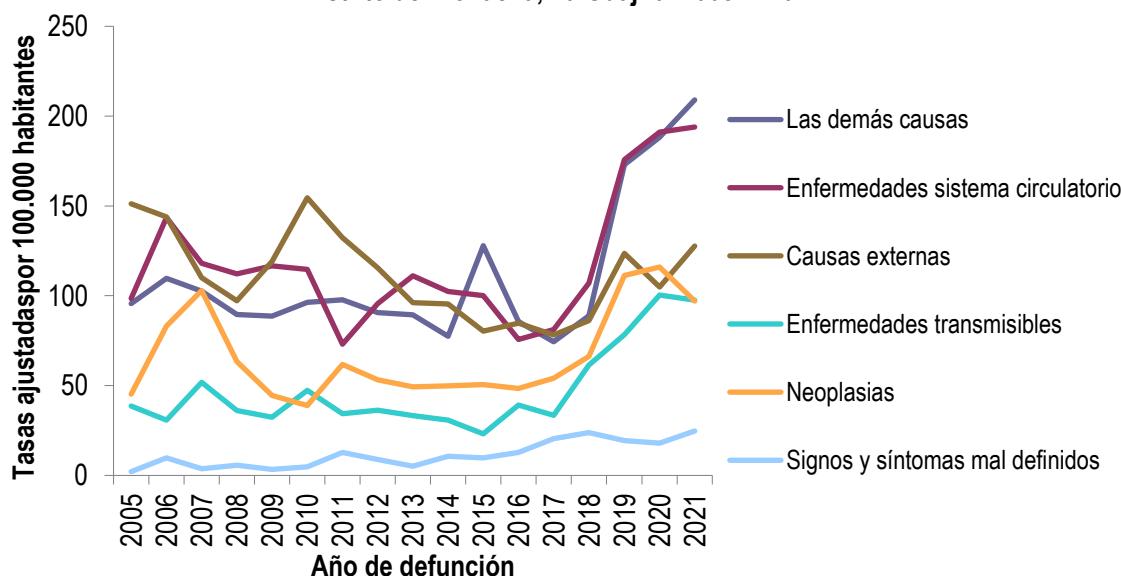
Las neoplasias por su parte ocuparon el tercer puesto, con una tendencia al decremento, produjeron el 10,7% (126) de las muertes en el año 2.021 y el promedio de 91 decesos por cada 100.000 habitantes durante el periodo analizado del 2005 al 2.021. Durante el año 2.021 presentó una tasa de 94,38 muertes por cada 100.000 habitantes.

Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 30,1% (355) de las muertes pasando de una tasa ajustada por edad de 38,85 a 73,52 en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. Luego se encuentran las causas externas, las cuales produjeron el 10,6% (125) de los decesos en el año 2.021. Se promedia que durante los años evaluados se produjo un promedio de 142 muertes por año, para el Distrito de Riohacha, en este grupo se enmarca en los diagnósticos como agresiones, homicidios, lesiones autoinfligidas, los ahogamientos entre otras. Los signos y síntomas mal definidos representan el 2,5% (29) del total de las muertes registradas en el año 2.021, con una tasa de 24,01 muertes por cada 100.000 habitantes. (Ver Tabla 32, Figura 34).

En el año 2.021 fallecieron en el Distrito de Riohacha 1.181 personas de las cuales el 55% (656) eran hombres, en el análisis de tendencia de la tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad para hombres en el período comprendido entre los años 2.005 a 2.021, se evidenció que la mayoría los eventos analizados mostraron un aumento en este período. En el cual el primer lugar lo ocuparon las demás causas que pasaron de 95,62 a 209,03 fallecidos por cada 100.000 hombres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente.

La segunda causa por tasa de mortalidad ajustada por edad para hombres en el Distrito de Riohacha en el año 2.021 es atribuida al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio con una tendencia al incremento en el período analizado; con tasas de 98,50 y 193,93 muertes por 100.000 hombres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. Le siguen en tercer lugar, las causas externas con una tendencia al decrecimiento produjeron una tasa del 151,13 y 127,77 de los fallecimientos para los hombres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente; en el cuarto lugar ubicamos a las enfermedades transmisibles con tasas de 38,70 a 97,51 fallecidos por cada 100.000 hombres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. Siguen las muertes ocasionadas por el grupo de las neoplasias, las cuales presentaron un decremento, con tasas que pasaron de 45,26 a 97,12 en los años 2.005 a 2.021 respectivamente. Los signos y síntomas mal definidos registran un incremento, pasando de 2,11 a 24,72 muertes por cada 100.000 hombres en el Distrito de Riohacha para los años 2.005 y 2.021 respectivamente. (Ver Figura 39).

**Figura 39. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**

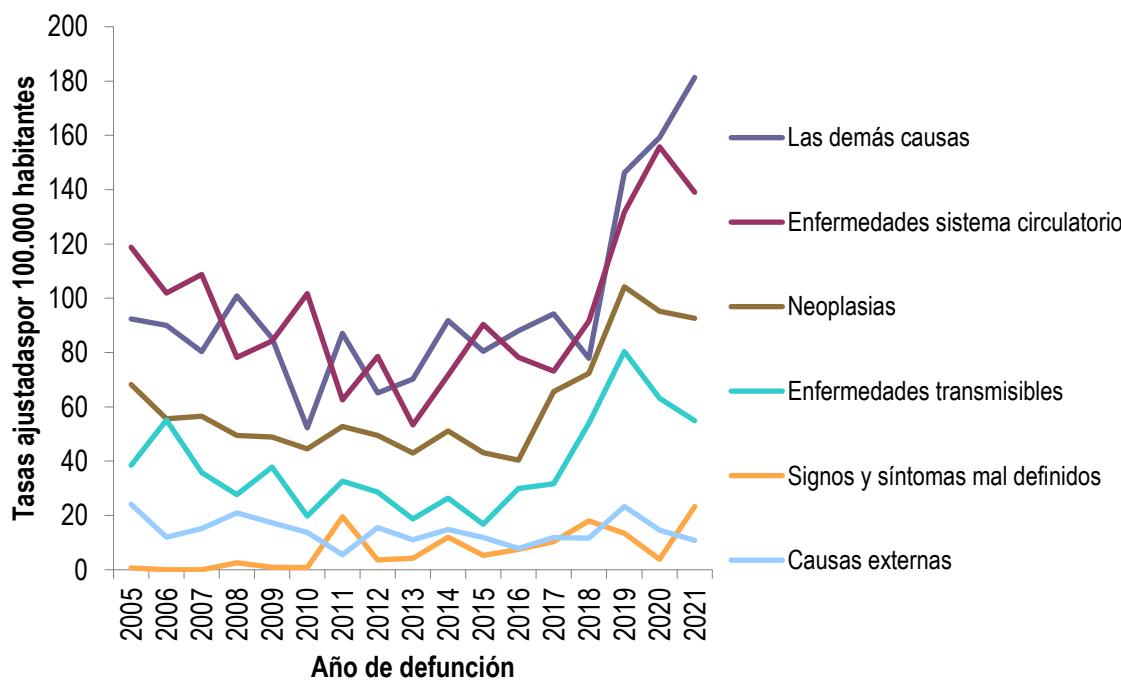


Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

En el Distrito de Riohacha según las grandes causas la tasa de mortalidad ajustada por edad, en las mujeres en el año 2.021 se registraron 525 muertes, es decir el 44% de la mortalidad para ese periodo. Para el año 2.021 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las demás causas con una tasa de 181,33 muertes. En segundo lugar, siguen las enfermedades del sistema circulatorio, obteniendo un promedio de 67 muertes en este sexo para el periodo 2.005 a 2.021, el comportamiento de la mortalidad por esta causa fue al incremento, con tasas de 118,80 a 139,04 por cada 100.000 mujeres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente.

Siguen las neoplasias en tercer lugar con un aumento de 68,25 muertes en el año 2.005 a 92,64 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2.021. Las enfermedades transmisibles presentaron un comportamiento irregular con tendencia al aumento, con una tasa de 54,89 para el año 2021. (Ver Figura 11). Por último, las muertes por los signos y síntomas mal definidos, quienes mostraron un ascenso de 0,70 a 23,28 fallecidas por cada 100.000 mujeres en el mismo periodo; y las causas externas con tasas que van de 24,11 a 10,81 muertes por cada 100.000 mujeres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. (Ver Figura 40).

**Figura 40. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

El análisis de la información evidencia como relevante, al comparar las tasas ajustadas por edad según las grandes causas de mortalidad del año 2.021 para el Distrito de Riohacha, que las demás causas ocuparon el primer lugar con una tasa de 193,19; causa que también ocupó el primer lugar en los hombres y mujeres con una tasa de 209,03 y 181,33 respectivamente. En segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 163,78 muertes, causa que también ocupó el segundo lugar en los hombres y mujeres con una tasa de 193,93 y 139,04 respectivamente.

En tercer lugar, en el distrito, están las neoplasias con una tasa para el año 2.021 de 94,38 muertes con la quinta posición en los hombres con 97,12 muertes y con un tercer lugar en mujeres con 92,64 muertes por cada

100.000 mujeres. Las enfermedades transmisibles ocupan un cuarto lugar en la mortalidad por grandes causas a nivel distrital con una tasa de 73,52; ocupando un cuarto lugar en los hombres con una tasa de 97,51 muertes y un cuarto lugar en las mujeres con una tasa de 54,89 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2.021.

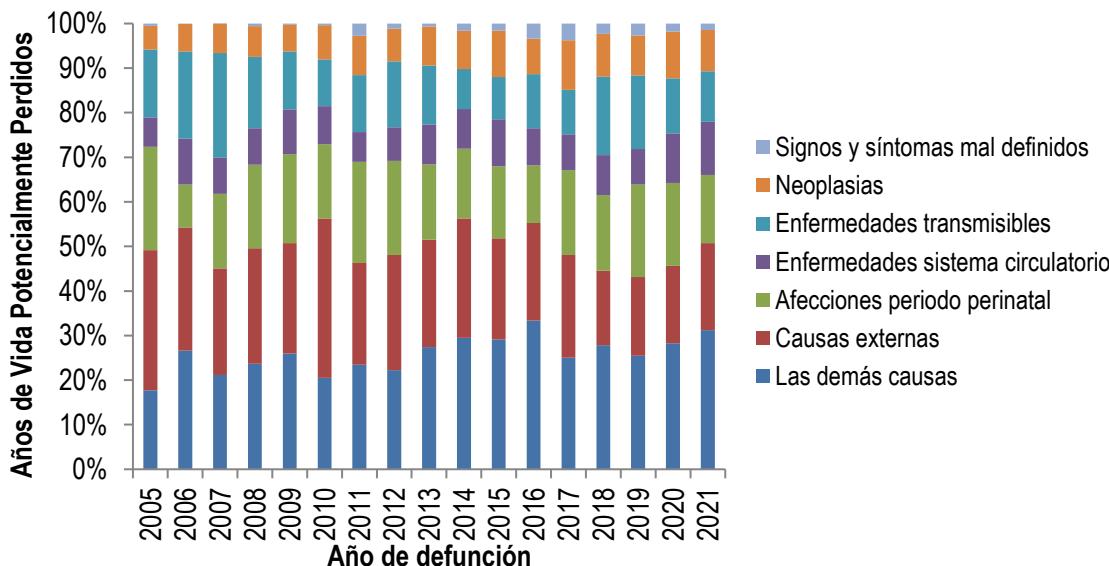
Las causas externas ocuparon el quinto lugar a nivel distrital y la tercera posición para los hombres con una tasa de 65,87 y 127,77 muertes respectivamente, en las mujeres ocupa el sexto (ultimo) lugar con una tasa de 10,81 muertes por 100.000 mujeres. En el último lugar se encuentran los signos y síntomas mal definidos tanto a nivel del distrital como en los hombres con tasas de 24,01 y 24,72 respectivamente.

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), se basan en el supuesto que toda la población debería llegar a un límite de edad en esperanza de vida (74 años para el Distrito en el quinquenio 2.015-2.020), pero al momento de fallecer por una causa se genera una pérdida si esta ocurre antes de la esperanza de vida del momento. Con este indicador se permite priorizar y determinar cuáles son las causas que mayor perdida en años se tiene en la comunidad y orienta acciones tendientes a aumentar la prevención en los grupos más vulnerables.

Al analizar la mortalidad prematura en el periodo comprendido entre los años 2.005 y 2.021, por las grandes causas según la lista 6-67, el grupo de todas las demás causas fue quien aportó la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos en el Distrito de Riohacha, logrando aproximadamente un 17,74% y 31,22% en los años 2.005 y 2.021 respectivamente; seguido en su orden quien adicionó un gran porcentaje de años de vida potenciales perdidos fueron las causas externas con un 19,49% en el año 2.021; en tercer lugar las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal que para el año 2.021 presentaron un 15,33% de AVPP.

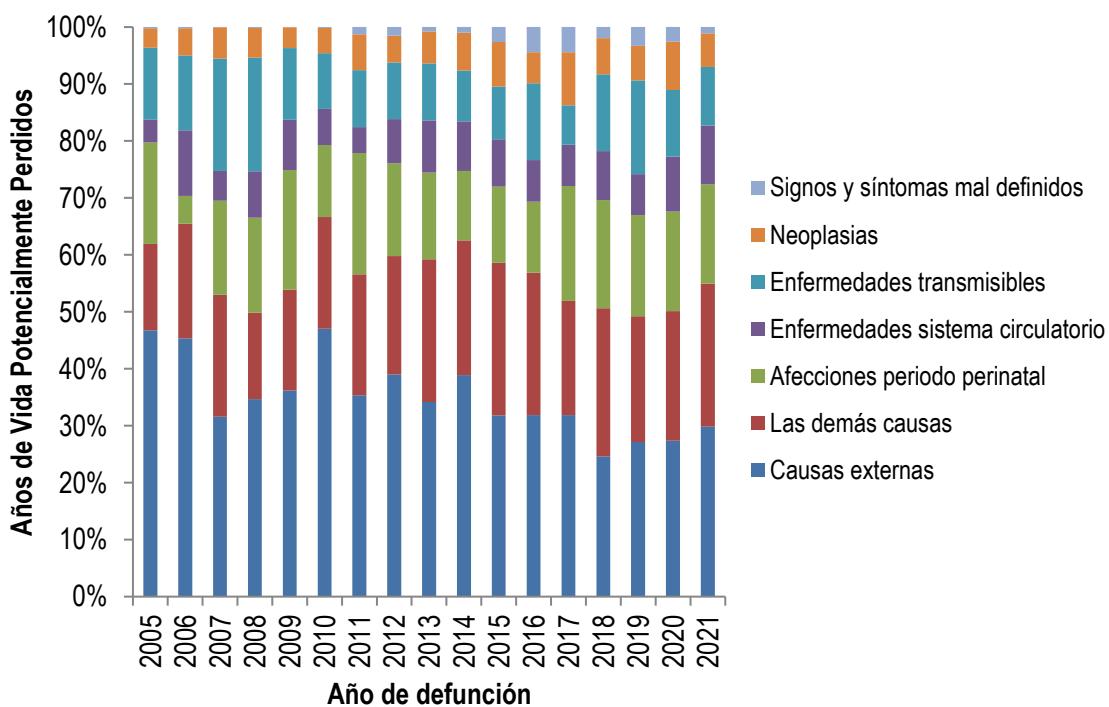
**Figura 41. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



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

En el sexo masculino y durante el período comprendido entre los años 2.005 a 2.021 se evidencia que las causas externas fueron las que aportaron la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos con un 46,76% y 29,83% en los años 2.005 y 2.021 respectivamente y presentando una reducción del 39,1% en el período evaluado, para este sexo; le siguen, para el año 2.021 el grupo de todas las demás enfermedades con un 25,15%. Le siguen en su orden las ciertas afecciones del período perinatal con un 17,41% en el año 2.021, con un leve descenso con relación al año 2.020 que fue de 17,44%. (Ver Figura 42).

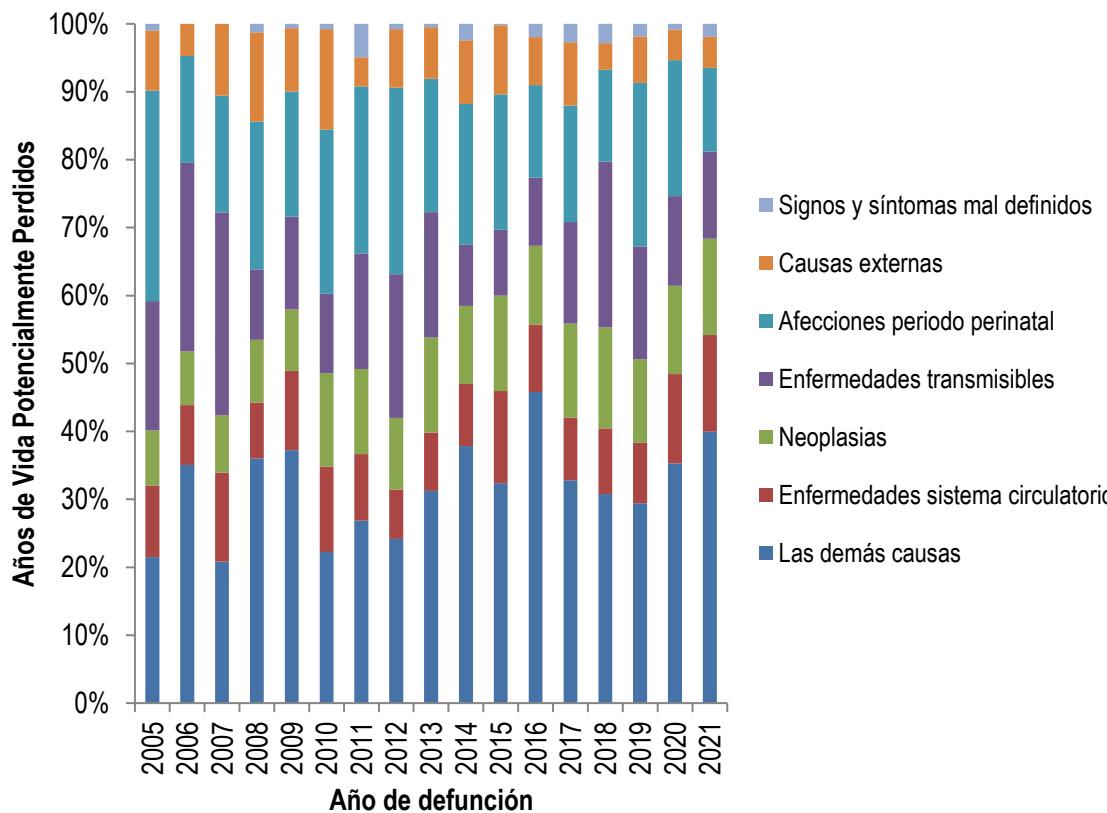
Figura 42. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



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

Al analizar la mortalidad prematura en el período comprendido entre los años 2.005 y 2.021 en el Distrito de Riohacha para las mujeres según la lista 6-67, el grupo de todas las demás causas fue quien aportó la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos AVPP, alcanzando en el año 2.021 un porcentaje de 39,97% sobre el total de las causas de mortalidad en los años analizados; seguido en su orden neoplasias con un 14,19%; las enfermedades transmisibles con un 12,81% de años de vida potenciales perdidos, le siguen en su orden las enfermedades del sistema circulatorio con 14,22%; las ciertas afecciones originadas en el período perinatal en el quinto lugar con un 12,34%. (Ver Figura 43).

Figura 43. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



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

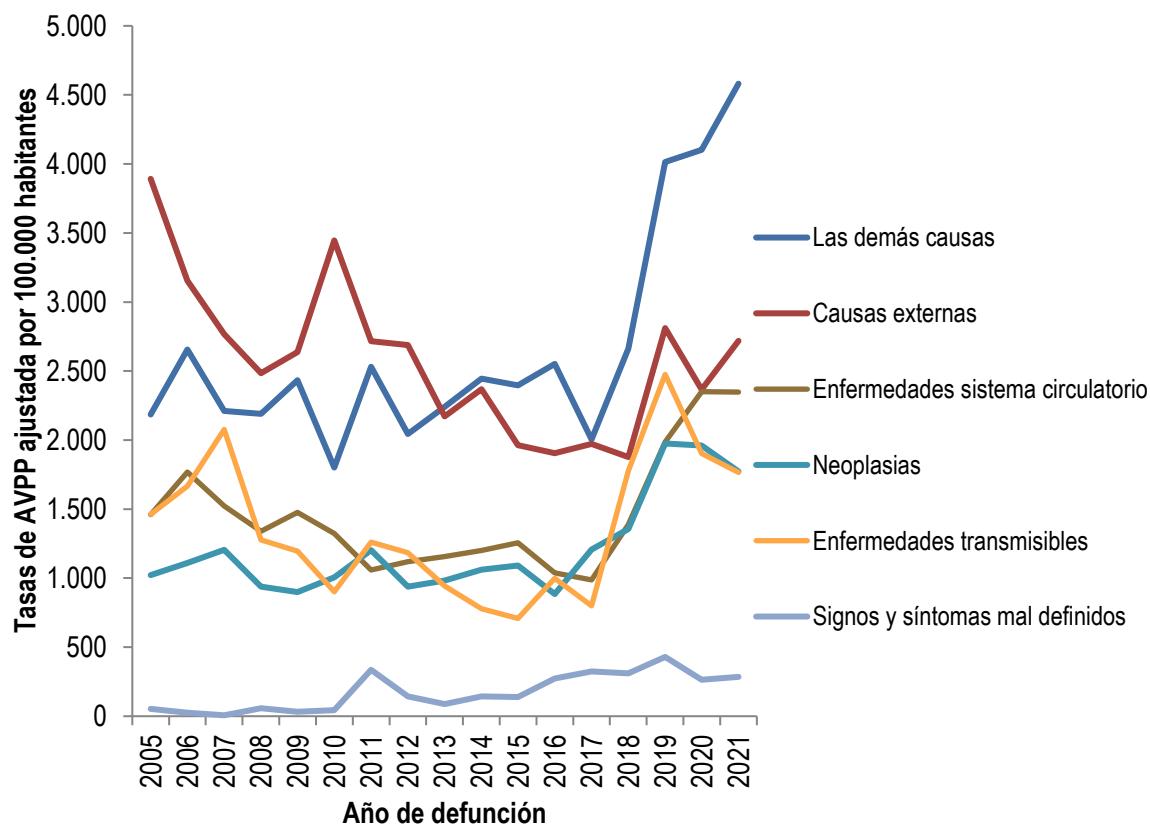
Al comparar el comportamiento de los años de vida potencialmente perdidos AVPP entre los hombres y las mujeres del Distrito de Riohacha analizados para el año 2.021 se observa que para los hombres la primera causa fueron las causas externas, mientras que para las mujeres fueron todas las demás enfermedades; en la segunda causa en el sexo masculino se ubican todas las demás enfermedades seguido de las afecciones del periodo perinatal, mientras que en las mujeres la segunda causa la ocupan las neoplasias, seguido de las enfermedades transmisibles y las enfermedades del sistema circulatorio.

La causa que aporto menos AVPP en ambos sexos fueron los signos, síntomas y afecciones mal definidos.

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

El comportamiento analizado en el Distrito de Riohacha entre los años 2.005 a 2.021 relacionado con las tasas de años de vida potencialmente perdidos ajustada por edad, según las grandes causas de mortalidad de la lista 6/67, presentaron tendencias irregulares para todos los grupos. De los grupos analizados quien presenta la mayor tasa son todas las demás enfermedades presentando tasas de 2.186,38 y 4.580,96 AVPP ajustada por edad para los años 2.005 y 2.021 respectivamente; le siguen las causas externas con tasas de 3.891,90 y 2.718,55 AVPP por cada 100.000 habitantes en el mismo período; consecutivamente se listan las tasas observadas para las enfermedades del sistema circulatorio con 1.461,08 y 2.347,02 AVPP por cada 100.000 habitantes; las neoplasias se ubican en cuarto lugar con 1.772,91 (año 2.021); seguido por las enfermedades transmisibles con 1.766,17 (año 2.021) y los signos y síntomas mal definidos en el último lugar, con tasas que han ido aumentando de 53,79 a 285,31 en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. (Ver Figura 44).

**Figura 44. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**

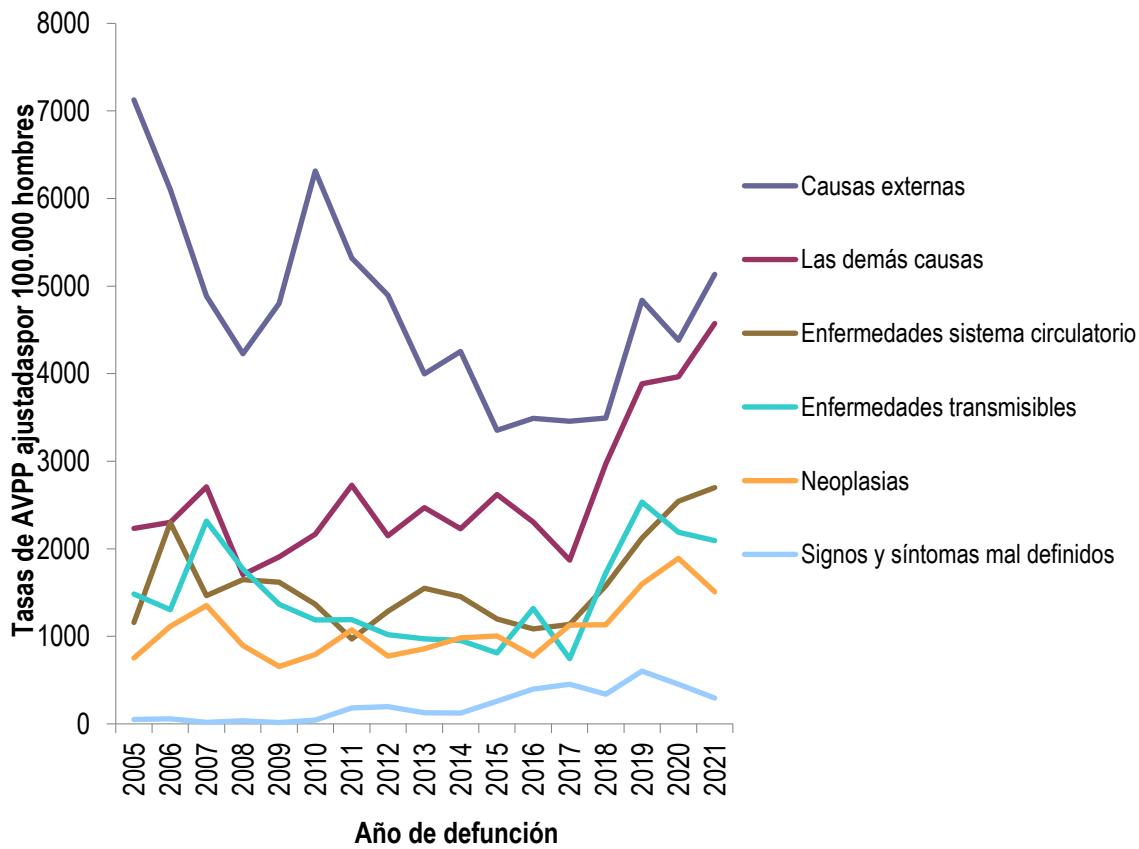


Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

Los años de vida potencialmente perdidos ajustados por edad en los hombres, según las grandes causas de mortalidad de la lista 6/67, años 2.005 a 2.021 en el Distrito de Riohacha presentaron tendencias irregulares en todos los grupos analizados. De los grupos analizados quien presenta la mayor tasa son las causas externas presentando tasas de 7.125,68 y 5.132,37 AVPP ajustada por edad para los años 2.005 y 2.021 respectivamente; le siguen todas las demás enfermedades con tasas de 2.231,77 y 4.572,72 AVPP por cada 100.000 hombres en el mismo período; consecutivamente se listan las tasas observadas para las enfermedades del sistema circulatorio con 1.156,31 y 2.698,65 AVPP; las enfermedades transmisibles con tasas de 1.483,21 y 2.092,05 AVPP por cada 100.000 hombres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente; en quinto lugar se encuentran las neoplasias con 751,64 y 1.506,68 AVPP por cada 100.000 hombres en el mismo período analizado. (Ver Figura 45).

**Figura 45. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada los hombres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



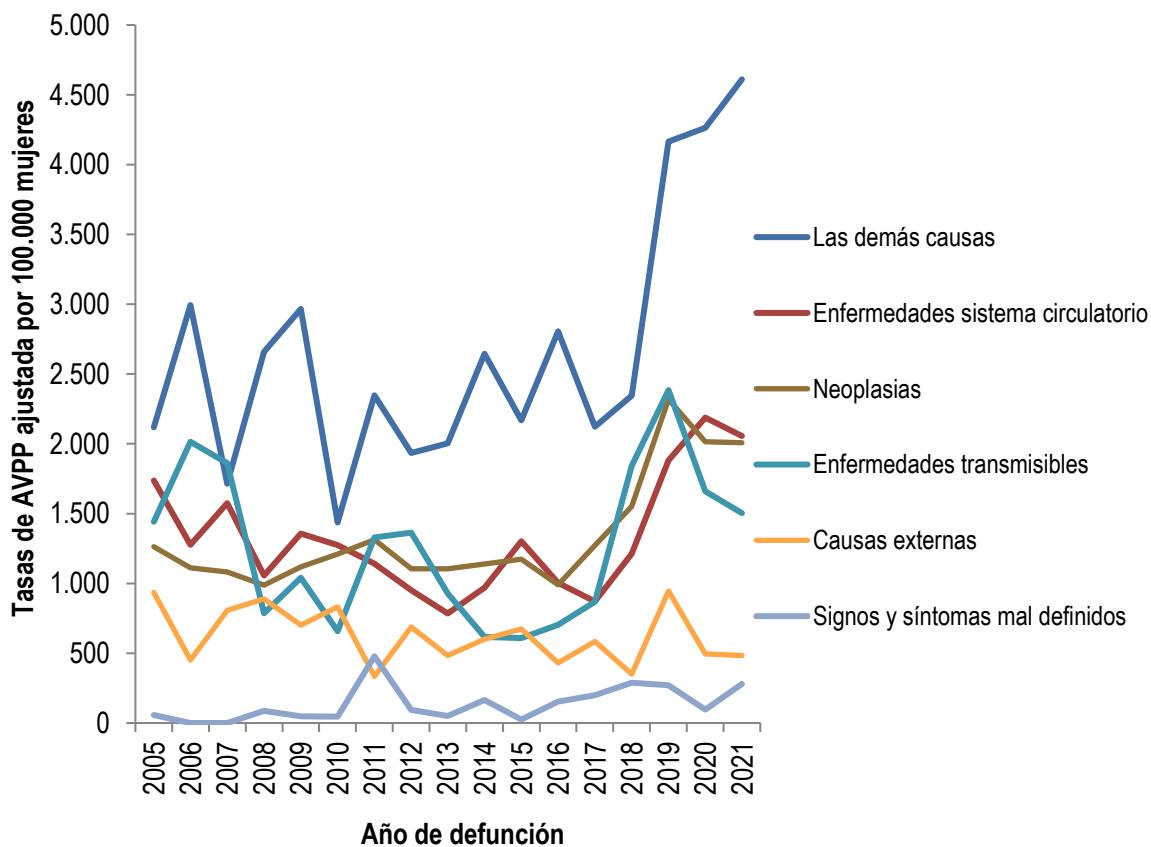
Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

Los años de vida potencialmente perdidos AVPP ajustados por edad en las mujeres, según las grandes causas de mortalidad de la lista 6/67, años 2.005 a 2.021 en el Distrito de Riohacha, presentó tendencias al descenso excepto en las demás causas y los signos y síntomas mal definidos que aumentaron en el último año.

Se encontraron las tasas más altas de AVPP en todas las demás causas, presentando tasas de 2.117,78 y 4.610,64 AVPP ajustada por edad para los años 2.005 y 2.021 respectivamente; le siguen en segundo lugar las tasas de las enfermedades del sistema circulatorio con 1.736,54 y 2.056,77 AVPP por cada 100.000 mujeres; en tercer lugar siguen las neoplasias con tasas de 1.263,28 y 2.008,52 AVPP por cada 100,000 mujeres en el mismo período; las enfermedades transmisibles con 1.440,74 y 1.503,66 AVPP por cada 100.000 mujeres; consecutivamente se listan en los últimos lugares las causas externas y los signos y síntomas mal definidos con tasas de 483,38 y 279,43 AVPP por cada 100.000 mujeres respectivamente en el año 2.021. (Ver Figura 46).

Figura 46. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en las mujeres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

Tasas ajustadas por la edad

Se realizó un análisis más detallado que permitió identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad entre ellas: enfermedades del sistema circulatorio; todas las demás causas; causas externas; neoplasias (tumores); enfermedades transmisibles; signos y síntomas mal definidas y ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido un comportamiento irregular con tendencia al aumento en el periodo analizado, pasando de 38,85 en el año 2.005 a 73,52 en el año 2.021; en este grupo las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte; las cuales produjeron un número significativo de defunciones, presentando un aumento con tasas de 15,90 y 43,81 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, en los años 2.005 y 2.021 respectivamente.

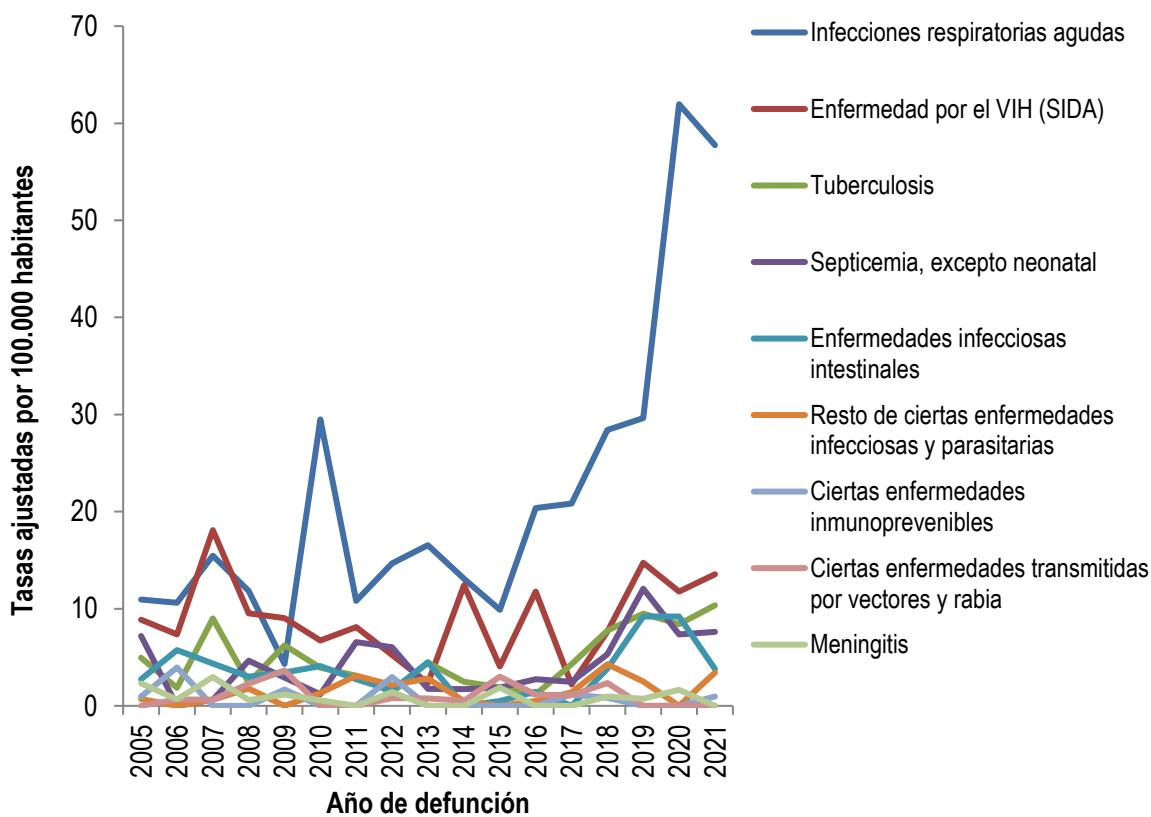
Por su parte, la enfermedad de VIH (SIDA) que constituye la segunda causa de muerte más frecuente en el último año analizado; con un comportamiento irregular con tendencia al aumento, paso de 6,22 muertes a 10,01 muertes en los años 2.005 a 2.021 respectivamente. En tercer lugar, la tuberculosis a quien se le atribuyó 7,77 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2.021; seguido de la septicemia, excepto neonatal, con una tasa de 5,11 para el año 2.021.

Le siguen el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parásitarias con una tasa de 3,43 y las enfermedades infecciosas intestinales que pasaron de 3,83 a 2,45 en los años 2.005 y 2.021 respectivamente, siendo el año 2019 donde se presentó la mortalidad más alta por esta causa en el periodo analizado con una tasa de 10,47.

Para el año 2.021, se presentaron además muertes a causa de ciertas enfermedades inmunoprevenibles y meningitis con una misma tasa de 0,47 muertes por cada 100.000 habitantes. No se reportaron defunciones a causa de ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia para el año 2.021.

En el análisis de la mortalidad por los subgrupos de las enfermedades transmisibles definidas en OPS, en la lista 6-67 en los años 2.005 a 2.021 en los hombres, en el Distrito de Riohacha, las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar con tasas que van de 10,96 a 57,75 muertes por cada 100.000 hombres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. En segundo lugar, la enfermedad del VIH (SIDA) con tasas de 8,66 a 13,56 muertes en los años 2.005 a 2.021 respectivamente; en tercer lugar, la tuberculosis con tasas de 4,96 a 10,36 muertes en los años 2.005 y 2.021 respectivamente, presentando un comportamiento al incremento. Le sigue la septicemia, excepto la neonatal con una tasa de 7,63 muertes en el año 2.021. También se presentaron muertes en los hombres a causa de las enfermedades infecciosas intestinales con una tasa de 3,81 para el año 2.021; seguido del resto de ciertas enfermedades infecciosas y parásitarias con una tasa de 3,44 y en último lugar ciertas enfermedades inmunoprevenibles con una tasa de 0,96 muertes para el año 2.021. No se reportaron muertes en los hombres por el resto de las enfermedades transmisibles. (Ver Figura 47).

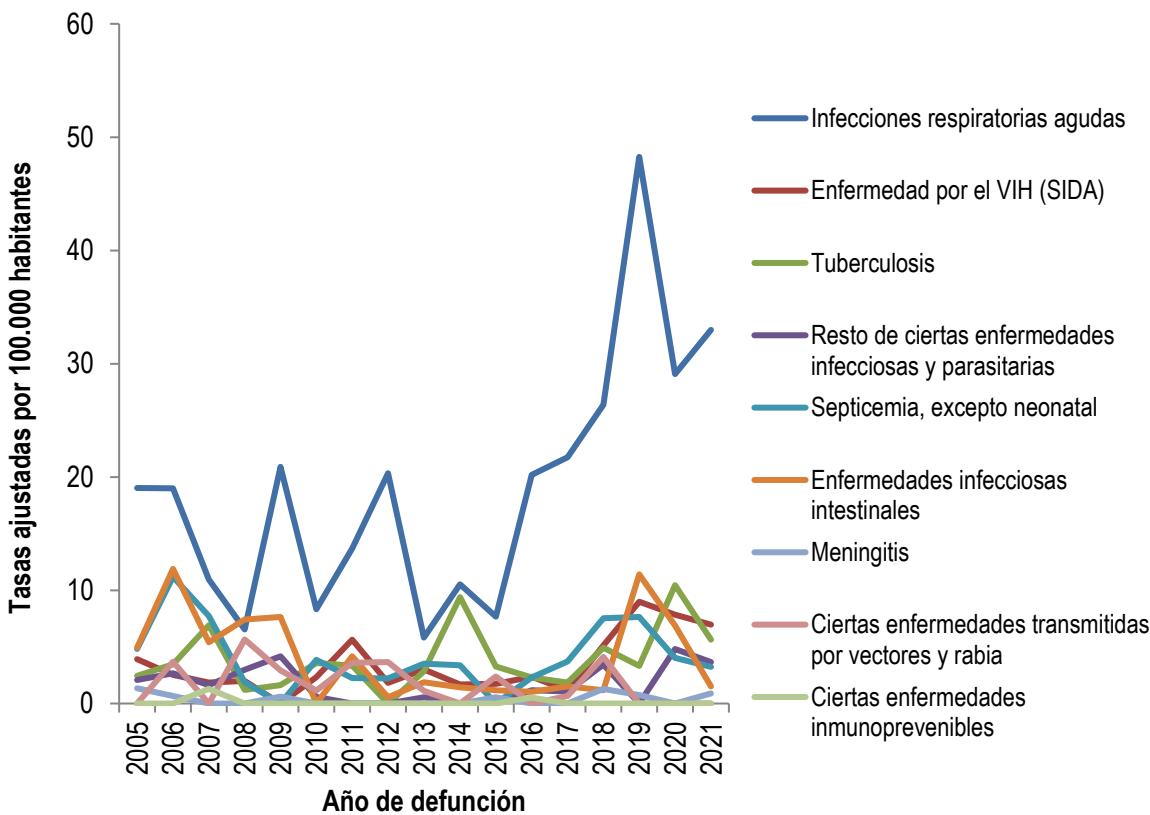
**Figura 47. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Con relación a los subgrupos de las enfermedades transmisibles en las mujeres, las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar en el periodo analizado, quien para el año 2.021 ocupó una tasa de 32,97 muertes por cada 100.000 mujeres; le sigue en su orden la enfermedad por VIH (SIDA), con una tasa de 6,97 para el mismo año. Le siguen en su orden para el año 2.021, la tuberculosis, el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, la septicemia, excepto neonatal, las enfermedades infecciosas intestinales y la meningitis con tasas de 5,64; 3,67; 3,23; 1,50 y 0,90 muertes por cada 100.000 mujeres respectivamente. (Ver Figura 48).

**Figura 48. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



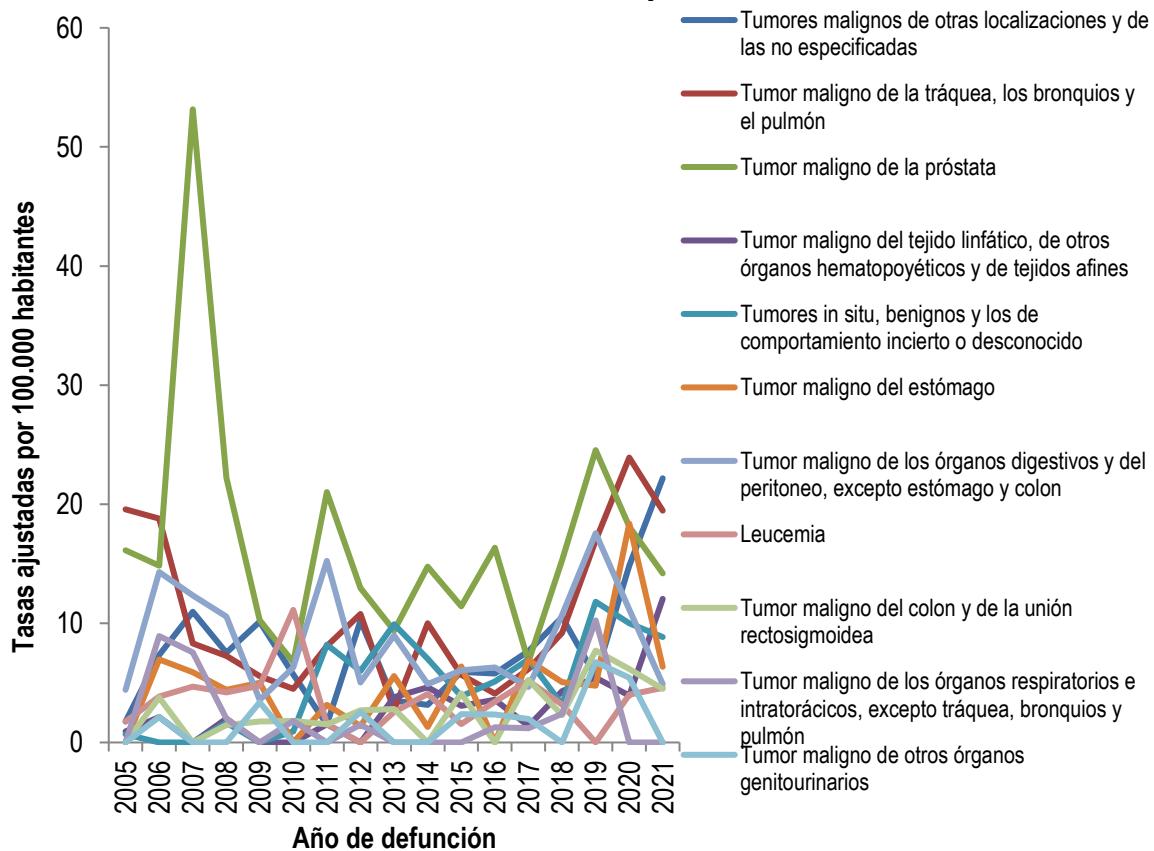
Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Neoplasias

Las neoplasias son una de las cuatro primeras causas de muerte en el Distrito de Riohacha. Para el año 2.021 el tumor maligno de la mama de la mujer, los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, el tumor maligno de la próstata, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón y el tumor maligno del cuello del útero, ocuparon los primeros lugares con tasas de 21,67; 14,83; 14,21; 11,29; 10,98 y 10,61 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente.

La mortalidad por los subgrupos de las grandes causas definidas en OPS en la lista 6-67, para el año 2.021 para los hombres del Distrito de Riohacha, se presentó en primer lugar a causa de los tumores malignos de otras localizaciones y de las no específicas, el tumor maligno de la próstata, el tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, los tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido, el tumor maligno de estómago, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, la leucemia, el tumor maligno del colon y de la región rectosigmaoidea, entre otros. (Ver Figura 49).

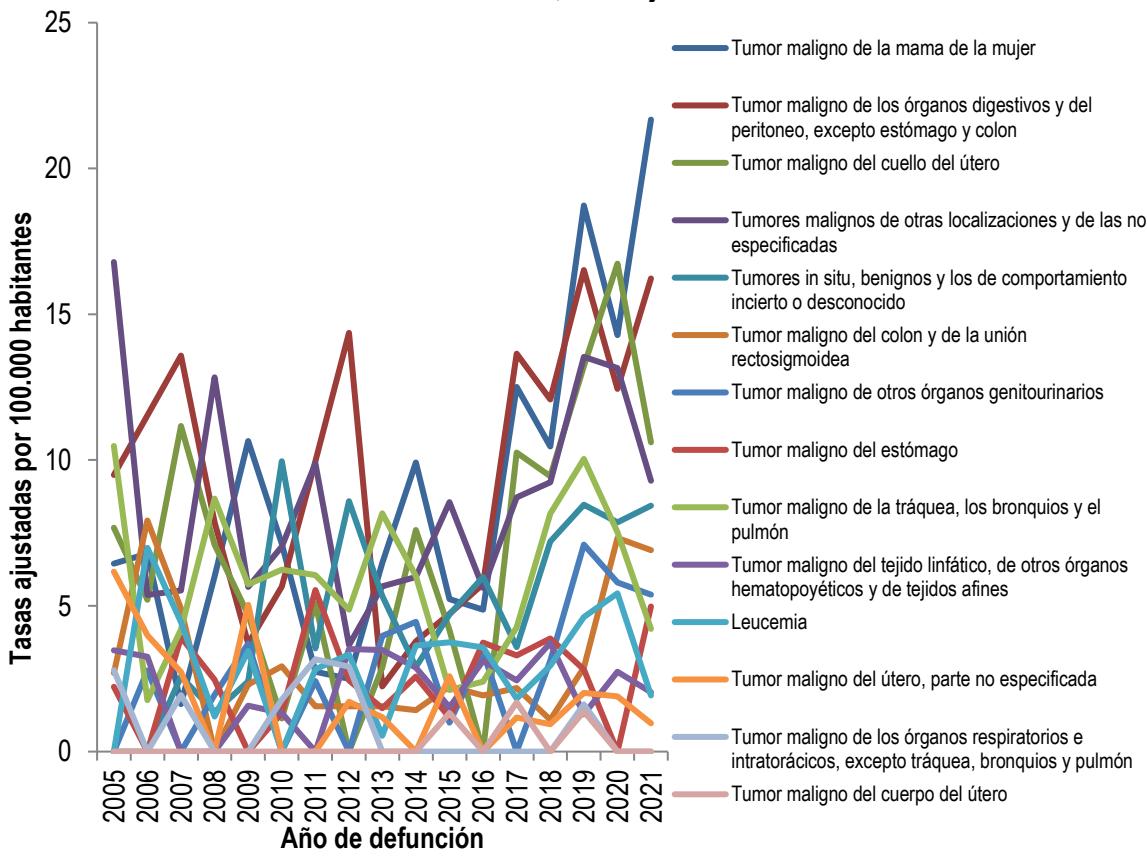
**Figura 49. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

El comportamiento de las neoplasias en las mujeres durante el mismo periodo de estudio ha presentado un comportamiento irregular; en el año 2.021 el primer lugar lo ocuparon los tumores malignos de la mama de la mujer; los tumores de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon; el tumor maligno del cuello del útero; los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas; los tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido; el tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea; el tumor maligno de otros órganos genitourinarios; el tumor maligno del estómago y el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón y entre otros tipos de tumores. (Ver Figura 50).

**Figura 50. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

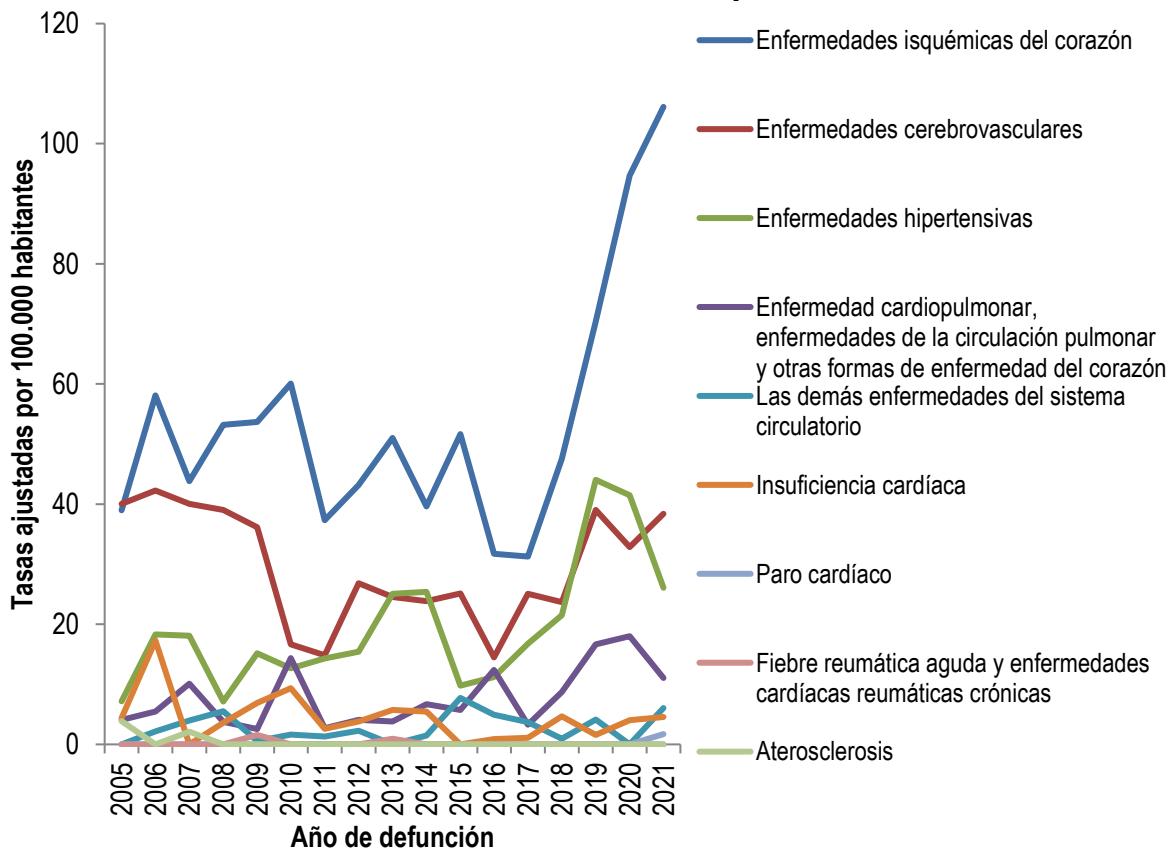
Enfermedades del sistema circulatorio

En el Distrito de Riohacha la mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio mostraron un descenso entre los años 2.005 a 2.021; siendo para el año 2.021 el subgrupo de las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 73,55 la que aporto más muertes; las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar con una tasa de 37,88 muertes para el año 2.021; las enfermedades hipertensivas con una tasa de 27,25; le siguen las mortalidades por para el mismo año a causa de las enfermedades cardiopulmonares, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, las demás enfermedades del sistema circulatorio, la insuficiencia cardíaca y paro cardíaco con tasas de 10,92; 8,75; 4,67 y 0,77 respectivamente.

La mortalidad por los subgrupos de las grandes causas del sistema circulatorio, entre los años 2.005 y 2.021 ajustada por edad para el Distrito de Riohacha para los hombres presento un comportamiento similar a la población general; en primer lugar, por las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 106,13 muertes por cada 100.000 hombres en el año 2.021; en segundo lugar, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con 38,40 muertes por cada 100.000 hombres para el mismo año. En tercer lugar, le siguen las enfermedades hipertensivas con una tendencia a la disminución en los últimos años con tasas de 41,48 y 26,07 muertes en hombres en los últimos años analizados; le siguen la enfermedad cardiovascular,

enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón; las demás enfermedades del sistema circulatorio; la insuficiencia cardiaca y el paro cardíaco con tasas de 11,06; 6,03; 4,53 y 1,71 respectivamente. (Ver Figura 51).

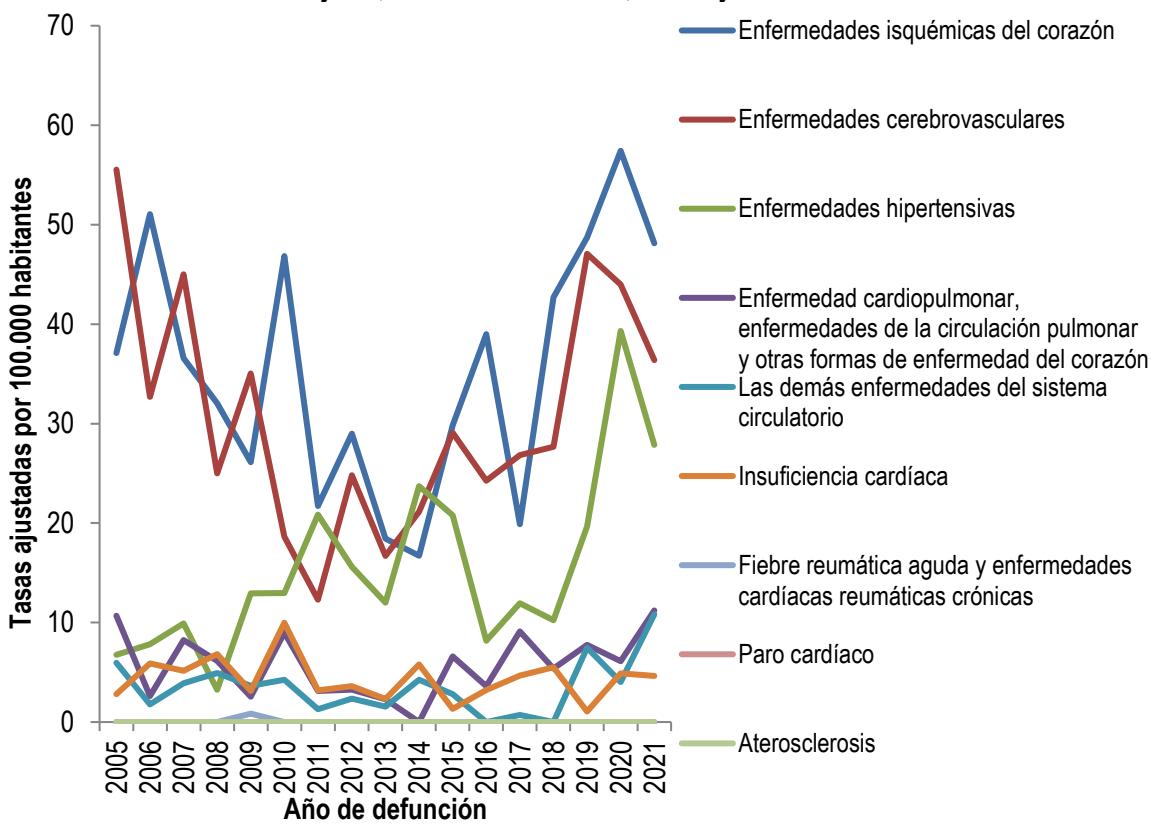
Figura 51. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Las enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres del Distrito de Riohacha para el año 2.021 según las tasas ajustada se presentaron en primer lugar a causa de las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades hipertensivas, enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, las demás enfermedades del sistema circulatorio y la insuficiencia cardíaca con tasas de 48,12; 36,39; 27,86; 11,22; 10,83 y 4,62 muertes por cada 100.000 mujeres respectivamente, para el año 2.021. (Ver Figura 52)

Figura 52. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



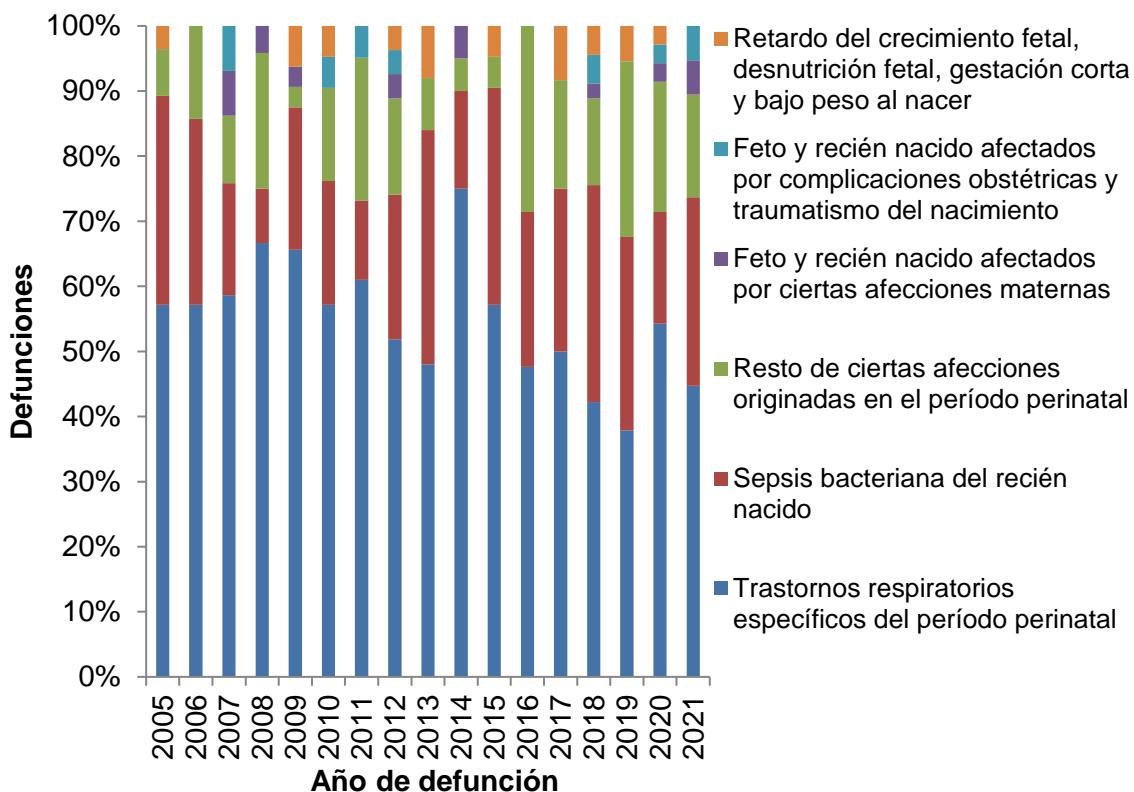
Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Periodo perinatal

Las muertes en el periodo perinatal durante los años analizados fueron en mayor porcentaje debida a los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, quienes en el año 2.021 aportaron el 44,6% de las muertes, seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido con 33,9% de las muertes y el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con un 12,5%; le siguen en su orden el feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas con el 5,4%; el feto y el recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento con 3,6% de las muertes para el año 2.021.

Las muertes en el periodo perinatal en los hombres presentaron un comportamiento similar a la población general; en mayor porcentaje fueron debidas a los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, quienes en el año 2.021 aportaron el 44,7% de las muertes, seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido con 28,9% de las muertes. Le sigue en tercer lugar, el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con un 15,8%; el feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas con un 5,3% y el feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento con un 5,3% de las muertes. (Ver Figura 53).

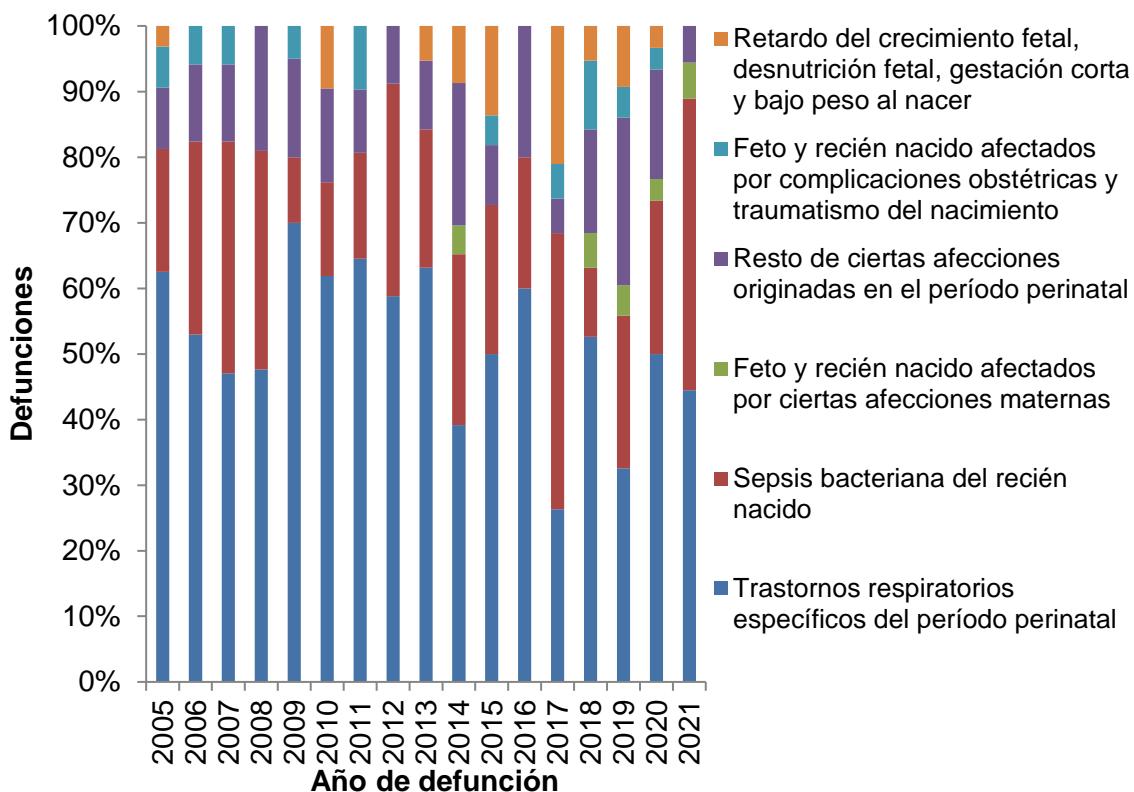
Figura 53. Porcentaje de muertes perinatales por grandes causas lista 6/67 en hombres, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Las muertes en el periodo perinatal en las mujeres presentaron cambios en relación con los hombres; en mayor porcentaje también fueron debidas a los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, quienes en el año 2.021 aportaron el 44,4% de las muertes y la sepsis bacteriana del recién nacido con 44,4% de las muertes; le sigue en tercer lugar las muertes a causa del feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas con un 5,6% y el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con un 5,6%. (Ver Figura 54).

Figura 54. Porcentaje de muertes perinatales por grandes causas lista 6/67 en mujeres, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Causas externas

Las causas externas se ubicaron en el quinto lugar de frecuencia de mortalidad, presentando un comportamiento irregular en el periodo analizado. Entre los años 2.005 y 2.021 las agresiones (homicidios) provocaron el mayor número de muertes por causas externas; para el último año (2.021), las tasas ajustadas se redujeron con respecto al 2.005, pasando de producirse 58,28 muertes a 28,71 en el año 2.021 muertes por cada 100.000 habitantes.

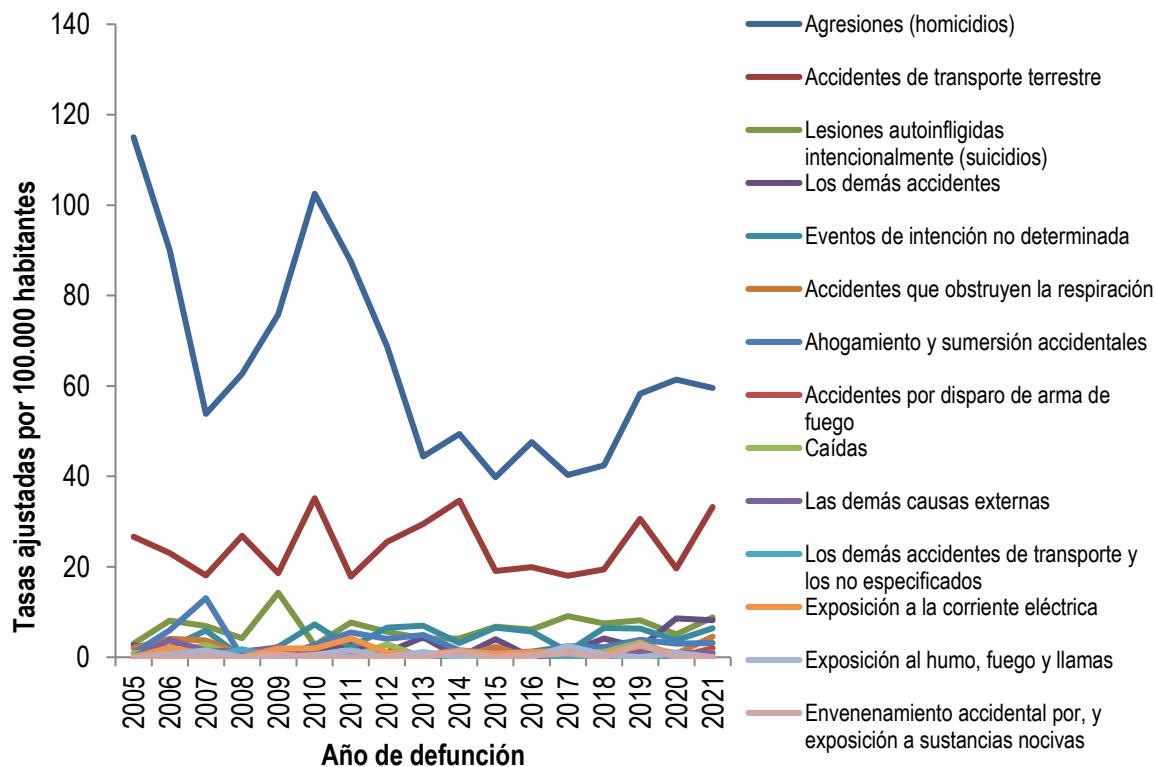
En segundo lugar, se encuentran los accidentes de transporte terrestre, obteniendo tasas de 20,04 y 18,50 muertes para los años 2.005 y 2.021 respectivamente. Le siguen los demás accidentes con una tasa de 4,88 para el año 2.021; las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), evento de interés para este Distrito presentando tasas de 2,63 y 4,65 muertes por cada 100.000 habitantes en los años 2.005 y 2.021 respectivamente; se recomienda seguir intensificando las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo en la población del Distrito de Riohacha en todo lo concerniente a la salud mental (Factores protectores, resiliencia, estima, signos y síntomas, línea de la esperanza, etc.)

Los eventos de intención no determinada con una tasa de 2,90; siguen los accidentes que obstruyen la respiración; el ahogamiento y las sumersiones accidentales; los accidentes por disparo de arma de fuego; las caídas y las demás causas externas.

El comportamiento de la mortalidad por causas externas en los hombres ha presentado un comportamiento similar a la población general, siendo las agresiones (homicidios) quienes ocupan el primer puesto en el periodo de estudio con una reducción del 47,3% en las tasas ajustadas, representado en tasas de 115 a 59,55 muertes por cada 100.000 hombres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. En segundo lugar, están las muertes ocasionadas por accidentes de transporte terrestre con variaciones en los años y una tasa para el año 2.021 de 33,24 muertes por cada 100.000 hombres. Le siguen las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) en hombres, con tasas de 3,03 y 8,82 muertes por cada 100.000 hombres en los años 2.005 y 2.021 respectivamente; los demás accidentes con una tasa de 8,18 muertes para el 2.021.

Le siguen las muertes a causa de los eventos de intensión no determinada, el ahogamiento y sumersión accidentales, los accidentes que obstruyen la respiración, los accidentes por disparo de arma de fuego, las caídas y las demás causas externas. (Ver Figura 55).

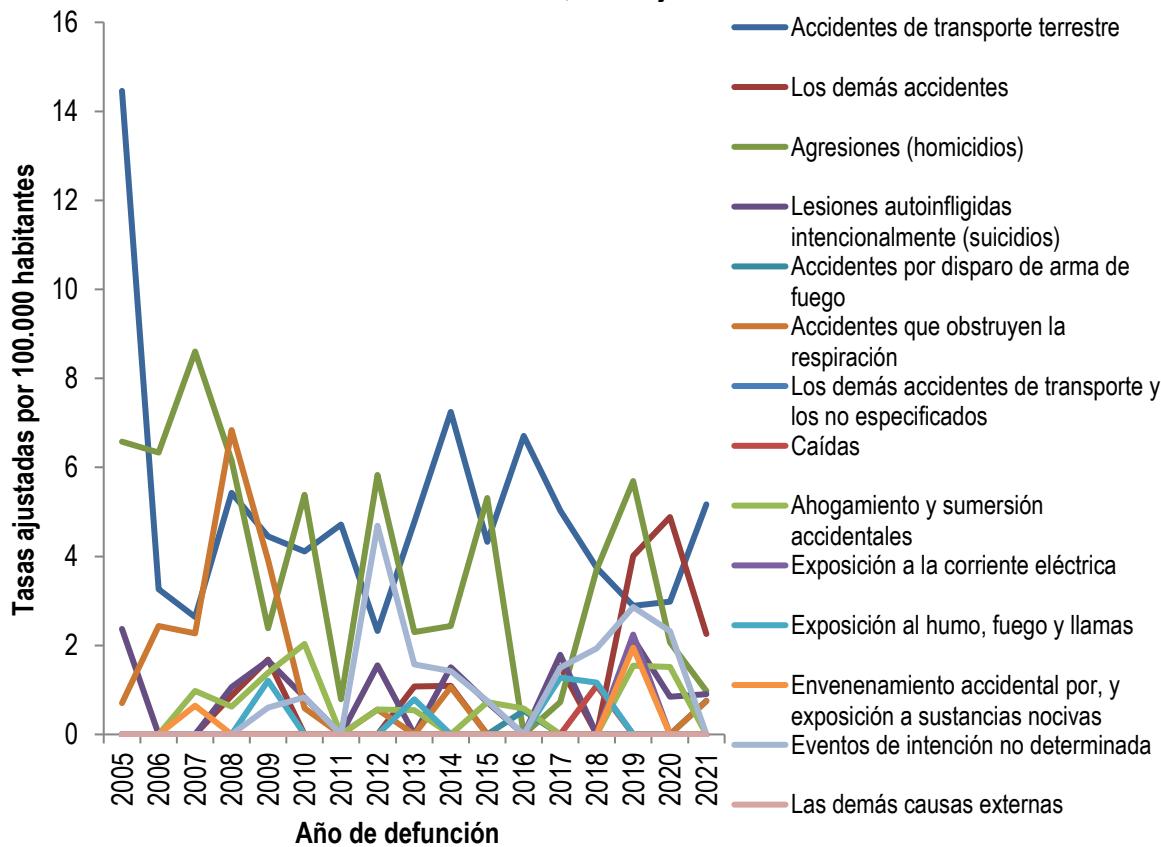
**Figura 55. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

En las mujeres a diferencia de la población general y los hombres en el Distrito el comportamiento de la mortalidad debido a las causas externas se encuentra dado principalmente por los accidentes de transporte terrestre quien ha presentado un comportamiento irregular con tendencia al descenso, con tasas de 14,46 en el año 2.005 y 5,17 en el año 2.021; le siguen los demás accidentes con una tasa de 2,26 muertes por cada 100.000 mujeres para el año 2.021; las agresiones (homicidios) quienes han tenido una tendencia irregular con tasas de 6,57 en el año 2.005 y que desciende hasta 0,97 en el año 2.021. Le siguen las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con tasas de 2,37 y 0,90 muertes por cada 100.000 mujeres del Distrito de Riohacha para los años 2.005 y 2.021 respectivamente; los accidentes por disparo de arma de fuego y los accidentes que obstruyen la respiración con tasas de 0,76 y 0,75 muertes para el año 2.021. (Ver Figura 56).

**Figura 56. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



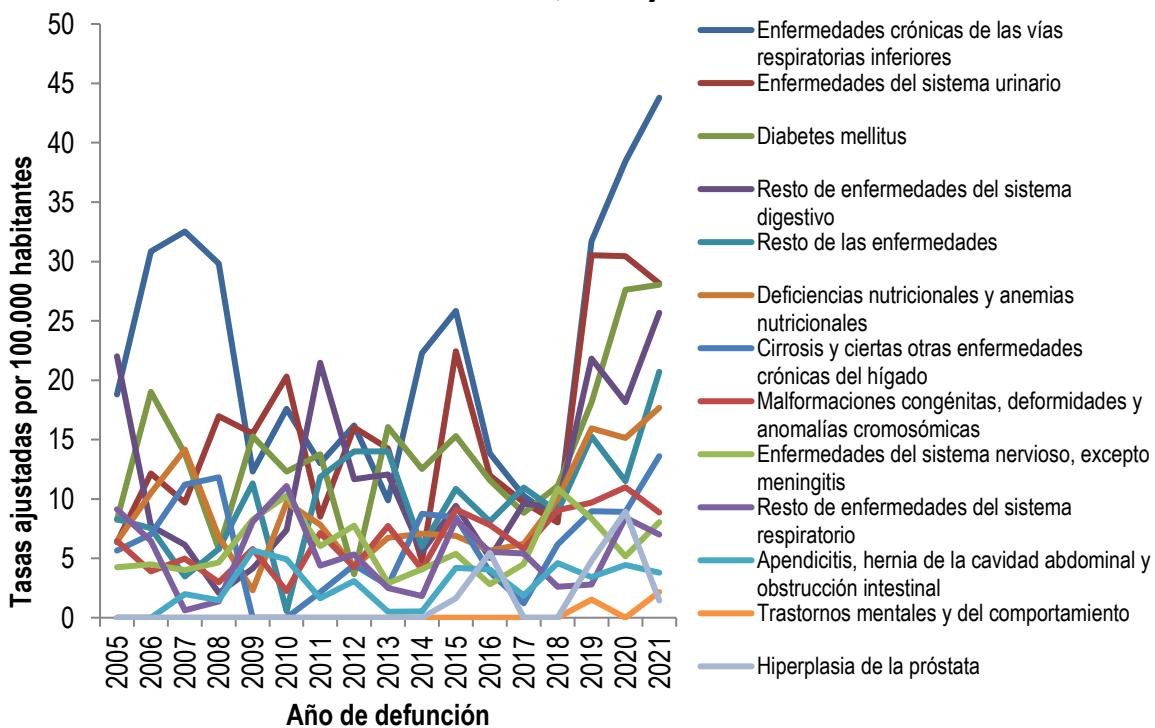
Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Todas las demás enfermedades

El comportamiento de todas las demás enfermedades en el Distrito de Riohacha ha presentado un comportamiento irregular en los años analizados; para el año 2.021 se presentaron más muertes a causa de la diabetes mellitus, el resto de las enfermedades, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del sistema urinario, el resto de enfermedades del sistema digestivo las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado y el resto de enfermedades del sistema respiratorio, entre otras.

En los hombres del distrito de Riohacha, la mortalidad por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fue quien aporto más muertes por todas las demás enfermedades durante el año 2.021 con una tasa de 43.79; seguido de las enfermedades del sistema urinario con una tasa de 28,17 muertes. Le siguen en su orden la diabetes mellitus, el resto de las enfermedades del sistema digestivo, el resto de las enfermedades, las deficiencias y anemias nutricionales, la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con tasas de 28,04; 25,68; 20,71; 17,68; 13,61 y 8,87 muertes por cada 100.000 hombres en el Distrito de Riohacha para el año 2.021 respectivamente, entre otras causas. (Ver Figura 57).

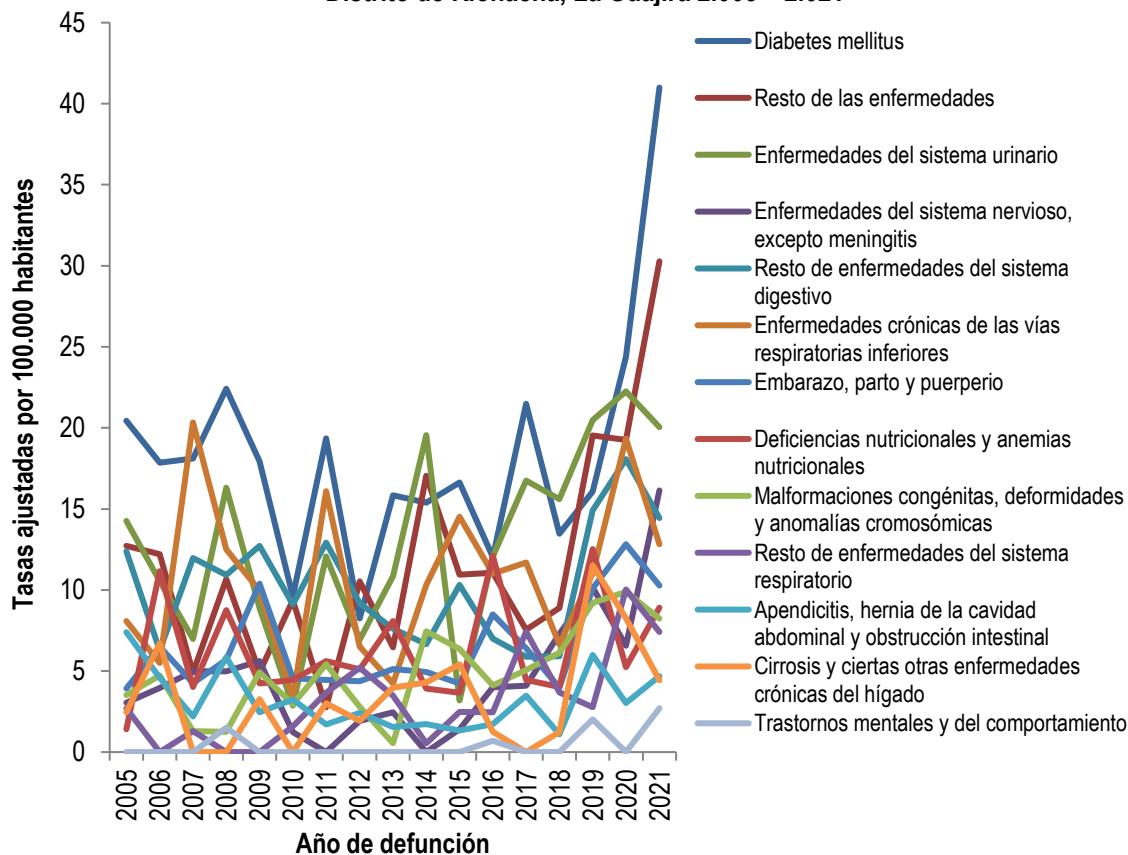
**Figura 57. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

El comportamiento para todas las demás enfermedades en mujeres ha sido irregular; en donde la diabetes mellitus ocupó el primer lugar en muertes con una tasa de 40,99 muertes por cada 100.000 mujeres para el año 2.021; le siguen en su orden para el mismo año, las muertes a causa del resto de las enfermedades, las enfermedades del sistema urinario, las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, el resto de enfermedades del sistema digestivo, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, el embarazo, parto y puerperio, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y el resto de enfermedades del sistema respiratorio entre otras con tasas de 30,28; 20,04; 16,14; 14,44; 12,81; 10,27; 9,90; 8,24 y 7,41 muertes por cada 100.000 mujeres respectivamente para el año 2.021. (Ver Figura 58)

**Figura 58. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres
Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021**



Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Signos, síntomas y afecciones mal definidas

Dentro del grupo de síntomas y signos mal definidos en el Distrito de Riohacha, durante los años 2.005 al 2.021 la tendencia es al aumento si evaluamos todo el periodo; sin embargo, se presentó un aumento con relación al año inmediatamente anterior (2.020), registrando tasas generales de 10,27 y 24,01 fallecidos por cada 100.000 habitantes para el año 2.020 y 2.021 respectivamente. (Ver Tabla 30).

Tabla 32. Tasa de la mortalidad ajustada por sexo para los signos síntomas y afecciones mal definidas, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021

Signos, síntomas y afecciones mal definidas	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
Total	1,39	4,05	1,53	3,73	1,83	2,56	16,36	5,88	4,80	11,34	7,62	10,04	15,16	20,69	16,39	10,27	24,01
Hombres	2,11	9,68	3,78	5,70	3,33	4,76	12,78	8,85	5,16	10,58	9,72	12,87	20,45	23,83	19,32	18,04	24,72
Mujeres	0,70	0,00	0,00	2,53	0,88	0,83	19,49	3,65	4,25	11,98	5,27	7,48	10,36	17,99	13,42	3,82	23,28

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

Para realizar monitoreo y seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2.022 -2.031, se propuso un análisis de comparación de los indicadores entre la nación y el Distrito de Riohacha a través de la tabla de semaforización. (Ver Tabla 33).

Durante el año 2.021, las tasas de mortalidad ajustadas por la edad por los eventos de interés del PDSP no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%, en relación con accidentes de transporte terrestre, tumor maligno de mama, tumor maligno del estómago, diabetes mellitus, lesiones auto infringidas intencionalmente, trastornos mentales y de comportamiento, agresiones (homicidios) y malaria. La tasa de mortalidad ajustada por el tumor maligno del cuello del uterino, el tumor maligno de la próstata y las enfermedades transmisibles expresan diferencias estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 95%, mostrando al Distrito de Riohacha en peores condiciones que la nación.

- **Tasa de mortalidad por accidente de transporte terrestre:** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador entre Colombia y el Distrito de Riohacha; presentando un comportamiento irregular a través de los años analizados con tendencia al incremento.
- **Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama:** Este indicador es significativamente más alto en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia, presentando un comportamiento irregular con tendencia al incremento en el último año analizado.
- **Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino:** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador entre Colombia y el Distrito de Riohacha; presentando un comportamiento irregular a través de los años analizados con tendencia al decrecimiento.
- **Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata:** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha al compararlo con el valor de Colombia. Presentando un comportamiento irregular con tendencia al decrecimiento para el último año analizado.
- **Tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago:** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha al compararlo con el valor de Colombia. Presentando un comportamiento irregular con tendencia al decrecimiento para el último año analizado.

- **Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus:** Este indicador es significativamente más alto en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia, presentando un comportamiento irregular con tendencia al incremento en el último año analizado.
- **Tasa de mortalidad por lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidios):** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; presentando un comportamiento irregular con tendencia al incremento.
- **Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento:** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; presentando un comportamiento irregular con tendencia al incremento.
- **Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios):** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; presentando un comportamiento irregular con tendencia al decrecimiento.
- **Tasa de mortalidad específica por edad por Malaria:** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; presentando un comportamiento irregular con tendencia al decrecimiento. No se presentaron casos en el último año analizado.
- **Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles:** Existen diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, situándose en peor condición que la nación; presentando un comportamiento irregular con tendencia al decrecimiento.
- **Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza:** No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador de Colombia; presentando un comportamiento irregular con tendencia al decrecimiento. No se presentaron casos en el último año analizado.

**Tabla 33. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas
Distrito de Riohacha, 2.006 - 2.021**

Causa de muerte	Colombia	Distrito Riohacha	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,87	18,50	↓	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↓	↑	↓	↑
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,29	21,67	↑	↓	↑	↑	↓	↓	↓	↑	↑	↓	↑	↑	↓	↑	↓	↑
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,23	10,61	↓	↑	↓	↓	↓	↑	↓	↑	↑	↓	↑	↑	↓	↑	↑	↓
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	12,72	14,21	↓	↑	↓	↓	↓	↑	↓	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↑	↓	↓
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,13	5,63	↑	↑	↓	↓	↓	↑	↓	↑	↑	↓	↑	↑	↓	↑	↑	↓
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	17,00	35,50	↑	↓	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↑	↑
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,77	4,65	↑	↓	↓	↑	↓	↑	↓	↓	↑	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,14	2,44	-	-	↑	↓	-	-	-	-	-	-	↑	↓	-	↑	↓	↑
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	27,70	28,71	↓	↓	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↑	↓	↓
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,04	0,00	-	-	↑	↓	↓	↓	↑	↓	-	-	-	↑	↓	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,31	73,52	↑	↓	↓	↑	↓	↑	↓	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↑	↑	↓
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,40	0,00	↑	↓	↑	↓	-	-	↑	↓	↓	-	-	-	↑	↓	-	-

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS, 2023

3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Niños menores de 1 año

Para el Distrito de Riohacha entre los años 2.005 a 2.021 las afecciones originadas en el periodo perinatal generaron la tasa con mayor número de muertes en niños menores de 1 año, se puede evidenciar que la tasa de esta causa para el periodo 2.005 al 2.021 han sido irregular, pasando de 16,22 a 8,44 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en los años analizados respectivamente, lo cual significa una reducción del 17,6%; en segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron una tasa en el periodo del 2.005 al 2.021 con tendencia al decrecimiento pasando de 3,51 en el 2005 a 3,07 en el año 2.021 mostrando una disminución del 3%. Las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, ocupan el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuentes; en el año 2.021 se produjeron 2,91 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa un 45% menos muertes que en el 2.005; las enfermedades del sistema respiratorio mostraron una tasa de 0,92 muertes para el 2.021 mostrando un comportamiento irregular con tendencia al decremento, con una tasa de 1,21 para el año 2.021.

Le siguen en su orden para el año 2.021, el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades del sistema digestivo, los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos, los tumores (neoplasias) y las enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos. No se reportaron muertes por el resto de las causas para el año 2.021 en menores de 1 año. (Ver Tabla 34).

Menores de 1-4 años

La tasa de mortalidad en los menores de 1 a 4 años indica la probabilidad de que un recién nacido pierda la vida antes de alcanzar los cinco años. Permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como la disponibilidad de alimentos, los ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua apta para el consumo y a saneamiento básico. Además, dada la baja posibilidad de que una minoría económicamente aventajada afecte la tasa en un país, este indicador ofrece una medida cercana al estado de salud de la mayoría de los niños y de la población general como un todo.

La mortalidad de los niños de 1 a 4 años en el periodo evaluado en el Distrito de Riohacha refleja que la causa con mayor tasa de mortalidad en este grupo de edad las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas con tasas 15,78 muertes por cada 100.000 niños menores de 1 a 4 años para el 2005 siguiendo una tendencia al aumento para el año 2.021, con una tasa de 15,78 muertes por cada 100.000 menores entre 1 a 4 años. En segundo lugar, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio produjeron la tasa de 10,11 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años para el 2.005, presentando un aumento para año 2.019 con una tasa de 36,84 muertes, no se reportaron muertes por esta causa para el año 2.021.

En tercer lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías presentaron una tasa de 10,49 para el año 2.021; seguido del grupo de enfermedades de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, que produjo una tasa para el año 2.005 de 30,32 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años, la cual disminuyó para el año 2.021 con una tasa de 5,25 muertes; le siguen las muertes a causa de las enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, las causas externas de morbilidad y mortalidad, los tumores (neoplasias) y los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No se reportaron muertes por el resto de las causas para el año 2.021 en menores de 1 a 4 años. (Ver Tabla 35).

Menores de 5 años

Entre los años 2.005 a 2.021 las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron la mayor tasa, con un promedio de 172,15 muertes por cada 100.000 menores de 5 años mostrando un comportamiento irregular a lo largo del periodo con una tasa para el 2.005 de 265,87 pasando para el año 2.021 a una tasa de 230,75 muertes por cada 100.000 menores de cinco de años. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron la segunda causa de las defunciones con un comportamiento irregular con tendencia al incremento y una tasa de 92,30 muertes por cada 100.000 menores de 5 años para el año 2.021. Las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas ocuparon el tercer lugar, con tasas para el 2.005 de 31,41 y para el 2.021 de 92,30.

Las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el cuarto lugar, con tasas que variaron entre 47,11 y 25,17 en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. Le siguen para el año 2.021, las muertes a causa de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades del sistema digestivo, los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, los tumores (neoplasias), las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y las causas externas de morbilidad y mortalidad. (Ver Tabla 36).



Tabla 34. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez según la lista de tabulación de la mortalidad infantil y del niño (16 grandes causas) Distrito de Riohacha, 2.005 – 2.021

Menores de 1 año



Tabla 35. Menores de 1 a 4 años

Tabla 36. Menores de 5 años

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

Después de identificar las causas de muerte representadas con mayor frecuencia en los niños del Distrito de Riohacha, se realizó un análisis materno infantil – identificando, los indicadores que en peor situación se encuentren, para esto se elaboró una tabla de semaforización y tendencia materno – infantil y niñez. Para estimar la razón de razones de la mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez, mortalidad por EDA, mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de cinco años de edad, se calcularon también los intervalos de confianza al 95% utilizando el método de Rothman, K.J.; Greenland,

Se utilizó como referencia el valor del indicador de Colombia para comparar con el valor del indicador del Distrito de Riohacha del año 2.021.

Al estimar la razón de razones y las razones de tasas, se obtuvieron valores entre menos infinito y más infinito, donde la unidad representa ausencia de desigualdad; los valores por encima de 1 indican que el Distrito de Riohacha presenta la peor situación que la nación Colombia y los valores menores de uno indican una mejor situación para el Distrito de Riohacha con respecto a la de Colombia.

Para evitar la clasificación errónea, se utilizó la estimación de los intervalos de confianza al 95%, para identificar aquellos indicadores que se encuentran en peor o mejor situación con respecto al departamento y la correspondiente semaforización. (Ver Tabla 37).

Amarillo: Cuando la diferencia relativa es 1 o el intervalo de confianza del 95% atraviesa el 1, indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el Distrito de Riohacha con el indicador nacional.

Rojo: Cuando la diferencia relativa es mayor de 1 y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el 1, indicando que el indicador es significativamente más alto en el Distrito de Riohacha comparado con Colombia.

Verde: Cuando la diferencia relativa es menor de 1 y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el 1, indica que el indicador es significativamente más bajo en El Distrito de Riohacha comparado con el indicador nacional.

Además, aparece graficado con flechas el comportamiento de cada indicador a partir del año 2.005 hasta el año 2.021 donde:

- ↘ Indica que el indicador disminuyó con respecto al año anterior
- ↗ Indica que el indicador aumentó con respecto al año anterior
- Indica que el indicador se mantuvo igual con respecto al año anterior

A partir del análisis de la mortalidad materno infantil, durante los años 2.005 a 2.021 se estudiaron los siguientes indicadores con mayor importancia para el Distrito de Riohacha, teniendo en cuenta para la semaforización los datos del año 2.021 tanto para el Distrito de Riohacha como para la nación. (Ver Tabla 37).

Razón de la mortalidad materna: Este indicador está significativamente más alto en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia; presentando un comportamiento irregular a través de los años, con tendencia al descenso.

Tasa de mortalidad neonatal: No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia; presentando un comportamiento irregular con tendencia al descenso.

Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE): Este indicador está significativamente más alto en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia; presentando un comportamiento irregular a través de los años, con tendencia al descenso.

Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE): Este indicador está significativamente más alto en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia; presentando un comportamiento irregular a través de los años, con tendencia al descenso.

Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años: Este indicador está significativamente más alto en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia; presentando un comportamiento irregular a través de los años, con tendencia al descenso.

Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años: No hay diferencias estadísticamente significativas para este indicador en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia; presentando un comportamiento irregular con tendencia al descenso.

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años: Este indicador está significativamente más alto en el Distrito de Riohacha, comparado con el valor del indicador en Colombia; presentando un comportamiento irregular a través de los años, con tendencia al aumento.

A continuación, se listan los indicadores, de acuerdo con la tabla de semaforización y tendencia de mortalidad materno - infantil.

**Tabla 37. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez,
Distrito de Riohacha, 2.006 – 2.021**

Causa de muerte	Colombia	Distrito Riohacha	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad materna	83,16	153,37	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	7,11	5,72	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	10,94	17,64	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,21	20,40	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,36	20,98	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,41	8,39	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘

El Distrito de Riohacha a través de la secretaría de Salud, desarrollo campañas de Gestión de riesgo en temas de salud sexual y reproductiva para lograr disminuir la tasa de mortalidad materna, perinatal y en la niñez, por cada vigencia se realizaron actividades de mitigación y se recomienda realizar las acciones de gestión de la salud pública mediante la inspección, vigilancia y seguimiento a las EAPB e IPS del Distrito de Riohacha que atiendan a la población mediante el fortalecimiento intensificado de la demanda inducida especialmente en la zona rural y rural dispersa (comunidades indígenas), esto acompañado de acciones de información, educación y comunicación en salud mediante la promoción de la salud y la gestión del riesgo que permitan lograr cambios conductuales en esta población y dar conocimientos de sus derechos sexuales y reproductivos.

Para La disminución de la mortalidad materna se han realizado en el distrito desarrollo de capacidades a los diferentes actores y encuentros y/o dialogo de saberes con las comunidades indígenas y la población migrantes con grupos de interés priorizados por sus determinantes sociales de la salud.

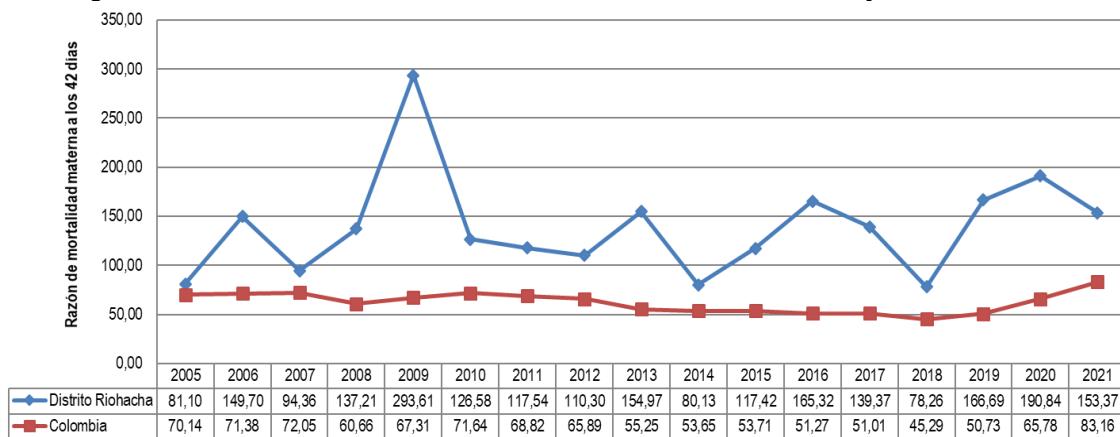
Mortalidad materna

La razón de la mortalidad materna es considerada un indicador trazador debido a que refleja las condiciones de vida de una comunidad y la calidad en la atención de los servicios de salud.

Actualmente la reducción de la mortalidad materna es uno de los “Objetivos de Desarrollo del sostenible” de la ONU, por ser este evento prevenible e intervable, se conoce que cerca del 98% de las muertes de mujeres embarazadas son evitables, la meta propuesta no se ha podido cumplir para el Distrito ni para los diversos municipios, mostrándose cifras elevadas en el transcurso de los años analizados y superando siempre la nacional. Como se observa en el período comprendido entre los años 2.005 al 2.021, en el cuál la razón de mortalidad materna en el Distrito de Riohacha presentó cifras variables, observándose disminución sólo en el año 2.008 y 2.010; en algunos momentos se dobló la cifra Nacional, para el año 2.016 la razón para el distrito aumento hasta 165,3 muertes por 100.000 nacidos vivos.

En este último año (2.021) en el Distrito de Riohacha se presentó una razón de 153,37 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, mostrando una tendencia a la disminución con respecto al año 2.020. Para reducir la mortalidad materna en Riohacha, es crucial implementar medidas integrales que aborden varios aspectos de la salud materna, como lo son: mejorar el acceso a servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el posparto, facilitar el acceso a centros de salud, promover la atención prenatal y garantizar servicios de emergencia obstétrica, implementar programas educativos para mujeres embarazadas y comunidades en general y población indígena y migrante; la promoción de servicios de planificación familiar, el desarrollo de capacidades en el recurso humano para capacitar y mantener a profesionales de la salud bien entrenados, especialmente parteras y personal médico especializado en obstetricia, fortalecer la infraestructura de salud, asegurando que los centros de atención materna cuenten con el equipo necesario y que las instalaciones estén adecuadamente equipadas, garantizar un acceso a servicios de emergencia obstétrica para abordar cualquier complicación durante el parto, ofrecer apoyo posparto a las mujeres, incluida la atención médica y el seguimiento después del parto, realizar campañas de concientización en la comunidad sobre la importancia de la salud materna y la búsqueda oportuna de atención médica e implementar sistemas efectivos de monitoreo y evaluación para medir el progreso y realizar ajustes según sea necesario. (Ver Figura 59).

Figura 59. Razón de mortalidad materna, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



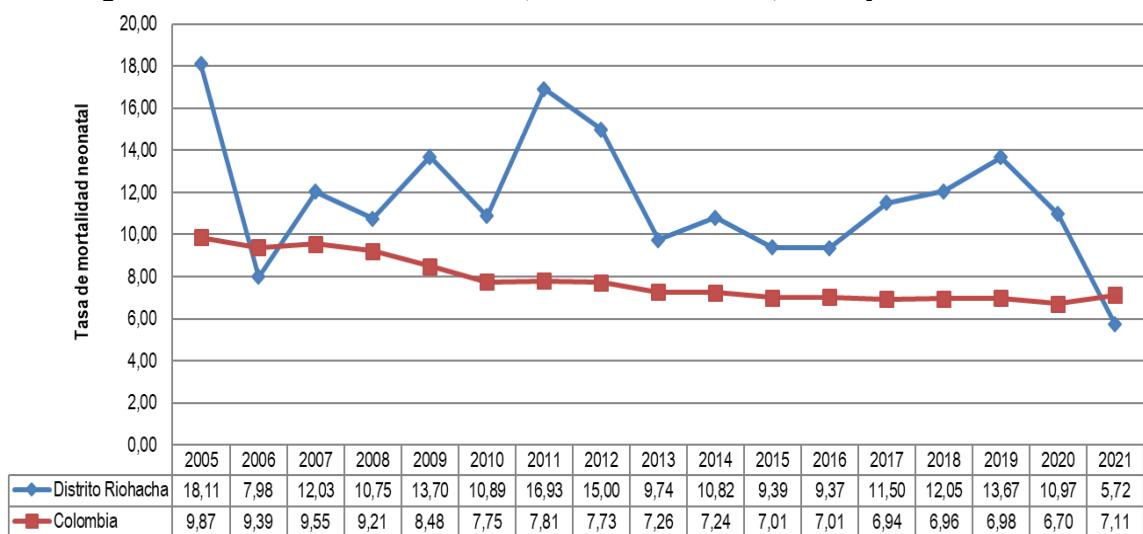
Fuente: DANE 2005 – 2021 - EEVV

Mortalidad Neonatal

La tasa de mortalidad neonatal es el número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1.000 nacidos vivos en un año determinado.

En el periodo comprendido del año 2.005 al 2.021, la tasa de mortalidad neonatal en el Distrito de Riohacha presentó un comportamiento irregular mostrando para el último año 2.021 una tendencia a la disminución (6 muertes), observándose una cifra para el 2.005 de 18,1 muertes por cada 1.000 nacido vivos, con un porcentaje de reducción de aproximadamente el 39%. (Ver Figura 60).

Figura 60. Tasa de mortalidad neonatal, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



Fuente: DANE 2005 – 2021 - EEEV

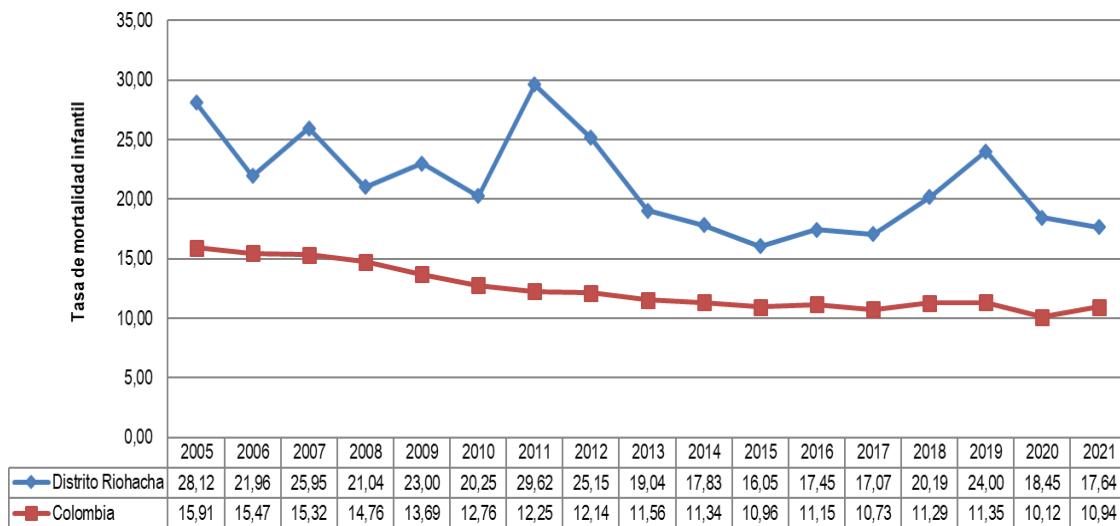
Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil es la cantidad de infantes que mueren antes de llegar al año de vida por 1.000 nacidos vivos en un año determinado.

Al comparar el indicador de mortalidad infantil del Distrito de Riohacha con la cifra de Colombia, observamos que en los años evaluados años, las tasas de mortalidad infantil del Distrito de Riohacha superan siempre las de Colombia.

Para el Distrito de Riohacha la tasa en el año 2.021 fue de 17,64 mostrando una disminución en comparación al año 2.020 donde fue de 18,45 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; la tasa más elevada en el periodo de estudio fue en el año 2.011 con 29,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. (Ver Figura 61).

Figura 61. Tasa de mortalidad infantil, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



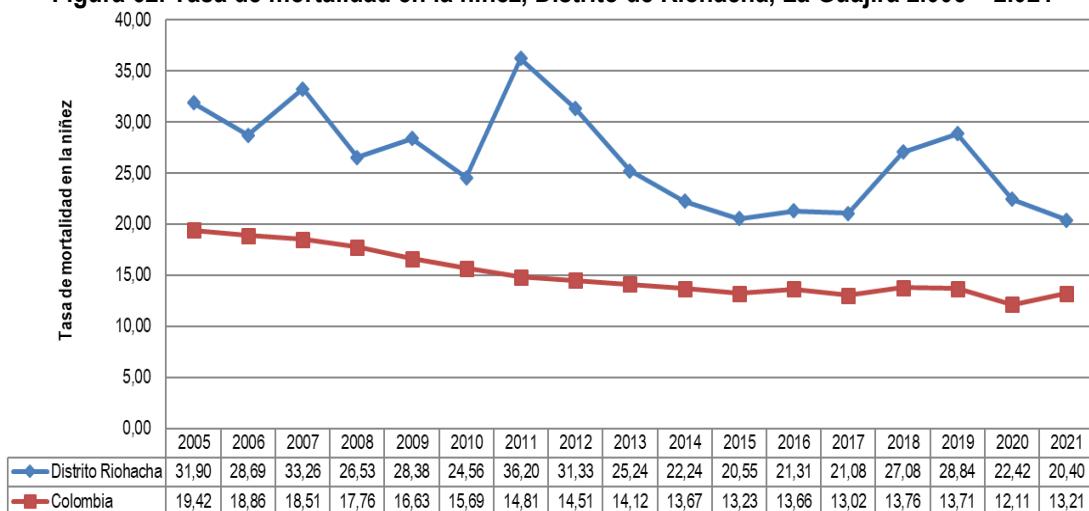
Fuente: DANE 2005 – 2021 - EEVV

Mortalidad en la niñez

La tasa de mortalidad en la niñez expresa la posibilidad de morir de un recién nacido antes de cumplir los primeros cinco años de vida. Algunas posibles razones para que se presente la mortalidad en la niñez en Riohacha son: la falta de acceso oportuno a servicios de atención médica, especialmente durante el parto y en los primeros años de vida, puede contribuir a la mortalidad infantil, la desnutrición, las infecciones, como las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, la falta de acceso a agua potable segura y condiciones sanitarias inadecuadas pueden contribuir a la propagación de enfermedades infecciosas, las condiciones socioeconómicas precarias, como la falta de vivienda adecuada, bajos ingresos familiares y acceso limitado a educación, pueden influir en la salud y el desarrollo de los niños, la falta de conciencia sobre prácticas saludables, cuidado prenatal y las prácticas culturales entre otros. Abordar la mortalidad en la niñez requiere estrategias integrales que enfoquen tanto los aspectos de atención médica como los determinantes sociales de la salud. Es importante que las autoridades locales implementen medidas que mejoren el acceso a servicios de salud, promuevan la educación en salud y aborden los factores subyacentes que afectan la salud en la niñez en el distrito de Riohacha.

En el periodo 2.005 a 2.021 el indicador de mortalidad en la niñez superó la cifra nacional, con un comportamiento irregular y con tendencia al aumento. El Distrito alcanzo cifras de 31,9; 33,3 y 36,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el periodo analizado, con una tasa de 20,4 para el año 2.021. (Ver Figura 62).

Figura 62. Tasa de mortalidad en la niñez, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



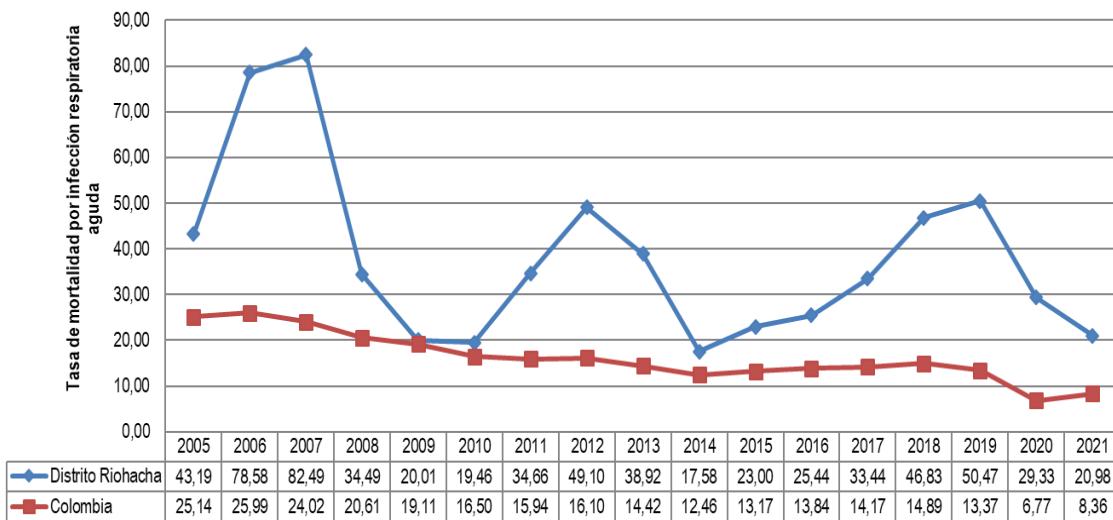
Fuente: DANE 2005 – 2021 - EEVV

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

Al analizar la tendencia de la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas - IRA entre los años 2.005 al 2.021, se puede observar que los datos del Distrito de Riohacha se encuentran por encima de la nación.

Para el periodo evaluado la IRA mostro un comportamiento oscilante entre 43,2 a 20,98 en los años 2.005 y 2.021 respectivamente; aunque la mayor tasa se presentó en el año 2.007 con una tasa de 82,5 en relación a la tasa del país que fue de 24 muertes por cada 100.000 menores de cinco años para el mismo año. (Ver Figura 63).

Figura 63. Tasa de mortalidad por IRA, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



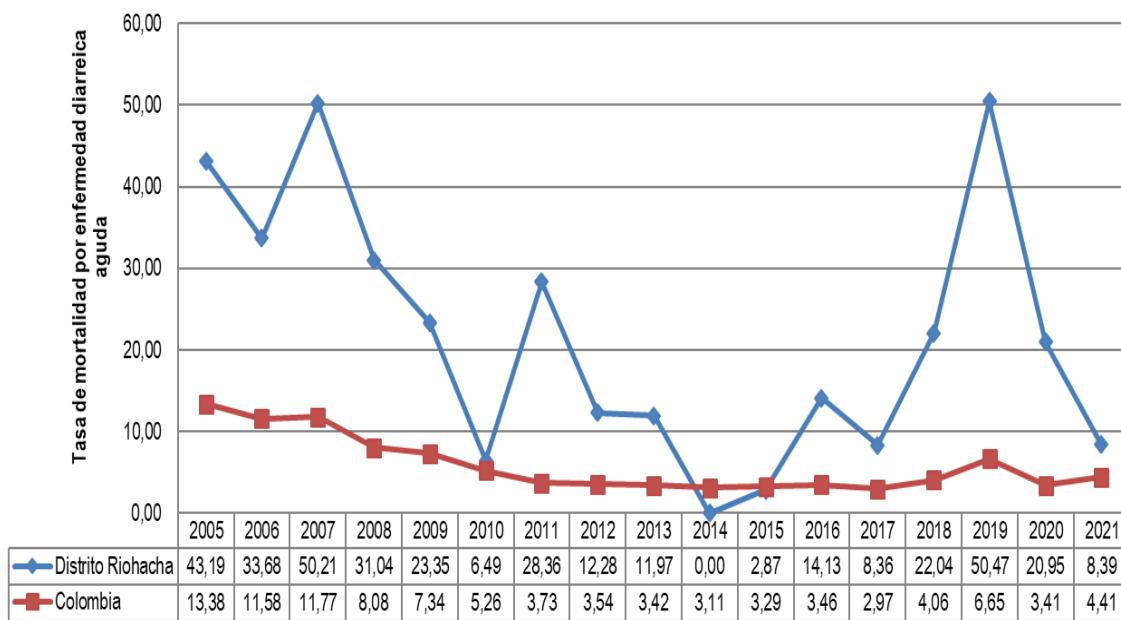
Fuente: DANE 2005 – 2021 - EEVV

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA

En Colombia la mortalidad por enfermedad diarreica aguda EDA ocupa uno de los primeros lugares en la mortalidad de los menores de 5 años, específicamente en los departamentos con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas NBI y consumo humano de agua no apta.

La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda – EDA en el período comprendido entre los años 2.005 a 2.021, en el Distrito de Riohacha estuvo por encima de las cifras obtenidas por la nación, presentando un comportamiento irregular con tendencia al aumento. Su cifra más alta se observó en el año 2.019 (50,5), seguida del año 2.007 con 50,2 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años, evidenciándose posteriormente una significativa disminución en el año 2.015 con 2,9 muertes; aunque no se registraron casos para el año 2014. La tasa para el año 2.021 fue de 8,39 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. (Ver Figura 64).

Figura 64. Tasa de mortalidad por EDA, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



Fuente: DANE 2005 – 2021 - EEVV

Mortalidad por desnutrición aguda

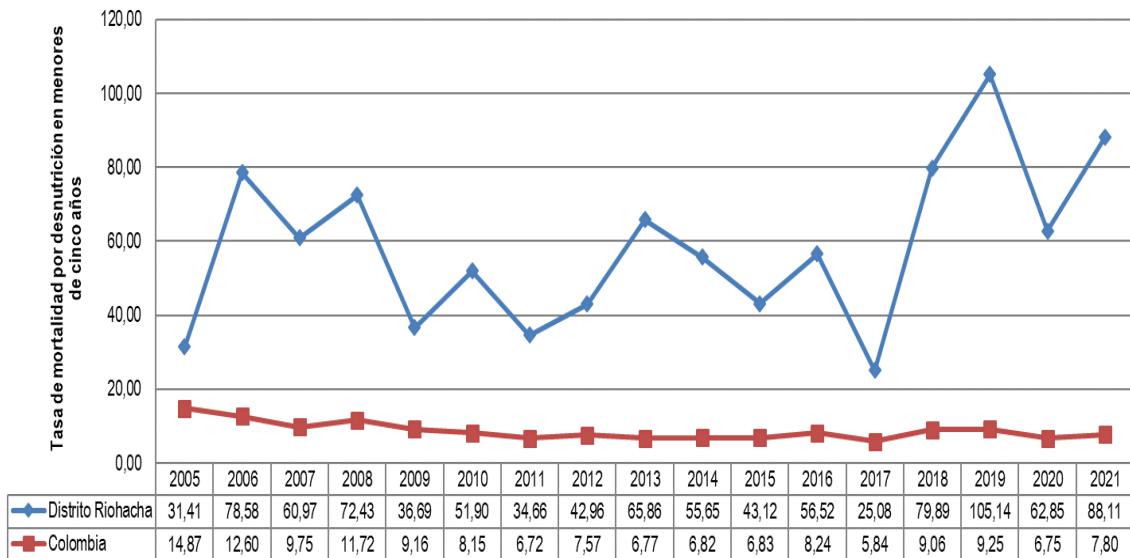
Al comparar la tasa mortalidad por desnutrición en el Distrito de Riohacha y la nación, se puede observar que el distrito se encuentra por encima del país, el comportamiento es irregular con una tendencia al aumento, pasando de 31,4 muertes en el año 2.005 a una tasa de 88,11 muertes por cada 100.000 menores de 5 años para el año 2.021, siendo la tasa del año 2019; (105,1) la más alta en el periodo analizado. (Ver Figura 66).

Entre los años 2.005 al 2.018, se observa un comportamiento irregular con tendencia al aumento en El Distrito de Riohacha superando la cifra nacional, mostrando un descenso durante los años 2.009, 2.011 y 2017 para luego incrementarse nuevamente en el año 2.018. La nación tuvo un ligero incremento en 2.005 y tendencia al descenso durante los años 2.006 a 2.017.

El Distrito de Riohacha alcanza cifras altas con tasas de 78,6 muertes por desnutrición en menores de cinco años en el año 2.006 y posteriormente presento tasas de 72,4 y 65,9 muertes en los años 2.018 y 2.013 respectivamente. Para el año 2.019 la cifra de mortalidad por desnutrición en el Distrito de Riohacha alcanza el mayor valor del periodo analizado con una tasa de 105,1 muertes por 100.000 menores de cinco años en relación con 88,11 muertes en el año 2.021. (Ver Figura 65).

La mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Riohacha puede estar relacionada con diversos factores como: la falta de acceso a alimentos nutritivos y balanceados, esto puede deberse a la pobreza, la inseguridad alimentaria y la falta de acceso a los alimentos; la desnutrición de las madres durante el embarazo y la lactancia; la falta de educación y conciencia sobre prácticas nutricionales adecuadas ; la falta de acceso a agua potable segura y condiciones sanitarias deficientes; la falta de acceso a servicios de salud y tratamientos adecuados puede aumentar el riesgo de mortalidad. Además, la pobreza puede afectar la capacidad de las familias para proporcionar una nutrición adecuada a sus hijos, así como para acceder a servicios de atención médica esenciales. Abordar la mortalidad por desnutrición en el distrito de Riohacha, implica implementar medidas que mejoren el acceso a alimentos nutritivos, promuevan la educación sobre nutrición, proporcionen atención médica adecuada y aborden las condiciones socioeconómicas, étnicas y fenómenos migratorios.

Figura 65. Tasa de mortalidad por desnutrición, Distrito de Riohacha, La Guajira 2.005 – 2.021



Fuente: DANE 2005 – 2021 – EEVV

Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil.

Se identificaron las prioridades en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez, de acuerdo con las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de la salud del Distrito de Riohacha. (Ver Tabla 38).

Tabla 38. Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil en salud, Distrito de Riohacha, 2.021

Mortalidad	Causas de mortalidad identificada	Distrito Riohacha	Colombia	Tendencia a través del tiempo 2005 al 2021
Mortalidad general por grandes causas	Enfermedades transmisibles	73,52	No aplica	Tendencia al descenso
	Neoplasias	94,38		Tendencia al descenso
	Enfermedades del sistema circulatorio	163,78		Tendencia al descenso
	Causas externas	65,87		Tendencia al aumento
	Las demás causas	193,19		Tendencia al aumento
	Signos y síntomas mal definidos	24,01		Tendencia al aumento
Mortalidad específica por subgrupo	Infecciones respiratorias agudas	43,81		Tendencia al aumento
	Tumor maligno de la mama de la mujer	21,67		Tendencia al aumento
	Enfermedades isquémicas del corazón	73,55		Tendencia al descenso
	Agresiones (Homicidios)	28,71		Tendencia al descenso
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	35,50		Tendencia al aumento
Mortalidad Materno Infantil	Razón de mortalidad materna	153,37	83,16	Tendencia al descenso
	Tasa de mortalidad neonatal	5,72	7,11	Tendencia al descenso
	Tasa de mortalidad infantil	17,64	10,94	Tendencia al descenso
	Tasa de mortalidad en la niñez	20,40	13,21	Tendencia al descenso
	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	20,98	8,36	Tendencia al descenso
	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	8,39	4,41	Tendencia al descenso
	Tasa de mortalidad por desnutrición	88,11	7,80	Tendencia al aumento

Fuente: Elaboración propia a partir de datos EEVV- DANE, MINSALUD

Conclusiones

Una vez analizada la información correspondiente a la morbilidad y la mortalidad en el distrito de Riohacha podemos concluir que:

- Se observa una distribución significativa de la morbilidad según los grupos de edad, destacando la mayor cantidad de atenciones en la adultez y en personas mayores de 60 años. Esto sugiere la necesidad de programas de salud específicos para estos grupos demográficos.
- Existen diferencias en las principales causas de morbilidad según el ciclo vital. Por ejemplo, en la primera infancia, las enfermedades transmisibles y nutricionales son prominentes, mientras que en la adultez, las enfermedades no transmisibles son más prevalentes. Esta variabilidad indica la importancia de adaptar las estrategias de salud pública para abordar las necesidades específicas de cada etapa de la vida.
- Las enfermedades crónicas como la enfermedad renal crónica y el VIH son áreas de enfoque importante en la salud pública del Distrito de Riohacha. La tendencia a la disminución en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica es alentadora y sugiere que las intervenciones pueden estar siendo efectivas.
- La falta de datos sobre la incidencia de ciertos tipos de leucemia en niños plantea la necesidad de mejorar la vigilancia epidemiológica para garantizar una comprensión completa de la carga de enfermedad en la población.
- El Distrito de Riohacha muestra algunas áreas donde está en una mejor condición que el promedio nacional, como en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica y la incidencia de VIH. Sin embargo, hay áreas, como la falta de información sobre ciertos tipos de leucemia, donde se necesita mejorar la recopilación de datos para una evaluación más completa.
- Según el DANE las defunciones ocurridas y registradas en el año 2.021 para el distrito de Riohacha fueron 1.181, cifra que aumento en comparación al año anterior en donde se reportaron 1.080 muertes (muertes no fatales); según los grupos definidos en OPS en la lista 6-67, para el año 2.021 se distribuyeron así: mortalidades por enfermedades transmisibles 355 casos, por neoplasias 126 casos, por enfermedades del sistema circulatorio 207 casos, por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 56 casos, por las causas externas 125 casos, por todas las demás causas 283 casos y por los síntomas, signos y afecciones mal definidas 29 casos.
- Entre los años 2.005 y 2.020 la principal causa de muerte en la población general del distrito de Riohacha lo ocuparon todas las demás causas, con una tendencia al aumento en el periodo analizado ha pasado de 95,12 a 193,19 muertes por cada 100.000 en los años 2005 y 2021 respectivamente.

- En segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio, pasando del 2.005 al 2.021 con tasas de 109,63 a 163,78 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que significa una disminución del 5% con respecto al año anterior; estas causaron el 17,5% del total de las defunciones (207 defunciones) para el año 2.021.
- Las neoplasias por su parte ocuparon el tercer puesto, con una tendencia al decrecimiento, produjeron el 10,7% (126) de las muertes en el año 2.021 y el promedio de 91 decesos por cada 100.000 habitantes durante el periodo analizado del 2005 al 2.021. Durante el año 2.021 presentó una tasa de 94,38 muertes por cada 100.000 habitantes.
- Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 30,1% (355) de las muertes pasando de una tasa ajustada por edad de 38,85 a 73,52 en los años 2.005 y 2.021 respectivamente. Luego se encuentran las causas externas, las cuales produjeron el 10,6% (125) de los decesos en el año 2.021. Se promedia que durante los años evaluados se produjo un promedio de 142 muertes por año, para el Distrito de Riohacha, en este grupo se enmarca en los diagnósticos como agresiones, homicidios, lesiones autoinfligidas, los ahogamientos entre otras. Los signos y síntomas mal definidos representan el 2,5% (29) del total de las muertes registradas en el año 2.021, con una tasa de 24,01 muertes por cada 100.000 habitantes.

4. CAPITULO IV: ANALISIS DE LA RESPUESTA DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD DEL DISTRITO DE RIOHACHA.

Para el análisis de la respuesta de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud del territorio se programaron en el Distrito de Riohacha 19 mesas con las comunidades y diferentes actores estratégicos del territorio:

- 6 mesas se realizaron en las comunas zona urbana
- 5 mesas en los centros poblados
- 4 mesas con los pueblos étnicos
- 4 mesas con grupos sociales vulnerables.

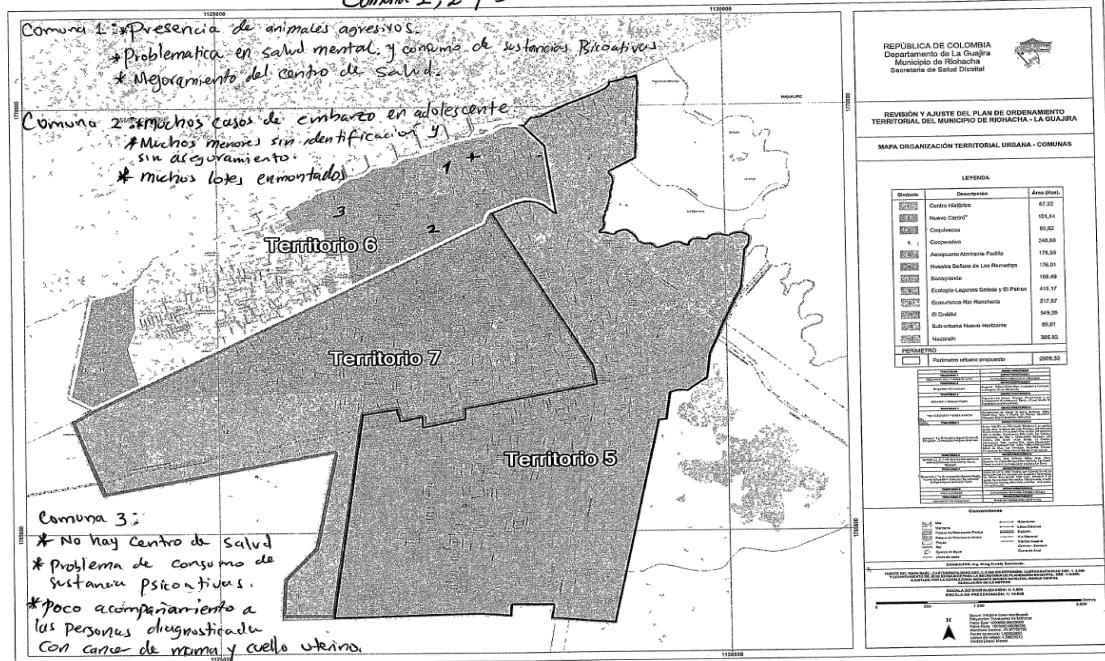
De estas mesas se obtuvo valiosa información teniendo en cuenta que este es un ASIS participativo, se identificaron los principales problemas del Distrito, tanto en la zona urbana como rural, étnica y por sectores sociales específicos, igualmente se identificó y consolidó los grandes anhelos que la población espera sean resueltos a través de la planeación de estrategias y acciones que aporten soluciones integrales para los próximos años.

Las mesas fueron participativas, sin restricciones de temas, amplias en sus procesos, pero específicas en sus objetivos. El resultado es que existen muchas necesidades no resueltas históricamente que, si bien no todas podrán ser solucionadas en este periodo de gobierno, si se dejan iniciadas y con avances (principio de progresividad) a través de la gestión del gobierno Distrital en cabeza del Alcalde Genero David Redondo Choles.

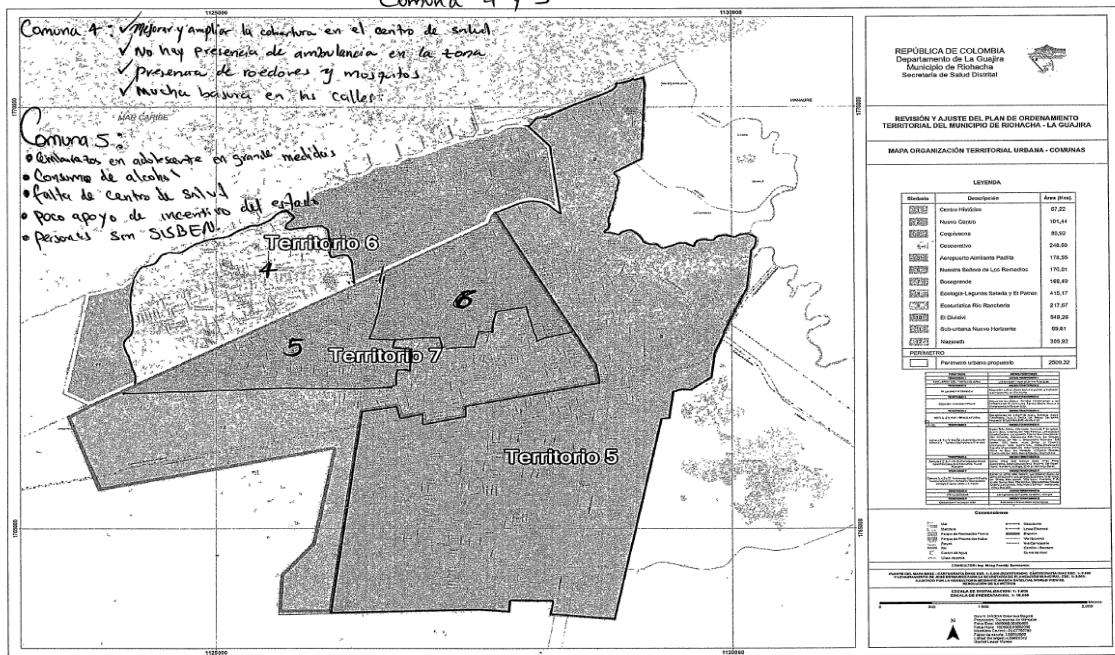
Las mesas de trabajo fueron el insumo para la realización de los capítulos IV, V y VI del ASIS. Posteriormente y con el acompañamiento de la entidad territorial, se realizó en primer lugar los mapas de los territorios representados en cada una de las mesas en donde se plasmaron las problemáticas y necesidades sentidas de la población; actividad muy enriquecedora en la que expusieron además y en detalle las condiciones de vida y posibles soluciones a sus necesidades. A continuación, se ilustran los mapas realizados por la comunidad y algunas evidencias fotográficas de la actividad:

**Mapas 10. Mapas de cartografía social realizado por la comunidad, Distrito de Riohacha.
La Guajira. Año 2024**

Comuna 1, 2 y 3



Comuna 4 y 5



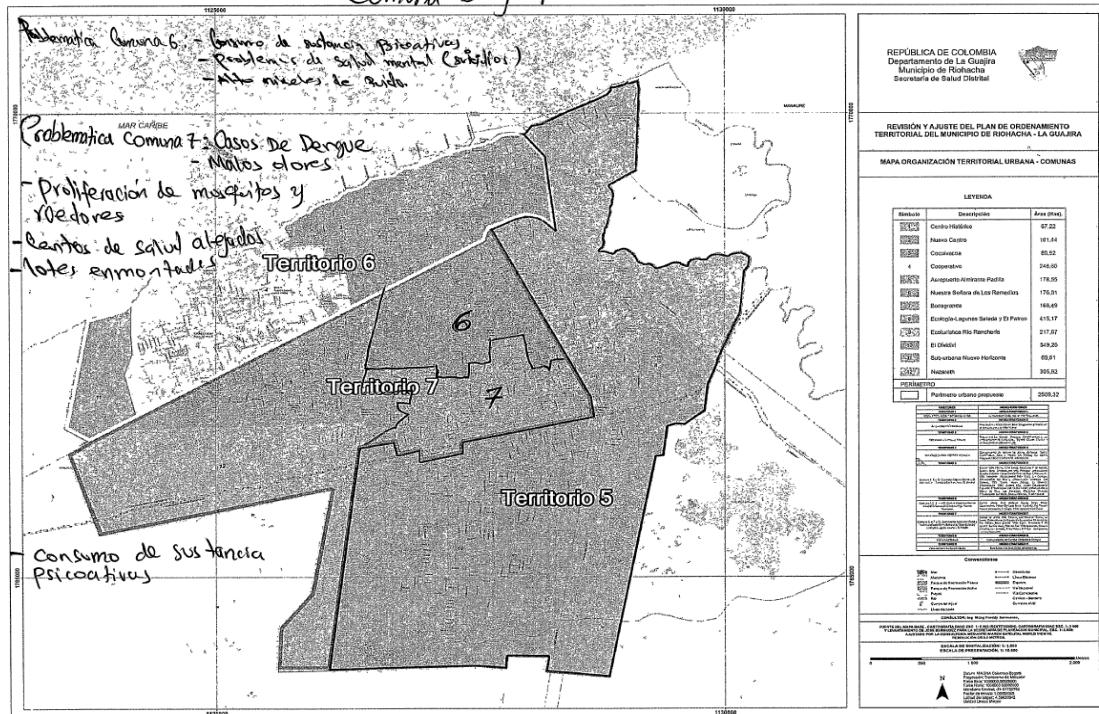


Al contestar por favor cite estos datos:

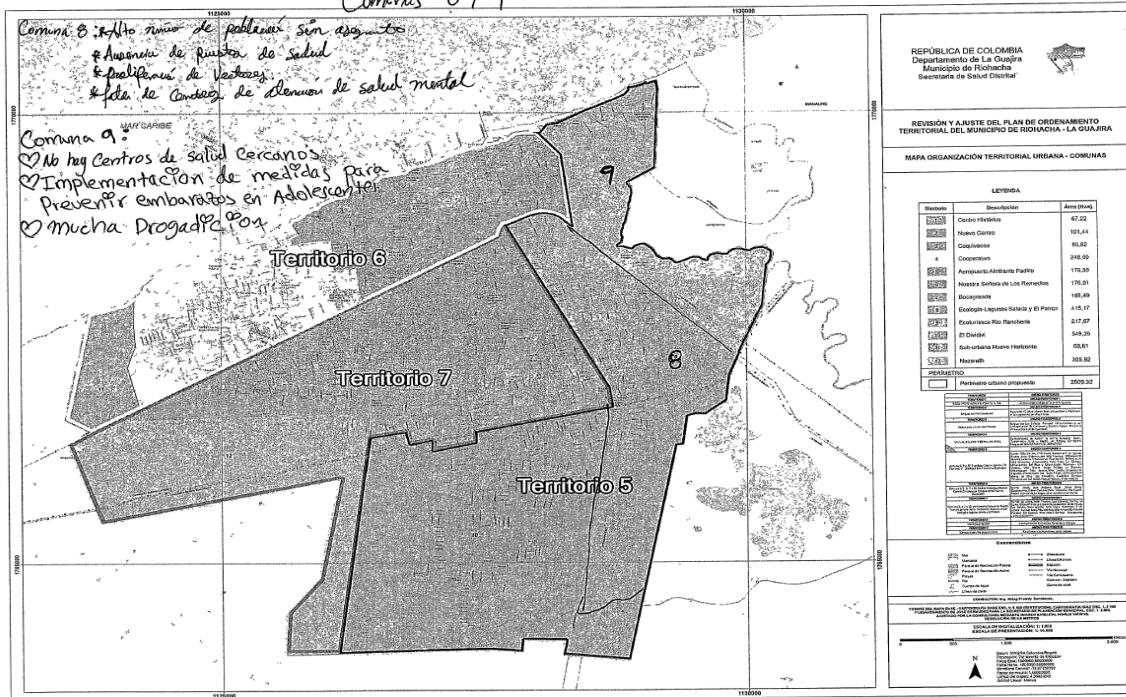
Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

Comuna 6 y 7



Comunas 8 y 9

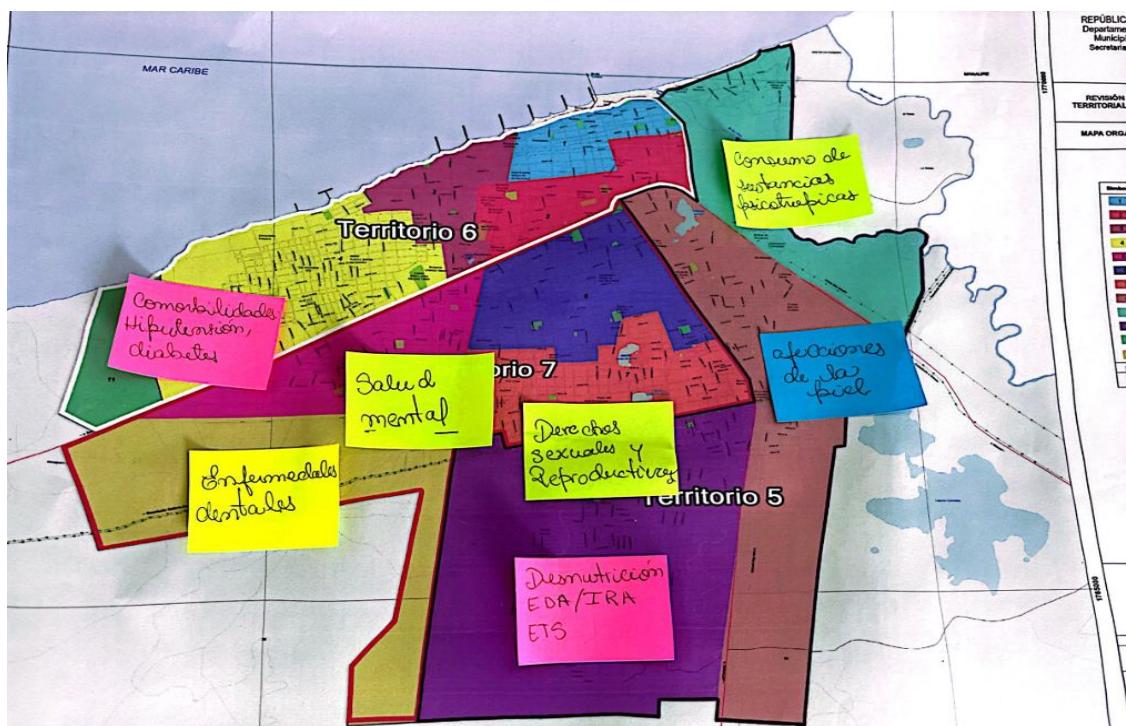
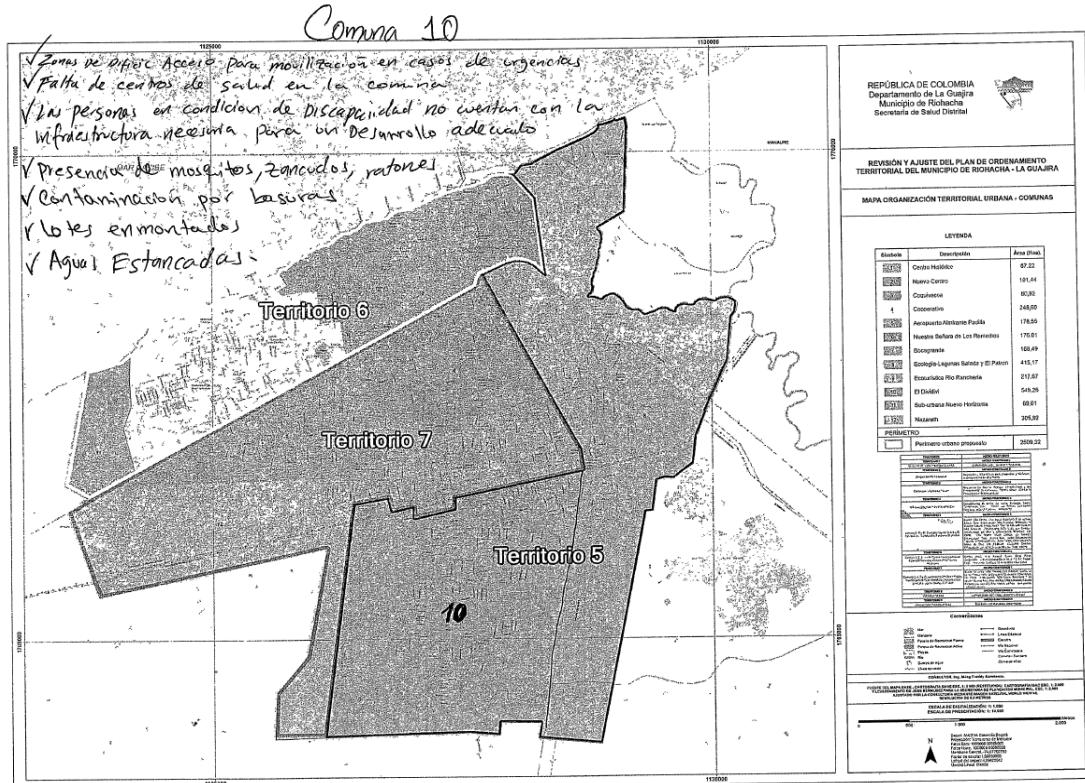




Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024



Fuente: Construcción propia

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

Evidencias fotográficas. Mesas de salud participativas en el Distrito de Riohacha.
Año 2024



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024



Fuente: Construcción propia

Conclusiones

Del capítulo IV podemos concluir lo siguiente:

- Se llevaron a cabo 19 mesas de trabajo en el Distrito de Riohacha con la participación de diversas comunidades y actores estratégicos, lo que demuestra un enfoque participativo en la identificación y análisis de problemáticas y necesidades sociales y ambientales. Este enfoque incluye tanto áreas urbanas como rurales, étnicas y grupos sociales vulnerables.
- Las mesas de trabajo permitieron identificar y consolidar los principales problemas y necesidades del Distrito de Riohacha. Estos problemas abarcan diferentes áreas geográficas y sectores sociales, mostrando una amplia gama de desafíos que la población enfrenta.
- Se recogieron los grandes anhelos de la población, destacando las expectativas de que se resuelvan sus problemas a través de la planificación de estrategias y acciones integrales. Esto subraya la importancia de un enfoque holístico y coordinado en la solución de problemas.
- Aunque se reconocen muchas necesidades históricamente no resueltas, se destaca el principio de progresividad en la gestión del gobierno distrital. Esto implica que, aunque no todas las necesidades podrán ser resueltas en el actual periodo de gobierno, se dejarán iniciadas y con avances significativos.
- Las mesas de trabajo proporcionaron información crucial para la realización de los capítulos IV, V y VI del Análisis de Situación de Salud (ASIS). Esta información se utilizó para crear mapas territoriales que reflejan las problemáticas y necesidades de la población, así como posibles soluciones.
- La metodología utilizada en las mesas de trabajo fue inclusiva, sin restricciones de temas y específica en sus objetivos. Esto permitió una amplia participación y una comprensión detallada de las condiciones de vida de la población, así como la generación de soluciones viables.
- La actividad contó con el acompañamiento de la entidad territorial, lo que facilitó la elaboración de mapas y la documentación de problemáticas y soluciones propuestas por la comunidad. Esta colaboración es fundamental para la efectividad de las estrategias implementadas.
- La realización de mesas de trabajo en el Distrito de Riohacha fue un proceso valioso para entender y abordar las necesidades sociales y ambientales que afectan la salud del territorio. El enfoque participativo y la colaboración entre diferentes actores han permitido identificar problemas, recoger expectativas y planificar soluciones integrales, con un compromiso de progresividad en la gestión gubernamental.

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

5. CAPITULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL DISTRITO DE RIOHACHA

A continuación, se presentan los resultados de las mesas participativas con los diferentes actores, de donde se pudieron determinar los principales problemas y necesidades sentidas entre los asistentes residentes en el Distrito de Riohacha, departamento de La Guajira:

PROBLEMÁTICA	ACTOR RESPONSABLE	INTERESES	CONTRIBUCION/GESTION DE CONFLICTOS
Presencia de animales agresivos	Secretaria de Salud Departamental y Distrital	Disminuir los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia ya que en los ultimos años se ha evidenciado un aumento bastante significativo en diferentes lugares del Distrito de Riohacha.	Entre sus competencias de autoridad sanitaria la Secretaria de Salud Departamental y en articulacion con la Secretaria de salud Distrital realizan todos los años jornadas de vacunacion antirrabica de caninos y felinos, buscando abarcar la todos los sectores del Distrito.
Presencia de mosquito y roedores	Secretaria de Salud Departamental y Distrital	Reducir la morbi mortalidad de enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades zoonoticas en el Distrito de Riohacha.	A traves del plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en sus linea operativa de promocion de la salud y gestion del riesgo se realizan actividades que buscan cambios conductuales para la eliminacion de factores de riesgos que conllevan a la paracion de mosquitos y roedores.
Lotes enmontados	Direccion de Ambiente Distrital	Evitar la profileracion de animales que conlleven a la aparicion de eventos de interes en salud publica que afecten a la poblacion.	Desde la Direccion de medio ambiente Distrital, se realiza solicitud y seguimiento a los dueños de los predios para que realicen la limpieza que amerite y contribuyan al bienestar de los residente del sector.
Implementar la Ley 2054 del 2020,"construccion del centro de tenencia animal"	Alcaldia Distrital	Una vez Riohacha termine su etapa de transicion y logre ser Distrito se debe implementar la ley 2054 del 2020.	Atenuar las consecuencias sociales, de maltrato animal y de salud publica derivadas del abandono, la perdida, la desatencion estatal y la tenencia irresponsable de los animales domésticos de compañía.
Jornada de registro civil para niños y adultos abandonados, operativo las 24 horas.	Registraduria nacional del estado civil	Lograr que toda la poblacion este legalmente identificada y puede acceder a todos los beneficios del estado.	La poblacion podra acceder a muchos beneficios entre ellos la afiliacion al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Debil acompañamiento con personas diagnosticadas con cancer de mama y cuello uterino, para el apoyo mental y de atencion en salud	Secretaria de salud Distrital	Contribuir el bienestar de las personas diagnosticadas con cancer cuando estan recibiendo el tratamiento, de esta manera habra un mejor afrontamiento de la enfermedad que ayudara a mantener una mejor calidad	Fortalecer los grupos psicosociales de las EAPB en temas prioritarios de humanizacion de los servicios en salud en las personas diagnosticadas con cancer.

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

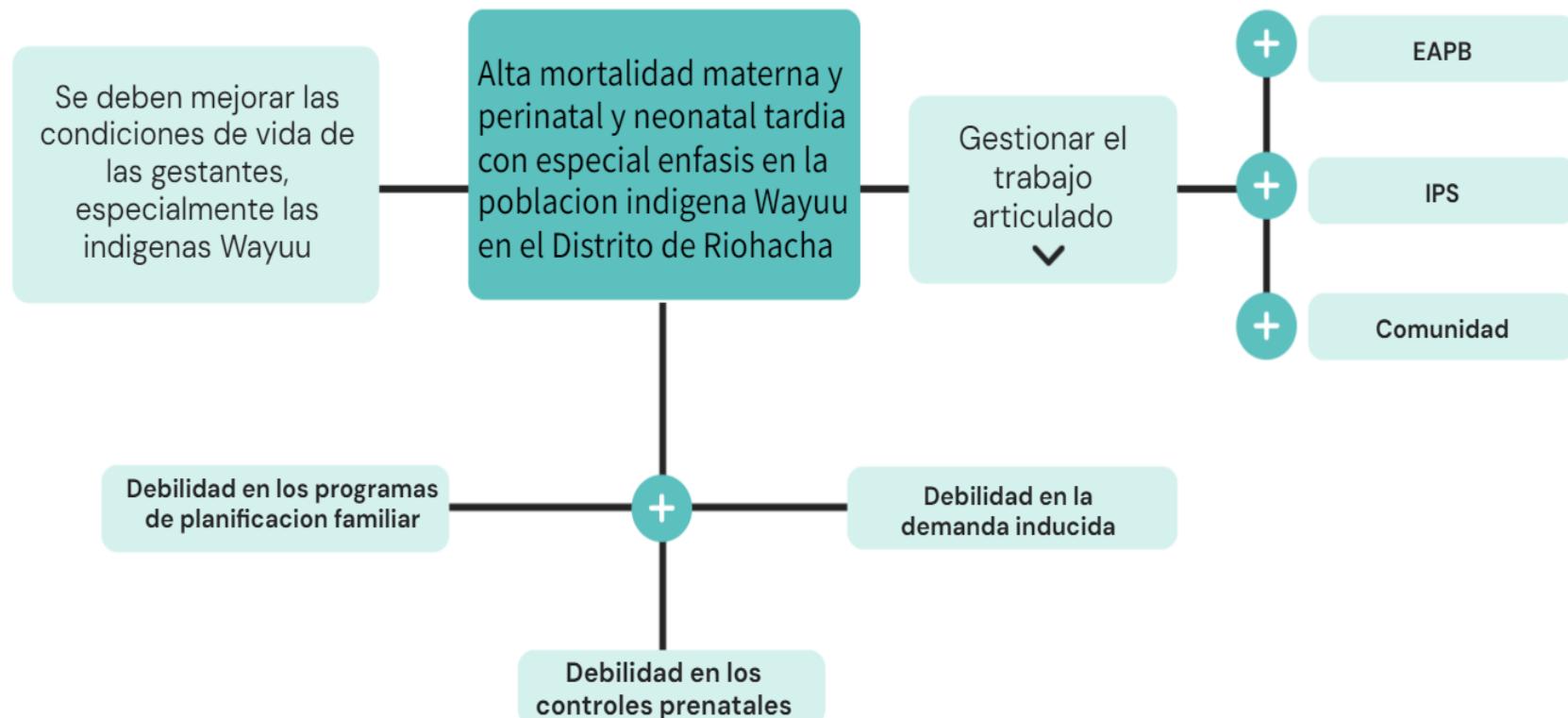
FECHA : 21-02-2024

Mortalidad materna y embarazo en adolescentes indigenas	Secretaria de Salud Distrital / Secretaria de educacion / Direccion mujer, juventud e infancia y adolescencia	Reducir las muertes maternas en el Distrito de Riohacha y evitar los embarazos en adolescentes.	Intensificar las busquedas activas comunitarias para captar gestantes con el fin que accedan a los controles prenatales y de esta manera identificar alteraciones tanto obstetricas como perinatales. La Secretaria de Salud en articulacion con Secretaria de Educacion y la Direccion Mujer, juventud e infancia y adolescencia realizaran actividades de prevencion de embarazos en adolescentes teniendo en cuenta sus derechos sexuales y reproductivos dentro de la sociedad ademas de fortalecer las consejeria sobre el metodo que ellos elijan.
Problemas en salud mental	Secretaria de Salud Distrital	Reducir la tasa de morbi mortalidad de los eventos de interes en salud publica asociados a salud mental.	Garantizar el acceso a los programas de convivencia social y salud mental y dar a conocer (a traves de informacion en salud) a la poblacion los diferentes tratamiento psicologicos (del paciente y sus familiares) como lo establece la normatividad vigente.
Niños con Desnutricion	Secreteria de Salud Distrital	Disminuir el numero de casos de niños y niñas en estado de desnutricion.	Articuladamente con ICBF, Grupos extramurales de la ESE HNSR, EAPB e IPS captar a traves de busquedas activas comunitarias niños con bajo peso para evitar algun diagnostico de desnutricion. Hacer seguimiento a los niños y niñas diagnosticados en algun estado de desnutricion para verificar su recuperacion. Fortalecer la red comunitaria para que puedan identificar signos y sintomas asociados a la Desnutricion y puedan activar de manera inmediata rutas de atencion.
Acceso limitado a servicios de salud de calidad debido a la falta de infraestructura y personal en zonas rurales.	Gobernacion de la Guajira / Poblacion	Contar con centros de salud habilitados y en funcionamiento que esten ubicados en diferentes comunas y corregimientos del Distrito de Riohacha	Gestionar ante la Gobernacion de la Guajira la posibilidad de construir y/o adecuar centros de salud en el area urbana y rural que permitan el acceso a atencion primaria de acuerdo a sus necesidades.
Falta de acceso a agua apta para el consumo humano, lo que aumenta el riesgo de contraer enfermedades	Secretaria de infraestructura y servicios publicos	Gestionar la disponibilidad y el manejo sostenible del agua para todos los habitantes del Distrito de Riohacha.	
Barreras en el idioma para la prestacion de servicio optimo en la poblacion etnica	Secretaria de salud Distrital	Garantizar la adecuada atencion es salud que amerite la poblacion Indigena del Distrito de Riohacha sin tener barreras al momento de comunicarse.	Gestionar la implementacion del Sistema Indeigena de Salud Propio Intercultural (SISPI) en las EAPB y su red prestadora.

ANEXO 1. Construcción de Núcleos de inequidad sociosanitarias del Distrito de Riohacha

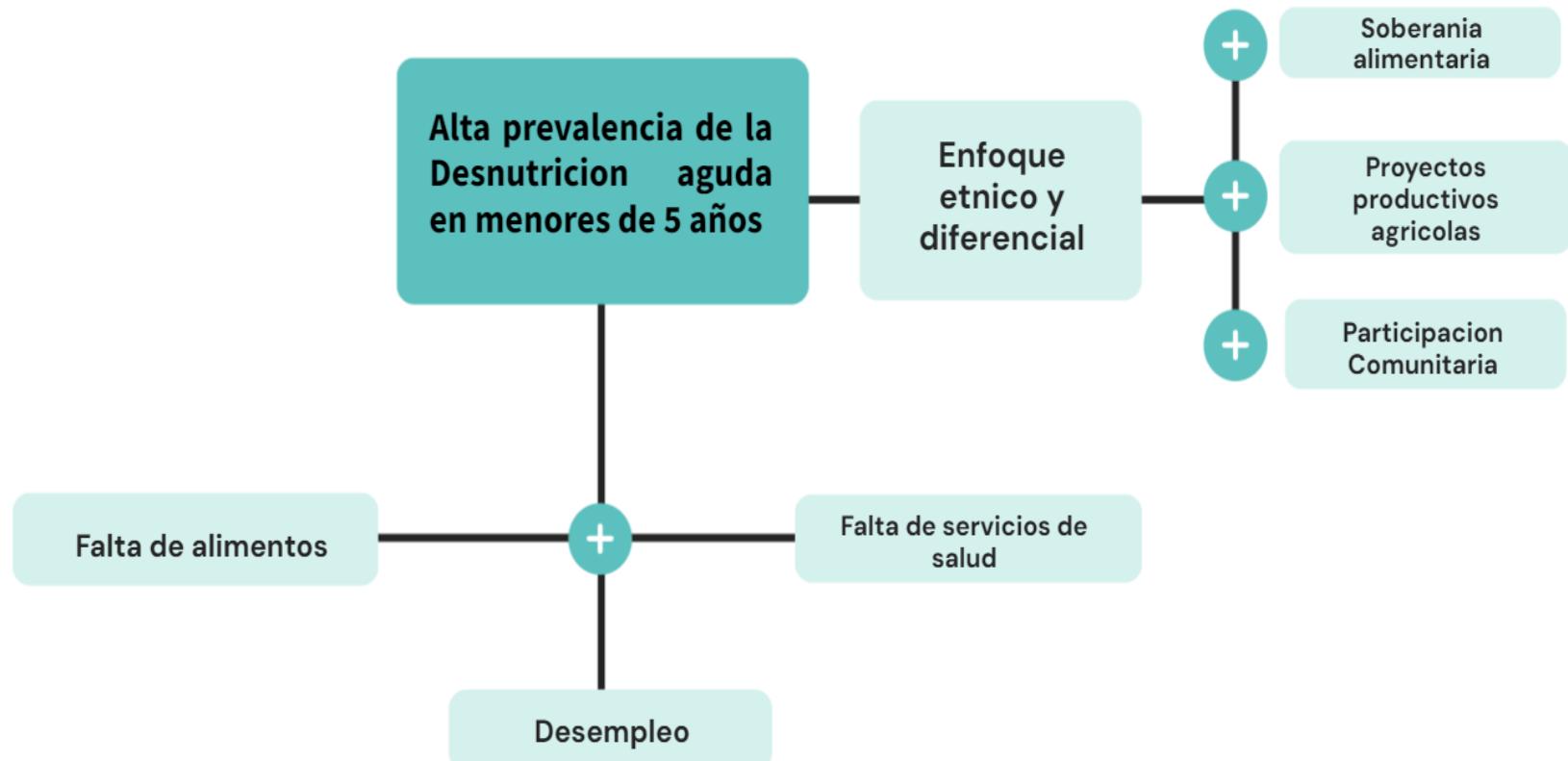
A continuación, se presentarán los núcleos de inequidades sociosanitarias de los problemas priorizados para el Distrito de Riohacha, desde un abordaje integral y participativo.

Figura 66. Núcleo de inequidad de la alta mortalidad materna y perinatal en el Distrito de Riohacha



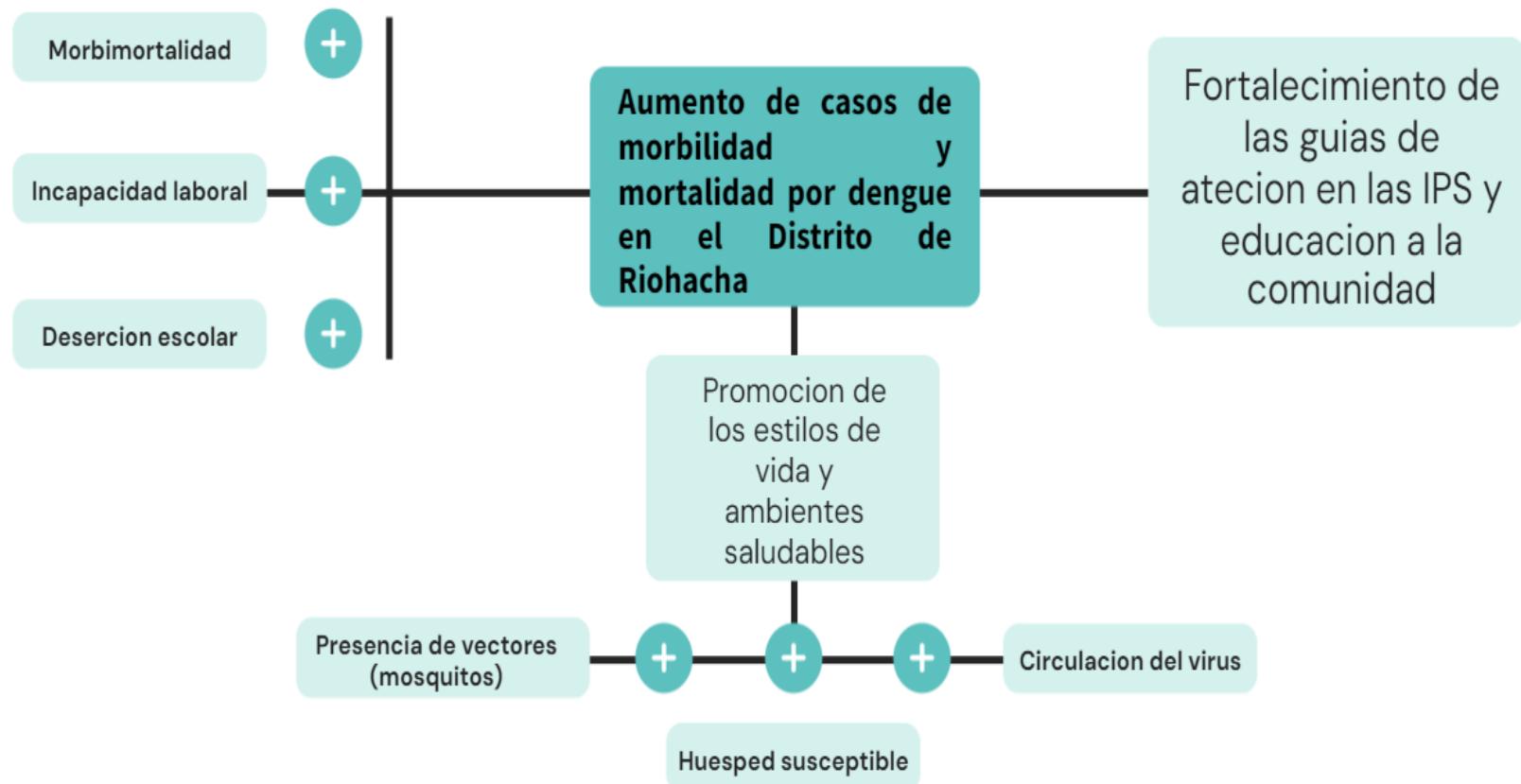
Fuente: Construcción propia

Figura 67. Núcleo de inequidad de la alta prevalencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años



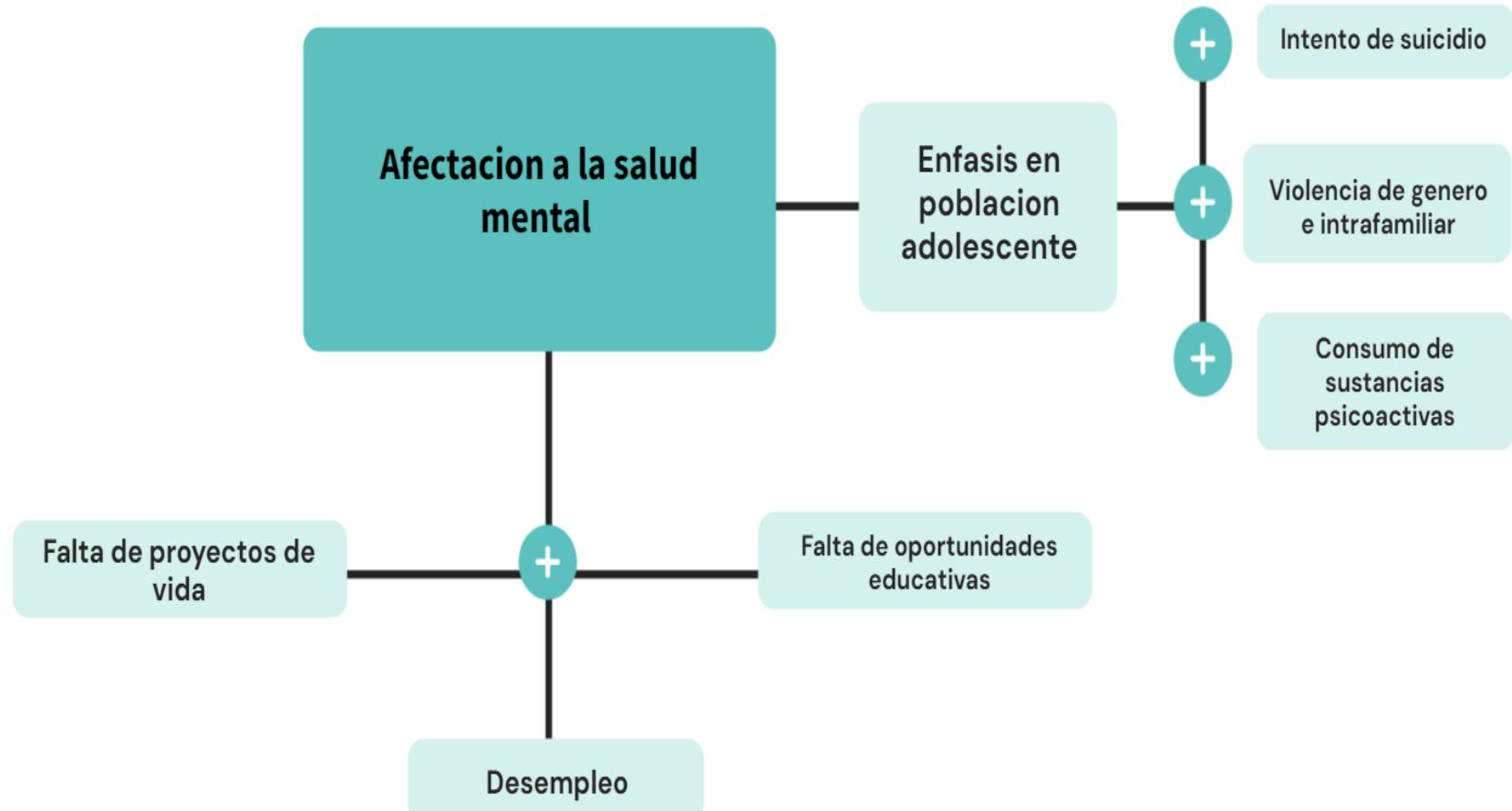
Fuente: Construcción propia

Figura 68. Núcleo de inequidad del aumento de casos de morbilidad y mortalidad por dengue en el Distrito de Riohacha



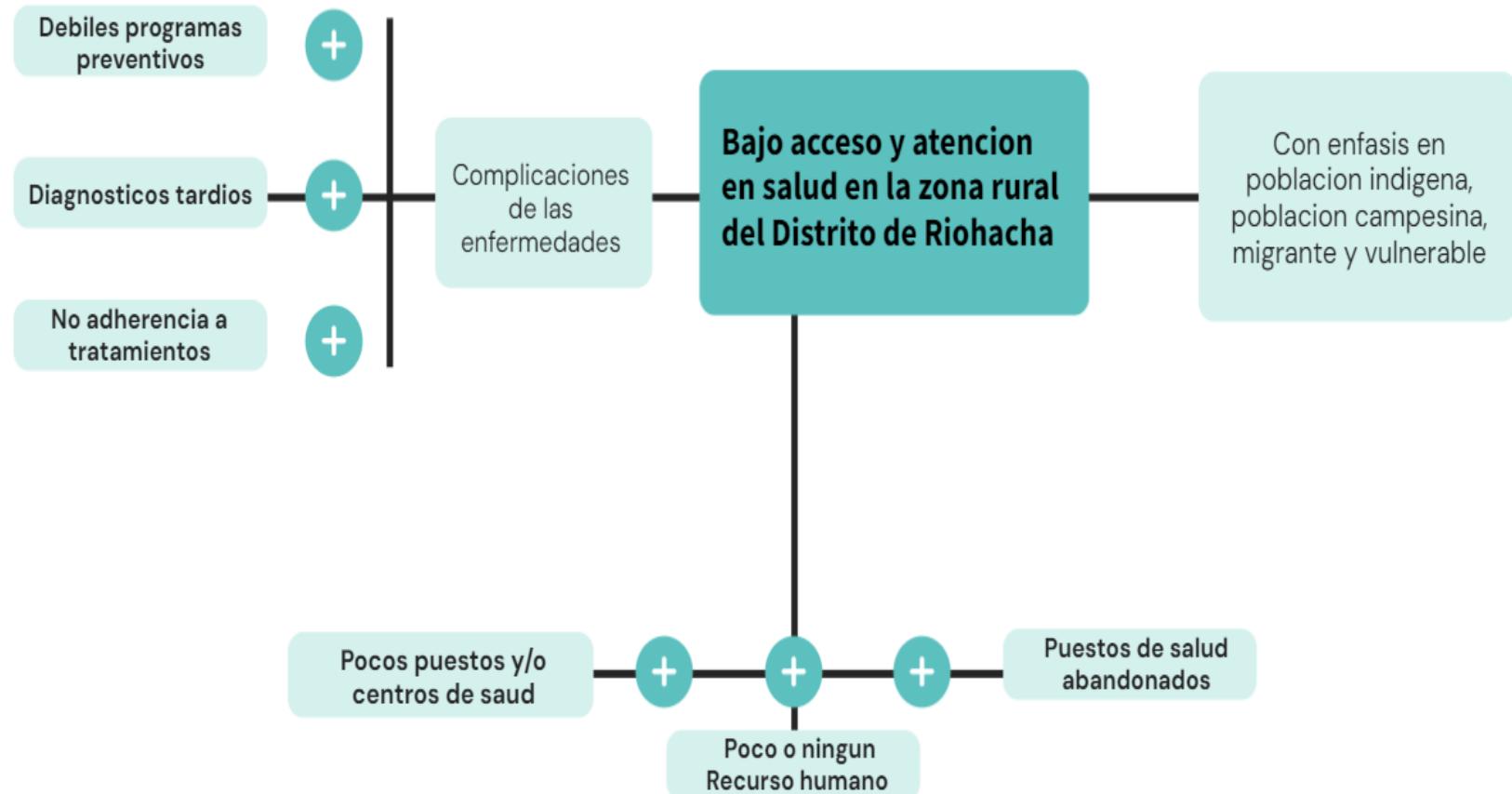
Fuente: Construcción propia

Figura 69. Núcleo de inequidad del aumento de la afectación a la salud mental en el Distrito de Riohacha



Fuente: Construcción propia

Figura 70. Núcleo de inequidad del bajo acceso y atención en salud en la zona rural del Distrito de Riohacha



Fuente: Construcción propia

ANEXO 2. Matriz de priorización de problemas en el Distrito de Riohacha

A continuación, se realiza la matriz de priorización de los problemas de acuerdo con su magnitud, pertenencia social, transcendencia, factibilidad y viabilidad.

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención
	¿Cuántas personas son afectados por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?
Problemas					
Alta mortalidad materna y perinatal y neonatal tardía con especial énfasis en la población indígena Wayuu en el Distrito de Riohacha	Muy alta	Alta	Muy alto	Alta	Media
Alta prevalencia de la Desnutrición aguda en menores de 5 años	Muy alta	Alta	Muy alto	Alta	Media
Aumento de casos de morbilidad y mortalidad por dengue en el Distrito de Riohacha	Muy alta	Alta	Muy alto	Alta	Media
Afectación a la Salud mental (violencia de género e intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas e intento de suicidio)	Alta	Alta	Muy alto	Alta	Media
Bajo acceso y atención en salud en la zona rural del Distrito de Riohacha	Alta	Alta	Medio	Media	Media

Fuente: Construcción propia

Conclusiones

Al analizar la información recolectada y analizada en las mesas de trabajo en conjunto con la comunidad y una vez realizado el ejercicio de priorización de los problemas, podemos concluir que:

- Se presente una alta mortalidad materna y perinatal y neonatal tardía en la población indígena Wayuu en el Distrito de Riohacha, las mujeres Wayuu están enfrentando altos riesgos durante el embarazo, parto y el periodo neonatal, lo cual refleja deficiencias significativas en la atención médica prenatal y postnatal, así como en la falta de disponibilidad de servicios médicos adecuados. Por lo que se recomienda implementar programas de salud materna y neonatal específicos para la comunidad Wayuu, incluyendo la capacitación de parteras tradicionales y la integración de servicios de salud interculturales que respeten y trabajen con las prácticas locales; así mismo, fortalecer las vías de transporte y comunicación para facilitar el acceso rápido a centros de salud más cercanos.
- Existe una crisis de desnutrición infantil en la región, lo cual es indicativo de problemas estructurales en la seguridad alimentaria, el acceso a alimentos nutritivos y la educación en nutrición. Por lo que se recomienda desarrollar e implementar programas de nutrición comunitaria, asegurando la distribución de suplementos alimenticios y promoviendo la educación sobre prácticas nutricionales adecuadas entre las familias, establecer huertos comunitarios y programas de agricultura sostenible para mejorar la seguridad alimentaria local aceptada culturalmente.
- El dengue se ha convertido en una amenaza significativa para la salud pública en el Distrito de Riohacha, debido a factores ambientales, climáticos y a la falta de control efectivo de vectores. Por lo anterior se recomienda fortalecer las campañas de control de vectores que incluyan la fumigación, la eliminación de criaderos de mosquitos y la educación comunitaria sobre la prevención del dengue y mejorar la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta rápida ante brotes de dengue.
- La salud mental de la población está gravemente comprometida, reflejando altos niveles de violencia de género e intrafamiliar, y un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas y los intentos de suicidio, lo que sugiere una necesidad urgente de intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial, por lo que se recomienda implementar programas de prevención y tratamiento para la salud mental, incluyendo servicios de consejería y apoyo psicológico accesibles para todas las comunidades, establecer campañas de concientización y educación sobre la violencia de género y los recursos disponibles para las víctimas, y fortalecer la divulgación de las leyes y mecanismos de protección
- Aumentar el acceso a la atención de salud en zonas rurales, por lo que se recomienda desarrollar infraestructuras de salud en las áreas rurales, como clínicas móviles y telemedicina, para asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud básicos, capacitar a trabajadores de salud comunitarios para que puedan proporcionar atención primaria y educación en salud en sus



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

comunidades e implementar estas recomendaciones requerirá un enfoque colaborativo que involucre al gobierno, organizaciones no gubernamentales, líderes comunitarios y la propia población afectada, con el fin de crear soluciones sostenibles y culturalmente apropiadas.

6. CAPITULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO -PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS PARA EL DISTRITO DE RIOHACHA.

A continuación, se desarrolló con todas las áreas de la secretaría de salud distrital de Riohacha, las propuestas de la atención en salud, desglosadas por cada uno de los ejes del PDSP 2022-2031, con su objetivo estratégico y los resultados esperados. Estas propuestas se realizaron teniendo en cuenta la información obtenida en las mesas de participación comunitaria realizadas previamente.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRÁTÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPIUESTA DE RESPUESTA
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Fortalecer la rectoría en salud estableciendo políticas claras y consistentes, fortaleciendo las instituciones de salud, mejorando la capacidad de regulación y supervisión, promoviendo la participación comunitaria y garantizando la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión de los recursos de salud en el Distrito de Riohacha.
	Sistema único público de información en salud.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Promoción de la participación ciudadana en la toma de decisiones, la transparencia en la gestión de recursos y políticas, la colaboración intersectorial entre diferentes áreas gubernamentales y la sociedad civil y el establecimiento de mecanismos efectivos de rendición de cuentas. También es importante garantizar la equidad y la inclusión en todas las políticas y acciones de salud pública.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud con especial énfasis en poblaciones vulnerables y minorías.	Garantizar espacio de participación de las comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones vulnerables, en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud con especial énfasis en poblaciones vulnerables y minorías.
	Vigilancia en Salud Pública				
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.				

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRÁTICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPIUESTA DE RESPUESTA
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			<p>Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.</p>	<p>Formular planes, programas y proyectos que beneficien la visión de los pueblos y comunidades, respetando su género y diferencias e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos indígenas, comunidades étnicas y campesinas.</p>
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	<p>Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias</p>	<p>Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales v - transectoriales.</p> <p>Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.</p>	<p>Reconocer la inequidad social, étnica y de género es fundamental para abordarla de manera efectiva. Algunas estrategias para reconocer estas inequidades incluyen: 1. Recopilación y análisis de datos desagregados por variables como género, etnia y nivel socioeconómico para identificar disparidades en salud y acceso a servicios. 2. Realización de estudios y encuestas que investiguen las causas y consecuencias de las inequidades sociales, étnicas y de género en salud. 3. Consulta y participación activa de comunidades y grupos afectados para comprender sus necesidades y perspectivas. 4. Evaluación periódica de políticas y programas de salud para identificar posibles impactos desiguales según género, etnia y situación socioeconómica. 5. Sensibilización y capacitación del personal de salud en la identificación y abordaje de inequidades sociales, étnicas y de género. 6. Desarrollo de indicadores específicos para monitorear el progreso en la reducción de las inequidades y garantizar que los programas y políticas respondan a las necesidades de los grupos marginados. Estas estrategias pueden ayudar a generar conciencia sobre las inequidades y orientar acciones para abordarlas de manera efectiva en el ámbito de la salud.</p>
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			<p>Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.</p>	<p>Propiciar el encuentro de saberes, en donde se reconozcan, mejoren y fortalezcan las diferencias, respetando las diferentes cosmologías y conocimientos en salud pública.</p>

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRÁTÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPIUESTA DE RESPUESTA
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	Algunas propuestas efectivas podrían incluir: Abordar los factores sociales determinantes de la salud, como la pobreza, la educación, el empleo, la vivienda y el medio ambiente, mediante políticas públicas integrales y acciones intersectoriales; Implementar políticas y programas que aborden las desigualdades de género en el acceso a la salud, la atención médica y la toma de decisiones en materia de salud; Adaptar los servicios de salud para que sean culturalmente apropiados y sensibles a las necesidades específicas de comunidades étnicas, lingüísticas y culturales diversas; Fomentar la participación activa de las comunidades en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud, asegurando que reflejen sus necesidades y prioridades.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPIUESTA DE RESPUESTA
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	Conformar los territorios de salud del Distrito de Riohacha, acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud y enfermedad.
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiariedad y complementariedad,	Gestional con todos los actores del sistema, la implementacion de la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiariedad y complementariedad y con enfoque participativo
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales,sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud -APS.	Implementar un modelo de atencion primaria en salud APS - para el Distrito de Riohacha con enfoque familiar y participativo, que se articule y de respuesta a las necesidades en salud de la poblacion
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.	Implementacion de equipos extramurales para atender las necesidades de la poblacion rural del municipio, dando respuesta a sus necesidades primarias en salud
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIIS			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	Gestion recursos para la decuacion y dotacion de las Instituciones de salud públicas de mediana complejidad salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRÁTICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPIUESTA DE RESPUESTA
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Implantar e implementar políticas de salud pública que contribuyan a la mitigación y adaptación del cambio climático, desde la participación comunitaria y de los demás sectores (industrial, agrícola)
	Participación social en salud				
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Capacitar y desarrollar capacidades para el fortalecimiento del recurso humano en relación a la preparación y atención de emergencias, desastres y pandemias.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública				
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública,	Analizar, preparar y difundir información para la prevención y atención del cambio climático y el impacto del mismo en la salud pública.

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA: 21-02-2024

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRÁTÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPIUESTA DE RESPUESTA
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud públicas basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades,	Desarrollar una estrategia integral para fortalecer el conocimiento en salud pública y la soberanía sanitaria que incluya el desarrollo de programas educativos y de capacitación en salud pública a nivel académico y profesional, que abarquen aspectos teóricos, prácticos y éticos de la salud pública, así como la importancia de la soberanía sanitaria, la investigación en salud pública con un enfoque en las necesidades y realidades locales, fomentando la generación de evidencia científica para informar políticas y prácticas de salud, la transferencia de conocimiento, Involucrar a las comunidades en la generación de conocimiento y la toma de decisiones en salud pública, reconociendo su experiencia y sabiduría local, y promoviendo la autogestión de la salud.
	Soberanía Sanitaria			Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	
				Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	

Conclusiones

A continuación, se listan las conclusiones más relevantes de las propuestas a realizar para abordar un modelo de salud teniendo en cuenta el ejercicio participativo en conjunto con la comunidad. Estas conclusiones destacan la importancia de una gobernanza participativa, inclusiva y transparente en el sistema de salud, así como la necesidad de reconocer y abordar las desigualdades sociales, étnicas y de género para mejorar la salud pública en el Distrito de Riohacha.

- **Fortalecimiento Institucional y Transparencia:** Es crucial establecer políticas claras y consistentes que fortalezcan las instituciones de salud, mejorando la capacidad de regulación y supervisión. Además, promover la participación comunitaria y garantizar la transparencia y rendición de cuentas en la gestión de recursos son esenciales para un sistema de salud efectivo en el Distrito de Riohacha.
- **Participación Ciudadana y Equidad:** La participación de los ciudadanos en la toma de decisiones y la gestión de recursos es fundamental. Es necesario asegurar la equidad y la inclusión en todas las políticas y acciones de salud pública, promoviendo la colaboración intersectorial y estableciendo mecanismos efectivos de rendición de cuentas.
- **Inclusión de Comunidades Vulnerables:** Garantizar espacios de participación para comunidades étnicas, campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones vulnerables es crucial. Estas comunidades deben estar involucradas en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas de salud para asegurar que se aborden sus necesidades específicas.
- **Reconocimiento y Abordaje de Inequidades:** Reconocer y abordar las inequidades sociales, étnicas y de género es fundamental para mejorar la salud pública. Estrategias como la recopilación y análisis de datos desagregados, estudios sobre las causas de las inequidades y la sensibilización del personal de salud pueden ayudar a identificar y reducir estas desigualdades.
- **Adaptación Cultural y Participación Comunitaria:** Adaptar los servicios de salud para que sean culturalmente apropiados y sensibles a las necesidades de diversas comunidades es esencial. Además, fomentar la participación activa de estas comunidades en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud garantiza que estas iniciativas reflejen sus necesidades y prioridades.
- **Gestión Territorial y Enfoque Participativo:** La conformación de territorios de salud que consideren las particularidades geográficas, socioculturales y administrativas es importante. Implementar un modelo de atención primaria en salud con enfoque familiar y participativo puede mejorar significativamente la respuesta a las necesidades de salud de la población.
-

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado: M2600020240024

FECHA : 21-02-2024

- **Desarrollo de Capacidades y Conocimiento:** Capacitar y desarrollar capacidades en salud pública es vital. Esto incluye programas educativos y de capacitación que abarquen aspectos teóricos y prácticos de la salud pública, así como la integración de conocimientos tradicionales y ancestrales en los programas de salud.
- **Políticas para Mitigación del Cambio Climático:** Implementar políticas de salud pública que contribuyan a la mitigación y adaptación al cambio climático, con la participación de la comunidad y otros sectores, es crucial para abordar los impactos del cambio climático en la salud pública.