



# INDICADORES SAN ANDRES PROVIDENCIA SANTA CATALINA ]

por

[Secretaria de Salud ]  
[Vigilancia Salud Publica  
EEVVV]  
[Elizabeth Mera G ]

T

## CONTENIDO

|                   |    |
|-------------------|----|
| T .....           | 1  |
| FECUNDIDAD .....  | 8  |
| MORTALIDAD.....   | 19 |
| MORBILIDAD .....  | 40 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 51 |



## INTRODUCCION

## INDICADORES DEMOGRAFICOS SANANDRES 2005-2020

### DANE

#### San Andres. Indicadores demográficos 2005-2020

| Año  | Población |         |         | Relaciones de         |                         |                                | Edad mediana (años) |
|------|-----------|---------|---------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------|
|      | Total     | Hombres | Mujeres | Dependencia (por mil) | Niños-mujer (por mujer) | Masculinidad (por 100 mujeres) |                     |
| 2005 | 70.554    | 35.044  | 35.510  | 511,37                | 0,332                   | 98,69                          | 26,78               |
| 2010 | 73.320    | 36.473  | 36.847  | 469,69                | 0,321                   | 98,98                          | 28,34               |
| 2015 | 76.442    | 38.041  | 38.401  | 455,46                | 0,330                   | 99,06                          | 29,80               |
| 2020 | 79.693    | 39.647  | 40.046  | 472,36                | 0,336                   | 99,00                          | 31,39               |

| Periodo   | Tasa de reproducción (por mujer) |      | Tasa de la fecundidad (por mil mujeres) |         | Edad media de la fecundidad (años) | Numero estimado de: |             |
|-----------|----------------------------------|------|-----------------------------------------|---------|------------------------------------|---------------------|-------------|
|           | Bruta                            | Neta | Global                                  | General |                                    | Nacimientos         | Defunciones |
| 2005-2010 | 1,12                             | 1,09 | 2.306,50                                | 66,50   | 26,15                              | 6.552               | 1.716       |
| 2010-2015 | 1,09                             | 1,06 | 2.241,50                                | 67,20   | 26,01                              | 6.538               | 1.957       |
| 2015-2020 | 1,07                             | 1,04 | 2.195,00                                | 68,50   | 25,90                              | 6.552               | 2.293       |

| Periodo   | Esperanza de vida al nacer (años) |         |       | Tasa de mortalidad infantil (por mil) | Defunciones |          |          |
|-----------|-----------------------------------|---------|-------|---------------------------------------|-------------|----------|----------|
|           | Hombres                           | Mujeres | Total |                                       | < 1 años    | 0-4 años | 1-4 años |
| 2005-2010 | 71,47                             | 77,18   | 74,25 | 19,30                                 | 127         | 140      | 13       |
| 2010-2015 | 71,81                             | 77,54   | 74,60 | 17,90                                 | 118         | 130      | 11       |
| 2015-2020 | 72,13                             | 77,86   | 74,92 | 16,40                                 | 109         | 119      | 10       |

## INDICADORES DEMOGRAFICOS DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO 1985-2020

Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

| 1985 | 1995 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|------|------|------|------|------|------|
|------|------|------|------|------|------|

|                                                       |        |        |        |        |        |        |
|-------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>RELACIÓN DE MASCULINIDAD</b><br>(por cien mujeres) | 96,79  | 97,80  | 98,68  | 98,98  | 99,06  | 99,00  |
| <b>RELACIÓN DE DEPENDENCIA</b><br>(por mil)           | 639,82 | 583,66 | 511,36 | 469,69 | 455,46 | 472,36 |
| <b>RELACIÓN DE NIÑOS POR MUJER</b>                    | 0,50   | 0,41   | 0,33   | 0,32   | 0,33   | 0,34   |

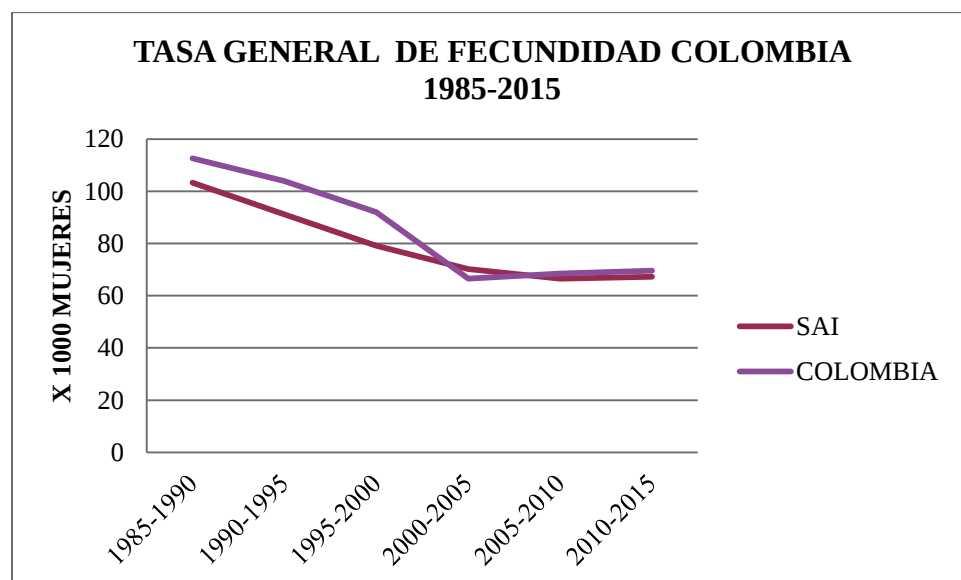
|                                                   | <b>1985-1990</b> | <b>1990-1995</b> | <b>1995-2000</b> | <b>2000-2005</b> | <b>2005-2010</b> | <b>2010-2015</b> | <b>2015-2020</b> |
|---------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD</b><br>(años)      | 28,70            | 27,25            | 26,70            | 26,38            | 26,15            | 26,01            | 25,90            |
| <b>CRECIMIENTO NATURAL</b> (por mil)              | 24,76            | 21,98            | 18,51            | 15,38            | 13,40            | 12,22            | 10,93            |
| <b>TASA MEDIA DE CRECIMIENTO</b><br>(EXPONENCIAL) | 46,20            | 39,30            | 11,12            | 8,34             | 7,69             | 8,34             | 8,33             |
| <b>TASA BRUTA DE NATALIDAD</b><br>(por mil)       | 29,54            | 26,05            | 22,63            | 19,83            | 18,17            | 17,44            | 16,81            |
| <b>TASA BRUTA DE MORTALIDAD</b><br>(por mil)      | 4,78             | 4,07             | 4,12             | 4,45             | 4,77             | 5,23             | 5,87             |
| <b>TASA DE MIGRACIÓN NETA</b> (por mil)           | 21,23            | 17,20            | -7,39            | -7,04            | -5,75            | -3,90            | -2,58            |
| <b>TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD</b><br>(por mujer)   | 3,09             | 2,71             | 2,52             | 2,40             | 2,31             | 2,24             | 2,20             |
| <b>TASA GENERAL DE FECUNDIDAD</b><br>(por mil)    | 103,30           | 91,20            | 79,10            | 70,20            | 66,50            | 67,20            | 68,50            |
| <b>TASA DE REPRODUCCIÓN NETA</b> (por             | 1,41             | 1,25             | 1,17             | 1,13             | 1,09             | 1,06             | 1,04             |

|                                              |       |       |       |       |       |       |       |
|----------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| mujer)                                       |       |       |       |       |       |       |       |
| <b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER (HOMBRES)</b>  | 68,54 | 69,99 | 70,75 | 71,12 | 71,47 | 71,81 | 72,13 |
| <b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER (MUJERES)</b>  | 74,21 | 75,68 | 76,33 | 76,79 | 77,18 | 77,54 | 77,86 |
| <b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL)</b>    | 71,30 | 72,77 | 73,25 | 73,88 | 74,25 | 74,60 | 74,92 |
| <b>TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (por mil)</b> | 37,80 | 31,30 | 29,00 | 21,60 | 19,30 | 17,90 | 16,40 |

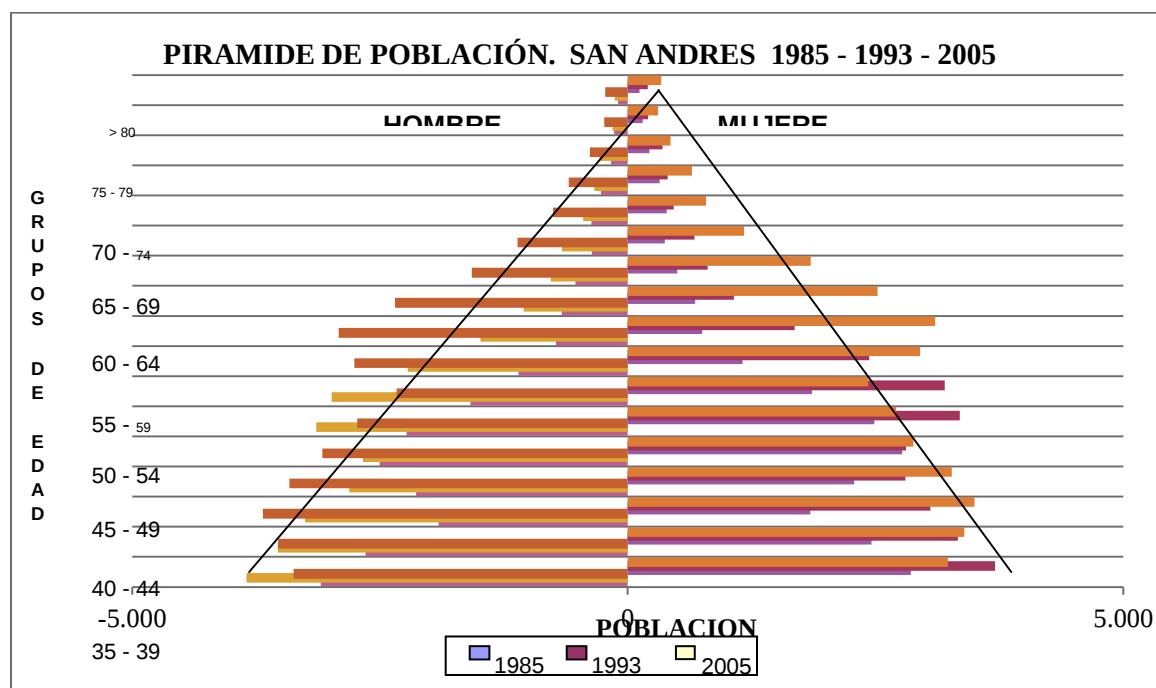
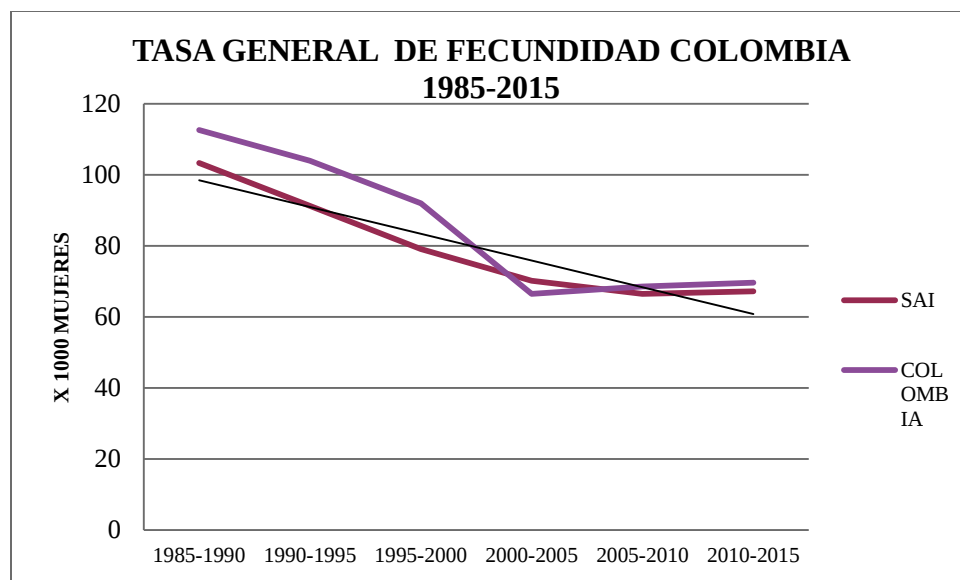
Fuente: DANE-

<sup>1</sup>Estadísticas

Vitales



<sup>1</sup> Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020



Fuente DANE Proyecciones de poblacion

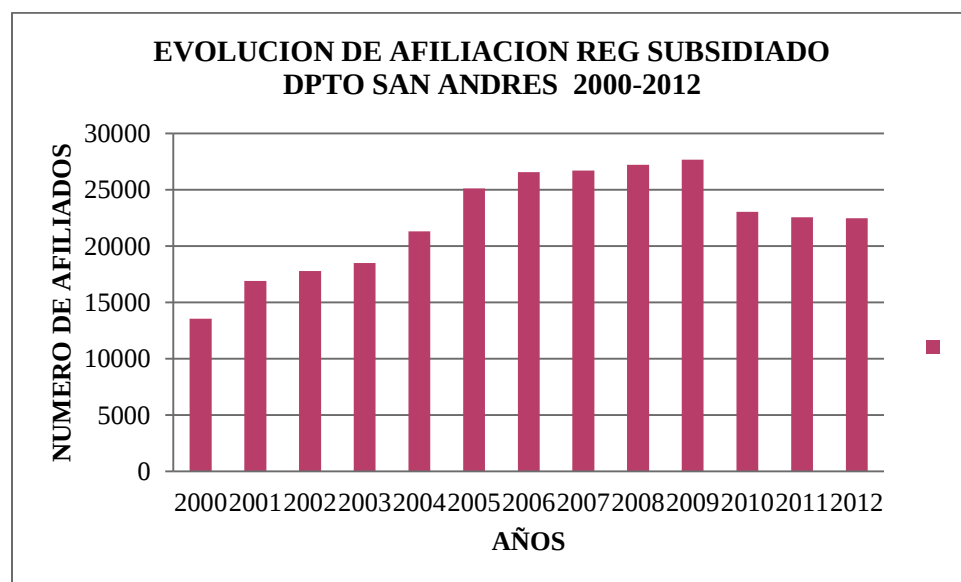
La estructura de población es homogénea para cada grupo de edad entre hombres y mujeres. Llama la atención el ensanchamiento de la base y aumento de población en los mayores de 55 años. Desde el año 2000 la población total del Departamento aumento cerca de 6.920 habitantes

## ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION

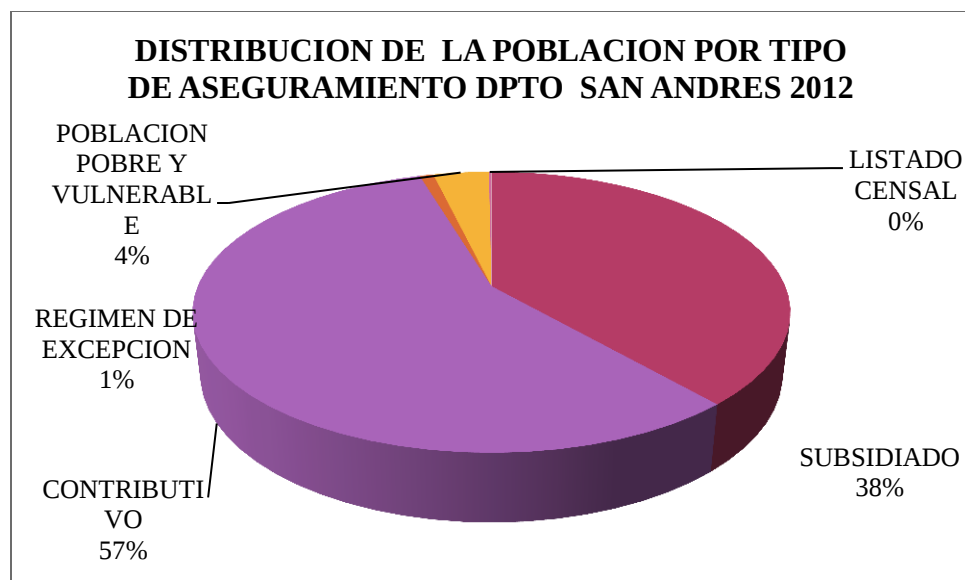
Según datos del BDUA, el 92,02% de la población Colombiana se encuentra afiliado al sistema. El 48,34% pertenece al régimen subsidiado, el 42,84% de encuentra afiliado al régimen contributivo, el 0,83% pertenece al régimen especial y el restante 7,98% de la población no se encuentra afiliada.

El porcentaje de afiliación de la región Caribe es del 100%. Alrededor del 70% de la población esta afiliada al régimen subsidiado, cerca del 29% al contributivo el 0,58% al especial.

En San Andres de acuerdo a las estadísticas arrojadas por la Dirección Nacional de Planeación con corte a diciembre del 2012, el 38% de la población pertenece al régimen subsidiado, el 57% a régimen contributivo y solo el 4% es población objeto de universalización, estadísticas que arrojan una población total de 58.401 habitantes y para la proyección DANE es de 74.541, que representa un 21 % de población, la cual no aparece registrada.



Fuente BDUA 2012



## FECUNDIDAD

Tasa bruta de Natalidad, tasa bruta de reproducción o tasa de natalidad, en demografía, sociología y geografía de la población, es una medida de cuantificación de la fecundidad, que refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad total de efectivos del mismo periodo. El DANE calcula la tasa bruta de natalidad, para los quinquenios, como se presenta en la siguiente tabla.

### Tasa Bruta de Natalidad Region Atlántica

| REGIÓN    | Departamento                                             | TASA BRUTA DE NATALIDAD (por mil) |           |           |           |           |           |           |           |
|-----------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|           |                                                          | 1985-1990                         | 1990-1995 | 1995-2000 | 2000-2005 | 2005-2010 | 2010-2015 | 2015-2020 | 2020-2025 |
| ATLÁNTICA | Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 29,54                             | 26,05     | 22,63     | 19,83     | 18,17     | 17,44     | 16,81     |           |
|           | Atlántico                                                | 28,24                             | 25,29     | 23,25     | 21,74     | 19,65     | 18,28     | 17,20     |           |
|           | Bolívar                                                  | 31,56                             | 29,64     | 27,34     | 24,52     | 22,45     | 21,08     | 20,19     |           |
|           | Cesar                                                    | 35,32                             | 33,16     | 30,33     | 27,39     | 24,79     | 23,04     | 21,73     |           |

|            |           |           |           |           |           |           |           |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Córdoba    | 32,<br>47 | 32,<br>20 | 28,<br>01 | 25,<br>83 | 24,<br>14 | 22,<br>84 | 21,<br>54 |
| La Guajira | 36,<br>96 | 33,<br>89 | 32,<br>21 | 31,<br>87 | 31,<br>19 | 29,<br>35 | 26,<br>82 |
| Magdalena  | 30,<br>94 | 29,<br>48 | 28,<br>75 | 26,<br>79 | 24,<br>71 | 23,<br>24 | 22,<br>16 |
| Sucre      | 31,<br>81 | 30,<br>68 | 27,<br>02 | 23,<br>92 | 21,<br>97 | 21,<br>03 | 20,<br>21 |

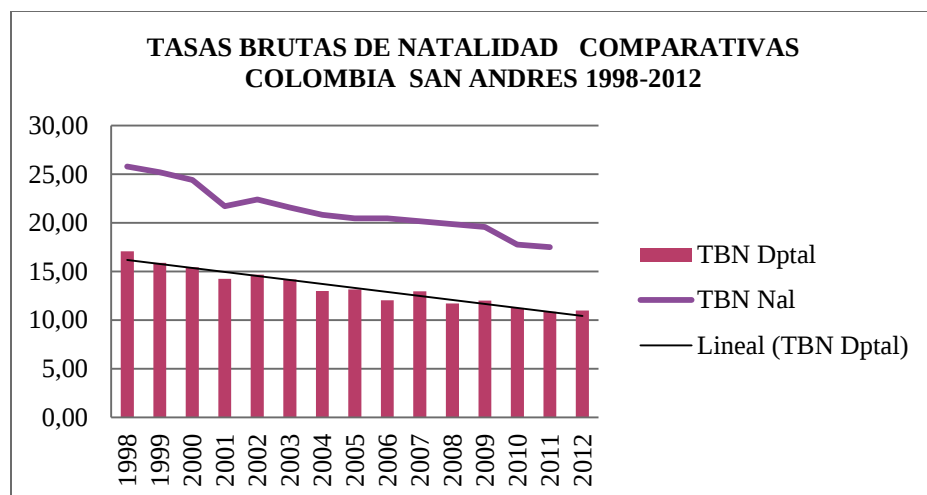
Fuente

De acuerdo a la tabla anterior el departamento de San Andres presenta una de las tasas mas bajas de la región atlántica , presentando en entre 1985 y 2012 un descenso cercano al 12.7%

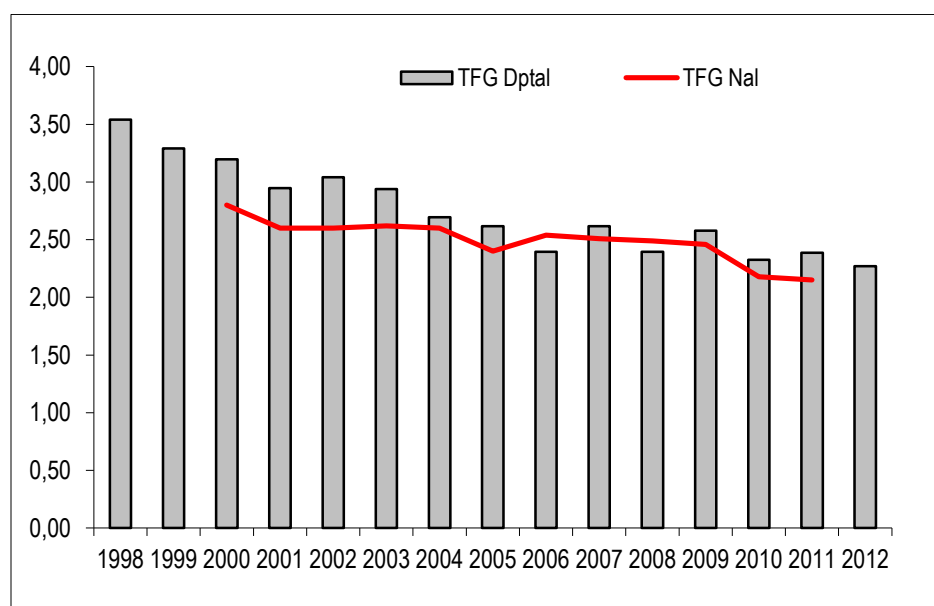
Nacidos vivos por sexo, según año de ocurrencia  
Departamento Archipelago de San Andrés. 1998-2012

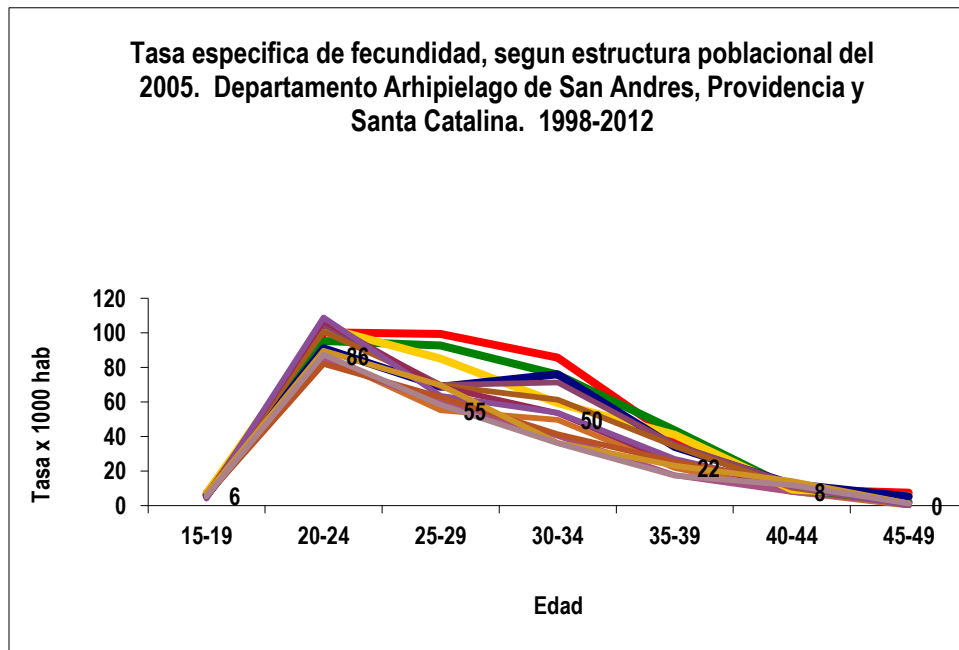
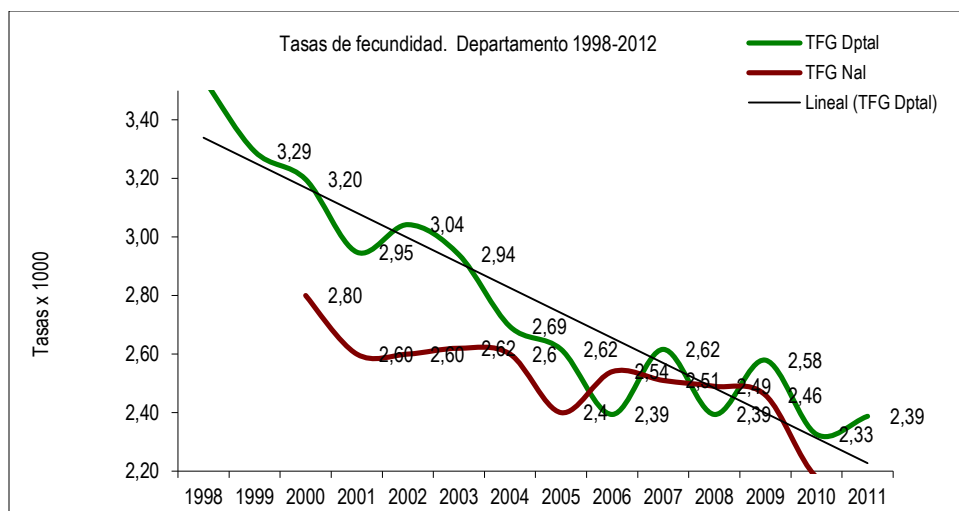
| Año  | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|------|-------|---------|---------|
| 1998 | 1.136 | 589     | 547     |
| 1999 | 1.066 | 578     | 488     |
| 2000 | 1.043 | 544     | 499     |
| 2001 | 970   | 485     | 485     |
| 2002 | 1.000 | 507     | 493     |
| 2003 | 991   | 523     | 468     |
| 2004 | 946   | 475     | 471     |
| 2005 | 978   | 513     | 465     |
| 2006 | 922   | 474     | 448     |
| 2007 | 929   | 478     | 451     |
| 2008 | 844   | 445     | 399     |
| 2009 | 873   | 469     | 404     |
| 2010 | 829   | 432     | 397     |
| 2011 | 800   | 450     | 350     |
| 2012 | 804   | 388     | 416     |

\*Dato preliminar DANE



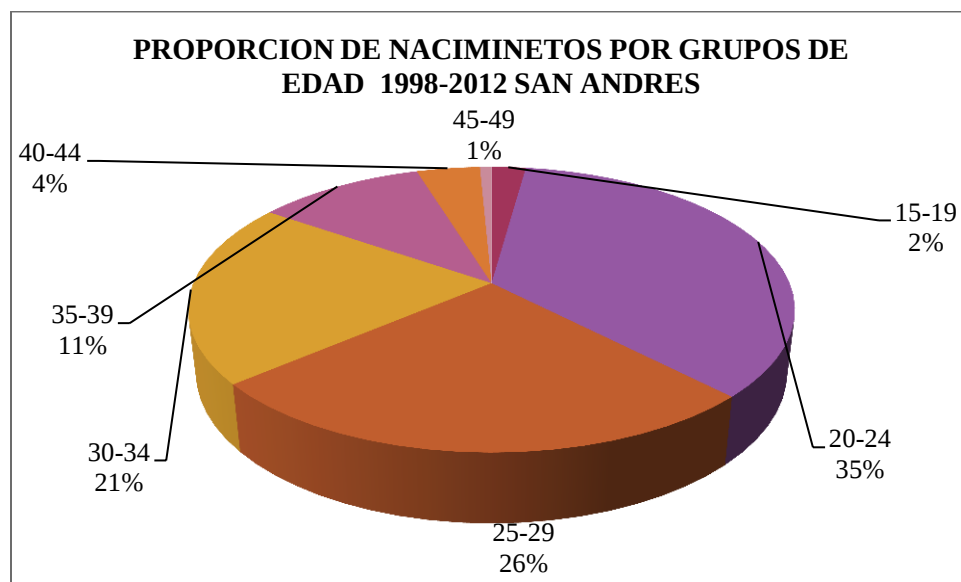
**TASA FECUNDIDAD GENERAL SAN ANDRES 1998-2012**





De acuerdo a ENDS 2010, la fecundidad en Colombia es de cúspide temprana. El grupo de edad con la mayor tasa de fecundidad, 132 nacimientos por mil mujeres, es el de 20-24 años, seguido por el de 25-29 años de edad. .-Con excepción del grupo de menores de 20 años que se estudia más adelante, las otras mujeres, especialmente aquellas de 25 a 39 años, continúan la tendencia observada hacia la disminución de su fecundidad. (2010) (2010 E. N.)

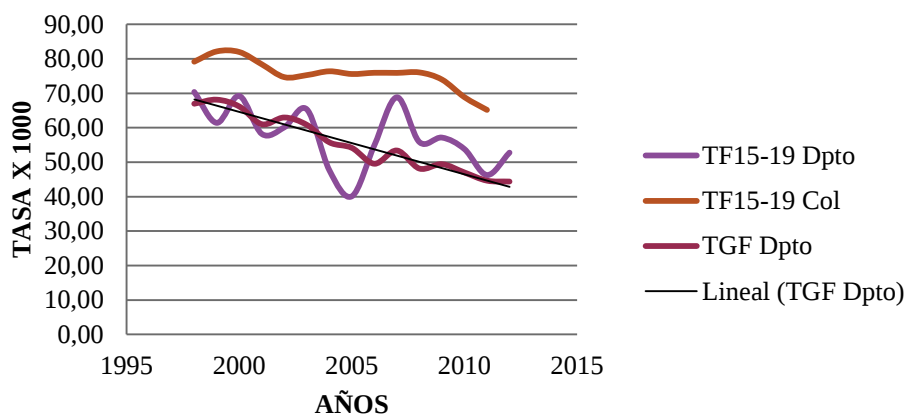
Para San Andres el comportamineto de la fecundidad es igual al de Colombia, donde el 35% de los nacimientos ocurren en el grupo de 20 a 24 años , seguidos por el de 25 a 29 con un 26%



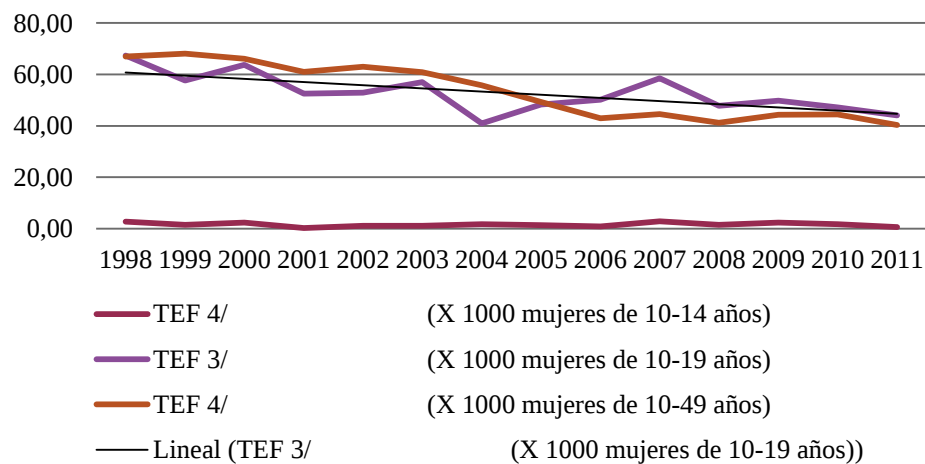
La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando así el problema social de la 'madre soltera'. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas

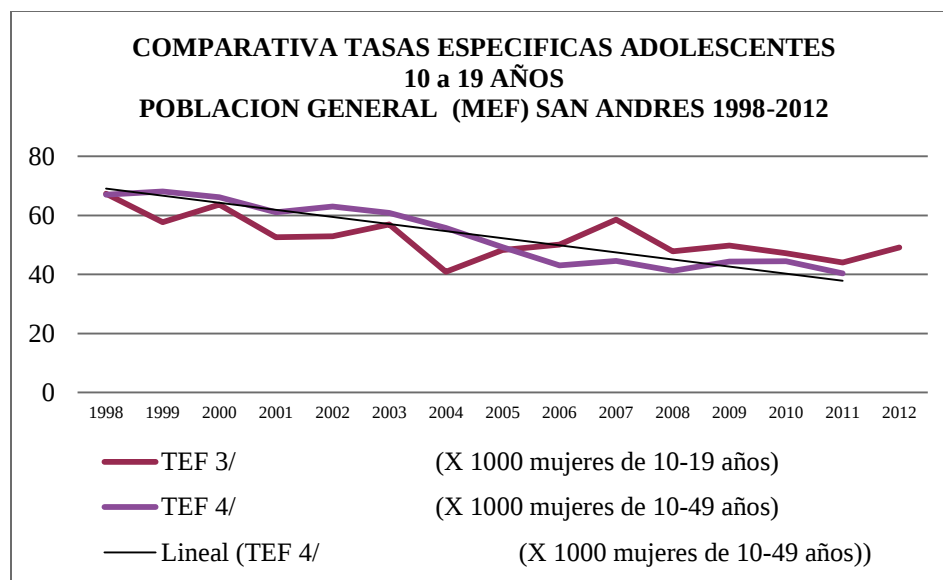
En san Andres las tasas de fecundidad presentan una tendencia a la disminucion , sin embargo lapersistencia amerita ,políticas de Educacion y facilidad en el acceso a los servicios de planificación

**TASAS DE FECUNDIDAD GRUPO DE 15 A 19 AÑOS SAN  
ANDRES -COLOMBIA  
1998-2012**



**COMPARATIVA TASAS ESPECIFICAS ADOLESCENTES  
POBLACION GENERAL (MEF) SAN ANDRES 1998-2012**



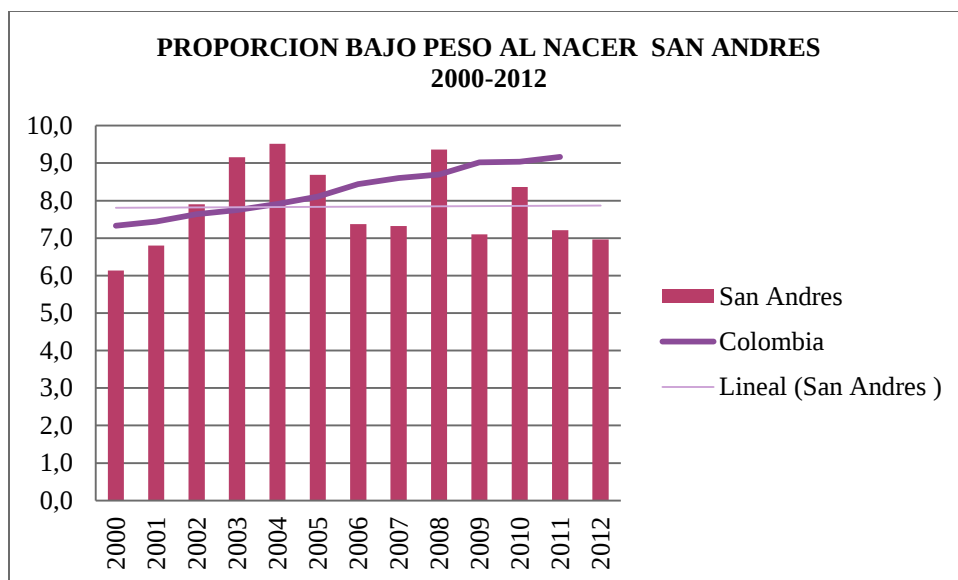


#### BAJO PESO AL NACER

La Prevalencia de Bajo Peso al Nacer es el número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida por 100 nacidos vivos, en un determinado país, territorio o área geográfica

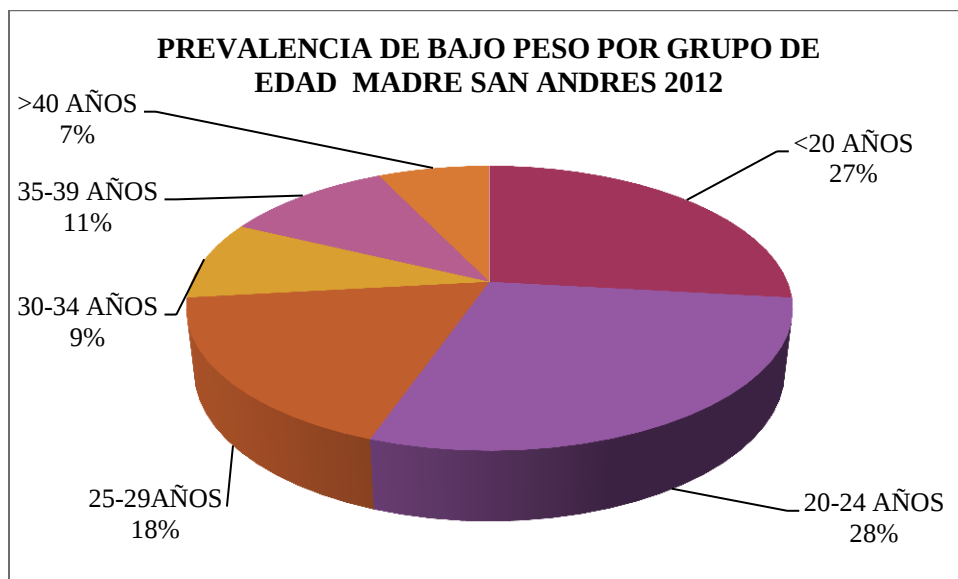
Las intervenciones de mayor impacto para reducir el bajo peso al nacer antes de la concepción son: el mejoramiento del estado nutricional de la mujer en edad reproductiva, la educación y el acceso a métodos de planificación familiar para las poblaciones de alto riesgo (adolescentes, mujeres con enfermedades crónicas o mayores de 40 años).

La principal acción preventiva es el mejoramiento o control prenatal de calidad, al igual que el fortalecimiento de la vigilancia de la morbilidad materna que influye directamente en la presentación de neonatos de bajo peso

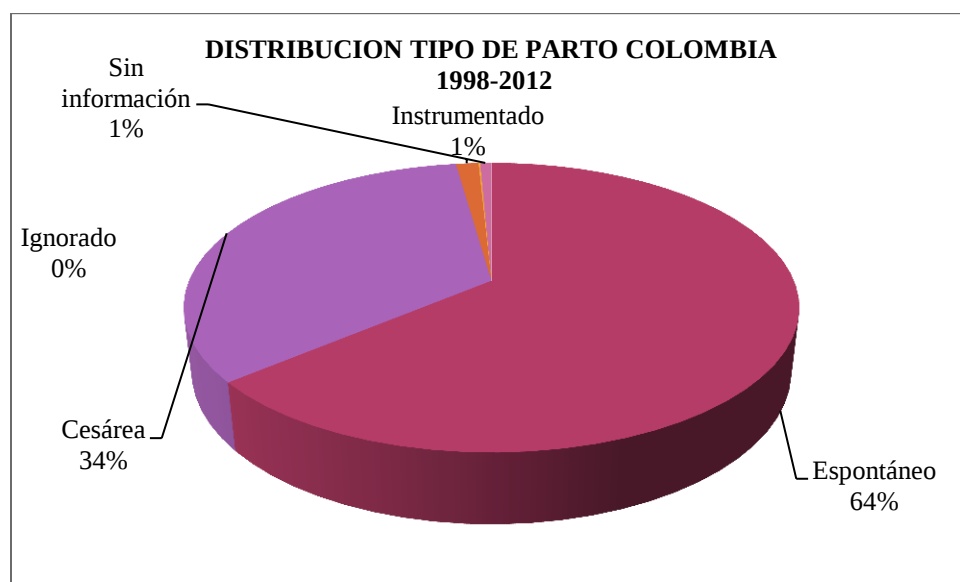
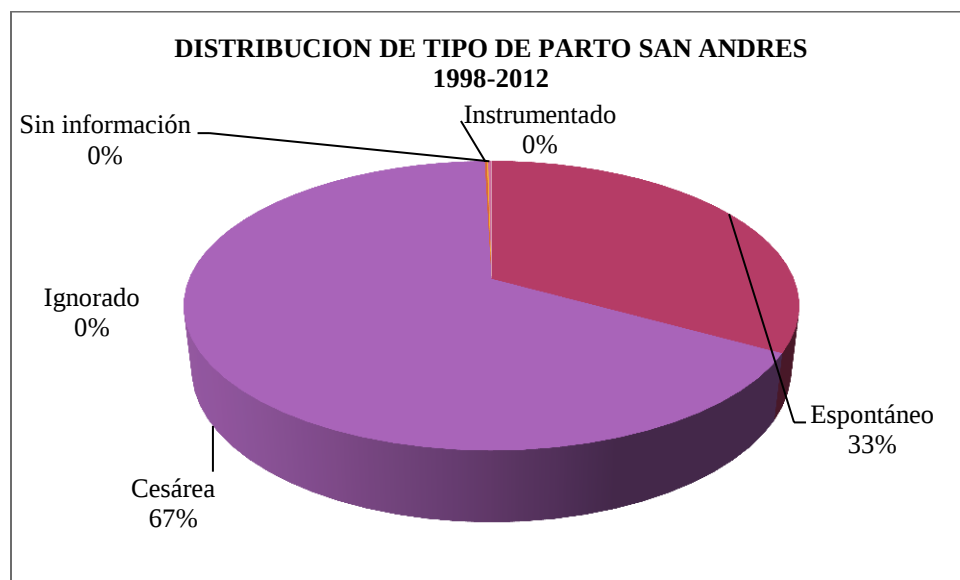


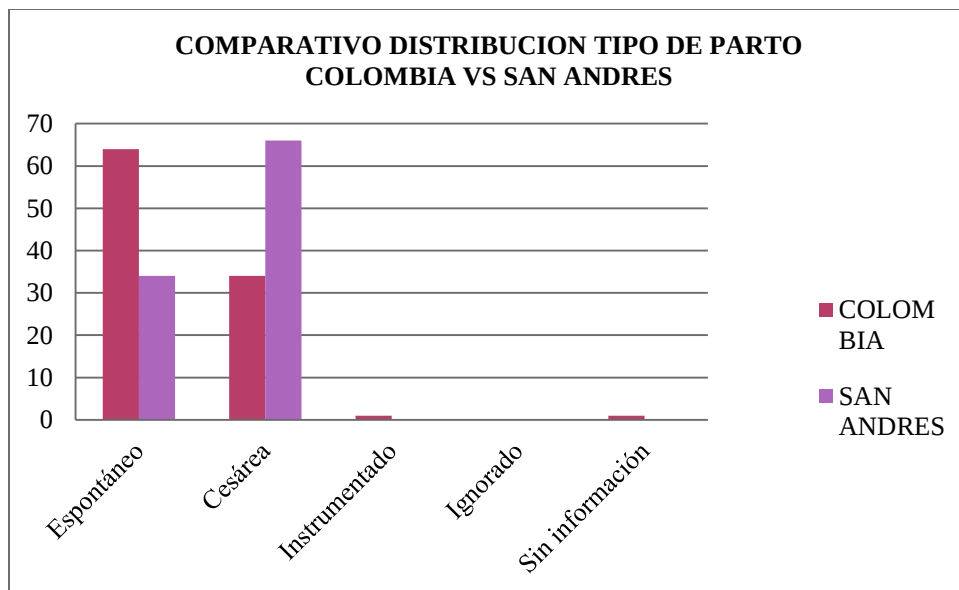
En el país, el porcentaje de niños que nacen con bajo peso ha venido en aumento durante los últimos años. En 2000, la prevalencia de bajo peso al nacer fue de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, mientras que en 2010 aumentó a 9.04%, para San Andres esta prevalencia se ha mantenido entre 6 y 7 % , presentando picos que sobrepasan los datos nacionales año 2002 a 2010, que podrían relacionarse con la calidad de control prenatal

Según RUAFF 2012 departamental el 99% de los nacimientos; posee el registro de peso, el 92% de estos tienen peso adecuado y 8% tienen bajo peso,



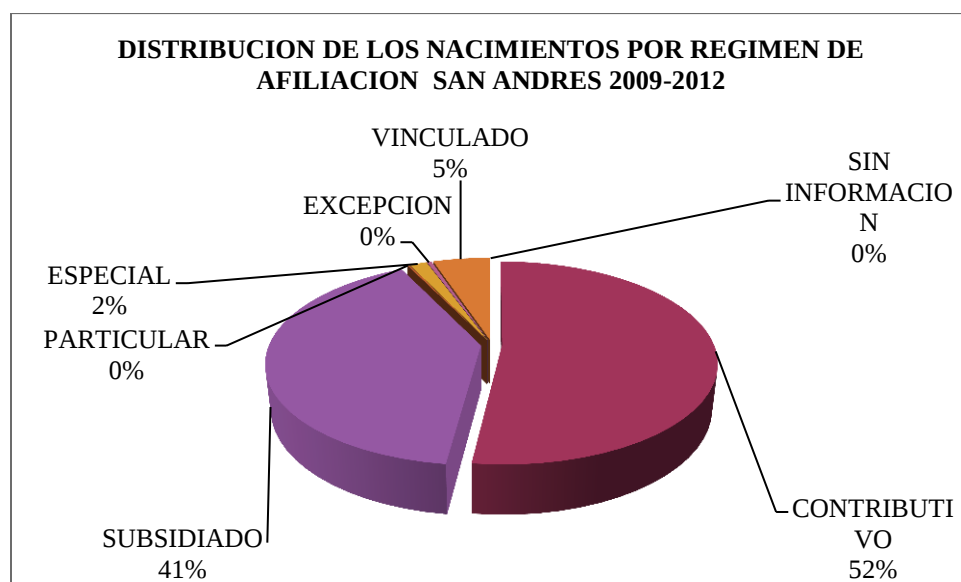
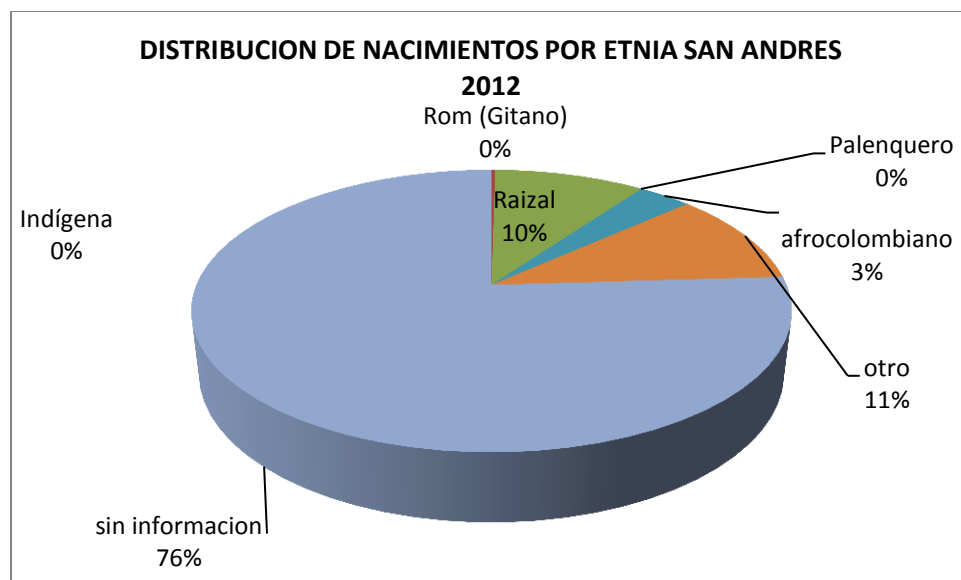
Se evidenció que el bajo peso se presenta con mayor frecuencia en hijos de madres de 20 a 24 años y menores de 20 años,



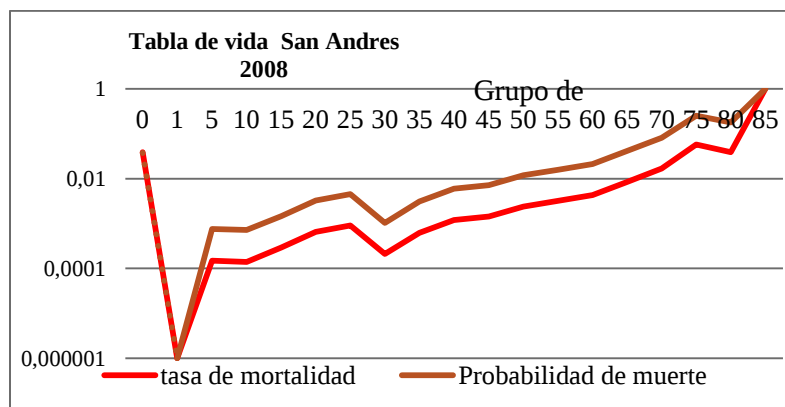


Brasil es el país con más incidencia de cesáreas, ya que se realizan en el 85 por ciento de los casos; la mayoría, porque las pacientes eligen esta opción, mientras que Inglaterra registra la más baja incidencia: tan solo ocurre en el 15 por ciento de los nacimientos. En Colombia las cifras hablan por si solas: el Dane (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) muestra el aumento, ya que según sus registros el 27 por ciento de los bebés nacieron por cesárea en el 2000, mientras que en el 2010 la cifra de este tipo de parto llegó al 40 por ciento. Y en lo que va de este año, de los 134.638 nacimientos, 59.437 han sido por cesárea.

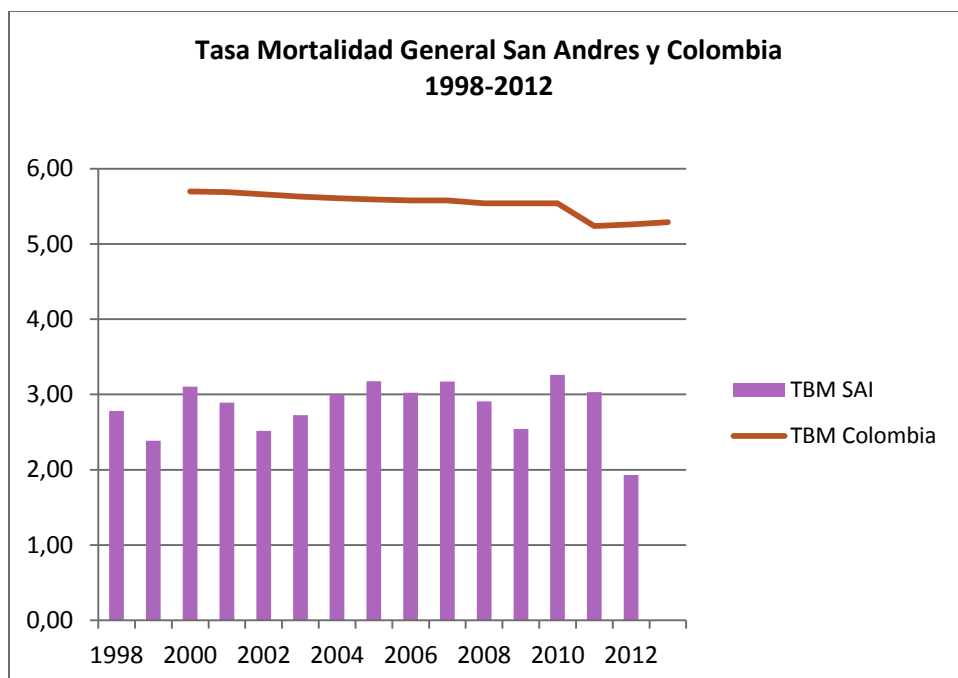
Para san Andrés en el año 1998 se realizaba en el 69% de las gestaciones abordaje quirúrgico del parto, cifra que se mantiene en el año 2012 , donde solamente 30 nacidos vivos (3.7%) , presentaron un apgar al minuto igual o menor a 6 , lo cual genera preguntas acerca del riesgo y el uso de cesárea



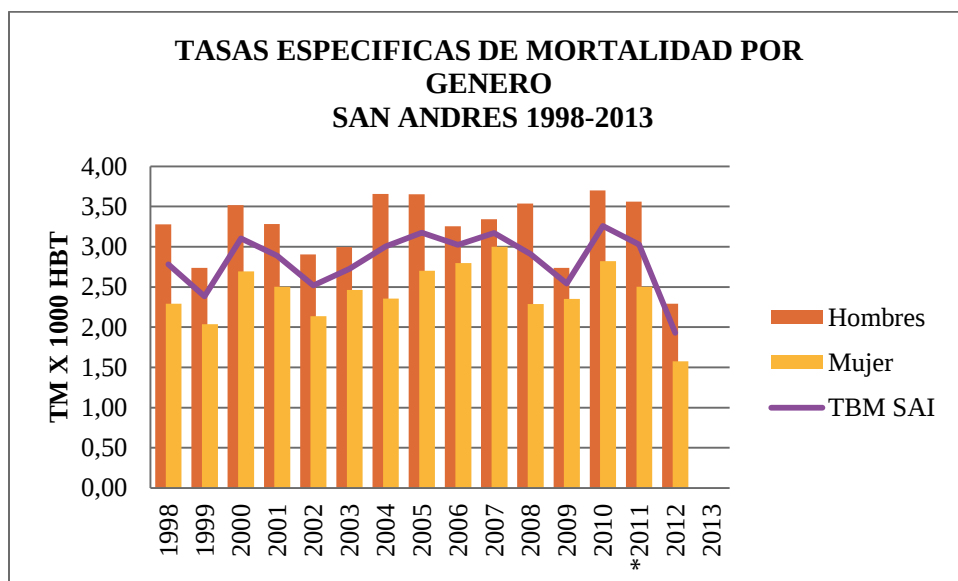
## MORTALIDAD

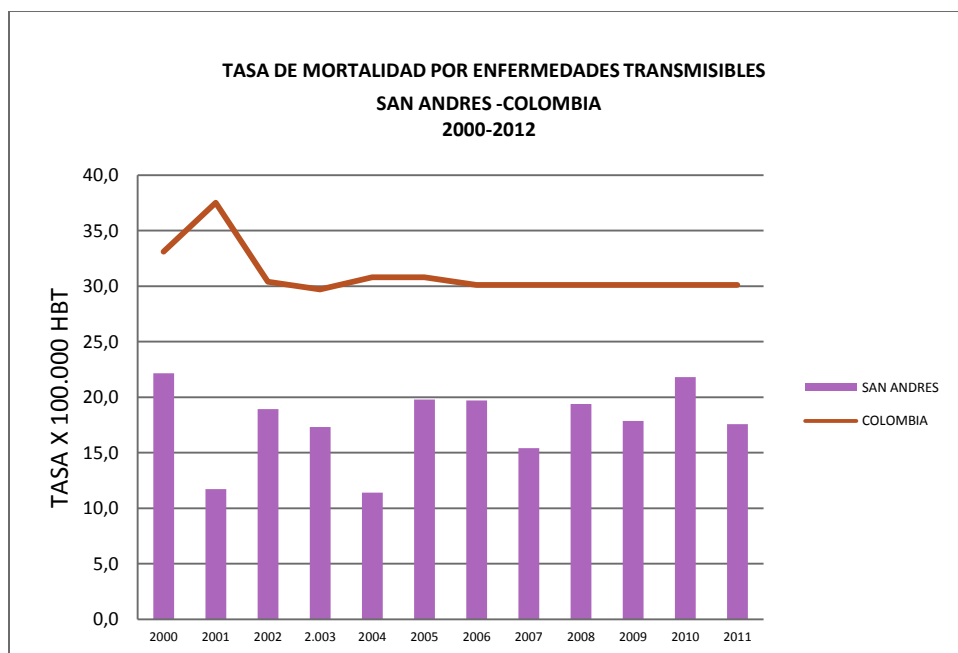
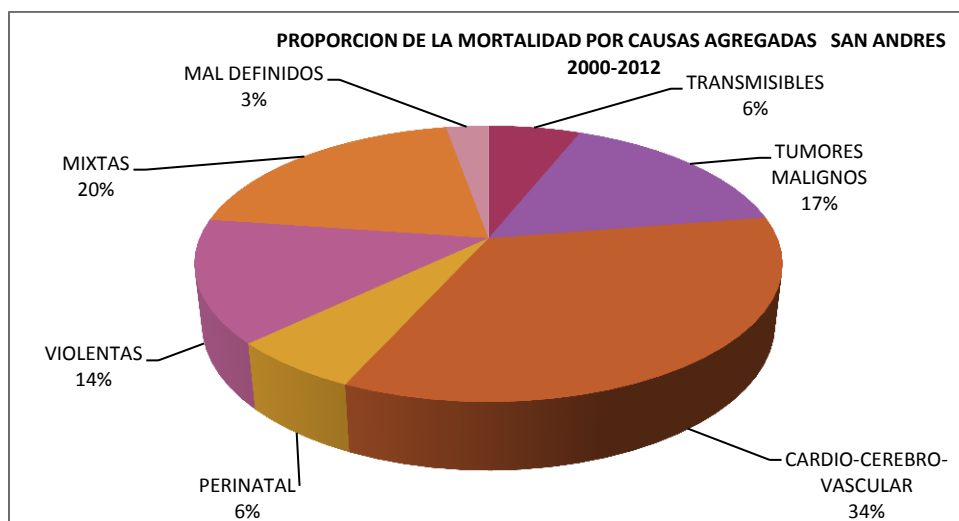


La figura presenta la probabilidad de muerte entre edades y la tasa central de mortalidad. Las curvas se presentan en una escala logarítmica porque la magnitud del rango de los dos indicadores es demasiado grande para visualizarlos en un plano. Se puede notar que las dos curvas van en paralelo excepto en las edades extremas donde comienza a juntarse. En efecto la probabilidad de morir sobreestima consistentemente la mortalidad, excepto en el grupo de menores de 1 año donde la tasa de mortalidad es igual a la probabilidad. Las curvas tienen forma de J subiendo en el intervalo de 1 a 5 años, y volviendo a disminuir en el intervalo de 25 a 30 años. Después aumenta de manera regular hasta empezar a juntarse a partir del grupo de 85 años.

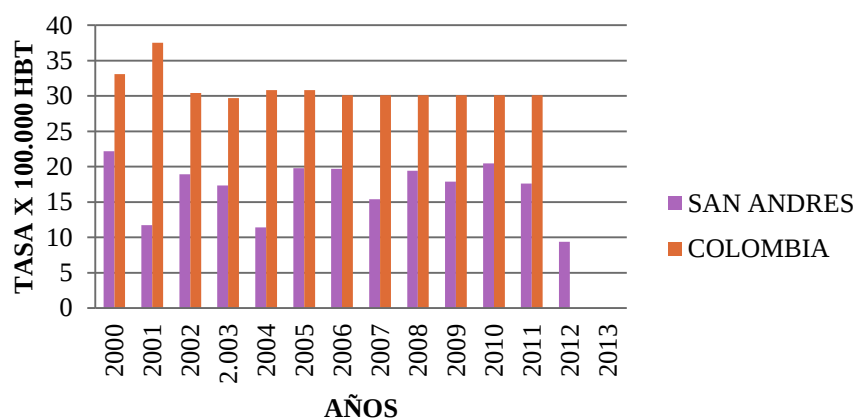


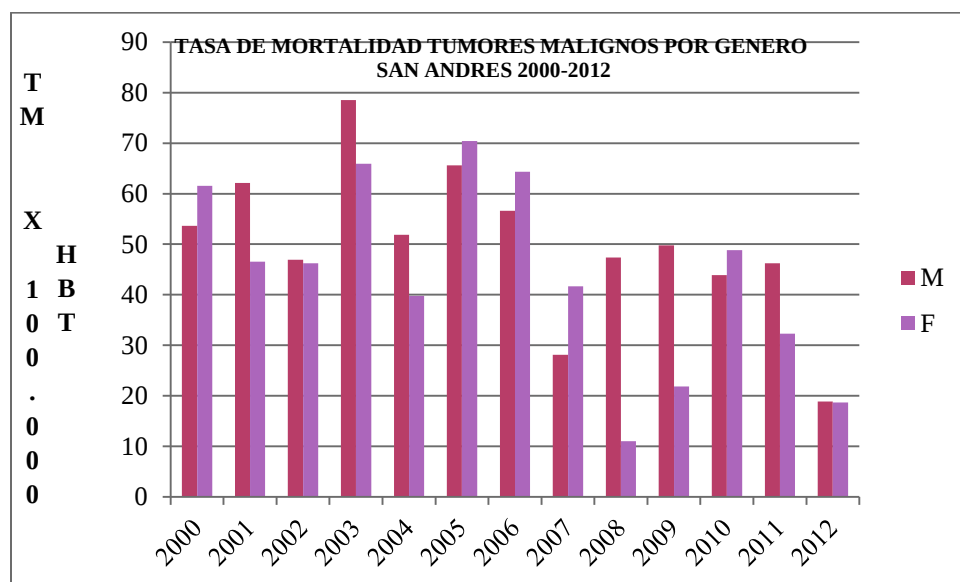
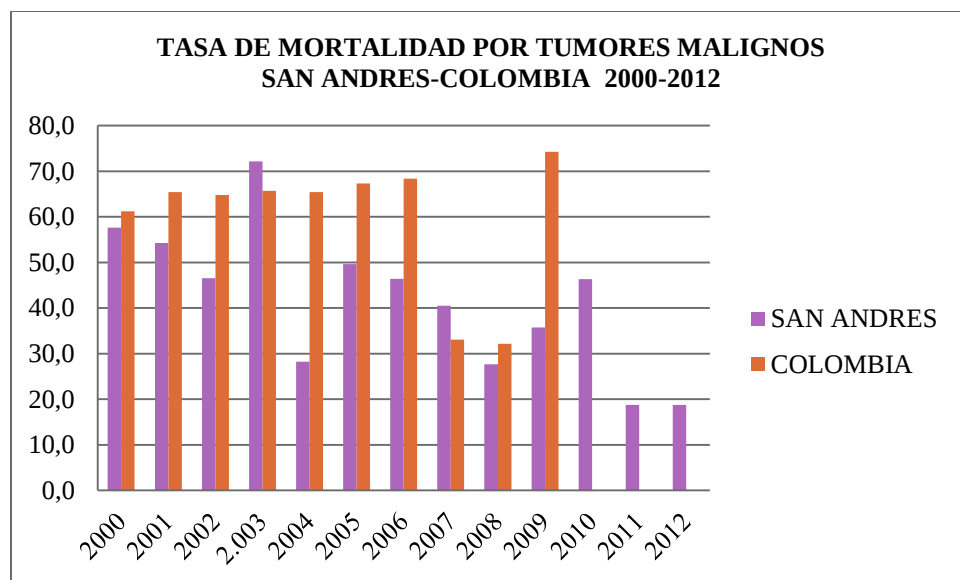
En consecuencia la tasa de mortalidad general para 2000 en Colombia fue de 441.34. Lo cual indica que para esa fecha de cada 100.000 habitantes, murieron 441 aproximadamente. En San Andrés por cada 100.hbt fallecieron 310 personas





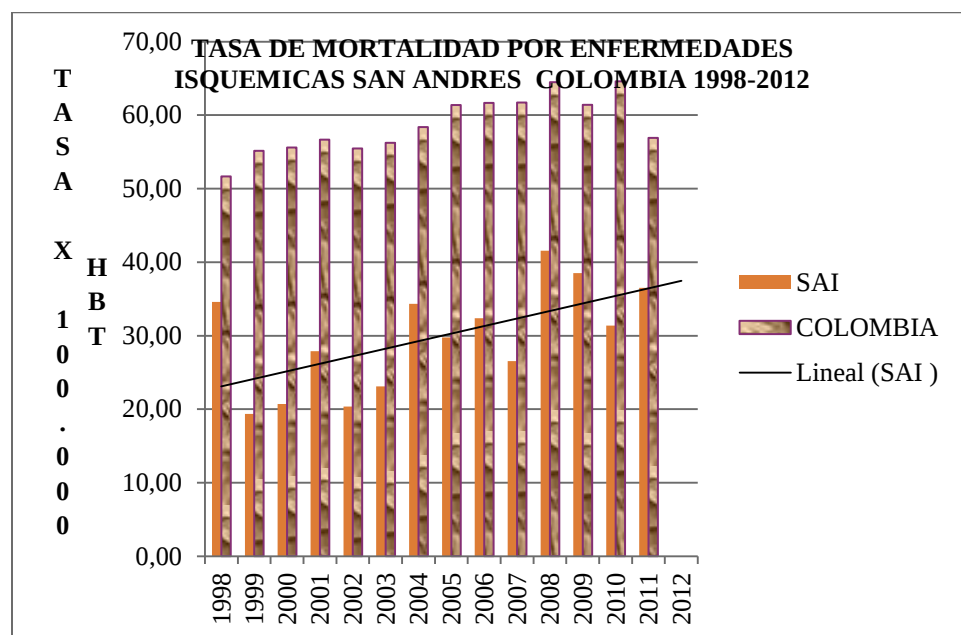
**MORTALIDAD POR TRANSMISIBLES SAN ANDRES -  
COLOMBIA  
2000-2012**



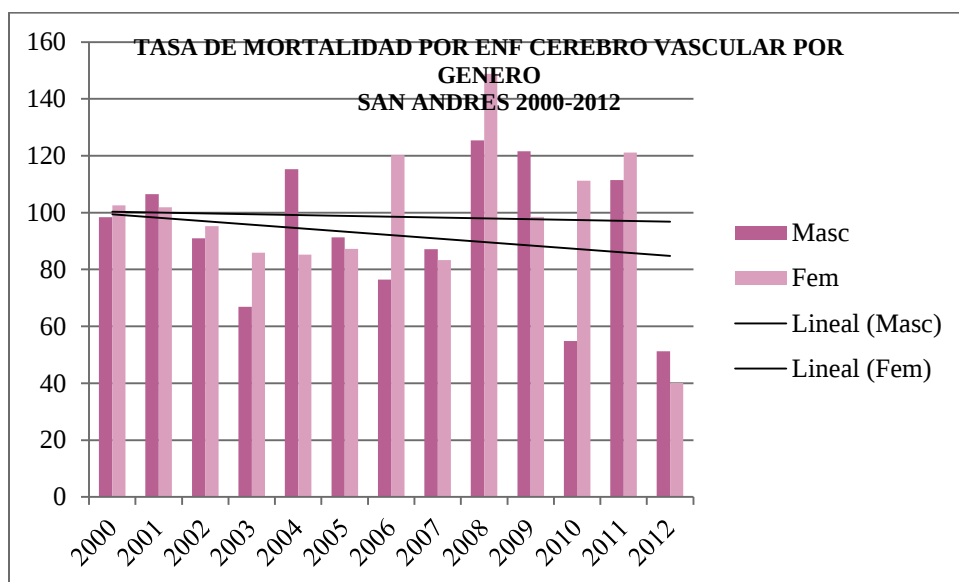
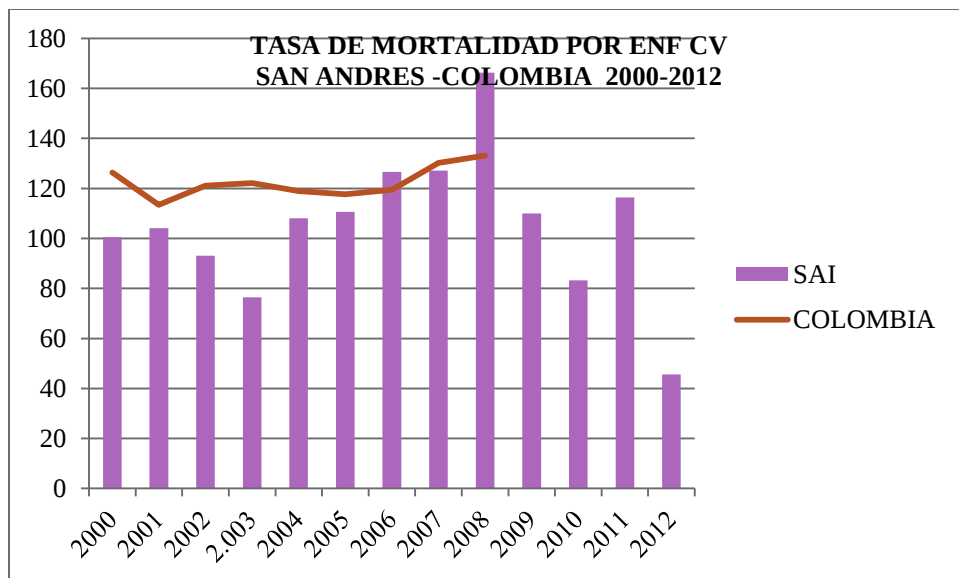


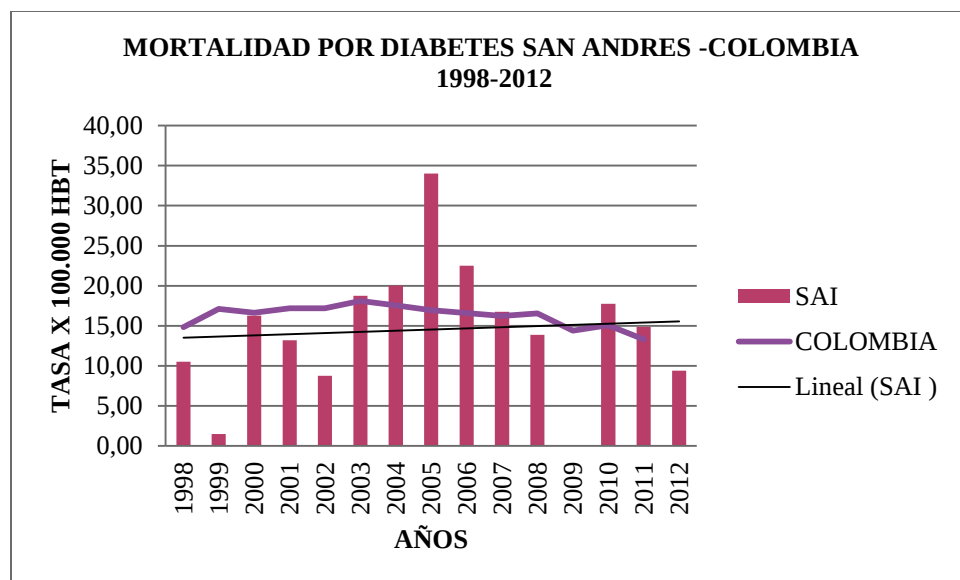
**Tasa Estimada de Mortalidad por Enfermedades del Aparato Circulatorio**

Esta tasa mide el número total de defunciones estimadas por enfermedades del aparato circulatorio en una población de determinado sexo y / o edad, dividido por el total de esa población. Así mismo, se expresa por cada 100.000 habitantes, para un año dado,. Este indicador representa un estimado promedio del riesgo absoluto de morir a causa de una enfermedad de tipo cardiovascular en cada elemento de la correspondiente población de referencia.



En conclusión en 1998 la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica en los mayores de 65 años fue de 660. Lo cual indica que en este grupo de edad aproximadamente 660 de cada 100.000 hbt mueren anualmente por esta causa, representando en este año el 8% del total de muertes para el departamento. Para el 2011 se presenta una tasa de 502, lo cual al calcular la variación de la tasa de mortalidad, fue menor al 1% y representaron el 8.93% de la mortalidad general, lo que podría representar poco impacto de las acciones de prevención en la comunidad





La Diabetes (Diabetes Mellitus) es responsable del 6% de las muertes a nivel mundial y 83% de esas muertes ocurren en países de ingresos medios y bajos (1). Para el 2010, 300 millones de personas padecían esta enfermedad y se estima un crecimiento de 200 millones en 20 años. Adicionalmente, es una de las primeras diez causas de discapacidad en el mundo. Se estima que aproximadamente 10 millones de personas con diabetes sufren de complicaciones incapacitantes y que amenazan su vida como las enfermedades cerebrovasculares, la ceguera o la disminución de la visión, la amputación de miembros inferiores y falla renal. La organización Mundial de la Salud reporta que 15 millones de personas en el mundo son ciegas como consecuencia de la diabetes ().

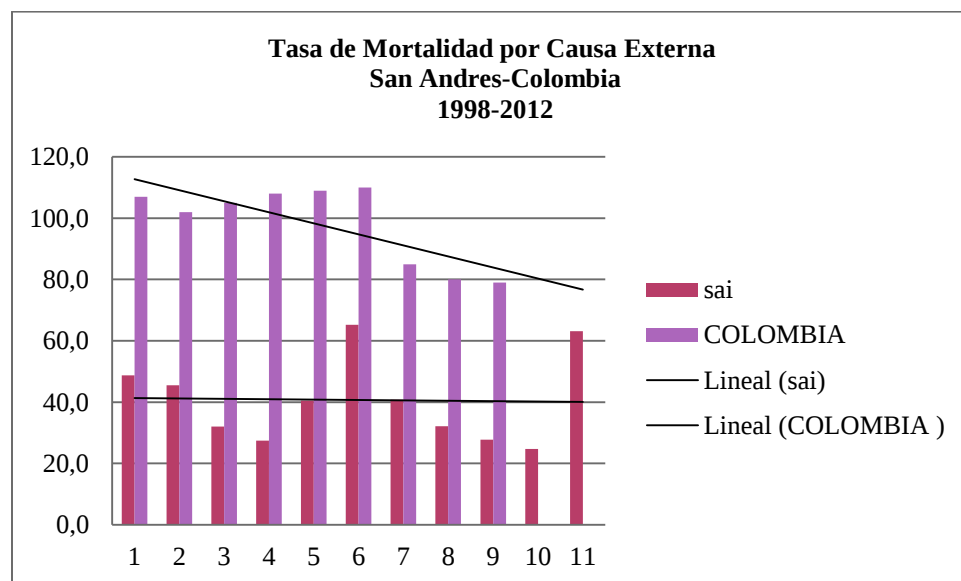
Según el Observatorio Regional de Salud de las Américas, la mortalidad por Diabetes Mellitus fue la tercera causa de muerte en la región durante el 2008 con un 6%. (3) A su vez, de acuerdo con el Informe Salud en las Américas 2007 en el área andina, la diabetes fue la tercera causa de muerte en mujeres y la quinta en hombres mayores de 60 años. Chile presenta una tasa de mortalidad de 20,6 mientras que países como El Salvador y Perú tienen tasas de 14.4 y 12.3 respectivamente, mientras Colombia para dicho informe reportó tasas de 20.7 muertes por 100.000 habitantes ().

De acuerdo a los datos del programa Así Vamos en Salud, durante el 2010 en Colombia murieron 6.859 personas a causa de esta enfermedad para una tasa de 15.07 muertes por cada 100.000 habitantes. Menos del 1% de estas muertes ocurrieron en menores de 15 años, intervalo en el cual las muertes por diabetes de tipo I es más frecuente, único tipo de diabetes que no es prevenible mediante la modificación de hábitos alimentarios y la realización de actividad física ().

A nivel departamental, Meta, Risaralda, Norte de Santander, Quindío, Santander, San Andrés, Valle del Cauca y Caldas presentan tasas superiores a las 20 muertes por 100.000 habitantes. Por otra parte Vaupés, Vichada y La Guajira presentan tasas inferiores a las 5 muertes por 100.000 habitantes. (asivamosensalud)

Hay tres líneas de acción para prevenir las muertes por diabetes. La primera es el mejoramiento de los resultados en salud de las personas que sufren de diabetes; la segunda, la prevención del desarrollo de Diabetes tipo 2 fomentando los hábitos alimentarios saludables y la actividad física; y como tercera línea de acción, la detención de la discriminación contra las personas con diabetes estimulando el conocimiento de sus derechos y empoderando a las personas con diabetes de acudir a los centros de salud que brinden una atención integral a paciente con diabetes (2). Dado que la Organización Mundial de la Salud considera que la línea de mayor impacto es la prevención del desarrollo de Diabetes tipo 2 por medio del fomento de hábitos alimentarios saludables y la promoción de la actividad física (8), es clave darle una atención especial a esta línea.

#### MORTALIDAD CAUSA EXTERNA

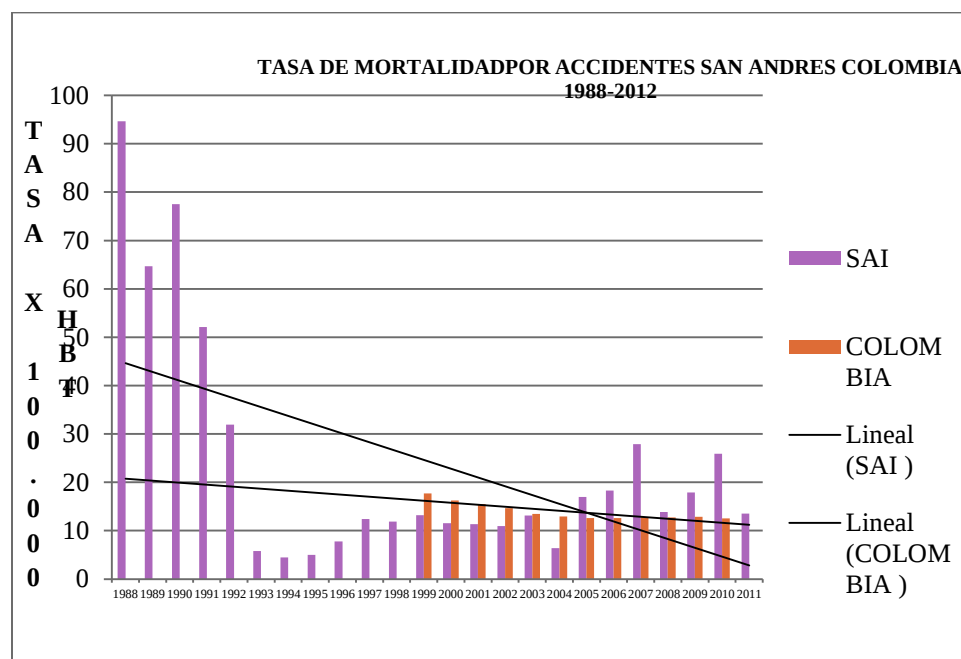


La tasa de mortalidad por causa externa mide en un periodo de tiempo determinado, la proporción de defunciones ocurridas en una población

como resultado de: accidentes (de transporte, con máquinas de trabajo, por disparo de armas de fuego, ahogamiento, exposición al fuego, complicaciones en la atención médica), lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), y envenenamiento entre otros.

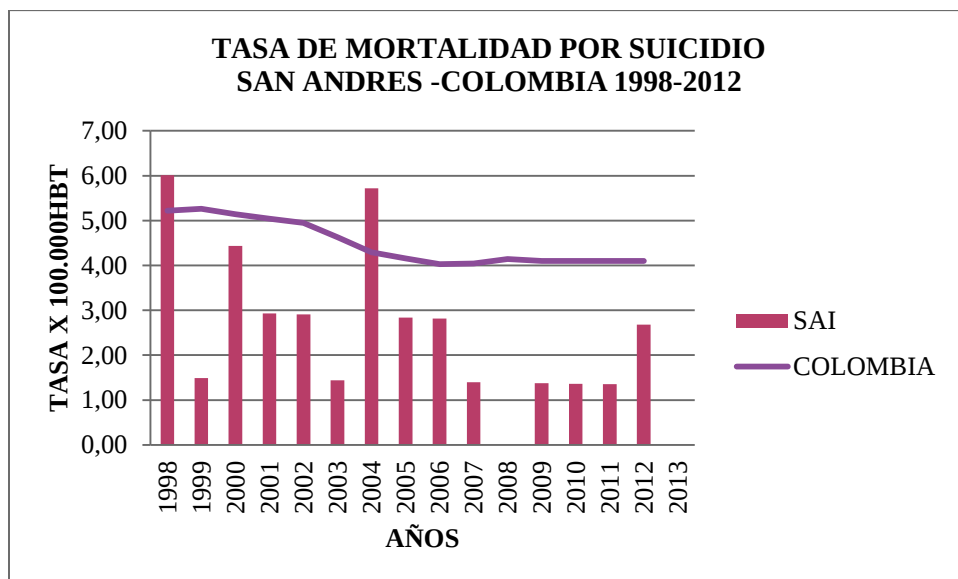
Una medición positiva se deriva de la obtención de una tasa de mortalidad por causa externa cercano a cero. En otras palabras, se puede afirmar que los resultados satisfactorios, se miden en términos de un menor valor absoluto, es decir, una mayor cercanía a cero. Por el contrario, si se obtiene un valor muy cercano a cien mil, se puede aducir que existe una elevación de las tasas de homicidio, suicidio y accidentes. Esto puede explicarse ante la carencia de programas preventivos, en vista que los accidentes y la violencia son asimilados por la comunidad simplemente como un asunto de interés policial y periodístico, y no como una cuestión de cada persona y de las autoridades de salud competentes. Por consiguiente, persiste la creencia que asegura que estos son producto de la casualidad y la suerte. Del mismo modo, existe una precariedad en lo que respecta proyectos de fondos de investigación sistemática sobre accidentalidad y violencia.

Frente al tema del homicidio, el problema puede sustentarse en la carencia de estrategias proyectos y organismos de investigación orientados a la prevención en los grupos de riesgo.

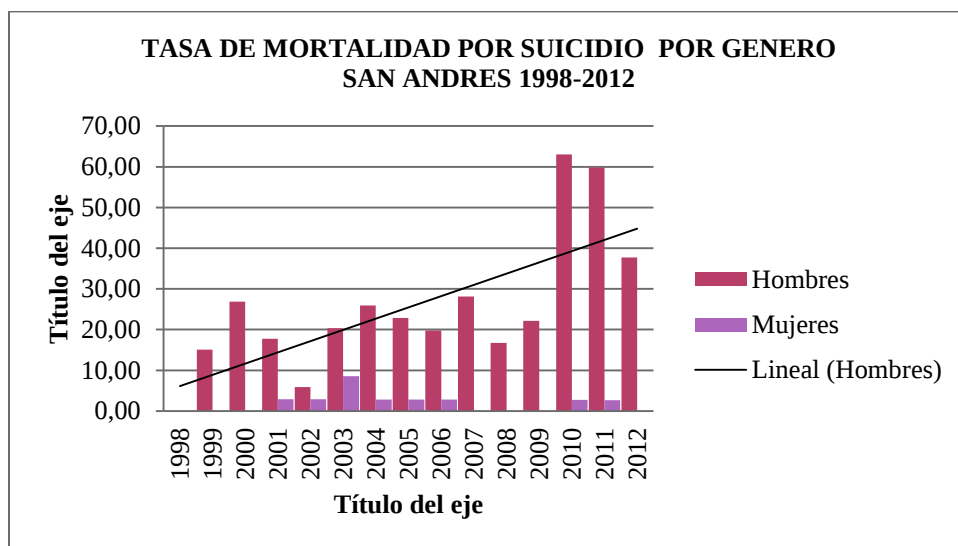


En cuanto a la mortalidad por accidentes de tránsito, este indicador permite medir la efectividad de las campañas de cultura ciudadana, así como medidas encaminadas a la protección de transeúntes, conductores y motociclistas. Igualmente, puede ser un indicativo de la necesidad de implementar políticas integrales que involucren el monitoreo tanto de los

factores de riesgo como de las normas estipuladas en la legislación vigente.



Fuente DANE EE VV



Los suicidios, son preocupación permanente de las autoridades de salud. La persistencia de estos puede indicar una ausencia de mecanismos y programas de salud mental que permitan la detección temprana de

ciudadanos que requieren de ayuda y tratamiento adecuado para evitar estas muertes.

El suicidio como fenómeno multifactorial y complejo, requiere de la intervención integral para su prevención primaria y abordaje de las problemáticas que los rodean no solamente desde el abordaje en salud mental, sino en el marco de acciones en educación, protección, justicia social, oportunidad laboral, recreación organizada, y todas las demás políticas y ámbitos que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y promuevan estilos saludables entre la población desde las más tempranas etapas de la vida, ya que es preocupante el aumento de este fenómeno en edades cada vez más tempranas, además que los problemas de salud mental representan una gran parte de la carga de enfermedades entre los jóvenes (2) (3).

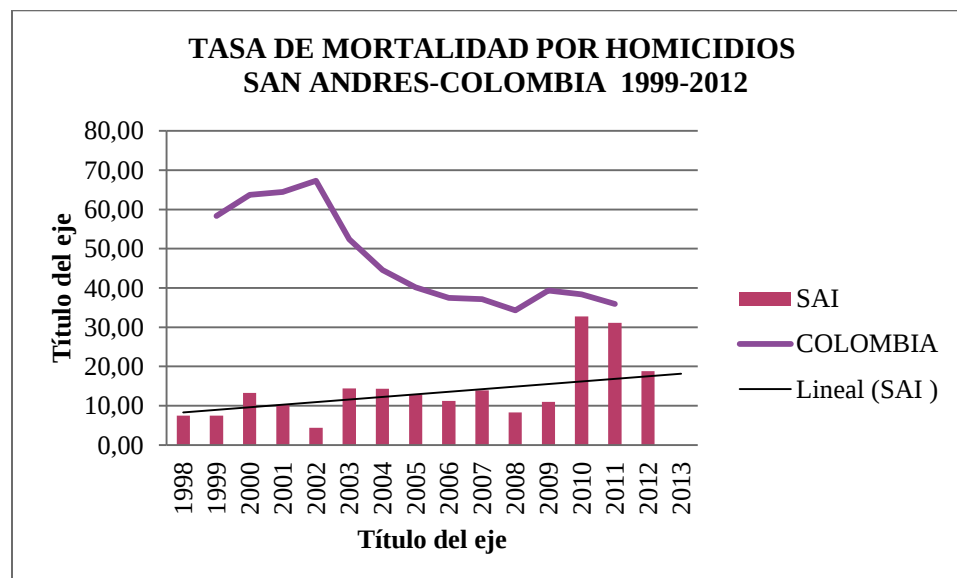
1. Consejo Nacional de Política Económica y Social, R. d. (s.f.).

2. Macana N. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2. I., & 2011. (s.f.).

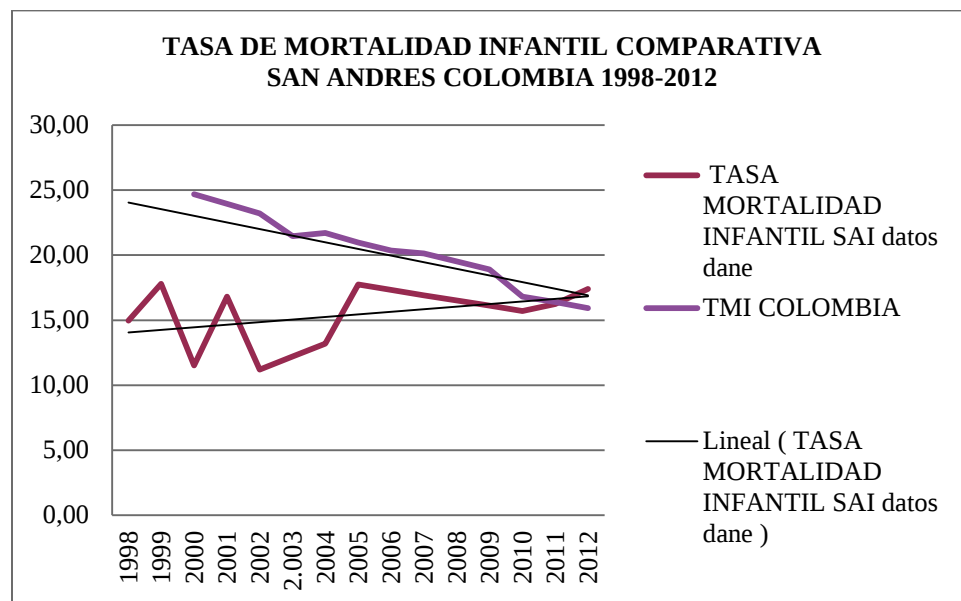
2010, E. (s.f.).

asivamosensalud. (s.f.). *asivamosensalud.com*.

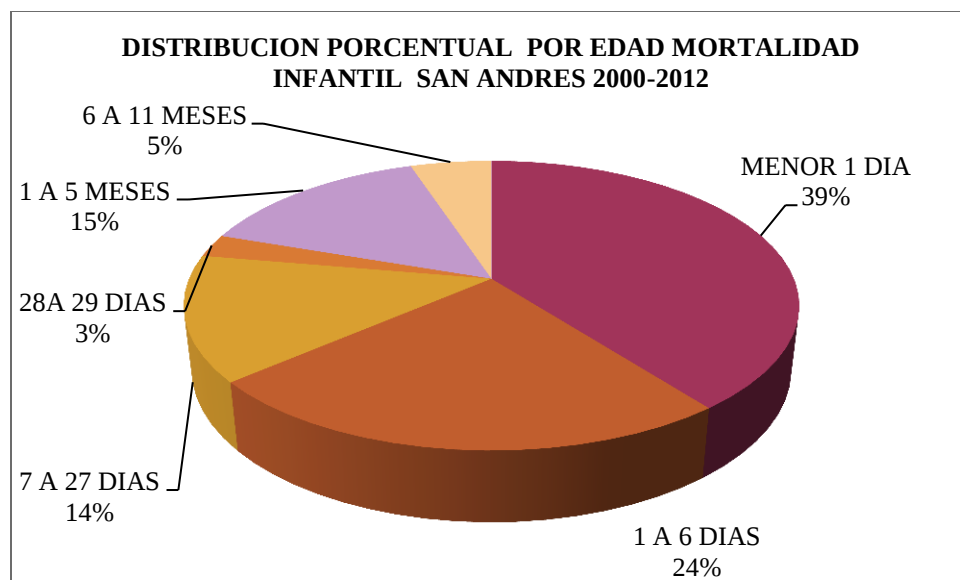
(2. Macana N. Comportamiento del suicidio en Colombia & 2011.)



## MORTALIDAD INFANTIL



La disminución de la mortalidad infantil es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM. La meta es reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años entre 1990 y 2015. Para el seguimiento a este objetivo se cuenta con dos indicadores: La mortalidad infantil (mortalidad ocurrida antes de cumplir el primer año de vida), la mortalidad en menores de cinco años, la cobertura de vacunación mayor de 85% contra el sarampión y coberturas útiles con DPT (difteria, tétanos y tuberculosis) (1). (1. Consejo Nacional de Política Económica y Social)

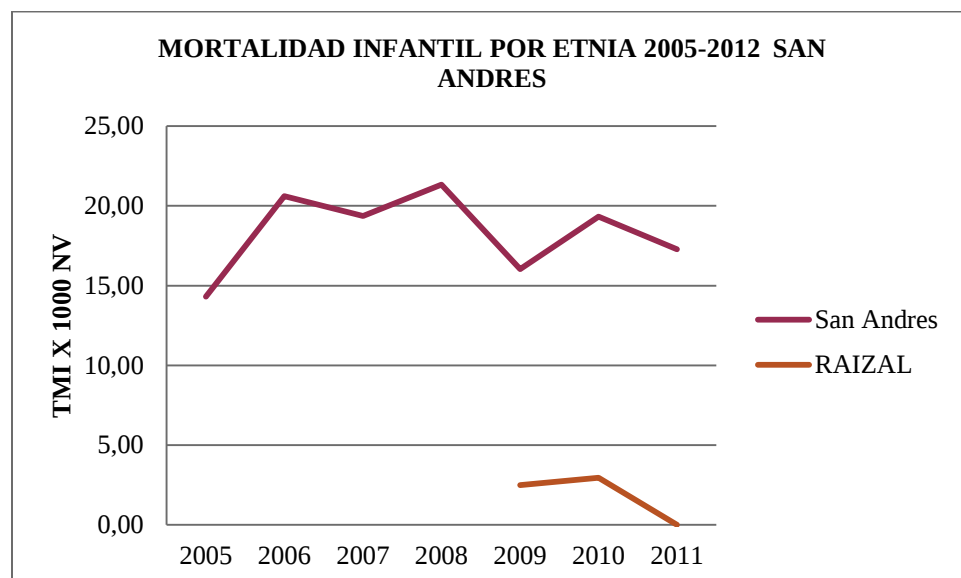


Dentro de la mortalidad infantil, la mortalidad neonatal representa aproximadamente el 79% de los casos. En efecto, el mayor número de casos de mortalidad infantil se da en los primeros días de vida del menor encontrándose que es mayor la ocurrida hasta el sexto día de vida, conocida también como neonatal precoz (63%).

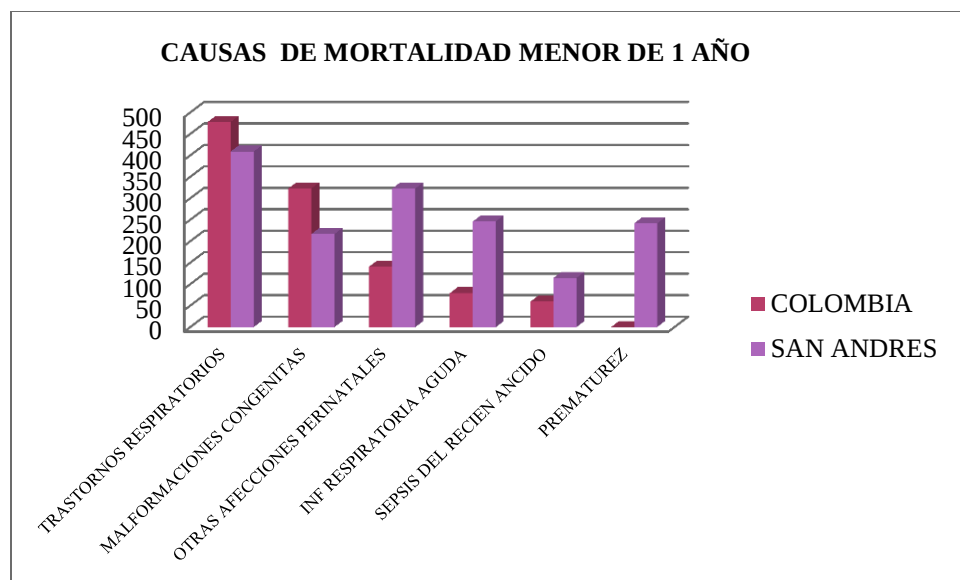
La mortalidad infantil ha venido disminuyendo de manera progresiva en el país. La línea de base en 1990 fue de 37 muertes por cada mil nacidos vivos, en 2000 estuvo en 20,41 y para 2010 se redujo a 12,76 muertes por cada mil nacidos vivos. Teniendo en cuenta lo anterior, para el 2005 Colombia habría superado la meta de desarrollo del milenio. No obstante, el indicador planteado en el CONPES 140 es la tasa ajustada calculada por el DANE, y a partir de ella el país todavía estaría a cuatro puntos de alcanzar la meta planteada, mencionada anteriormente (la tasa ajustada reportada para el 2008 es de 20.6) (3). A pesar de estar cerca de cumplir la meta nacional de 12,2 muertes por mil nacidos vivos (para 2010 la tasa de mortalidad infantil fue de 12,76 por mil nacidos vivos), la situación departamental es diferente., para el año 1993 San Andres presentaba una tasa de mortalidad infantil de 50.6 x 1000 nv y Colombia de 42.2 x 1000 nv

Según datos de 2010, los departamentos en los que la situación presenta mayor gravedad son Guainía, Vichada, Chocó, Amazonas y San Andrés con tasas de mortalidad infantil por encima de 20 muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos; para los departamentos que tienen las mayores tasas, la mitad más baja es semejante al promedio de la tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe, que está en 22 por mil nacidos vivos según el informe del Estado Mundial de la Infancia 2007 y 2009 (4) (5). Con los resultados de la ENDS 2010, únicamente 7 departamentos habrían cumplido la meta. Por otra parte departamentos

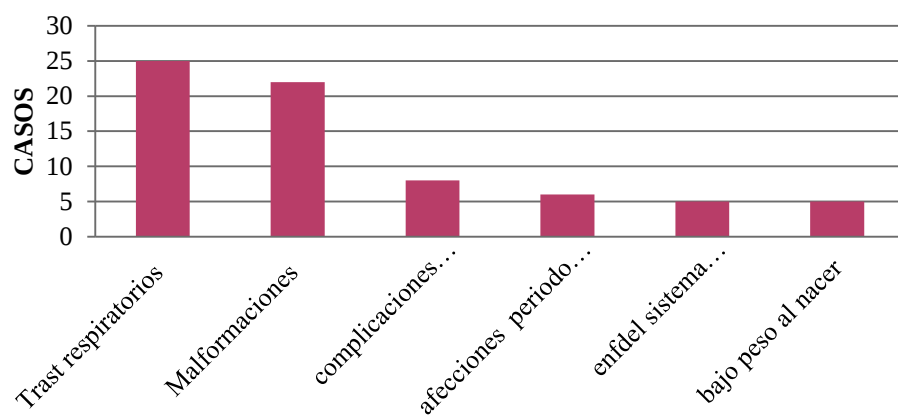
como Chocó, Vichada y Guainía exceden las 30 muertes por cada 1000 nacidos vivos (6).



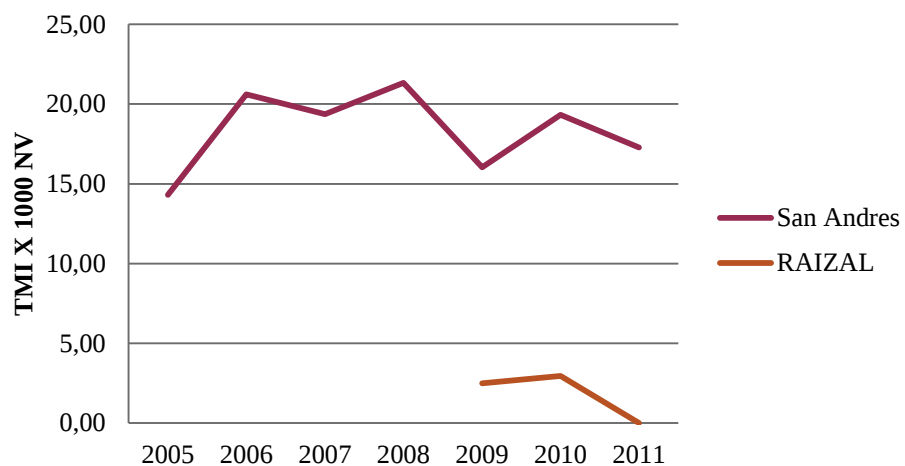
Para los investigadores, la mortalidad infantil evitable está determinada por factores socioeconómicos (determinantes intermedios) como el bajo nivel de ingreso, salario, la educación y el estatus social, que al estar en detrimento conllevan a desnutrición, enfermedades infecciosas y accidentes (determinantes próximos) (7). Las acciones deben ir dirigidas a intervenir los determinantes próximos, tales como el control prenatal temprano y de calidad, la lactancia materna, la vacunación, el acceso a servicios públicos como agua y alcantarillado, que han demostrado tener un resultado eficaz en el control de la mortalidad (8). En Colombia este descenso sostenido podría corresponder a la creación e implementación de políticas públicas de salud, enfocadas a la acción de los determinantes para mejorar las condiciones de salud de los niños, como los Programas de atención a la Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Crecimiento y Desarrollo, Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) con la inclusión reciente de nuevas vacunas (9) , así como la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia contemplando la atención de niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años y los objetivos y metas que incorpore el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.



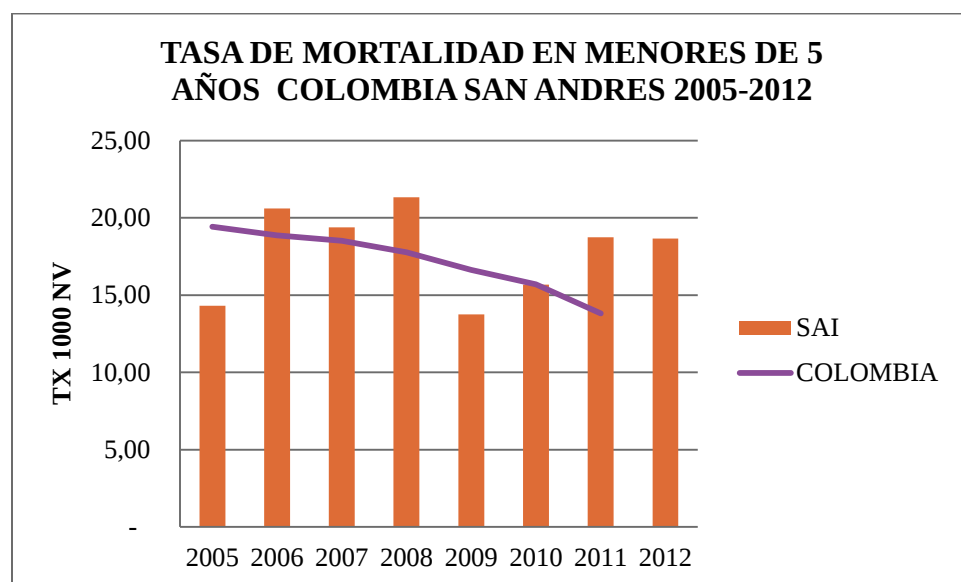
### CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL SAN ANDRES 2005-2011



### MORTALIDAD INFANTIL POR ETNIA 2005-2012 SAN ANDRES

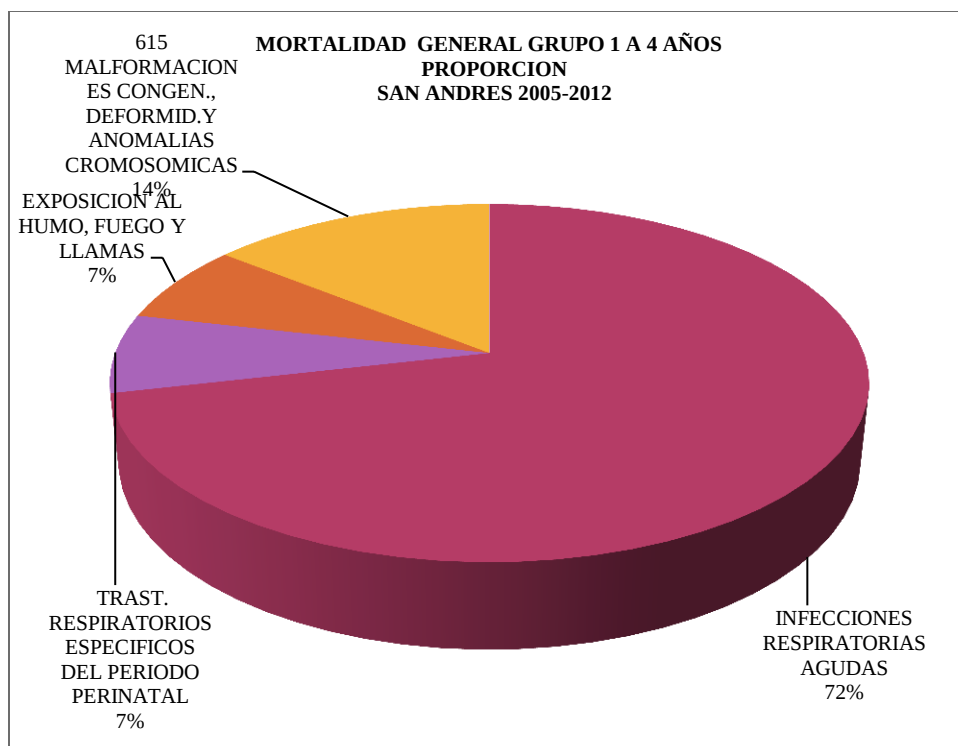


## MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS



La tasa de mortalidad en menores de 5 años expresa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir entre el nacimiento y antes de cumplir los 5 años de edad. Se presenta como una tasa por cada mil nacidos vivos (UNDP, 2003:357 y Szasz Pianta, 1998). La tasa de mortalidad en menores de 5 años para 2000 muestra una reducción de casi 10 puntos frente la estimación realizada en 1995. El 50,2% de las muertes son neonatales, 82,2% de menores de un año y el resto muertes de mayores aun año (Cuadro 4.2). La mayor parte de las muertes en menores de 5 años se relaciona con afecciones de origen perinatal, 18% con enfermedades infecciosas, 15% en malformaciones congénitas y 14% se originaron en enfermedades nutricionales, metabólicas y de otros sistemas.

El 83% de la mortalidad en este grupo de edad ocurre en el primer año de vida y tienen que ver con enfermedades asociadas al nacimiento del niño, como malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana (infección diseminada por bacterias). En los niños de un año y hasta antes de cumplir los cinco años, las principales causas se deben a enfermedades prevenibles, como la infección respiratoria aguda, y las causas externas como el ahogamiento, accidentes en el hogar y accidentes de tránsito.



## MORTALIDAD EVITABLE

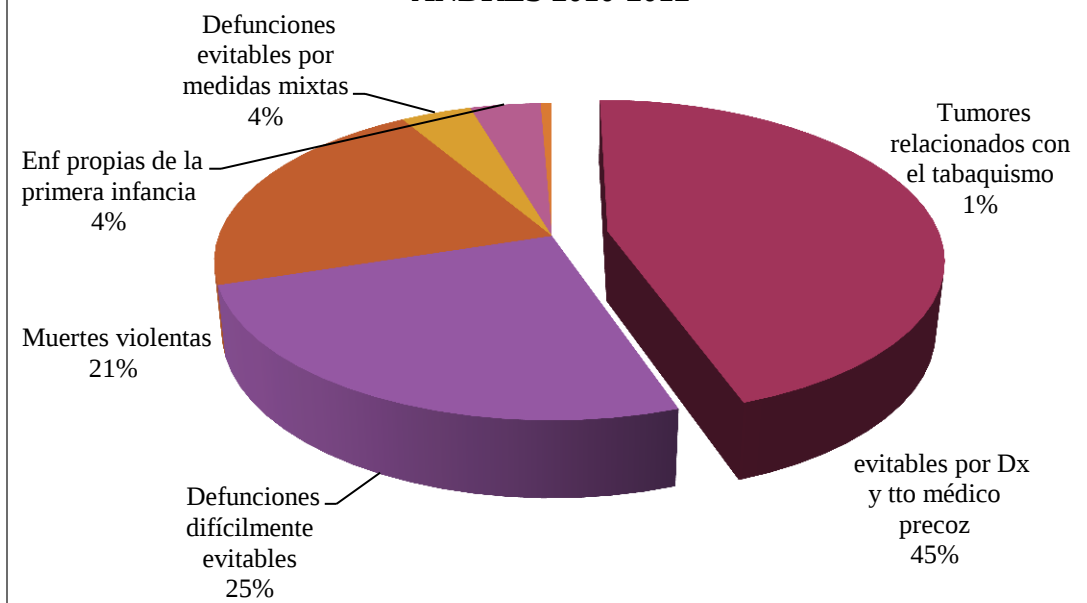
A continuación se presenta una aproximación a la mortalidad evitable basada en el Inventario de Causas de Mortalidad Evitable (ICME), según enfermedades y códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, desarrollado por el doctor Rubén Darío Gómez, a partir de una revisión e integración de otras propuestas internacionales al respecto.

# MORTALIDAD EVITABLE 2010-2012

|                                                          |        |
|----------------------------------------------------------|--------|
| evitables por Dx y tto médico precoz                     | 43,54% |
| Defunciones difícilmente evitables                       | 24,62% |
| Muertes violentas                                        | 20,77% |
| Defunciones evitables por medidas mixtas                 | 3,85%  |
| Enf propias de la primera infancia                       | 3,85%  |
| Tumores relacionados con el tabaquismo                   | 0,62%  |
| Problemas hepáticos                                      | 0,15%  |
| Def evitables por medidas de saneamiento ambiental       | 0,46%  |
| Tuberculosis                                             | 0,31%  |
| VIH-sida                                                 | 0,46%  |
| Problemas maternos del embarazo, el parto y el puerperio | 0,15%  |
| Def evitables por vacunación o tratamiento preventivo    | 0,77%  |
| Problemas carenciales                                    | 0,46%  |
| Enf relacionadas con el medio ambiente                   | 0,00%  |

Fuente DANE Estadísticas Vitales

### TIPO DE MUERTE DE ACUERDO A ORIGEN SAN ANDRES 2010-2012



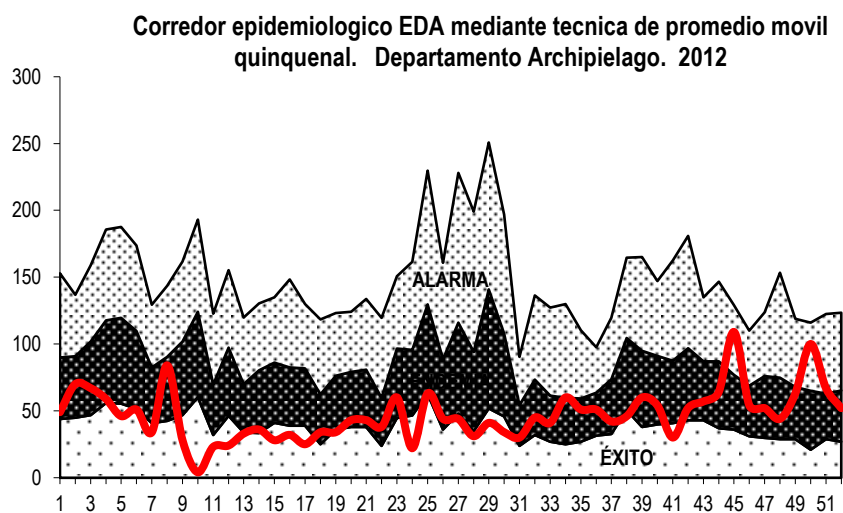
De acuerdo a la tabla de mortalidad evitable, se puede concluir que para el periodo 2010-2012 , la mortalidad en San Andres , el 45% de las causas son evitables por Diagnóstico y tratamiento medico precoz, refiriéndose a eventos donde la Promoción prevención son de vital importancia : Hipertensión , Diabetes

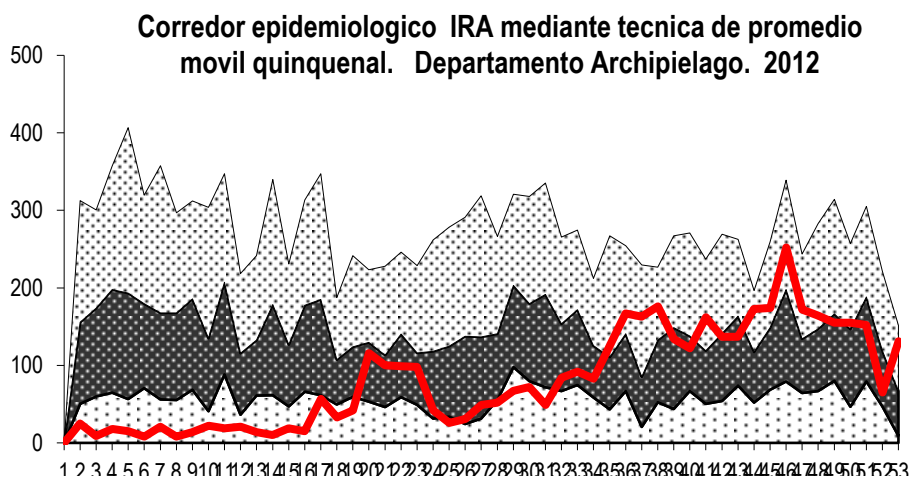
En Segundo Lugar aparecen causas difícilmente evitables (algunos tumores , epilepsia, malformaciones congénitas )

En tercer lugar las causas de defunción están relacionadas con la violencia ( homicidio, Accidentes de tránsito, Suicidios), que requiere de acciones y planes preventivos y educativos para lograr impactarlos en la comunidad .

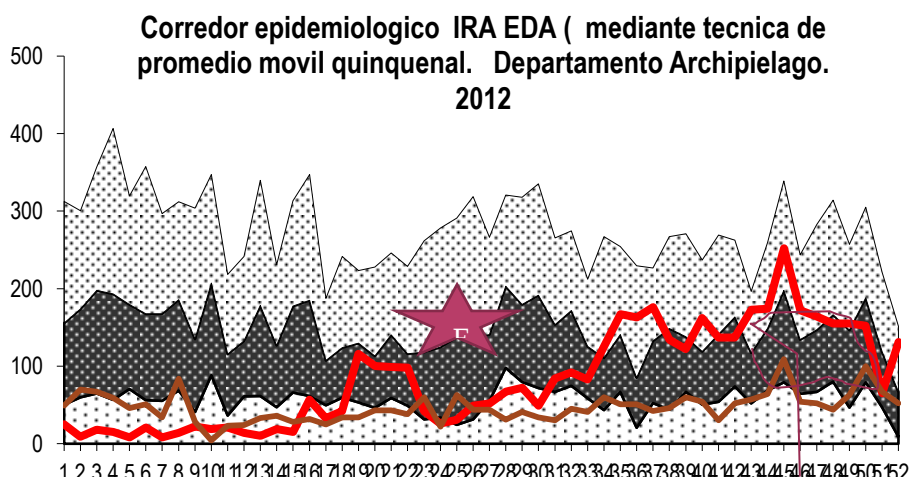
## MORBILIDAD

### MORBILIDAD POR EDA – IRA

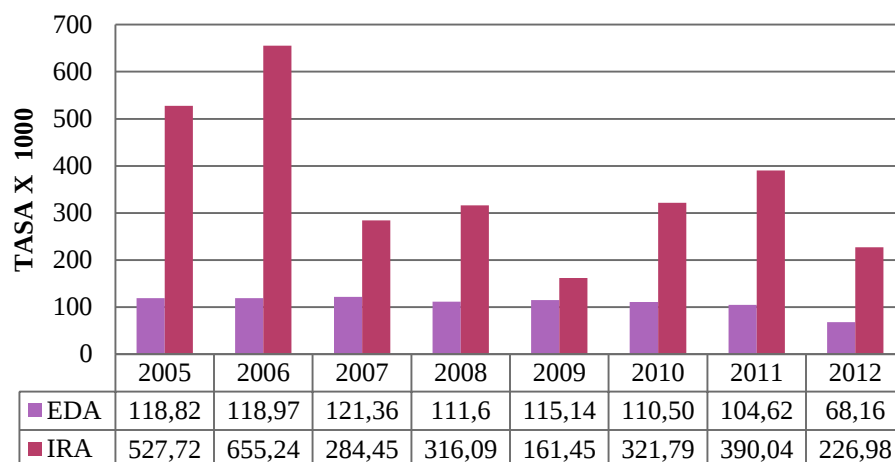




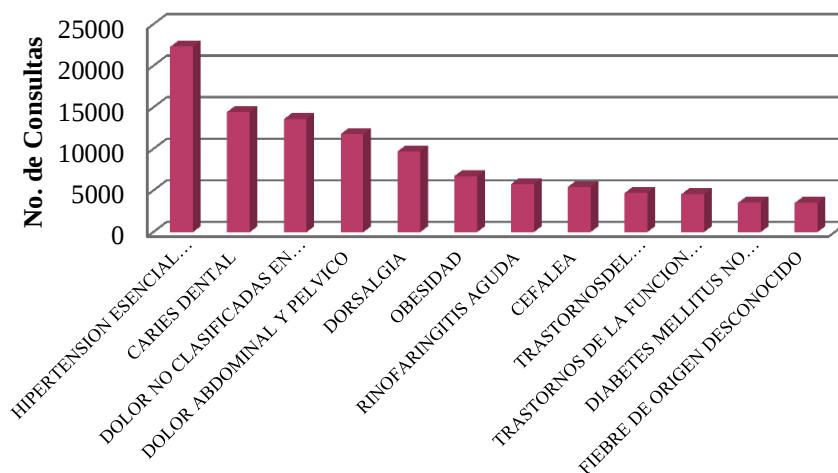
Se presentaron 1660 casos en menores de 5 años representando el 38 % de los casos , con aumento de casos para periodos relacionados con aumento de las precipitaciones



### MORBILIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS SAN ANDRES 2005-2012



### Morbilidad en Poblacion General San Andres 2011



### MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Durante el año 2012 al SIVIGILA , fueron reportados 6 casos de MME, lo cual indica una prevalencia de 7.5 por cada 1000 nacidos vivos en el departamento .

### CALCULO RAZON DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 2012

| Municipio   | Nacidos Vivos | Casos MME |      |
|-------------|---------------|-----------|------|
| Providencia | 65            | 1         | 15.4 |
| San Andrés  | 740           | 5         | 6.8  |
| Total       | 805           | 6         | 7.5  |

#### Fuente SIVIGILA

Se presentaron 805 nacimientos con 6 casos de mujeres con condiciones potencialmente fatales, para una razón de 7.5 por 1000 nacimientos. Las mujeres tenían una edad promedio de 28.5 años con extremos entre 19 y 40 años. El 30% de los casos pertenecían a la etnia raizal, el 100% de los casos refería control prenatal con ingresos en el primer trimestre el 50% (3) casos, 25% en el segundo trimestre y el restante en el tercer trimestre. 6 mujeres cumplieron criterios de MME. 30% de las pacientes que cursaron con el evento pertenecían al régimen contributivo de seguridad social. 100% de las pacientes cumplieron criterios de intervención siendo el ingreso a UCI el más frecuente (70%) con un promedio de días de estancia de 2.5. En general la hospitalización tuvo un promedio de 7 días, en un (1) caso se requirió transfusión.

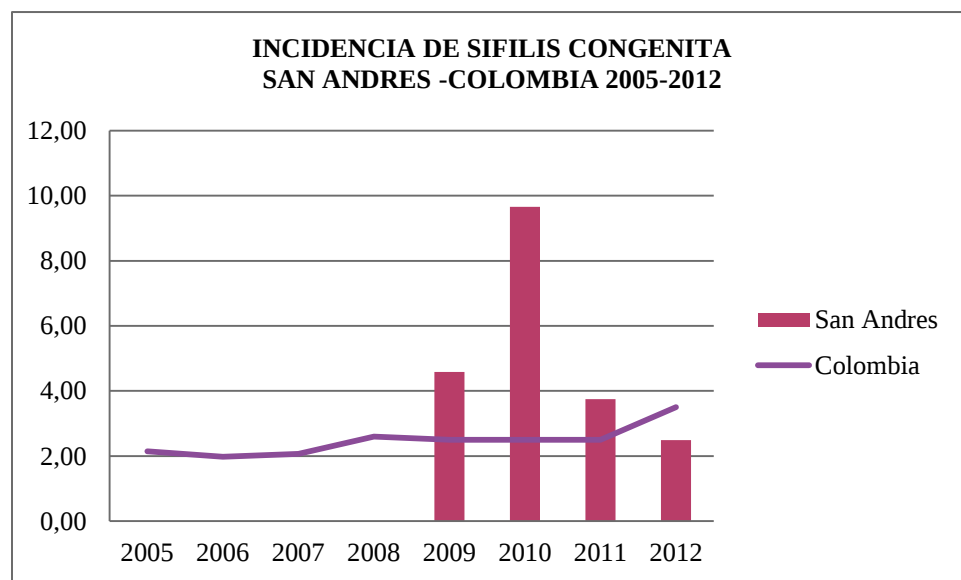
El 50% (tres casos fueron remitidos a un tercer nivel de complejidad de atención).

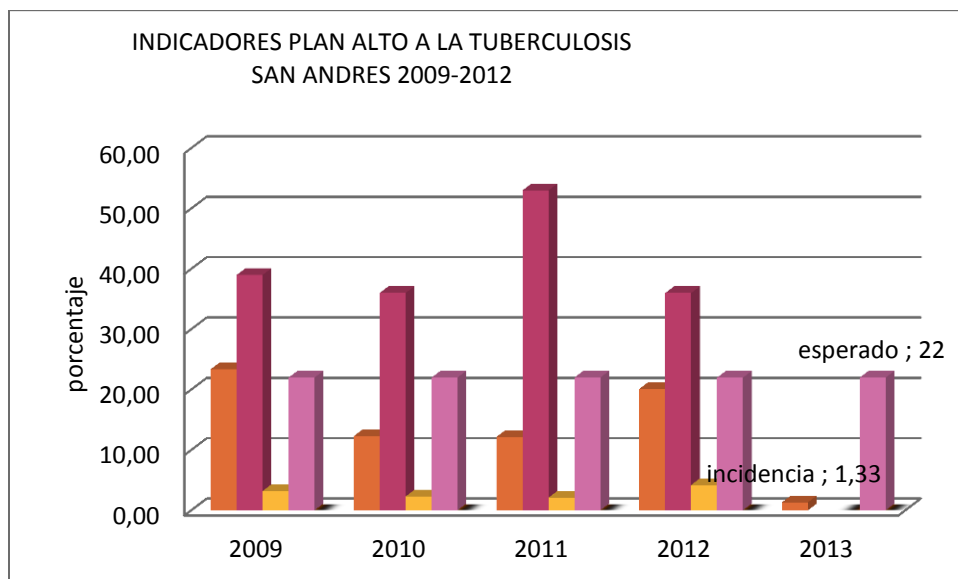
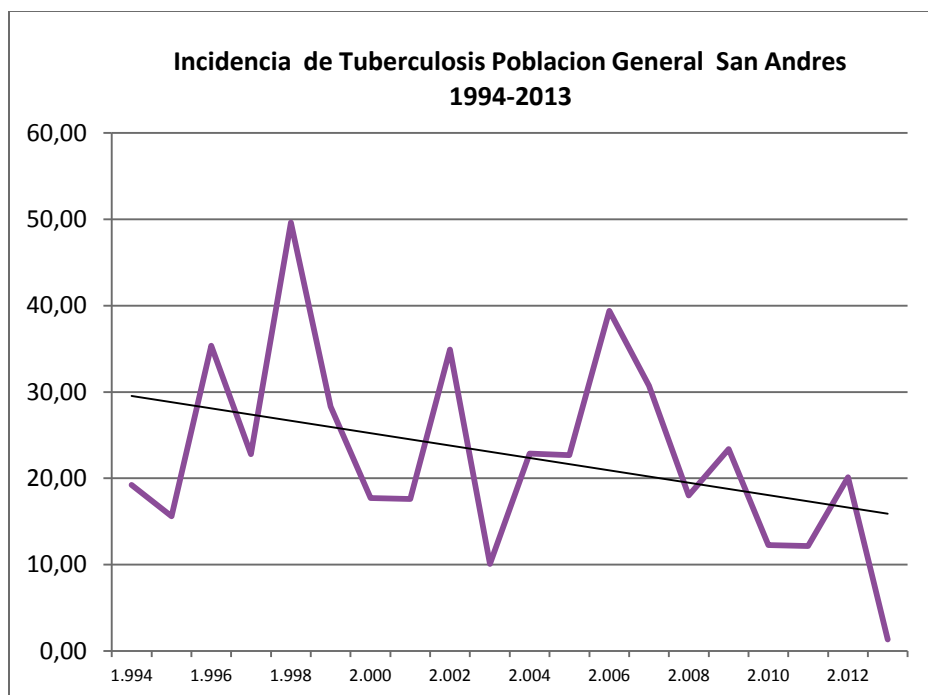
La causa más frecuente de morbilidad fue la preeclampsia 50% asociada al embarazo. Malformaciones de placenta. Durante el año evaluado no se presentó mortalidad materna. Se estableció relación criterio/ caso de MME de 2.1, con una razón de mortalidad materna de 0.

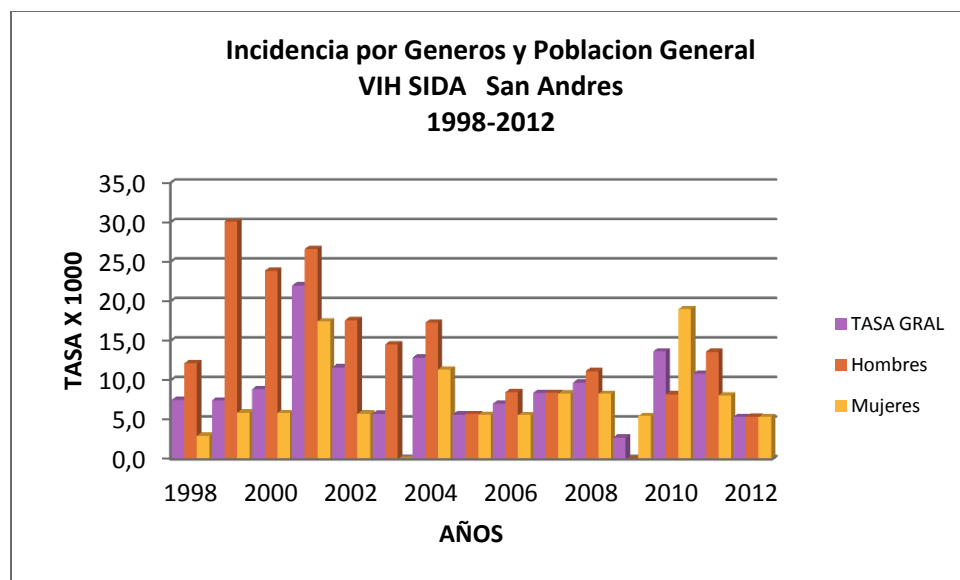
#### MORBILIDAD EVENTOS IMPORTANCIA SALUD PUBLICA SIVIGILA SAN ANDRES 2005-2012

| EVENTOS              | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | TOTAL |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Varicela             |      |      |      |      | 61   | 118  | 324  | 232  | 735   |
| Exposición Rabica    |      |      | 1    | 4    | 64   | 90   | 91   | 99   | 349   |
| Dengue               | 37   | 21   | 18   | 3    | 1    | 22   | 196  | 28   | 326   |
| Tuberculosis         |      | 24   | 11   | 13   | 17   | 9    | 8    | 11   | 93    |
| Mortalidad Perinatal |      |      |      |      | 19   | 16   | 13   | 15   | 63    |
| Parotiditis          |      | 7    | 3    |      | 4    | 10   | 0    | 29   | 53    |

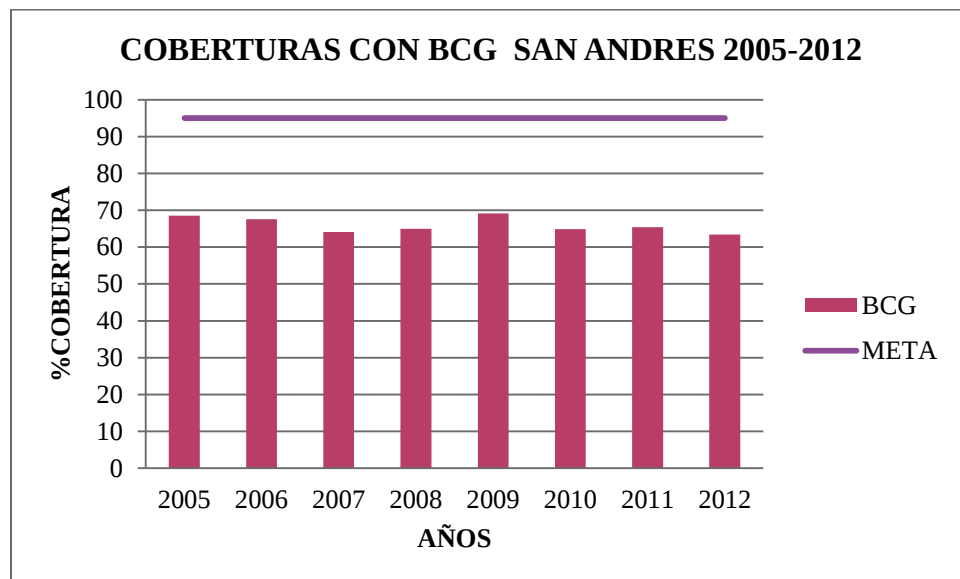
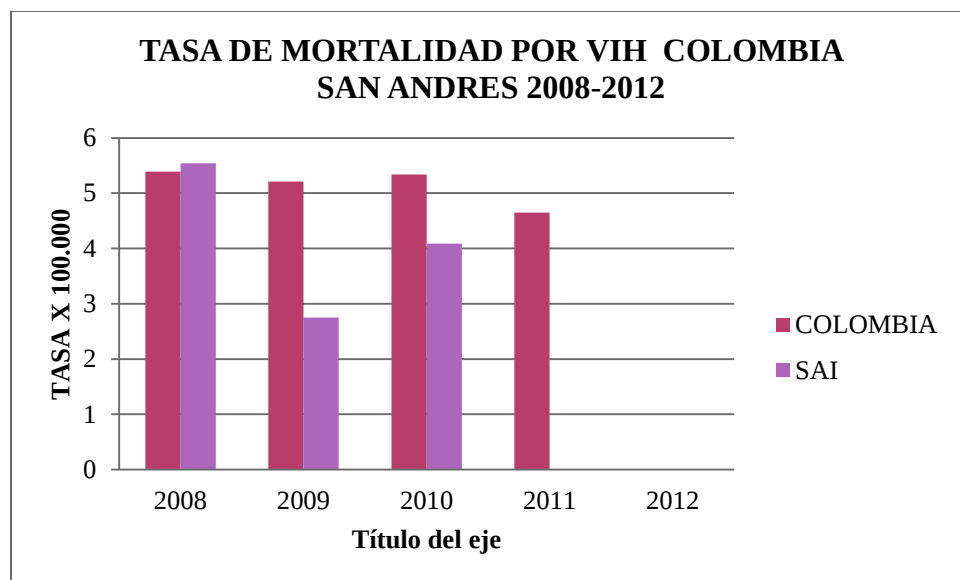
|                               |   |   |   |   |   |    |    |   |    |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|----|----|---|----|
| Leptospirosis                 | 5 | 3 | 5 | 1 | 7 | 9  | 11 | 4 | 45 |
| Malaria                       | 2 | - | 7 | 0 |   | 10 | 2  | 2 | 23 |
| Hepatitis B                   | 7 | 2 | - | 0 | 1 | 2  | 1  | 5 | 18 |
| Síndrome de Inmunodeficiencia |   |   |   | 2 | 2 | 10 |    | 4 | 18 |
| Sífilis Gestacional           |   |   |   | 1 | 3 | 8  | 4  | 1 | 17 |
| Dengue Grave                  | 9 | 5 | - | 0 | 1 | 0  | 1  | 0 | 16 |
| Meningitis                    |   |   | 0 | 1 | 2 | 3  | 8  | 0 | 14 |
| Hepatitis A                   |   |   | 1 |   |   | 1  | 5  | 4 | 11 |
| Sífilis Congénita             |   |   |   | 0 | 4 | 2  | 3  | 2 | 11 |
| Mortalidad por IRA            |   |   |   |   | 2 | 5  | 1  |   | 8  |
| Influenza                     |   |   | 0 | 0 | 7 | 0  | 0  |   | 7  |
| Rubeola                       |   |   | 3 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0 | 3  |
| Lepra                         |   |   |   | 1 |   |    | 1  | 1 | 3  |
| Sarampión                     |   |   | 1 | 1 | 0 | 0  | 0  |   | 2  |
| Fiebre tifoidea               |   |   |   | 1 |   |    | 0  |   | 1  |
| Fiebre Amarilla               | - | - | - | 0 | 0 | 0  | 0  | 0 | 0  |



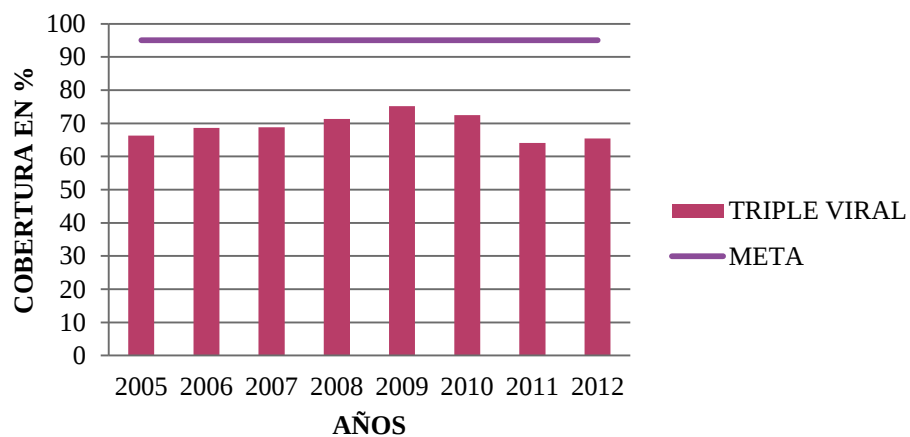




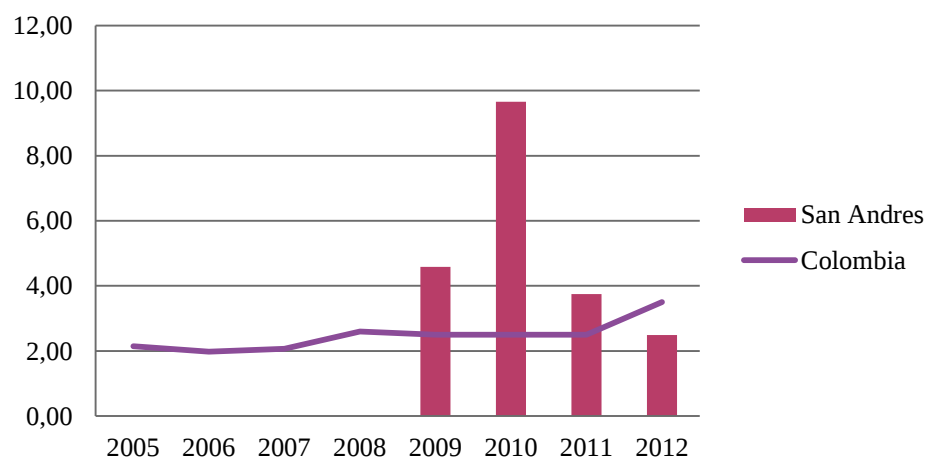
En Colombia, si bien se ha presentado una disminución en las cifras, la epidemia no ha desaparecido. Según los criterios de clasificación en el mundo por ONUSIDA, la situación de la epidemia en Colombia es concentrada, dada la prevalencia, en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad –hombres que tienen sexo con hombres (HSH)-supera el 5% mientras que la prevalencia en mujeres gestantes no es superior a 1%. La tendencia de la prevalencia es creciente y la población de mayor afectación por edad está en el grupo de 25 a 34 años (1) Ministerio de Salud y Protección Social-ONUSIDA Colombia. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012. ; 2012.



### COBERTURA CON TRIPLE VIRAL POBLACION DE 1 AÑO SAN ANDRES 2005-2012



### INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA SAN ANDRES - COLOMBIA 2005-2012







## BIBLIOGRAFÍA

**Primera referencia.** El texto empieza en el margen izquierdo de la hoja. El espaciado es doble. Cuando la entrada tenga más de una línea, se aplica automáticamente sangría a la segunda línea.

**Referencias adicionales.**