



DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
Reserva de Biosfera Seaflower

UN VISTAZO AL COMPORTAMIENTO DEMOGRAFICO DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, 2002-2006

Artículo preparado por M.Sc. Liza Hayes

Al referirse al Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, nos llega a la memoria aquel slogan de "Paraíso Tropical". Slogan que invitaba a visitar estas tierras del mar de los siete colores donde habita la barracuda azul de lagrimas verdes. La Colombia Insular, territorio de una población apacible, pacífica y siempre alegre.

No pensamos o poco nos preguntamos por su dinámica poblacional, por la incidencia de esta en la estructura social del Departamento. Este documento busca dar un vistazo a la dinámica de la poblacional a lo largo de estos cuatro años.

Las costumbres, cultura y cosmovisión de la población de estas islas, no es más que el reflejo de la autenticidad de las actitudes de una cultura Caribeña y desconocida hasta hace poco, la ausencia de evidencia, hacen sospechar que las islas en su inicio estuvieron despobladas y eran usadas como fuente de abastecimiento por los indígenas Miskitos y otros pobladores que habitaban las costas de Centroamérica.

Según los datos las islas fueron tomadas por España en 1527, las islas aparecen en la *Carta Universal*, mapa anónimo de la época. En 1629, se construyen los primeros asentamientos ingleses con colonos. No obstante, ya existían asentamientos de agricultores, marineros, comerciantes y corsarios holandeses. La colonización fue dirigida por la empresa *Company of Adventurers of the city of Westminster for plantation of the islands of Providence or Catalina, Henrietta or Andrea and adjacent islands lying upon the coast of America*.

En 1631, llega el primer grupo de colonos procedentes de Escocia e Inglaterra, en el barco *Seaflower*. También fueron llevados a las islas esclavos africanos.

En 1788 el archipiélago comienza a tener más relaciones comerciales con la Nueva Granada no fue sino hasta 1789 cuando se empieza a tener de manera clara y secuencial un registro del proceso de poblamiento de las islas, en donde según los datos habitan un total de 230 personas (220 en la isla de San Andrés y 10 en Providencia) (cuadro 1).

En el periodo comprendido entre 1789 las islas estuvieron habitadas por los ingleses y no fue sino hasta 1803 la islas forman parte del Virreinato de la Nueva Granada. Durante este periodo la población creció en aproximadamente un 14 por ciento anual, es decir al final de este periodo en la isla habitan un total de 1450 personas (1160 en la isla de San Andrés y 290 en Providencia).

En el siguiente subperiodo (1803 y 1835) productos de las guerras y del temor de los residentes se producen el primer proceso emigratorio hacia Panamá y Estados Unidos. Esto condujo a un crecimiento poblacional negativo (1 por ciento en el Departamento y del 2 por ciento en la isla de San Andrés).

Entre los años de 1835 y 1851, el crecimiento poblacional fue del 4 por ciento anual, producto de las nuevas políticas de adhesión a la nueva granada de las islas del Archipiélago y la costa de Mosquitos.

Al periodo siguiente (1851-1951) la población decrece, dado que el gobierno Colombiano cede los territorios de las Costas de Mosquitia y las islas de Maíz (Corn Island) en Nicaragua, lo cual facilita la emigración.

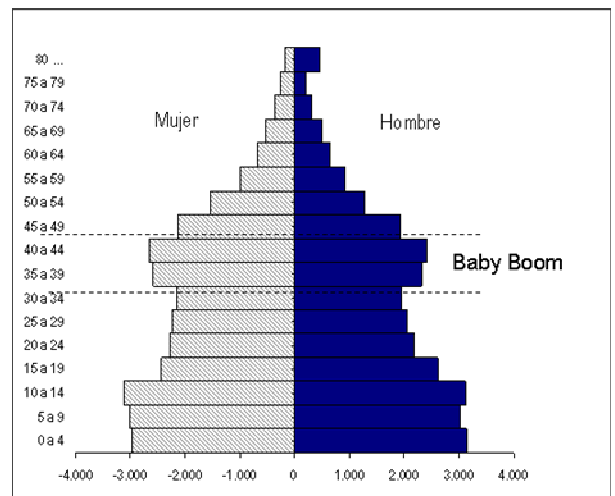
A partir de 1951 y hasta 1973 la población del Departamento empieza a observar un comportamiento creciente, lo cual implica un aumento repentino en las demandas de los servicios sociales básicos (salud, acueducto y alcantarillado entre otras), para lo cual el Departamento no estaba preparado.

En primer lugar en 1953 San Andrés es declarado *puerto libre* lo cual transforma la isla en centro comercial y turístico provocando una intensa inmigración procedente del continente, lo cual implica una tasa de crecimiento del 5 por ciento.

Entre 1951 y 1973 el crecimiento de la población se comporta de una manera muy inusual con tasa del 8,3 por ciento anual (cuadro 1), producto en primer lugar, por el incremento en la natalidad que se presento entre 1966 y 1970 (gráfico 1),

y en segundo lugar, por el proceso de desplazamiento urbano o por el proceso de poblamiento hacia las islas por los residentes de la Colombia Continental, quienes atraídos por las promesas de mejorar su nivel económico y social, se desplazan hacia estas islas incrementando con ello el volumen poblacional.

Gráfico 1. Estructura de la población para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por grupos quinquenales, según Censo poblacional 2005



Cuadro 1. Calculo de las tasas de crecimiento promedio anual de la población total, 1789 -2005

Periodo	San Andrés		Providencia		Departamento	
	Total Población	Tasa de Crecimiento (r)	Total Población	Tasa de Crecimiento (r)	Total Población	Tasa de Crecimiento (r)
1789-1803	1160	12,61	290	27,19	1450	14,06
1803-1835	644	-1,82	342	0,52	986	-1,20
1835-1851	1275	4,36	640	3,99	1915	4,24
1851-1938	4261	1,40	2267	1,46	6528	1,42
1938-1951	3705	-1,07	1970	-1,07	5675	-1,07
1951-1962	7500	6,62	2100	0,58	9600	4,90
1962-1973	20359	9,50	2624	2,05	22983	8,26
1973-1985	40000	5,79	3000	1,12	43000	5,36
1985-1995	59.016	3,97	4.899	5,03	63915	4,04
1995-2005 1/	77.084	2,71	6.319	2,58	83403	2,70

R = Tasa de Crecimiento promedio anual



A partir de 1973 el crecimiento es negativo; es decir se facilitan por parte del gobierno central los procesos migratorios hacia el continente de manera muy gradual y sutil a los residentes de las islas. En esta época ocurre lo que podríamos llamar la segunda gran expulsión, pero en este caso no es el temor a una guerra sino la necesidad de prosperar económicamente lo que conlleva a este proceso.

Entre 1973 y 1985 la población observa una tasa de crecimiento de aproximadamente el 5,4 por ciento, lo cual representa un descenso del 35 por ciento en la población total del Departamento, siendo, la isla de San Andrés la que más sufre el efecto de este proceso (9,5 por ciento). En el periodo siguiente (1985-1995) la tasa de crecimiento se reduce en un 25 por ciento (cuadro 1).

En la última década (1995-2005) la tasa de crecimiento se ha reducido notablemente (basada en los datos de proyecciones). Si nos basáramos en los resultados censales del 2005, el crecimiento sería negativo, es decir habríamos expulsado aproximadamente a 5.000 habitantes del Departamento, lo cual no dista de estar muy lejos de la realidad.

Este comportamiento o crecimiento demográfico hace que el Departamento se encuentre en una etapa de transición. Esta etapa conlleva cambios como la disminución del índice de fecundidad y la mortalidad por causas prevenibles, que son un reflejo de los lentos procesos de cambios socioculturales por los que atraviesa el departamento.

TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD 2002 - 2006

En esta sección se estudia el nivel y la tendencia de la fecundidad de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Los resultados provienen de las bases de datos de estadísticas Vitales (certificados de nacidos vivos) de la Unidad de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Departamental de Salud.

Los elementos que determinan la fecundidad de una población son de diversos órdenes; demográficos, fisiológicos, sociales, económicos, culturales, políticos y geográficos. Los primeros factores como la edad y estado civil son fundamentales para explicar el proceso reproductivo de una población. Sin embargo, otros factores tales como el modelo de atención, el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, el nivel educativo o de instrucción, las tradiciones culturales y religiosas también determinan el comportamiento de la fecundidad.

Del análisis de los datos de las estadísticas vitales del periodo comprendido entre el 2002 y 2006 se observó que el nivel de la fecundidad expresado por la tasa global de fecundidad o TGF (número de hijos que la mujer tendría al término de su vida reproductiva si en cada año de edad tuviese hijos de acuerdo a las tasas observadas) había mantenido un comportamiento descendente. En el 2002 y 2003 la tasa global de fecundidad en el departamento fue de 2,8 hijos por mujer, y de 2,6 en el 2004 (cuadro 2)

Según las estadísticas del Departamento la tasa global de fecundidad en el 2005 fue de 2,6, acorde con los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) la tasa sería de 2,2 la cual estaría por debajo de la nacional (2,4) y aun inferior a la región atlántica con 2,7 hijos por mujer (<http://www.profamilia.com>) sin embargo, es de anotar como la tasa global de fecundidad desciende hasta ser de 2,4 hijos por cada 1000 mujeres en el 2006.

La tasa bruta de natalidad (TBN) entendida como el total de nacimientos entre la población total es una medida sencilla y fácil de interpretar, pero esta se ve afectada por la estructura de la población (edad y sexo) y no tanto del comportamiento propio de la fecundidad.

En el 2002 el total de nacimientos fue de 1000 en el 2006 ocurrieron 856. Esto representa una reducción del 14%, no obstante la tasa bruta de natalidad se ha incrementado, pasando de ser 12,9 a 14,4 nacimientos por cada 1000 habitantes (cuadro 2).



A nivel nacional en el 2005 ocurrieron 20 nacimientos por cada mil habitantes (ENDS, 2005) en el Departamento esta fue de 15,6. Si bien es cierto que los nacimientos han reducido este indicador refleja a su vez una fuerte reducción en la estructura poblacional del departamento.

La fecundidad en el Departamento al igual que al nivel Nacional es de cúspide temprana. El grupo de edad con la mayor tasa de fecundidad son las mujeres de 20 y 24 años, seguido por el de 25 a 29 años (ENDS 2005). La fecundidad adolescente (15 a 19 años) en el Departamento es relativamente alta.

Con excepción del grupo de menores de 20 años, las otras mujeres, especialmente aquellas de 25 a 39 mantienen la tendencia a la disminución de su fecundidad, igual comportamiento ocurre a nivel Nacional.

Como se puede apreciar en el gráfico 2, el descenso de la fecundidad es evidente en todos los grupos de edad, pero resulta mucho más marcado a partir del grupo de 25 a 29 años. Este tipo de patrón por edad es indicativo de un "grado apreciable" de control de la fecundidad que tiende naturalmente a aumentar con la edad.

Cuadro 2. Total de nacimientos y tasa específica de Nacimientos por edad de la madre (grupo quinquenal). Departamento Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina, 2002-2005

Grupo Edad	2002		2003		2004		2005		2006 1/	
	Total Nacimientos	TEF	Total Nacimientos	TEF	Total Nacimientos	TEF	Total Nacimientos	TEF	Total Nacimientos	TEF
De 15-19 años	161	5,29	178	5,70	131	4,09	116	4,60	160	6,34
De 20-24 años	292	92,07	286	87,89	306	91,74	328	136,92	249	103,94
De 25-29 años	219	61,46	222	60,73	221	58,97	215	75,90	214	75,55
De 30-34 años	208	62,76	182	53,52	160	45,90	169	54,12	131	41,95
De 35-39 años	98	31,12	97	30,03	71	21,44	81	25,08	77	23,84
De 40-44 años	20	11,00	17	9,12	19	9,94	20	8,76	23	10,07
De 45-49 años	2	1,18	1	0,57	1	0,56	0	0,00	2	1,29
TBN	12,9		12,37		11,16		15,63		14,4	
TFG	50,61		48,49		43,74		51,78		47,71	
TGF	2,8		2,8		2,6		2,6		2,4	

1/ Resultados preliminares

TEF (Tasas específicas de fecundidad por edad) Es el cociente entre el número de nacimientos de mujeres de un grupo quinquenal de edad y el total de mujeres dentro de ese grupo de edad por mil.

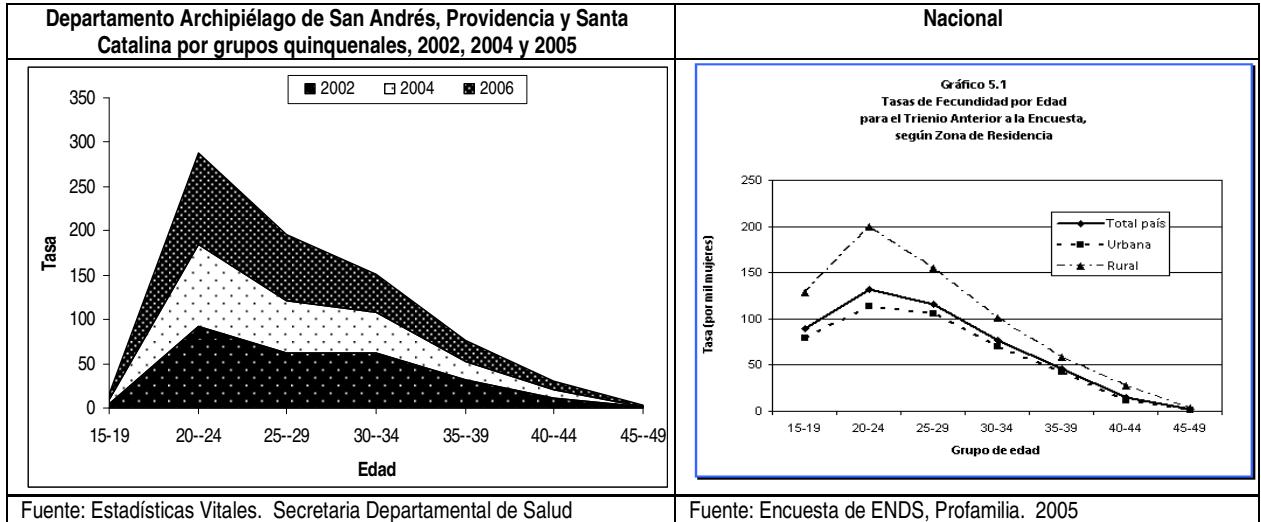
TBN (Tasa Bruta de Natalidad) Es la razón entre el número total de nacimientos ocurrido en el período de interés, entre el tiempo vivido por la población en ese período por mil.

TFG (Tasa de Fecundidad General). Es la razón de nacimientos entre el número de mujeres en edad fértil dentro de la población por mil

TGF (Tasa Global de Fecundidad). Es la suma de las tasas específicas de fecundidad para cada edad individual, o de n veces esta suma por mil

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Departamental de Salud

Gráfico 2. Tasa Específica de Fecundidad (TEF) por edad.



La edad a la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población, al mismo tiempo que afecta en forma importante los niveles de mortalidad materna, mortalidad infantil y de abortos.

Según los resultados del ENDS el Departamento Archipiélago de San Andrés, es una de los departamentos con las medianas de edad más altas (más de 22 años). En el 2002 la edad media era de 26,8 años la cual ha venido decreciendo hasta llegar a ser del 25,7 años en el 2006; es decir las mujeres del departamento esperan tener sus hijos cada vez más jóvenes este factor esta determinado por el nivel de educación de la mujer (la diferencia entre las menos educadas y las de secundaria es de tres años), el lugar de residencia y el tiempo de intervalo protogenésico (tiempo de espera entre la unión y el primogénito) y por las características socioculturales.

Fecundidad adolescente

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, en algunos casos se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando así el problema social de la “madre soltera”.

Las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias: los riesgos de salud, la deserción escolar, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, las dificultades emocionales, físicas y financieras, son algunas de las consecuencias para la madre. En general, la fecundidad en la adolescencia, está asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral de la adolescente en su vida futura.

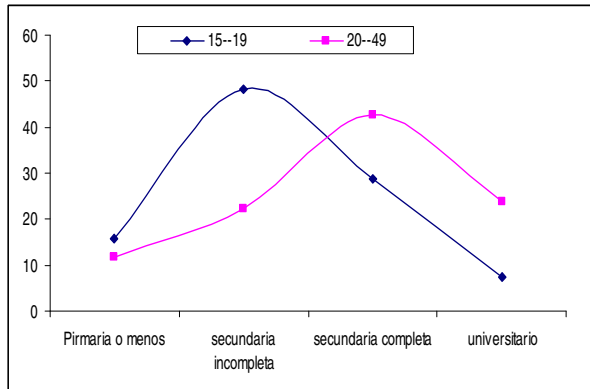
Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes en el departamento han descendido, la conducta reproductiva de este grupo constituye una gran preocupación.

En comparación con los cambios de fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como consecuencia del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión. Según los resultado de ENDS (2005) el 14,6%



de las adolescentes (mujeres entre 15 y 19 años) ya son madres, el 6,4% están embarazadas y el 21% han estado alguna vez embarazadas.

Gráfico 3. Proporción de Madres Adolescentes por Nivel de Educación. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2006



Como se menciona anteriormente los embarazos en la adolescencia trunca la posibilidad de estudio, la evidencia indica una clara relación negativa entre fecundidad adolescente y nivel educativo. Las madres adolescentes tienen sus hijos cuando aun no han culminado su educación media mientras que las demás mujeres (20 a 49 años) tienen sus hijos después de culminado su proceso educativo media (Gráfico 3).

La evidencia no permite inferir si la deserción escolar es la principal causa que antecede al embarazo precoz o, o bien, es el embarazo precoz el que trunca la trayectoria educativa, en especial, en los sectores de menor nivel socioeconómico.

Según los resultados del ENDS (2005) los jóvenes del departamento manifiestan conocer los métodos de planificación familiar y una alta proporción los usa, no obstante, la evidencia (incremento de los embarazos adolescentes no deseados) indica que existe un vacío fundamental en cuanto al conocimiento de la Salud Sexual y reproductiva.

Producto de las campañas educativas y de las jornadas sensibilización de los funcionarios de la Secretaría Departamental de Salud, se ha observado un incremento en el uso de los métodos de

planificación familiar en la población adulta, no obstante, a pesar de este esfuerzo mancomunado no se ha logrado superar algunas barreras personales y culturales en la población adolescente. Según los teóricos el no uso de los métodos de planificación familiar entre los adolescentes se asocia con: a) La percepción de invulnerabilidad, b) El escepticismo frente a la efectividad de los métodos, c) Las creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, d) La creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se le tiene confianza es un irrespeto, e) Las expectativas que se tienen de las personas románticas y sexuales, f) El deseo de complacer a la pareja. Nos queda la gran tarea de modificar estas percepciones y modificar las cosmovisiones de los adolescentes.

Abortos

En 1995 se realizaron aproximadamente 46 millones de abortos en todo el mundo, de estos cerca de 26 millones fueron legales y 20 millones ilegales. La tasa de aborto a nivel mundial fue de aproximadamente 35 por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años y en Colombia fue de 36,3 (OMS).

Según los resultados de las estadísticas departamentales la tasa de aborto del Departamento en el 2006 fue de 13 por cada 1000 mujer en edad fértil. En Colombia en 1995 se presentaron 26 abortos por cada 100 embarazados, en el departamento esta proporción es mucho mayor, no obstante este indicador esta disminuyendo, en el 2004 la proporción era de 34,5 y aproximadamente de 30 abortos por cada 100 nacimientos en el 2006 (cuadro 3).

Cuadro 3. Medidas de aborto. Departamento Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina, 2004-2006

Año	Total abortos	Tasa 1/	Proporción 2/
2004	314	16,0	34,5
2005	281	14,4	30,3
2006	255	13,0	29,8

1/ Tasa de abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años

2/ Proporción de abortos por cada 100 nacidos vivos

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Departamental de Salud



La elevada tasa de abortos del Departamento refleja un problema de de embarazos no deseados o planeados que experimentan las mujeres, a su vez es el resultado de un uso anticonceptivo no adecuado lejos de ser universal no obstante el incremento en el uso de la misma, lo cual es contrario a los propuestas del Cairo (1995) “el embarazo no deseado y el aborto se pueden reducir si se incrementan y mejoran los servicios de planificación familiar”.

MORTALIDAD 2002-2006

El estudio de la mortalidad, se basa en la observación de las defunciones que ocurren durante un tiempo determinado y su evolución. La disminución producida en la mortalidad, por medio de los adelantos en la ciencia médica, por las mejoras en las condiciones de vida e higiene, fue la principal causante de la explosión demográfica y un componente fundamental dentro de la transición demográfica que aun afecta a los países en vías de desarrollo.

A pesar de que la mortalidad es un hecho inevitable, su comportamiento presenta diferencias muy importantes entre regiones y grupos culturales así como de sexo y edades. Durante la mayoría de edades, el patrón de mortalidad en los hombres supera al de las mujeres. Por otro lado, en los primeros años de vida el riesgo de mortalidad es muy alto; sin embargo, baja rápidamente alcanzando los niveles mínimos entre los 6 y 15 años; posterior a ello comienza un progresivo aumento que se intensifica a partir de los 60 años.

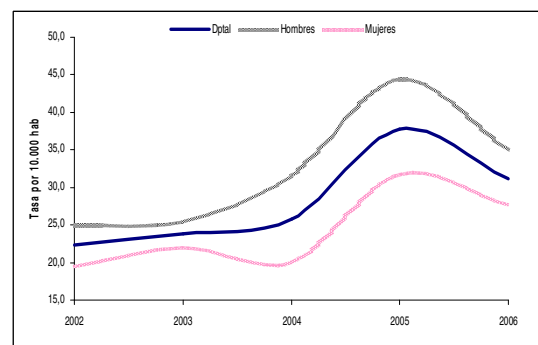
La tasa bruta de mortalidad del Departamento observa un comportamiento creciente irregular, en el año 2002 esta fue de 22,3 defunciones por cada diez mil habitantes del Departamento y llega a su cúspide máxima en el 2005 con 37,7 defunciones, después de este año la tasa decrece en 6 defunciones por cada diez mil habitantes (gráfico 4).

En cuanto a las defunciones por genero, la tasa bruta de defunción masculina esta por encima del total Departamental, mientras que la tasa de mortalidad

femenina esta por debajo de la observada en el Departamento. En el 2002 en el Departamento se presentaron aproximadamente 25 defunciones por cada diez mil habitantes masculinos y 35 defunciones en el 2006. Para el 2005 la tasa se incrementa en relación con los años anteriores (gráfico 4).

La tasa bruta de mortalidad en la población femenina observo un comportamiento cíclico irregular con tendencia al decrecimiento. En el 2002, se presenta el mínimo valor de la tasa bruta de mortalidad femenina dentro del periodo comprendido entre el 2002 y el 2006 (19,5 defunciones/diez mil habitantes), para el 2003 se incrementa el valor de la tasa (22 defunciones/diez mil habitantes) la cual decrece en el 2004. En el 2005 se presenta el máximo valor de la tasa (32 defunciones/diez mil habitantes), la cual nuevamente decrece en el 2006 (gráfico 4).

Gráfico 4. Tasa Bruta de Mortalidad por Genero Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por grupos quinquenales, 2002-2006



Fuente: Estadísticas Vitales, DANE

Al analizar el comportamiento de la mortalidad por grupos de edad. Se advierte que el porcentaje de defunciones en la población infantil (menor de cinco años) durante los dos primeros años del periodo de estudio (2002-2003) se mantuvo constante; es decir las defunciones de este grupo representaba aproximadamente el 6,9 por ciento de las defunciones totales. En el 2006, se presenta un decrecimiento abrupto en este indicador dado que las defunciones de este grupo de edad tan sólo representaban el 3,8 por ciento de las defunciones totales de este año (cuadro 4).



Cuadro 4. Porcentaje de Defunción por grupo de edad según año de ocurrencia. Departamento Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina, 2002-2006

Edad	2002	2003	2004	2005	2006
Men 1 año	6,36	6,35	5,71	6,25	2,70
1 a 4 año	0,58	0,53	0,95	0,00	1,08
5 a 14 año	1,73	1,06	1,90	1,34	0,54
15 a 44 año	19,65	18,52	19,05	17,86	19,46
45 a 64 año	15,03	18,52	20,95	22,32	21,62
65 años y más	55,49	53,97	50,95	51,34	54,59

Fuente: Estadísticas Vitales, DANE

En la población de 5 a 14 años, se presenta un comportamiento muy irregular, en el 2002 las defunciones en este grupo representaba el 1,7 y 1,1 por ciento en el 2003. La cual se incrementa en el 2004 (1,9 por ciento), fecha a partir de la cual empieza a decrecer hasta representar llegar a representar menos del 1 por ciento en el 2006 (cuadro 4).

Asimismo, se observó un comportamiento regular en el porcentaje de defunciones de la población adulta joven (15 a 44 años), la cual oscila entre un 18 y 19 por ciento. En la población adulta (45 a 64 años) el porcentaje de defunciones observa un comportamiento creciente, pasa de ser del 15 por ciento en el 2002 al 22 por ciento en el 2006. En cuanto a las defunciones que se presentan en la población adulta mayor (65 años y más), esta mantiene estable, este grupo representa más de la mitad (51 y 55 por ciento) de las defunciones totales que se presentan cada año (cuadro 4).

La importante reducción en la mortalidad para todos los grupos de edad, en especial en la etapa infantil (menores de un año), no es más que el resultado de las actividades del "Plan de Supervivencia Infantil" realizadas en el Departamento durante la década de los ochenta y noventa., con la creación en 1993 del equipo de gerencia de Promoción de la Salud. El Plan de Supervivencia, otorgó gran énfasis a los problemas relativos a la Educación para la Salud y Participación Comunitaria, elementos fundamentales para mejorar el impacto de los programas de Salud.

El Plan de Supervivencia Infantil, es un programa en el que participaron UNICEF, Organización

Panamericana de la Salud (OPS), la Comunidad Económica Europea (CEE) y otras agencias internacionales quienes brindaban apoyos financieros y cooperación técnica a los países. El plan tenía como finalidad contribuir a mejorar la calidad de vida de la niñez y bajar las tasas de mortalidad infantil.

El Plan se concentró en seis intervenciones: Control del embarazo, parto y riesgo materno; El control del crecimiento y desarrollo del niño; Lactancia materna y alimentación del destete; Las vacunaciones; La terapia de rehidratación oral y por último el control de infecciones respiratorias agudas. El objetivo primordial de este plan era el de reducir el índice de la mortalidad infantil en el Departamento ha descendido. Es así como en el 2003 se presentaron 11 defunciones por cada mil nacimientos, 17 en el 2005 y 13 en el 2006. Las defunciones infantiles que se presentaron se deben a causas congénitas o a malformaciones.

La principal causa de mortalidad en el Departamento para el periodo comprendido entre 2002 y 2006 fueron las enfermedades cardio-cerebro-vasculares (31 por ciento). Las enfermedades mixtas, explican aproximadamente el 27 por ciento de las defunciones totales. En tercer lugar se encuentran las defunciones por tumores malignos, con un 20 por ciento. Y por último, las defunciones por causas externas o violentas (13 por ciento) (cuadro 5).

Las principales de enfermedades del grupo III que afectan el índice de la mortalidad en el Departamento son las cardiovasculares, las isquemias del corazón y las hipertensivas. Entre 2002 y 2006 las enfermedades Cardio-cerebro-vasculares en el Departamento se mantuvieron un comportamiento irregular oscilando entre un 37 y 22 por ciento de las defunciones totales.

Para el 2005 este índice se redujo en 15 puntos porcentuales en relación con el año 2002, año en que estas defunciones representaban el 37 por ciento de las defunciones totales (cuadro 5).

El grupo de las mixtas, es realmente una miscelánea de enfermedades de muy diferente etiología y modelos de control. A nivel nacional, la diabetes mellitus responde por una de cada cinco muertes



dentro de este grupo¹. En el 2002 esta causa explicaba el 21 por ciento de las defunciones totales, ya entre el 2003 y el 2005 su comportamiento es constante, y esta causa explica entre el 24 y 25 por ciento de las defunciones. Su comportamiento se ve abruptamente agravado en el 2006 con el 35 por ciento de las muertes totales en este año se debían a esta causa (cuadro 5).

Cuadro 5. Proporción de las defunciones por grupo de causa de la muerte según total y año. Departamento Archipiélago de San Andrés y providencia. 2002-2006

GRUPO		2002	2003	2004	2005	2006 1/
I	Transmisibles	7,5	6,3	3,8	6,3	0,4
II	Tumores malignos	18,5	26,5	15,2	27,7	12,2
	Enfermedades Cardio-cerebro-vasculares	37,0	28,0	33,3	21,9	35,8
IV	Perinatales	3,5	3,2	4,8	4,0	3,9
V	Externas	12,7	10,1	16,7	15,6	10,6
	Violentas	20,8	25,9	24,8	24,1	34,6
VI	Mixtas	0,0	0,0	1,4	0,4	2,4
VII	Mal definidas					
TOTAL		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, DANE

1/ Estadísticas Vitales. Secretaría Departamental de Salud

En el 2002 aproximadamente el 19 por ciento de las muertes se debían a tumores malignos, mientras que para 2003 esta causa representaba el 27 por ciento de las defunciones totales (cuadro 5), la cual decrece 12 puntos porcentuales para nuevamente incrementarse en el 2005 (28 por ciento) hasta obtener su participación más bajo en el 2006, en donde tan sólo el 12 por ciento de las defunciones totales se explican por esta causa (cuadro 5).

Los principales tumores malignos que afectan a la población del Departamento son: El cáncer de pulmón y el cáncer de próstata, el de cáncer de mama y de útero. No obstante de no haber factores de riesgo bien establecidos para el cáncer de próstata parece que la dieta y la actividad física juegan un papel fundamental en su etiología. Asimismo, en el caso del

cáncer de mama, se ha identificado que la dieta como la obesidad y el alto consumo de grasas y proteínas animales son elementos de riesgos. Entre los factores de riesgo más asociados con la aparición de este cáncer de útero se encuentra la obesidad (que actuaría produciendo un aumento de la producción endógena de estrógenos) y el tratamiento sustitutivo con estrógenos. Por el contrario, el uso de anticonceptivos orales se ha descrito como un factor protector.

Según la OPS en su boletín epidemiológico número 1 de marzo del 2004 las defunciones por accidentes de tránsito se han convertido al nivel mundial en una "epidemia silenciosa que afecta a todos los sectores de la sociedad". Entre 1997 y el 2000 los accidentes de tránsito fueron la décima causa de mortalidad en las Américas. En el departamento de San Andrés la mortalidad por causas violentas y externas (grupo V) fue la tercera causa de defunción en la población general, producto de las campañas de educación y control efectuados por las autoridades. Esta causa de muerte fue la cuarta causa de defunción entre el 2002 y el 2006.

Para el periodo comprendido entre 2002 y el 2006 las defunciones por causa violentas o externas mantiene un comportamiento cíclico irregular en el primer subperiodo (2002-2003) la participación en las defunciones totales se reduce, pasando de ser del 13 al 10 por ciento. En el siguiente periodo (2004-2006) el porcentaje de defunción por esta causa decrece. En el 2004 el 17 por ciento de las defunciones totales se debían a esta causa, en el 2006 tan solo el 11 por ciento (cuadro 5).

Según el estudio de la mortalidad realizado por el DANE, en Colombia durante 1995, la principal causa de muerte del grupo V fue por homicidios, seguida de los accidentes de tránsito y los suicidios. En el departamento gracias a las condiciones sociales los homicidios no aparecen como una de las principales causa de muerte, no obstante esta tiende a incrementarse, pero si mantienen los accidentes de tránsito un liderazgo (por así decirlo) en este grupo de causa.

¹ DANE (1996). Este estudio de mortalidad según condiciones de vida en Colombia 1995. Documento en formato Pdf