

**Análisis de la Situación de Salud Participativo del Departamento
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina**

**Gobernación del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa
Catalina**

Nicolás Gallardo Vásquez
Gobernador

Mikel Watson Cantillo
Secretario de Salud Departamental

Mireys Salcedo Lara
Referente de Vigilancia en Salud Pública

Aisha Gordon Hooker
Enfermera Epidemióloga

**Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
Secretaría de Salud Departamental 2024**

EQUIPO DE TRABAJO

Liz Manuel Corpus

Referente Aseguramiento/Participación Social/Salud Mental

Alejandro Martínez Castrillón

Referente Salud Ambiental

Mayerling Fuentes Watt

Referente Plan de Intervenciones Colectivas/Salud y Género

Rosaura Halford Manuel

Referente Laboratorio de Salud Pública Departamental

Gina Manuel Hooker

Referente PAI/Niñas Niños y Adolescentes

Elda Lever Duke

Referente Salud Sexual y Reproductiva/Crónicas no Transmisibles/Salud Bucal

Sheree Duffis Forbes

Referente Inspección Vigilancia y Control de Alimentos

Stephanie Bernard Mitchell

Referente Enfermedad Transmitida por Vectores y Zoonosis

Julián Davis Robinson

Referente Prestación de Servicios

Shannie Livingston Escalona

Profesional Universitario Prestación de Servicios

Aurelia Thyme Pomare

Profesional Universitario Prestación de Servicios

Stephanie Barrios Rodríguez

Referente Salud en Etnia

Argelia Manuel Cardona

Referente Seguridad y Salud en el Trabajo

Leidy Suarez Carval

Referente Victimas/Discapacidad/Envejecimiento y Vejez/Promoción Social

Cynthia Díaz Murcia

Líder Planeación en Salud (Contratista)

Contenido

INTRODUCCIÓN	12
METODOLOGÍA	14
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	16
SIGLAS.....	17
1. CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO.....	19
1.1. Contexto territorial.....	19
1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica.....	19
1.1.2. Características físicas del territorio	21
1.1.3. Accesibilidad geográfica	27
1.2. Contexto poblacional y demográfico	28
1.2.1. Estructura demográfica.....	29
1.2.1.1. Población por ciclo vital	31
1.2.1.2. Otros indicadores demográficos	33
1.2.2. Dinámica demográfica.....	34
1.2.2.1. Otros indicadores de la dinámica de la población	36
1.2.2.2. Esperanza de vida.....	37
1.2.3. Movilidad forzada	38
1.2.4. Población LGBTIQ+	38
1.2.5. Población de pescadores y agricultores.....	38
1.2.6. Dinámica migratoria.....	38
Conclusiones.....	38
2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD -DSS 41	
2.1. Condiciones de vida	41
2.2. Seguridad Alimentaria	41
2.3. Condiciones y Factores Psicológicos.....	42
2.4. Sistema Sanitario	46
2.5. Servicios habilitados IPS.....	49

2.6.	Otros indicadores del sistema sanitario	55
2.7.	Cobertura de Educación	55
2.8.	Pobreza	56
2.8.1.	Índice de Pobreza Multidimensional IPM	56
2.8.2.	Necesidades Básicas Insatisfechas NBI	57
2.8.2.1.	Necesidades Básicas Insatisfechas Total:	57
	<i>Conclusiones</i>	58
3.	CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES	60
3.1.	Análisis de la morbilidad	60
3.1.1.	Análisis de la morbilidad principales causas	60
3.1.2.	Subcausas de morbilidad	64
3.1.3.	Morbilidad por salud mental	66
3.1.4.	Morbilidad de eventos de alto costo y precursores	67
3.1.5.	Morbilidad población migrante	68
3.1.6.	Morbilidad por pertenencia étnica	68
3.1.7.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	68
3.1.8.	Análisis de la población con discapacidad	68
3.1.9.	Análisis de la población étnica con discapacidad	68
3.1.10.	Identificación de prioridades en la morbilidad	69
3.1.11.	Caracterización de la Morbilidad	70
	<i>Conclusiones de morbilidad</i>	70
3.2.	Análisis de la mortalidad	72
3.2.1.	Mortalidad general	72
3.2.1.1.	Mortalidad por AVPP total	75
3.2.1.2.	Mortalidad por Tasas ajustadas de AVPP total	77
3.2.2.	Mortalidad específica por subgrupo	79
3.2.2.1.	Tasas ajustadas por la edad	79
3.2.2.1.1.	Enfermedades transmisibles	79
3.2.2.1.2.	Neoplasias	81

3.2.2.1.3.	Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.....	83
3.2.2.1.4.	Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	86
3.2.2.1.5.	Causas externas	88
3.2.2.1.6.	Mortalidad por las demás causas.....	90
3.2.3.	Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	95
	Tasa de mortalidad en menores entre 1-4 años	96
	Tasa de mortalidad en menores de cinco años.....	97
	Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez	98
	Mortalidad Materna	98
	Mortalidad Materna por Etnia.....	98
	Mortalidad Neonatal.....	99
	Mortalidad Infantil	100
	Mortalidad en la niñez.....	100
	Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menor de cinco años.....	100
	Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menor de cinco años .	101
	Mortalidad por Desnutrición en menor de cinco años	101
3.2.4.	Caracterización Mortalidad EAPB	101
3.3.	Cartografía Social y su respectivo análisis	104
3.3.1.	Construcción de Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel territorial.....	104
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.....	111
4.1.	Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas del territorio.	111
	Análisis.....	112
	Conclusiones.....	113
5.	CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	114

5.1. Matriz priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud.
114

Análisis..... 116

Conclusiones..... 117

6. CAPITULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO -PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD - APS..... 119

Análisis..... 119

Conclusiones..... 122

ANEXOS..... 125

REFERENCIAS 125

TABLAS

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia.	20
Tabla 2. Identificación y descripción de amenazas potenciales en San Andrés Isla.....	24
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. .	27
Tabla 4. Población por área de residencia. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.	29
Tabla 5. Proporción de la población por ciclo vital, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2019,2024 y 2029.	32
Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2019, 2024, 2029.	33
Tabla 7. Tasas de fecundidad, Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2008-2023.	36
Tabla 8. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005- 2023.	41
Tabla 9. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2023.	42
Tabla 10. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. 2023.....	46
Tabla 11. Coberturas de vacunación en biológicos trazadores, según meta programática, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. 2023.....	47
Tabla 12. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2005 - 2023.	48
Tabla 13. Sedes de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.....	49
Tabla 14. Distribución de EAPB en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.....	49
Tabla 15. Capacidad Instalada del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.....	55
Tabla 16. Determinantes intermedios de la salud -Sistema de educación del Departamento del Archipiélago, 2023.....	56
Tabla 17. Identificación de prioridades en la morbilidad	69

Tabla 18. Diferencias relativas de las causas de mortalidad trazadoras definidas en el PDSP. San Andrés, 2014-2023p..... 94

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2019, 2024, 2029.	30
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.	33
Figura 3. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2005 al 2023.	35
Figura 4. Tasas de fecundidad específica en mujeres, Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2023.	36
Figura 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina 2005 – 2024.	37

TABLA DE MAPAS

Mapa 1. Localización General del Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	19
Mapa 2. División política administrativa y límites, Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina.	20
Mapa 3. Zonas de Protección, del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2019.	25
Mapa 4. Acuíferos San Andrés Isla.	25
Mapa 5. Hidrografía del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2022.	26
Mapa 6. Relieve del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2022.	26
Mapa 7. Vías de comunicación del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina.	27

INTRODUCCIÓN

El análisis de situación de salud se ha convertido en un proceso básico que orienta las acciones del sector salud y organiza la respuesta desde diferentes sectores. Su abordaje implica el desarrollo de técnicas y procedimientos de análisis que permitan una visión general, pero a la vez particular de los determinantes que se expresan en desenlaces relacionados con la salud y con la enfermedad.

La salud pública vista desde tres dimensiones, la primera como la salud de las poblaciones y sus determinantes, lo que configura la dimensión del ser, la segunda como las acciones y políticas que se encaminan al logro de los más altos niveles de salud, lo que configura la dimensión del hacer y la tercera como un campo de conocimiento que convoca a diferentes áreas, lo que configura la dimensión del saber, dichas dimensiones parten del reconocimiento de las realidades poblacionales, aspecto que incluye los análisis del contexto tanto social como histórico, así como los eventos asociados a la salud enfermedad, incluida la natalidad y la muerte, así mismo la morbilidad y los traumas.

De esta forma, cualquier acción en salud debe partir de conocer las características en que nacen, viven y mueren las poblaciones, de tal forma que, en la búsqueda del objetivo de la salud, se surtan las acciones de manera apropiada.

El análisis de situación de salud, surge entonces de dicha necesidad de conocimiento de la realidad, ha variado en el tiempo y se ha ocupado de incorporar los enfoques y alternativas de análisis recientes como los relacionados con los determinantes sociales de la salud y la perspectiva poblacional para dicho análisis, así como la utilización de tecnologías adecuadas para la captación, procesamiento y análisis de la información, de esta forma, hoy día es posible encontrar diferentes opciones para la realización de un análisis de situación de salud que se corresponda con la utilidad necesaria para los tomadores de decisiones, tanto en el plano político y gubernamental, como en el plano comunitario, familiar y personal.

El Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina liderado por la Secretaría de Salud Departamental realiza el Análisis de la Situación en Salud (ASIS) adoptando la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con la finalidad de estandarizar el proceso de análisis de la situación de salud en los diferentes entes territoriales y con el que se

pretende mejorar el proceso que lleva a la disposición de información útil para la priorización de problemas en el marco de las dimensiones definidas en el PDSP 2022-2031. El cual permite de manera sistemática presentar un esquema que refleje la dinámica en salud de la población. Como parte de esta metodología se hace indispensable tener en cuenta la percepción de los actores del sistema local frente a evidentes problemas y afectaciones que generan las principales condicionantes en salud.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud – ASIS del Departamento se aplicó la guía metodológica para el ASIS bajo el modelo de construcción participativa entregado por el Ministerio de Salud y Protección Social, modelo que mide y determina asociación entre una condición social y el resultado de una situación de salud con sus actualizaciones y ajustes periódicos. Para la realización del proceso de consolidación, análisis y priorización se rige básicamente en tres procesos determinados de la siguiente manera:

1. Configuración del territorio: el cual determina las condiciones propias de la localidad además profundiza en las condiciones propias del Departamento. Se usó como fuentes de información las estimaciones y proyecciones de población a partir de los datos censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y las estimaciones de los indicadores demográficos publicados por la misma institución.
2. Procesos económicos y circunstancias de la vida social: caracteriza el territorio en términos económicos y las condiciones de vida de la población. Se utilizó fuentes de información DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y fuentes propias de la Entidad Territorial para conocer la relación entre los procesos económicos del territorio, las condiciones de vida de la población y otros determinantes sociales de la salud que explican el proceso de salud-enfermedad-atención de la población.
3. Desenlaces mórbidos y mortales: en este capítulo se toma como fuente de información la base de Datos SISPRO (Sistema Integral de la Protección Social), DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) los cuales son el punto de partida para extraer información de salud como morbilidad atendida y mortalidad. Para el análisis de la mortalidad, se utilizó la información del periodo entre el 2005 al 2023p, de acuerdo con las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE- y dispuestas en SISPRO. Se realizó una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud utilizando medidas de frecuencia, tasas de mortalidad ajustada por edad calculadas por el método directo, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad, razones de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J. y Greenland, S.

Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS – (SISPRO), los datos de los eventos de alto costo y precursores, así como los eventos de notificación

obligatoria – ENOS –, corresponden a indicadores calculados por el Ministerio y suministrados al ente territorial. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2011 al 2023; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2016 al 2023 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2023; Se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad. Para estas medidas también se estimó los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.; para las estimaciones se utilizó la herramienta provista por el Ministerio. Para el análisis de las desigualdades sociales en salud se estimaron las diferencias relativas, tales como el cociente de tasas extremas, cociente ponderado de tasas extremas, el riesgo atribuible poblacional, el riesgo atribuible poblacional relativo y las diferencias absolutas a través de la diferencia de tasas extremas, diferencia ponderada de tasas extremas.

4. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. A partir del de la tipificación de los núcleos de inequidad socio – sanitarios definidos se identifican las respuestas esperadas.
5. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio. Teniendo en cuenta los criterios de priorización se analizan a la luz de la información cuantitativa, cualitativa y lo incluido en el PTS.
6. 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. Este capítulo es el resultado final del análisis a partir de la definición de núcleos de inequidad, análisis de la respuesta de los actores, priorización, propuesta de respuesta y recomendaciones.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Agradecimientos al Gobernador del Departamento y al Secretario de Salud Departamental por impulsar la actualización del análisis de la situación de salud y su compromiso con la salud pública de sus habitantes, a los referentes de la Secretaría de Salud Departamental, la líder de Planeación en Salud y a todos los actores de la gobernación y demás actores que participaron en el proceso.

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

El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina fue creado a través de la constitución política, después de haber sido denominado intendencia por la Ley 52 del 26 de octubre de 1912. Se caracteriza por ser el único archipiélago insular de Colombia, y además la isla de mayor área del país. Su economía se basa principalmente en el turismo y el comercio, por ser un puerto libre, pero cuenta también con actividades de agricultura y pesca. El 19 de noviembre de 2012, Colombia mantuvo la soberanía sobre el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina e igualmente conservó 12 millas náuticas del agua que rodea estos territorios, pero perdió con Nicaragua casi 75.000 kilómetros cuadrados de mar debido a la sentencia emitida por la Corte Internacional de Justicia

El Archipiélago es de forma alargada, con dirección sureste – noreste: su superficie total es de 52,5 kilómetros cuadrados, lo cual convierte a este Departamento como la más pequeña de las divisiones político administrativas del país.

1.1. Contexto territorial

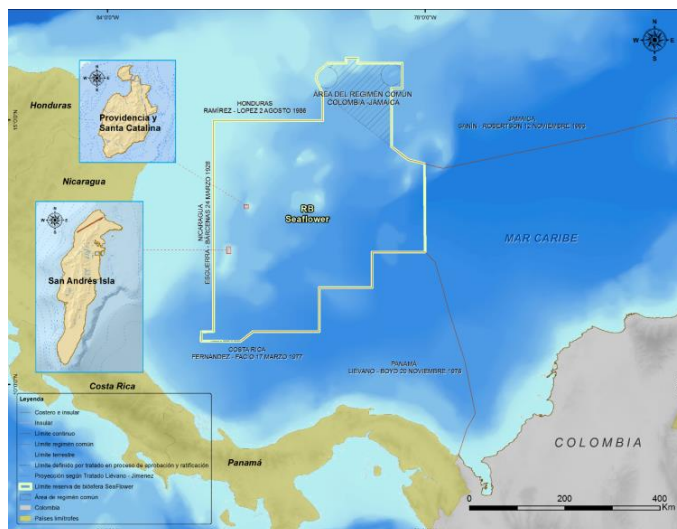
1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica

El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se localiza sobre una plataforma volcánica del Caribe suroccidental, a unos 720 km del noroeste de la costa colombiana y a 110 kilómetros de la costa nicaragüense.

El territorio del Archipiélago, posee una extensión total de 350.000 km², se localiza al noroccidente de Colombia en las coordenadas 12° 35' 37" y 14° 42' de latitud norte y 81° 40' 49" y 81° 43' 13" de longitud oeste, adentrándose en el sector centro-occidental del mar de las Antillas.

Es el territorio más septentrional del país y representa la soberanía nacional en el mar Caribe, sin interrupción desde La Guajira (punto norte de Colombia continental). Está localizado entre los 12° y 16° de latitud norte y los 78° y 82° de longitud oeste; debido a su estratégica posición geográfica, a través de su desenvolvimiento histórico, ha sido codiciado por otros países.

Mapa 1. Localización General del Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina



Fuente: Coralina - INVEMAR, 2014

El Departamento está conformado por las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, por los islotes o bancos de Alicia, Serrana, Serranilla y Quitasueño, por el bajo Nuevo y por los de cayos principales denominados Albuquerque, Roncador, East South East, Blowing Rocks, Cangrejo, Roco, Rosa. (Rosecay), (Johnny Cay).

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia.

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje del Departamento
San Andrés	27 Km ²	100%	NA		27 Km ²	61,36%
Providencia y Santa Catalina	NA		17 Km ²	100%	17 Km ²	38,64%
Departamento del Archipiélago de San Andrés y Santa Catalina	27 Km ²	61%	17 Km ²	39%	44 Km ²	100%

Fuente: Información Gobernación -SSD- IGAC.

Mapa 2. División política administrativa y límites, Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina.



Altitud y Relieve: El Departamento presenta relieves y constitución de rocas diferentes: San Andrés es producto de sedimentos calizos recientes y Providencia proviene de un volcán andesítico extinguido del período mioceno medio y superior. La primera de ellas presenta un pequeño sistema ondulado, con una altura máxima de 85 m sobre el nivel del mar que se extiende en la isla de sur a norte. Providencia es de relieve de colinas con elevaciones hasta de 350 m sobre el nivel del mar, como el alto Pik en la parte central de la isla. Santa Catalina, separada de la anterior por un canal de 150 m de ancho, es relativamente quebrada y su altura máxima es de 133 metros sobre el nivel del mar; los cayos son pequeños afloramientos de arrecifes coralinos formados principalmente por arenas calcáreas, algunas veces con vegetación de cocoteros y hierbas altas. La isla de Providencia cuenta con un embalse construido en el sector de Fresh Water Bay.

21

agua lluvia y se potabiliza agua de mar a través de plantas desalinizadoras introducidas.

En la actualidad, la isla de San Andrés cuenta con tres plantas desalinizadoras, de las cuales solo dos se encuentran en uso, estas plantas surten parcialmente de agua dulce a la población, Para muchos, es obvia la inexistencia de ríos en el territorio insular, sin embargo, es interesante saber que en Providencia existen arroyuelos que nutren las venas de la isla, y en algunas temporadas incluso se forman cascadas. También existe allí una pequeña represa que recolecta estas aguas para beneficio de la comunidad.

Para el caso de San Andrés, existen pequeños cuerpos de agua dulce que vale la pena considerar; varias lagunas, humedales y manglares que son vitales para el ecosistema y la diversidad biológica que sostienen. Pero es de especial importancia el agua que no se ve. El agua que cae en forma de lluvia no solo nutre los ríos, lagos, lagunas y demás cuerpos de agua dulce superficiales. Parte de estas aguas se filtra a través de rocas permeables hasta formar los acuíferos y en el archipiélago, los raizales acceden a estas aguas a través de posos artesanales. Existió en la isla toda una cultura de la recolección, uso y cuidado del agua; el agua de lluvia se recolectaba en cisternas y tanques aprovechando los tejados con canaletas que dirigían el agua hacia estas estructuras de almacenamiento, también había un trato muy respetuoso para el agua; había un agua destinada al consumo humano, otra era el agua para los animales y otra, el agua para las tareas domésticas. Además, no se hacían posos de forma indiscriminada; podría decirse que había una administración comunitaria del agua.

Zonas de riesgo

Amenazas Naturales: Los principales riesgos del Departamento Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se derivan su posición geográfica, razón por la cual este se ha sido afectado en varias ocasiones por los ciclones o huracanes que se forman en el océano Atlántico y entran sobre el mar Caribe. Así mismo, el 36% del área total emergida es vulnerable a fenómenos naturales (sin contar el área de riesgo por ascenso del nivel del mar ni por huracanes); de este valor, el 17% se encuentra en riesgo alto especialmente por deformación en los bordes costeros. En riesgo moderado se encuentra el 19% del área emergida, complementándose de esta forma las franjas de alta vulnerabilidad en cinturón de áreas susceptibles donde se debe limitar y/o prohibir la localización de nuevos usos del suelo.

Si se toma en cuenta el fenómeno de ascenso del nivel del mar, hablaríamos de un área aproximada de 412 hectáreas de factible inundación, estas áreas se superponen en algunos sectores del territorio a otros lugares con alta y moderada vulnerabilidad. El borde costero se encuentra clasificado como zona con mayor probabilidad de afectarse por los efectos de un huracán, la cual está representada por borde costero. La zona de amenaza media es el área que abarca las zonas ubicadas en la serranilla franjas pendientes localizadas en la Cuenca del Cove y el Cliff. La zona de amenaza baja es el área cuya afectación principal está dada por vientos.

(Anexo 1A. Antecedentes Depresiones Tropicales, Tormentas Tropicales y huracanes)

Amenazas Antrópicas: Por su condición insular, El Archipiélago presenta una alta vulnerabilidad ambiental al manejo de los residuos sólidos y al uso del suelo y cuenta con un solo sitio para la disposición final de desechos no peligrosos (Relleno sanitario Mágic Garden) y cuenta con 2 gestores para el procesamiento y disposición final de los residuos peligrosos. La Corporación para el desarrollo sostenible del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina CORALINA, otorgo Licencia Ambiental a el gestor externo UNION TEMPORAL BIODESCONTEC SAI, para el desarrollo de la actividad de tratamiento de residuos peligrosos hospitalarios, Infecciosos o de Residuos biológicos de tipo biosanitario y cortopunzante, quien posteriormente realiza Cesión de esta Licencia Ambiental a la Empresa SOLUCIONES AMBIENTALES S.A.S. Adicionalmente la Corporación Ambiental CORALINA otorgo licencia Ambiental al Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, para el desarrollo de la actividad de tratamiento de residuos hospitalarios y similares por desactivación de alta eficiencia por calor húmedo, al Hospital Departamental de San Andrés y su red de servicios conformada por los puestos de salud de la Loma, San Luis y el Hospital de la isla de Providencia y Santa Catalina.

Reserva de Biosfera: El Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, cayos, islotes y bancos, enfrentan un compromiso internacional especial en la búsqueda del desarrollo sostenible. Fue declarado por la Unesco como Reserva Mundial de la Biosfera, el 9 de noviembre de 2000 y está ubicado en la Zona de Turismo Sustentable del Caribe (ZTSC). En enero de 2005, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial de Colombia estableció 65 000 km² de su extensión marítima como Área Marina Protegida, y dentro de su territorio se encuentran un parque nacional y dos parques regionales. Todas estas son figuras de conservación ambiental que exigen una responsabilidad adicional con el medio ambiente.

La hidrología de la Isla está compuesta por un sistema de microcuencas con sentido norte- sur, dividido a una altura aproximada de 85 m, en dos sistemas montañosos que dan forma al Valle del Cove, donde se localiza la zona de mayor recarga del acuífero, designada a su vez como la principal zona núcleo de la Reserva de Biosfera Seaflower. Este sistema cuenta con un total de cinco microcuencas que poseen drenajes naturales que desembocan en la zona costera y en el mar.

La microcuenca El Cove es la microcuenca de mayor importancia ambiental de la isla, por ser la principal zona de recarga de los acuíferos. Siguiéndole en importancia la Micro cuenca Occidental, al poseer gran potencial para mejorar el aprovechamiento del recurso y la Micro cuenca Oriental que posee la mayor parte de los drenajes naturales que llegan a las zonas de manglar y además posee una zona potencial para mejorar el aprovechamiento de aguas subterráneas.

Tabla 2. Identificación y descripción de amenazas potenciales en San Andrés Isla.

Amenaza	Sectores susceptibles
Ciclones tropicales	Toda la isla
Inundaciones	Se ve afectada toda la subregión, con énfasis en: Humedal Zotas, Barrio Obrero, Barrio las Gaviotas, Back Road parte baja, black dog, Santana, Natania Serranilla, Hell Gate, Humedal Zotas, Swamp Ground , (Cra 9 con calle 16 y 4ta-Yamaha), Av.Juan XXIII (con Cra.8 y 8b), School House (Calle 19 y transversal 10), Av. Colón con Av. Costarica(Banco Bogotá), Sarie Bay(Intersección Calle 2 con Cra. 16), Av. Providencia, Av. Américas (zona almacén el vecino, Port Arthur, y Telecom- Cañón de Morgan), Av. 20 de Julio, sector aeropuerto (Calle 6).
Sequía	Toda la isla
Sismos	Toda la isla con diferentes niveles de susceptibilidad de bajo hasta moderado.
Remoción en Masa (procesos morfodinámicos)	Caída de rocas. Áreas aledañas al cerro del Cliff y zonas altas de la isla, Atlántico (parte baja), Jones Ground, Las Gaviotas, Jhon Well, Back Road (parte alta), Botton Ground, School House, Miss May's Cliff (no tiene asentamientos). Desprendimiento y deslizamiento: Old Country, Schooner Bight, Green Hill (parte alta) y Cove Hill. Kárstica: la Cuenca del Cove (lagunas, Manuel Pond, Big Pond). Procesos erosivos: Loma del radar, Taylor Hill, Cove
Incendios forestales	Toda la isla
Erosión del borde costero	Spratt Bight Costa occidental de North End Sound bay, Vía circunvalar
Tsunamis	No existen registros históricos. La presencia en San Andrés de fragmentos métricos de rocas de origen pleistocénico en áreas boscosas interiores, sin que se tengan dataciones precisas de su desplazamiento (Geister).
Susceptibilidad geotécnica a licuación/deformación suelos	No incluyó descripción

Fuente. Tomada de la Tabla 29. Descripción de Amenazas Potenciales en el Archipiélago. Del Plan Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres, CDGRD – UNGRD - PNUD, 2012

Zonas de Protección: Las zonas que deben ser objeto de protección son las de amortiguamiento, zonas de conservación y los humedales. Estas son de vital importancia para que fluya normalmente el desarrollo de los ecosistemas sin la intervención negativa de los seres humanos. Se deben tomar medidas de protección enfocadas a la conservación y protección por parte de la corporación ambiental y otros entes de control ambiental.

Mapa 3. Zonas de Protección, del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2019.

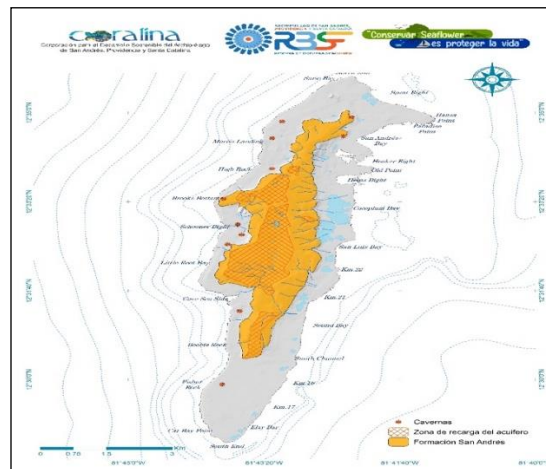


Fuente: SIG CORALINA 2019.

(Anexo 2A. Eventos asociados al cambio climático global)

Temperatura y Humedad: Por su localización en la zona intertropical, el Archipiélago se caracteriza por las altas temperaturas que registran un promedio anual de 27,3°C. La influencia de los vientos alisios, que soplan del noreste, determina en parte las épocas lluviosas que comienzan en el mes de mayo, y alcanzan su máximo en los meses de octubre y noviembre prolongándose hasta diciembre; durante estos meses se registra el 80% de la lluvia anual, que en promedio es de 1.700 mm. Las altas temperaturas y los vientos se conjugan en un clima cálido semi - húmedo. Por su posición geográfica el Archipiélago ha sido afectado en varias ocasiones por los ciclones o huracanes que se forman en el océano Atlántico y entran sobre el mar Caribe.

Mapa 4. Acuíferos San Andrés Isla.



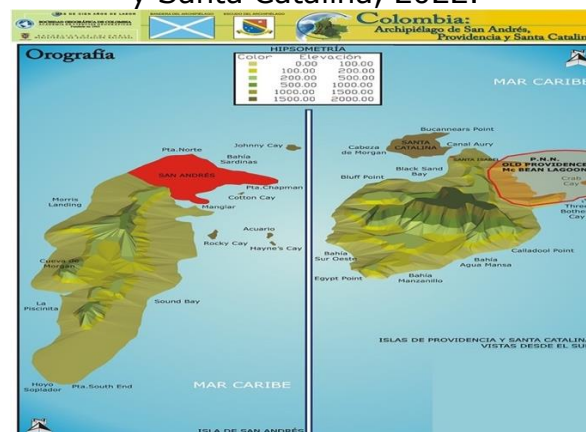
Fuente. Coralina

Mapa 5. Hidrografía del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2022.



FUENTE: IGAC, 2022.

Mapa 6. Relieve del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2022.



FUENTE: IGAC, 2022.

1.1.3. Accesibilidad geográfica

El principal medio de transporte es el terrestre. Tanto San Andrés como Providencia que disponen de carreteras que bordean las islas, así como vías secundarias que conectan barrios costaneros con el interior de las islas. El tiempo promedio de llegada desde las localidades de salud remitentes al nivel superior de complejidad es de 20 minutos desde el municipio de Providencia por vía aérea. San Andrés cuenta con una vía terrestre conocida como la Circunvalar de San Andrés; esta ruta recorre el perímetro de la isla de San Andrés, contrario a las manecillas del reloj, y tiene una longitud de 27,8 kilómetros.

Una de las principales vías de comunicación entre el archipiélago y el continente es el aéreo, para lo cual cuenta con el aeropuerto "General Gustavo Rojas Pinilla" que permite la conexión con las principales ciudades del país, así como con Centro y Norteamérica. Le sigue en importancia el transporte marítimo, ya que las islas poseen amplias y seguras bahías que permiten el anclaje de embarcaciones de mediano calado. El transporte de carga entre las islas se hace principalmente por este medio.

En el Departamento se utilizan las tres formas de acceso, vía aérea, terrestre o marítima. La vía de acceso marítima es muy importante especialmente para acceder y comunicarse con las Islas de Providencia y Santa Catalina.

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros
Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina.

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del Departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del Departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del Departamento
San Andrés	20 minutos	84 km	Aéreo
Providencia y Santa Catalina	3 a 8 horas	84 km	Marítimo

Fuente: SIRAP Sistema Regional de Áreas Protegidas del Caribe Colombiano.

Mapa 7. Vías de comunicación del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina.



Fuente: Información Gobernación -SSD- CORALINA.

1.2. Contexto poblacional y demográfico

Población

Población total

La población del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina para el año 2024, de acuerdo con las estimaciones del DANE, es de 62.249 habitantes, de los cuales el 47,6% (29.610) son hombres y el 52,4% (32.639) son mujeres. Con respecto al censo anterior el número de habitantes para el año 2005 es de 62.120 observando un incremento del 0,2%.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La densidad de habitantes por kilómetro cuadrado la podemos medir a través del cálculo entre los kilómetros cuadrados del Departamento y la población proyectada para este. La población del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina para el año 2024, de acuerdo con las estimaciones del DANE, es de 62.249 habitantes que se distribuyen en un área de 44 kilómetros cuadrados, es decir que hay 1.415 personas por kilómetro cuadrado en la isla de San Andrés.

Población por área de residencia urbano/rural

Para el año 2024 se registra un 72% de la población habitando las áreas urbanas del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Este porcentaje se ha mantenido: para el censo de 1993, tal porcentaje estuvo en un 72,1%, para el censo de 2005 tal porcentaje pasó a ser del 71,5% y para el Censo 2018 en la proyección corresponde a 72%.

Es imperativo mencionar la inconformidad respecto al Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 expresado en las diferentes mesas de trabajo y escenarios con participación de entidades, líderes raizales, y sociales donde se solicita un censo real ya que la población en el Archipiélago mayor a la definida en el último censo. Situación que afecta la toma de decisiones basadas en evidencia y en consecuencia la planeación efectiva por disponibilidad de recursos tanto financieros como ambientales entre otros.

Tabla 4. Población por área de residencia. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
San Andrés	41.200	73%	15.109	27%	56.309	73%
Providencia y Santa Catalina	3.363	57%	2.577	43%	5.940	57%
Total Departamento	44.563	72%	17.686	28%	62.249	72%

Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID.

Se puede observar que se ha mantenido el grado de urbanización entre el periodo 2005 al 2024, situación relacionada al fenómeno migratorio principalmente en los grupos de edad productiva laboralmente (25 a 44 años), ya que ingresan a la isla consiguen residencia y se han quedado incluidos en los censos y por ende en las diferentes proyecciones.

A su vez, existe un grupo poblacional en situación irregular que evaden las visitas institucionales e incluidas las que son con fines censales, quienes están aprovechando los recursos naturales limitados que tiene el Departamento aumentando los efectos perjudiciales ambientales y las consecuencias sobre los determinantes sociales que terminan incidiendo negativamente en los resultados en salud.

Población con pertenencia a pueblos y comunidades étnicas

(Ver anexos 3A. Población con pertenencia a pueblos y comunidades étnicas)

1.2.1. Estructura demográfica

El Departamento del Archipiélago San Andrés Providencia y Santa Catalina para el año 2024 muestra una pirámide poblacional regresiva que representa una población con descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento

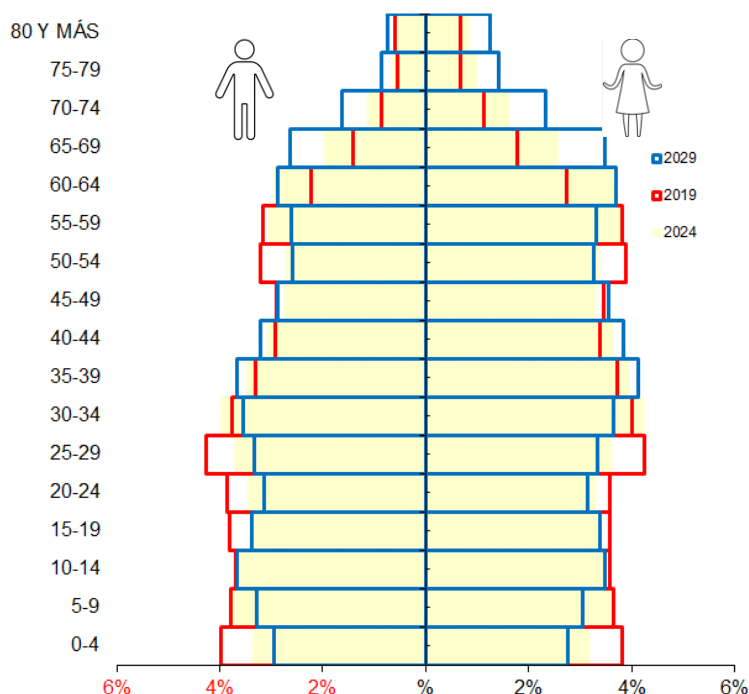
en su base con expectativa menor a la población del año 2019. Se observa que hay incremento de la población adulta y adulto mayor, lo que indica envejecimiento de la población.

Para el año 2024 se observa un crecimiento poblacional a partir de los 30 años, sobrepasando el año 2019 que podría considerarse como ventaja demográfica importante para el Departamento, porque se tiene bastante población joven y potencialmente productiva, disminuyendo en tal sentido las personas potencialmente dependientes. Por lo tanto, es relevante pensar en propuestas macroeconómicas y estrategias de salud acordes al curso de vida que permitan a estas generaciones mejorar las condiciones de vidas y de igual manera aunar esfuerzos para lograr trabajar transectorialmente con educación, deportes, cultura, infraestructura etc.

Es necesario resaltar que en el análisis del fenómeno migratorio se ve reflejado en los grupos de edad productiva laboralmente (30 a 44 años), ya que ingresan a la isla consiguen residencia y han quedado incluidos en los censos y por ende en las proyecciones.

De igual manera, el incremento de la población adulta mayor demanda igualmente garantizar la continuidad y priorización de acciones de salud enfocadas a la prevención de las enfermedades crónicas o de sus complicaciones, además de ampliar las coberturas de los diferentes programas o acciones en salud que abarcan a esta población.

Figura 1. Pirámide poblacional del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2019, 2024, 2029.



Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

1.2.1.1. Población por ciclo vital

De acuerdo a las proyecciones del DANE, de cada ciclo vital, se observa que el grupo de la primera infancia, presenta disminución de la frecuencia relativa en los años 2024 y 2029, igualmente en los ciclos vitales de infancia y juventud; igualmente para el ciclo vital de adolescencia con la diferencia que presenta tendencia al incremento en la población para los próximos años. Para el ciclo vital de adultez o económicamente activa representada en un leve descenso. Por último, para el ciclo vital de mayores de 60 años hay un incremento en 2.657 personas.

Para el año 2024, el ciclo vital de adultez presenta mayor frecuencia en relación con los otros grupos de edad, el peso porcentual equivalente al 42,7 y 41,6% para los años 2024 y 2029 respectivamente. La población joven e infantil del Departamento que hace referencia a la primera infancia, infancia, adolescencia y Juventud corresponde a 40,3% (25.090 habitantes) del total de la población del 2024.

Esto confirma el comportamiento de la dinámica poblacional descrito en el análisis de la pirámide, en donde los niños y adolescentes van disminuyendo, mientras se incrementa la población adulta mayor.

Tabla 5. Proporción de la población por ciclo vital, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2019, 2024 y 2029.

Ciclo vital	2019		2024		2029		Δ (2024-2019)
	n	%	n	%	n	%	
Primera infancia	5.814	9,3%	4.959	8,0%	4.251	6,9%	-14,71%
✓ Hombres	2.969	4,8%	2.551	4,1%	2.193	3,6%	-14,1%
✓ Mujeres	2.845	4,6%	2.408	3,9%	2.058	3,3%	-15,4%
Infancia	5.500	8,8%	5.497	8,8%	4.922	8,0%	-0,1%
✓ Hombres	2.798	4,5%	2.814	4,5%	2.540	4,1%	0,6%
✓ Mujeres	2.702	4,3%	2.683	4,3%	2.382	3,9%	-0,7%
Adolescencia	5.480	8,8%	5.184	8,3%	5.200	8,4%	-5,4%
✓ Hombres	2.795	4,5%	2.611	4,2%	2.630	4,3%	-6,6%
✓ Mujeres	2.685	4,3%	2.573	4,1%	2.570	4,2%	-4,2%
Juventud	10.731	17,2%	9.450	15,2%	8.720	14,2%	-11,9%
✓ Hombres	5.507	8,8%	4.803	7,7%	4.350	7,1%	-12,8%
✓ Mujeres	5.224	8,4%	4.647	7,5%	4.370	7,1%	-11,0%
Adultez	27.043	43,3%	26.588	42,7%	25.612	41,6%	-1,7%
✓ Hombres	12.572	20,1%	12.283	19,7%	11.796	19,2%	-2,3%
✓ Mujeres	14.471	23,2%	14.305	23,0%	13.816	22,4%	-1,1%
Vejez	7.914	12,7%	10.571	17,0%	12.878	20,9%	33,6%
✓ Hombres	3.525	5,6%	4.548	7,3%	5.375	8,7%	29,0%
✓ Mujeres	4.389	7,0%	6.023	9,7%	7.503	12,2%	37,2%
Total de población	62.482	100,0%	62.249	100,0%	61.583	100,0%	-0,4%

Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

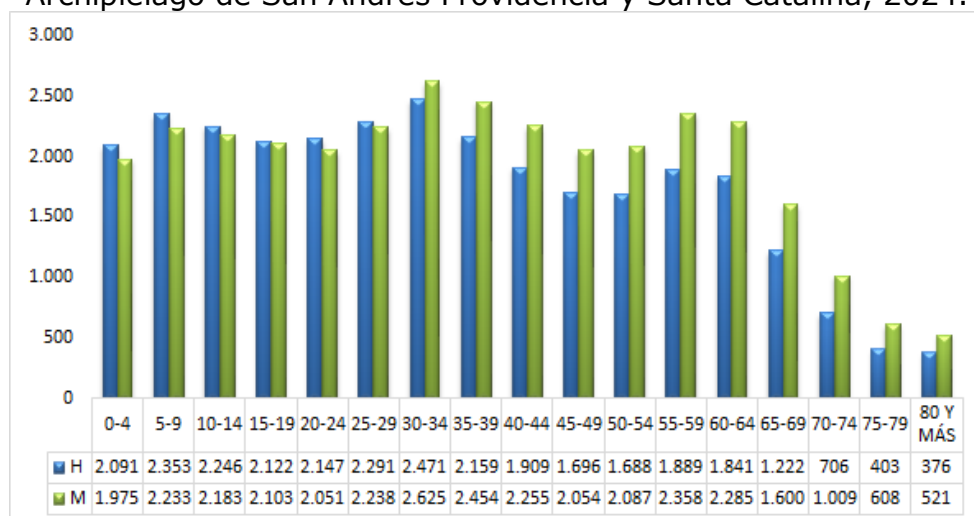
Teniendo en cuenta la población por sexo y grupo de edad, se observa que en general es mayor la población en el género femenino que masculino con una diferencia de 3.029 personas para el año 2024.

De igual forma se corrobora que la mayor cantidad de la población se encuentra el grupo poblacional de 25 a 44 años es donde más se concentra la población con un 30%, seguido de las edades de 0 a 24 años; para los quinquenios a partir

de los adultos mayores de 60 años corresponde al grupo con la menor cantidad poblacional.

Este análisis es indispensable para la distribución de recursos y la planificación de acciones en salud, indicando que la balanza debe estar más inclinada a la población infantil, adolescente y joven, sin descuidar a los adultos mayores que se proyectan al aumento.

Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.



Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

1.2.1.2. Otros indicadores demográficos

Los principales indicadores demográficos muestran que para el año 2024 la población total se redujo en 1,4% (n= 233 habitantes) con respecto al año 2019. Así mismo, se observó un descenso en los índices de infancia y juventud. El índice demográfico de dependencia presenta un incremento, al igual que el índice de dependencia en mayores. El índice de Friz que determina si la población es joven o envejecida y se encuentra en 100,0 lo que quiere decir que la mayoría de la población es adulta o madura.

Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2019, 2024, 2029.

Índice Demográfico	Año			Interpretación
	2019	2024	2029	
Población total	62.482	62.249	61.583	En el año 2024 se presentó una reducción del 0,4% del total poblacional con respecto año 2019. De 2024 a 2029 se proyecta un descenso en 1,1%.

Población Masculina	30.166	29.610	28.884	En el año 2024 se presentó un descenso del 1,9% del total de hombres con respecto al año 2019. De 2024 a 2029 la disminución será del 2,5%.
Población femenina	32.316	32.639	32.699	En el año 2024 se presentó un aumento del 1,0% del total de mujeres con respecto al año 2019. De 2024 a 2029 el aumento será de 0,2%.
Relación hombres: mujer	93,35	90,72	88	En el año 2019 por cada 93 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2024 por cada 91 hombres, había 100 mujeres.
Razón niños: mujer	30	26	23	En el año 2019 por cada 30 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2024 por cada 26 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.
Índice de infancia	22	21	19	En el año 2019 de 100 personas, 22 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 21 personas.
Índice de juventud	23	21	20	En el año 2019 de 100 personas, 23 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 21 personas.
Índice de vejez	8	10	14	En el año 2019 de 100 personas, 8 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 10 personas.
Índice de envejecimiento	34	49	75	En el año 2019 de 100 personas, 34 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 49 personas.
Índice demográfico de dependencia	43,21	45,70	50,43	En el año 2019 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 43 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2024 este grupo poblacional fue de 46 personas.
Índice de dependencia infantil	32,17	30,62	28,87	En el año 2019, 32 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2024 fue de 31 personas.
Índice de dependencia mayores	11,03	15,09	21,57	En el año 2019, 11 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2024 fue de 15 personas.
Índice de Friz	108,62	98,20	91,26	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas 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.

Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

1.2.2. Dinámica demográfica

Tasa de Crecimiento Natural: Este indicador muestra una tendencia a la disminución a través del tiempo, pasando de 11 personas por cada 1000 habitantes durante el año 2005 a 6 personas durante el año 2023. Por lo que se pudo evidenciar un descenso de la tasa de crecimiento natural del 83,3%. La disminución se podría deber a las elevadas tasas de mortalidad y descenso en las tasas de natalidad.

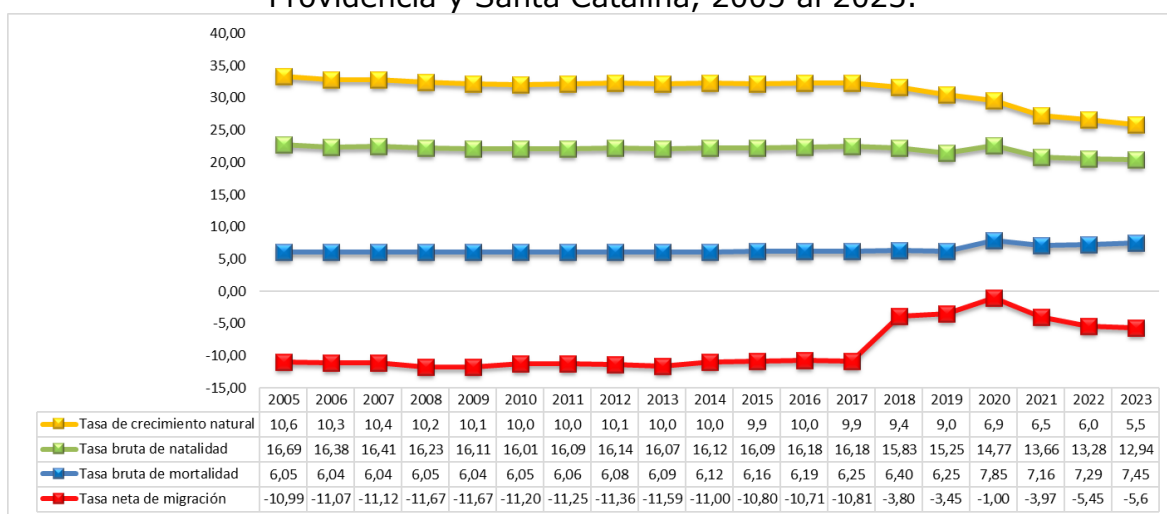
Tasa Bruta de Natalidad: La tasa de natalidad presenta una disminución 29% desde el año 2005 al año 2023 que registra 17 nacimientos por cada 1000 habitantes, estos datos son concordantes con la pirámide de población que con

el transcurrir de los años se disminuye en su base observándose una decreciente en el tiempo. El valor de este indicador para el año 2023 fue de 13 nacimientos por cada 1000 habitantes para el Departamento.

Tasa Bruta de Mortalidad: El indicador muestra un comportamiento variable con tendencia al incremento a través del tiempo, de acuerdo al reporte para el año 2023p por cada mil habitantes siete (7) personas perdieron la vida, en tanto que, durante el año 2005, seis (6) personas perdían la vida por mil habitantes. El valor de este indicador para el año 2023 fue de 7,45 defunciones por cada 1000 habitantes para el Departamento, evidenciando un ligero descenso para este último año analizado.

Tasa Neta de Migración: Para el Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina se obtienen unas tasas negativas desde el año 2005 al 2023 lo que indica que hay un flujo considerable habitantes que salen del Departamento mayor al que ingresa, esto se debe a la búsqueda de mayores oportunidades laborales, superación académica, Aunque el flujo de inmigrantes al Departamento está representado por desplazamientos forzados y población que ha llegado con situación irregular en búsqueda de mejor calidad de vida y seguridad para los hogares. Según las estimaciones del DANE sobre el cambio demográfico de la Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID para el año 2023 el Departamento registra una tasa neta de migración de -5,6 migrantes por mil habitantes.

Figura 3. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2005 al 2023.



Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

1.2.2.1. Otros indicadores de la dinámica de la población

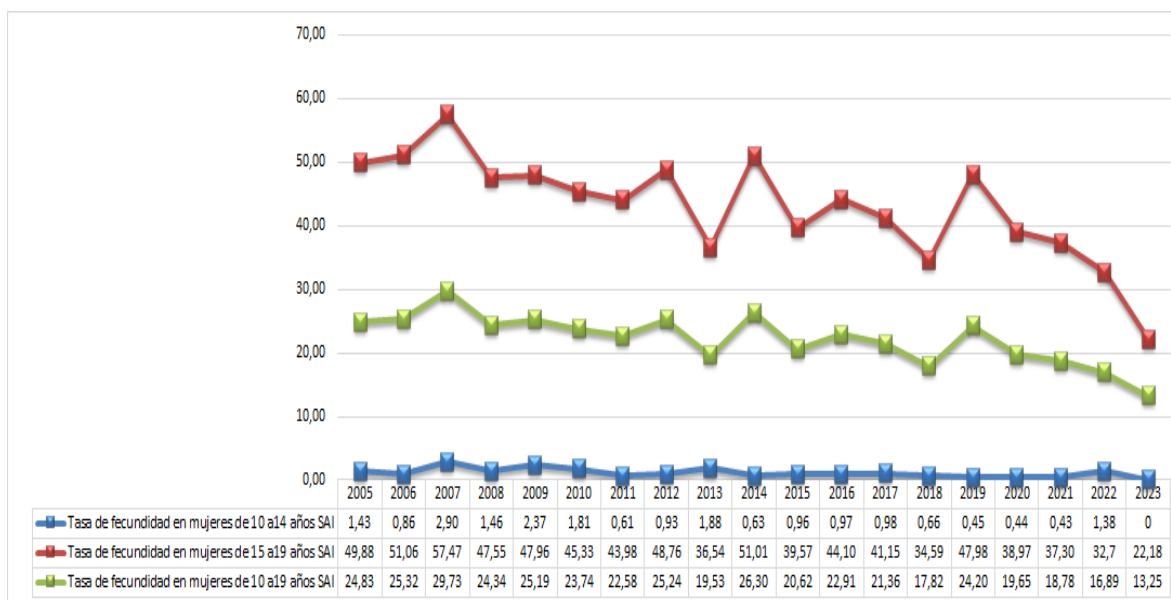
- **La Tasa General de Fecundidad** Las tasas más altas del periodo analizado corresponden a los años 2016 y 2017. Se observa una tendencia al descenso a partir del año 2018 hasta el año 2021, pasando de 78,5 a 26,2 respectivamente, para el año 2022 presenta un ligero aumento con una tasa de 39,0 nacimientos por mil mujeres en edad fértil descendiendo para el año 2023 en 36,06. Su comportamiento es oscilante a lo largo del periodo.
- **La Tasa Global de Fecundidad** indica un promedio a lo largo del periodo 2008-2023 de 2 hijos por cada mujer al terminar su periodo fértil.
- **La Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años** muestra un comportamiento variable, pero con tendencia a la reducción a partir del año 2018 al 2023. En el último año analizado, la tasa fue de 0,0 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años, siendo la más baja del período analizado.
- **La Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años** en el año 2023 fue de 22,18 nacimientos por cada 1000 adolescentes de este grupo de edad. Este indicador muestra un comportamiento descendiente con respecto al año 2010.
- **La Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años** en el año 2023 fue de 13,25 nacimientos por cada 1000 adolescentes de este grupo de edad, con tendencia al descenso.

Tabla 7. Tasas de fecundidad, Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2008-2023.

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tasa General de Fecundidad (por mil)	165,30	87,82	65,59	65,70	32,18	50,16	47,35	23,21	181,63	166,80	78,47	61,08	57,35	26,22	39,01	36,06
Tasa Global de Fecundidad (por mujer)	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2	2	2	2	2	1,9	1,8	1,8	1,8

Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

Figura 4. Tasas de fecundidad específica en mujeres, Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2023.



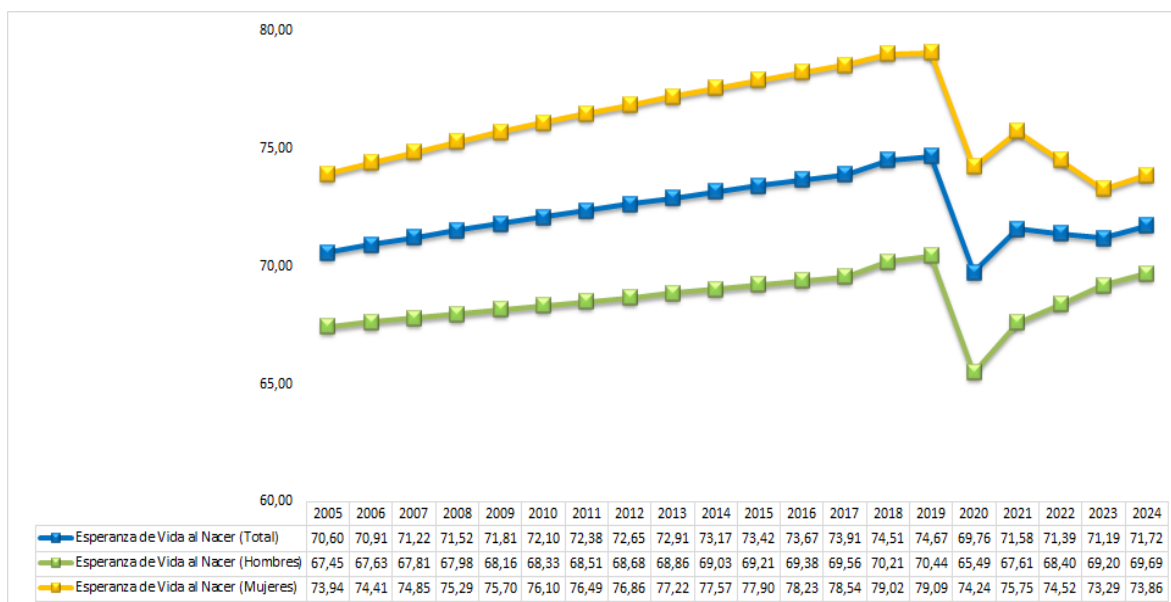
Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

1.2.2.2. Esperanza de vida

Para el Departamento de Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina este indicador viene presentando un aumento progresivo de la esperanza de vida de la población; en el año 2005 la esperanza de vida de la población era 70,6 años, para el año 2024 la esperanza de vida aumento a 71,72 años; sin embargo; es importante señalar que la esperanza de vida nacional es de 77,46 años.

La esperanza de vida ha mantenido diferencias por género, específicamente para el caso de las mujeres donde su expectativa de vida en el departamento es de 73,86 años, 6,47 años menos que el nivel nacional, ya que el país registra una esperanza de vida de 80,33 años. Para los hombres la esperanza de vida en el departamento es de 69,69 años, mientras que el país registra una esperanza de vida de 74,74 años. La diferencia entre ambos sexos reside en las elevadas tasas de mortalidad y los años de vida potencialmente perdidos que impactan más a los hombres y que contribuyen mayor carga de muertes en el Departamento.

Figura 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina 2005 – 2024.



Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

1.2.3. Movilidad forzada

(Ver anexos 4A. Movilidad forzada)

1.2.4. Población LGBTIQ+

(Ver anexos 5A. Población LGBTIQ+)

1.2.5. Población de pescadores y agricultores

(Ver anexos 6A. Población de pescadores y agricultores)

1.2.6. Dinámica migratoria

(Ver anexos 7A Población Migrante)

1.2.7. Población habitante de calle, en calle y Riesgo de calle

(Ver anexos 8A. Población habitantes de calle, en calle y riesgo de calle)

1.2.8. Población Identificada Como Víctima De Violencia

Conclusiones

El Departamento de San Andrés y Providencia se encuentra ubicado al noroeste del territorio continental nacional, en el sector occidental del mar Caribe, establecido a través de la constitución política, después de haber sido

denominado intendencia por la ley 52 del 26 de octubre de 1912. Se caracteriza por ser el único Departamento insular de Colombia, y la isla de mayor área del país. El Departamento se compone de otras islas, cayos e islotes sobre la plataforma volcánica del occidente del mar Caribe. Su economía se basa principalmente en el turismo y el comercio, por ser un puerto libre, pero cuenta también con actividades de agricultura y pesca. En los últimos 12 años, ha hecho parte de la controversia territorial y de delimitación marítima entre Colombia y Nicaragua.

El Departamento del Archipiélago San Andrés Providencia y Santa Catalina de acuerdo con el censo de 2018 cuenta con dos poblaciones étnicas importantes, los afrocolombianos o negros, que representan el 14,2% de esta población, y los Raizales (40,8%), cuya identidad está basada en su historia, sus manifestaciones culturales y su lengua (CREOLE). Los raizales guardan una fuerte relación cultural con los pueblos antillanos como Jamaica y Haití.

En cuanto a la población por etnia en grandes grupos de edad se evidencia que el 21,7% de las mujeres se encuentra en el grupo de 0 a 14 años; mientras que el 70% se concentra en el grupo de 15 a 64 años, por su parte el 24,9% de los hombres se encuentra en el grupo de 0 a 14 y el 68,2% en el grupo de 15 a 64 años.

Según la proyección de la población realizada por el DANE, el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina para el año 2024, de acuerdo con las estimaciones del DANE, es de 62.249 habitantes, de los cuales el 47,6% (29.610) son hombres y el 52,4% (32.639) son mujeres. Con respecto al censo anterior el número de habitantes para el año 2005 es de 62.120 observando un incremento del 0,2%.

En cuanto a la pirámide poblacional, de tipo regresiva, representando una población con descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento en su base con expectativa menor a la población del año 2019, podemos observar que para el año 2024 hay un crecimiento en la población adulta mayor, lo que indica envejecimiento de la población.

La tendencia en proporción por ciclos vitales para el 2024 muestra que el grupo de la primera infancia, presenta disminución de la frecuencia relativa en los años 2024 y 2029, igualmente en los ciclos vitales de infancia y juventud; igualmente para el ciclo vital de adolescencia con la diferencia que presenta tendencia al incremento en la población para los próximos años. Para el ciclo vital de adultez

o económicamente activa representada en un leve descenso. Por último, para el ciclo vital de mayores de 60 años hay un incremento en 2.657 personas.

Según las estimaciones del DANE, el crecimiento natural (tasas) presenta una tendencia a la disminución a través del tiempo, pasando de 11 personas por cada 1000 habitantes durante el año 2005 a 6 personas durante el año 2023. Por lo que se puede evidenciar un descenso de la tasa de crecimiento natural del 83,3%. La disminución se podría deber a las elevadas tasas de mortalidad y descenso en las tasas de natalidad.

La Esperanza de vida Para el Departamento de Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina viene presentando un aumento progresivo de la esperanza de vida de la población; en el año 2005 la esperanza de vida de la población era 70,6 años, para el año 2024 la esperanza de vida aumento a 71,72 años; sin embargo; es importante señalar que la esperanza de vida nacional es de 77,46 años.

2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD –DSS

2.1. Condiciones de vida

La cobertura de servicios públicos de acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda, se obtuvo que el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, presenta una cobertura de electricidad del 100% superior a la media nacional (80%), para el servicio de acueducto del 80% y alcantarillado 36,3% mientras que para el nivel nacional se encuentran en 65,3%.

De acuerdo con los datos del Sistema de Información para Vigilancia de Calidad de Agua para Consumo Humano (SIVICAP), el índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano para el año 2023 corresponde a 1,8 en el Departamento siendo inferior respecto a la nación 7,4, El departamento paso de riesgo medio a estar con una buena calidad del agua.

En relación con el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas para el año 2023 según censo DANE, es más alto que la media nacional, mostrando diferencia significativa con respecto al País.

Tabla 8. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005- 2023.

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Cobertura de servicios de electricidad	80	100,00
Cobertura de acueducto	74,48	80,01
Cobertura de alcantarillado	65,3	36,32
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	7,4	1,80
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	8,8	49,20
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	9,3	55,20

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

2.2. Seguridad Alimentaria

En los indicadores de disponibilidad de alimentos registrados por las encuestas nacionales de salud y nutrición 2015 (ENSIN), estadísticas vitales del DANE analiza variables como la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años, prevalencia de desnutrición crónica, prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años, prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años, prevalencia de

anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años y el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer .

El departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta diferencias significativas con tendencia a la disminución en estos indicadores: prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años y porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, con respecto al país, se observa dos indicadores que requieren una intervención inmediata superando la media departamental, como lo es la prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años(54,8) y la prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años.

La Encuesta Nacional de Situación Nutricional -ENSIN- 2015, relaciona el BPN como un posible efecto del bajo peso gestacional y deficiencias en oligoelementos como el calcio y el hierro.

La vigilancia en salud pública del bajo peso al a nacer a término hace parte de la implementación del modelo de vigilancia del estado nutricional para la población colombiana, establecido en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – PNSAN 2012-2019 y contribuye a la meta del Plan Decenal de Salud Pública en mantener en < 10% la proporción de Bajo Peso al nacer.

Cabe señalar, que la medición de la obesidad abdominal predice el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la población adulta, la cual presenta tendencia al aumento, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - ENSIN 2015.

Tabla 9. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2023.

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Archipiélago de San Andrés, Providencia	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN)	36,1	20,50					-					-								
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	10,48	11,03	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN)	3,1	2,60					↗					↗								
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN)	1,6	0,00					↗					-								
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN)	39,3	54,80					↘					↗								
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN)	17,2	26,00					↘					↗								
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN)	24,2	0,00					↗					↘								

Fuente: Consultado en el Redatam DANE, a partir de los datos censales de 2005. Y en las estimaciones del IPM del DNP. Encuesta nacional de la situación nutricional-ensin 2015. Instituto colombiano de bienestar familiar – ICBF

2.3. Condiciones y Factores Psicológicos

Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de verduras diariamente: El 32,30% de la población del Archipiélago de San Andrés,

Providencia y Santa Catalina, consume verduras, siendo este significativamente por encima del promedio nacional.

El propósito de promover el aumento del consumo de frutas y verduras es generar hábitos alimentarios que fomenten la salud de las personas y eviten las enfermedades no transmisibles, a través de la generación de capacidades, infraestructuras, bienes y servicios que permitan la disponibilidad, el acceso, la calidad e inocuidad y consumo de alimentos frescos, sanos y naturales, en el marco de la promoción de alimentación saludable.

Se debe gestionar la adopción de una política pública que garantice la seguridad alimentaria, por medio de la cual se logre la disminución de los precios de la canasta familiar, ya que este debe ir mancomunadamente, con la promoción de los hábitos alimentarios saludables.

Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años: La prevalencia para el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina de consumo de alcohol en el último mes en la población de 11 a 18 años es de 27,6, comparada con la del nivel nacional de 30,5 refleja un comportamiento inferior.

El estudio de los efectos nocivos del consumo de alcohol ha permitido documentar los efectos sobre el estado de ánimo y el comportamiento que genera, al igual que las consecuencias socialmente lesivas de la embriaguez, como aumento de accidentes automovilísticos, delitos violentos y asesinatos. De la misma manera, se han establecido relaciones entre el consumo de alcohol y la cirrosis hepática, cáncer bucal, de esófago, de laringe y alteraciones psicóticas graves e irreversibles.

La dependencia del alcohol es un padecimiento frente al cual cualquier persona es vulnerable. Se ha documentado que en varios países la proporción de jóvenes que consume alcohol tiende al aumento, así como las cantidades y la frecuencia; que la edad de inicio es cada vez menor, aumentando el riesgo general de padecer problemas relacionados con el alcohol, que aparezcan más temprano y sean más graves.

El riesgo por el consumo nocivo de bebidas alcohólicas varía según las características biológicas del consumidor como la edad y el sexo, así como la situación y contexto en el que se bebe. El consumo nocivo de alcohol trae consecuencias a la salud de la persona que consume, principalmente asociados a enfermedades no transmisibles como el cáncer, lo cual contribuye a la carga de enfermedad del departamento, pero también daños y consecuencias sociales devastadoras en familias y comunidades, principalmente asociadas a siniestralidad vial y a diferentes tipos de violencia como lesiones personales, riñas y homicidios. Lo cual se ve reflejado en las principales de mortalidad por el grupo de causa externa.

Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años): En cuanto al porcentaje de las mujeres unidas que usan algún método anticonceptivo, se encontró que en Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina el 69,6% utilizan algún método anticonceptivo, siendo más bajo que el referente nacional (79,1%).

Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años): En cuanto al porcentaje de los hombres unidos que usan algún método anticonceptivo, se encontró que en Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina el 81,9% utilizan algún método anticonceptivo, siendo más alto que el referente nacional (79,4%).

Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años: En cuanto a la edad media de la primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, se encontró que en Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina la edad media corresponde a 17,8; siendo igual al comportamiento del referente nacional (17,6).

Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años: En cuanto a la edad media de la primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, se encontró que en Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina la edad media corresponde a 15,9; siendo de más bajo que el referente nacional (16,2).

Entre 2010 y 2015, el comportamiento de uso de métodos anticoncepción entre mujeres en unión de 15 y 49 años de edad se incrementó en 6,2 puntos porcentuales.

La anticoncepción ha demostrado su eficacia en la disminución de la mortalidad materna, dado que previene los embarazos de alto riesgo, especialmente en mujeres de alta paridad y aquellas cuyo embarazo terminó en aborto inseguro. El uso de métodos anticonceptivos modernos permite el ejercicio satisfactorio y seguro de la sexualidad tanto de mujeres como de hombres. Por lo anterior, la promoción de la salud sexual y reproductiva garantiza el derecho de las personas a la información y a una atención con calidad que incluye: consulta de anticoncepción, consejería y entrega de métodos anticonceptivos modernos.

Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año: En cuanto a la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita, se encontró que el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta una prevalencia en el último año de 9,0; siendo más baja que el referente nacional.

Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años: En cuanto a la prevalencia del consumo de marihuana en el último año en la población escolar se encontró que para el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina fue de 3,0% y la nacional de 4,1%; comparada con la del nivel nacional refleja un comportamiento inferior.

Entre 2011 y 2016, el comportamiento de prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años se incrementó en 2,5 puntos porcentuales.

Es menester mencionar que la entidad territorial de salud, ha desarrollado actividades interactivas dirigidas a niños y niñas en diferentes grupos de edades hasta los 17 años y familias, en las que se resalta la forma cómo desde cada entorno se puede fortalecer factores protectores y actividades específicas para cada momento del curso de vida.

Lo anterior, enmarcado en la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, el cual fue aprobado en el marco de la Comisión Nacional de Estupefacientes, que busca reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas, mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.

Prevalencia de fumadores actuales: Con relación a la prevalencia de fumadores actuales se encontró que en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina fue de 15,4% siendo más alto que el referente nacional 2,1%. La entidad territorial ha venido promulgando la Ley 1335 de 2009 y la Resolución departamental No 4940 de 2011 en los diferentes establecimientos del Departamento promoviendo los espacios libres de humo y promoción de adopción de hábitos saludables para desestimular del consumo de tabaco,

Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años: En cuanto al porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años, se encontró que en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina el porcentaje de transmisión es del 0,0%, siendo más bajo que el referente nacional.

De acuerdo con el análisis del indicador porcentaje de personas que manifestaron estar afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, del departamento presenta una cobertura de 100,2%; y el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control es del 89,7%, estas cifras dan cuenta que los pacientes en tratamiento se les está garantizando la oportunidad y continuidad.

Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: Los datos estadísticos del instituto colombiano de medicina legal y ciencias forenses (Forensis 2022) indican que la incidencia de la violencia intrafamiliar en Colombia fue de 33,0 por 100.000 habitantes, y el departamento registra una tasa superior con 80,3 por 100.000 habitantes.

Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: Según el informe Forensis para el año 2022, el país registró una tasa de violencia contra la mujer de 233,2 por 100.000 mujeres, y el departamento con datos de 73,9 por 100.000 mujeres. El valor departamental está más alto que el nacional, el cual es estadísticamente significativa, considerándose preocupante por el impacto que este tiene en la salud pública del departamento.

Tabla 10. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. 2023

		Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Comportamiento																			
Determinantes intermedios de la salud	Colombia		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	6,5	10,10													↗							
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE)	1,8	0,20													↗							
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	99,32	100,17					-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	86,76	84,02	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘		
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	90,11	90,32	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	89,93	90,62	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	92,55	93,77	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗		
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	84,1	89,72	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘		
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	98,3	99,85	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗	-	↘	↗	-	-	↘	↗	-	-	↘	↘		
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,3	99,85	↗	↘	↘	↘	↗	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	-	↗	-	↘	↘		

Fuente: ENSIN 2010, 2015, ENSPA 2016, ENDS 2015, Cuenta de alto costo MSPS 2022, ENS 2 Forensis 2022.

2.4. Sistema Sanitario

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: Para el año 2023 en Colombia el porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia según fuente DNP y DANE fue del 10,10%, para el departamento el valor de es inferior al valor nacional.

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: Para el año 2023 en Colombia el 1,8% de los hogares presentan barreras de acceso a los servicios de salud según datos del DNP y DANE, para el

departamento el valor fue de 0,2% con lo que evidencia que todos los hogares tienen acceso a los servicios de salud.

Cobertura de afiliación al SGSSS: Según el Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2023 en Colombia la cobertura de afiliación al SGSSS fue del 99,32%, en el departamento el valor es 100,17%, siendo por encima que la del nivel nacional.

Coberturas administrativas de vacunación: Las metas de coberturas útiles en vacunación son del 95%, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2023 se presentaron los siguientes valores:

BCG para nacidos vivos: En Colombia fue del 86,76%, para el departamento el valor fue de 84,02%, significativo respecto al valor nacional debido a que se encuentra más bajo.

DPT 3 dosis en menores de 1 año: En Colombia las fue del 90,11%, en el departamento el valor fue de 90,32%, más alta cobertura, respecto al valor nacional.

Polio 3 dosis en menores de 1 año: Colombia presentó una cobertura del 89,93%, en el departamento el valor fue de 90,62%, estadísticamente, evidenciándose más alto que el valor nacional.

Triple viral dosis en menores de 1 año: En Colombia fue del 92,55%, el departamento presentó un valor de 93,77%, representando más alto que el valor nacional.

Tabla 11. Coberturas de vacunación en biológicos trazadores, según meta programática, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. 2023

Población Menor 1 año	BCG RECIEN NACIDO (HASTA 28 DÍAS) + MENOR UN AÑO (29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS)		ANTIPOLIO INACTIVADA (VIP) PARENTERAL < DE 1 AÑO		VOP <DE1 AÑO + VIP <1AÑO 3as		PENTAVALENTE MENOR DE UN AÑO		HB RECIEN NACIDO (HASTA 28 DÍAS)		Neumo (2 a 11 Meses 29 Días)	
	Dosis Unica	%	1ras. Dosis	%	3.Dosis	%	3as .Dosis	%	D. Única	%	2 ^{da} Dosis	%
(Meta Programática 2023)												
682	573	84,1	621	91,1	618	90,7	616	90,4	566	83,0	634	93,0

Población de 1 Año	SRP (T.V.) DE UN AÑO		HA 1 AÑO		Neumo de (12 meses a 23 Meses)		SRP (T.V.) DE 18 MESES		Pentavalente 18 Meses		F.A. 1 AÑO	
	D. Única	%	D. Única	%	REF.	%	Ref.	%	1er. Ref.	%	Dosis U	%
(Meta Programática 2023)												
690	647	93,8	652	94,5	639	92,7	510	74,0	533	77,3	514	74,5

Población 5 años	DPT 5 AÑOS	SRP (T.V.) 5 AÑOS
---------------------	------------	-------------------

(Meta Programática 2023)	2do. Ref.	%	Ref.	%
765	682	89,2	603	78,8

% Cobertura Diciembre										
B.C.G (Tuberculosis) en Recién Nacidos	Hb - RN	DPT <1 Año	2da Neumo < de 1 Año	TV de 1 Año	Ha de 1 Año	% SRP (T.V.) REF. 18 meses	Penta 18 Meses 1er. Ref.	FA 1 Año Dosis U	DPT 5 AÑOS 2do. Ref.	TV 5 Años Ref.
84,0	83,0	90,0	93,0	94,0	95,0	74,0	77,0	75,0	89,0	79,0

Fuente: MINISTERIO DE SALUD

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal: Según fuente de estadísticas vitales del DANE para el año 2022 en Colombia el valor fue del 84,1%, para el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina el valor fue de 89,72%, superior a la media nacional.

Cobertura de parto institucional: Para el año 2022 en Colombia la cobertura de parto institucional según estadísticas del DANE fue del 98,3%, para el departamento el valor fue de 99,85%, superior a la media nacional.

Tabla 12. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2005 - 2023.

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Comportamiento																				
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	6,5	10,10														↗							
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE)	1,8	0,20														↗							
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	99,32	100,17					-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘		
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	86,76	84,02	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘			
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	90,11	90,32	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗			
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	89,93	90,62	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗			
Coberturas administrativas de vacunación con triple	92,55	93,77	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗			

viral dosis en menores de 1 año (MSPS)																				
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	84,1	89,72	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	98,3	99,85	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗	-	↘	↗	-	-	↘	↗	-	-	↘	↘
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,3	99,85	↗	↘	↘	↘	↗	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	-	↗	-	↘	↘

Fuente: Bodega de datos SISPRO

2.5. Servicios habilitados IPS

La red del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina está constituida por una (1) Empresa Social del Estado, que cuenta con los siguientes puntos de atención:

Tabla 13. Sedes de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

ESE	Nombre	Tipo	Carácter
Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Andrés Providencia y Santa Catalina	Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Urbana	Departamental
	Hospital Local de Providencia	Urbana	
	Centro de Salud de San Luis	Rural	
	Centro de Salud de la Loma	Rural	

Fuente: REPS diciembre 2023

El Departamento cuenta con la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Andrés Providencia y Santa Catalina como entidad cabeza de red y centro de referencia principal para el Departamento, cuenta con dotación de mediana tecnología y capacidad de prestación de servicios de salud de II nivel de complejidad completo y algunos servicios de III nivel.

La red privada oferta 195 servicios de salud, distribuidos en 128 de consulta externa, 60 de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, 2 de internación, 3 quirúrgicos y 2 de atención inmediata.

Tabla 14. Distribución de EAPB en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	2	2	1	2	3	3	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	1	1							

	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	1	1	1	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	3	3	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	7	7	4	7	10	10	11	10	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	4	4	2	3	6	8	8	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	2	2	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	4	4	3	4	4	5	6	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	1	1							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	4	4	3	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	6	6	5	5	6	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	4	4	3	6	6	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	5	5	3	4	7	7	6	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	5	6	4	5	5	5	6	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	4	4	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	5	7	5	8	10	10	11	10	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	3	3	2	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	2	3	3	4	4	4	4	4	4
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	2	2	2	2	2	2	2	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	2	2	1	1	1	2	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	1	1	2	3	3	3	1	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal				2	2	2	1	1	1

Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	2	2	2	4	4	4	4	4	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	1								
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	3	3	3	4	4	4	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	2	2		1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	1	2	1	3	4	4	4	3	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	2	2		1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	2	2	3	4	4	4	2	2	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	6	7	5	7	9	10	13	13	12
Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	6	5	2	2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	3	2	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología				2	2	2	4	4	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	4	4	4	5	6	6	6	6	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología				2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	2	3	1	1	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	3	3	1	2	6	6	7	6	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	1	1	1	2	2	2	2	3	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	10	10	7	9	11	14	15	15	14

Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	3	5	4	5	7	9	9	8	9
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología				1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	1	1		2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología		1		2	3	3	3	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropsiquiatría	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	7	8	6	7	10	12	13	12	11
Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	5	5	5	7	7	8	7	7	8
Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	2	2	2	4	4	4	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	2	2	2	2	2	4	5	5	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	2	2	2	3	4	4	4	4	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	3	3	3	4	5	5	4	3	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	3	5	4	5	7	8	7	7	7
Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	6	7	5	5	9	12	14	13	12
Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	3	3	2	2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología				1	1	1	1	1	1

	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	3	2	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	4	4	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología	1	1							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal		1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	3	3	2	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	3	3	2	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	1	1	2	1	1	1			
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	1	1	1						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	3	3	2	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	1	1							
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	1								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			3						
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo		1			1	1		1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador		1			1	1	1		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador		1			1	1	1		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria						1	1	1	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	4	4		3	5	5	3	3	4

PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	3	3	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	2	2	2	6	7	7	7	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	4	4	3	5	5	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	4	5	3	5	5	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	4	4	3	6	6	7	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	4	4	3	6	6	7	7	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	1	1	1	5	5	5	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1	1	1	5	5	5	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	5	4	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	6	5	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido				2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto				2	2	2			
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	4	4	3	6	6	7	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	2	2	2	5	6	6	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	3	3	2	5	5	5	1	1	1
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	4	4	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	3	3	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	1	1	1						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	3	3	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	2	2	1	1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	1	1	1	1	1	1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	3	3	1	3	3	4	4	4
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	3	3	2	3	3	3	1	1

Fuente: REPS, Diciembre 2023

2.6. Otros indicadores del sistema sanitario

Tabla 15. Capacidad Instalada del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,03	0,03	0,03	0,06	0,06	0,08	0,37	0,08	0,06
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,03	0,03	0,03	0,06	0,06	0,08	0,37	0,08	0,06
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	1,07	1,06	0,93	0,96	0,82	1,02	1,28	1,2	1,33
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,21	0,21	0,21	0,11	0,09	0,11	0	0,18	0,14
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,08	0,08	0,08	0,08	0,13	0,16	0,49	0,17	0,22
Razón de camas por 1.000 habitantes	2,37	2,35	2,17	1,7	1,47	1,82	1,44	1,59	1,83

2.7. Cobertura de Educación

En cuanto a la cobertura de educación del departamento del Archipiélago de San Andrés, se evidencia:

Porcentaje de hogares con analfabetismo: Para el año 2023 en Colombia el porcentaje de hogares con analfabetismo según estadísticas del DANE fue del 7,5%, para el Departamento el valor fue de 1,4%, inferior a la media nacional.

Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria: Para el año 2022 en Colombia el porcentaje de cobertura bruta educación según estadísticas

del DANE fue del 104,8%, para el Departamento el valor fue de 103,2%, inferior a la media nacional.

Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundaria: Para el año 2022 en Colombia el porcentaje de cobertura en la categoría secundaria según estadísticas del DANE fue del 107,4%, para el Departamento el valor fue de 112,7%, superior a la media nacional.

Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media: Para el año 2022 en Colombia el porcentaje de cobertura en la categoría media según estadísticas del DANE fue del 90,9%, para el Departamento el valor fue de 85,2%, inferior a la media nacional.

Tabla 16. Determinantes intermedios de la salud -Sistema de educación del Departamento del Archipiélago, 2023.

Indicadores	Colombia	Colombia	Comportamiento																			
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	7,5	1,40			↗													↘				
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	104,83	103,22	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	107,36	112,74	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	90,94	85,20	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗

Fuente: DANE, Ministerio de Educación Nacional

2.8. Pobreza

2.8.1. Índice de Pobreza Multidimensional IPM

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), es un indicador que refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones. La medida permite determinar la naturaleza de la privación, la intensidad y profundidad de la misma. Según el IPM Colombia se considera que una persona está en condición de pobreza multidimensional si tiene 33,3% de las privaciones de dimensiones evaluadas como lo son condiciones educativas del hogar, trabajo, salud, condiciones de la niñez y juventud, acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda.

El departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina presenta un IPM de 5,0%, se encuentran en la zona urbana y en la zona rural.

2.8.2. Necesidades Básicas Insatisfechas NBI

El índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) para el Departamento mide la pobreza de los hogares que tienen al menos una de las siguientes características: vivienda inadecuada, vivienda sin servicios públicos, hacinamiento crítico, inasistencia escolar y alta dependencia económica.

2.8.2.1. Necesidades Básicas Insatisfechas Total:

Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas: El Departamento reporta una alta proporción de necesidades básicas insatisfechas principalmente en el municipio de San Andrés con el 15,5% y con una proporción más baja el municipio de Providencia y Santa Catalina 8,54%.

Proporción de población en miseria: La Proporción de población en miseria mide el nivel más severo de pobreza, para aquellos hogares que presentan dos o más de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI), para el departamento se reporta una proporción de 1,09%, la población en miseria, en el municipio de San Andrés reporta la proporción más elevada con el 1,13%, mientras que el municipio de Providencia y Santa Catalina reporto una proporción de 0,66%.

Proporción de población en hacinamiento: La forma clave para evaluar la calidad de las condiciones de la vivienda es la disponibilidad suficiente de espacio en la misma, siendo la proporción de población en condiciones de hacinamiento o de viviendas sobreocupadas para el departamento de un 7,1%.

2.8.3. Necesidades Básicas Insatisfechas por Área

Proporción de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas: Para el Departamento de San Andrés Providencia y Santa Catalina de acuerdo al área se observa que la cabecera presenta una proporción de necesidades básicas insatisfechas de 19,31%, mientras que en el resto del departamento se observa una proporción de 6,0%. En la Isla de San Andrés se observa una proporción de 19,8% en la cabecera municipal, mientras que el resto de la isla reporta una proporción de 6,0%; En la cabecera de la isla de Providencia se registra una proporción de 11,96% y el resto registro una proporción de 5,6%, tanto en San Andrés como en Providencia y Santa Catalina se observa que la mayor proporción de población con necesidades básicas insatisfechas se encuentra en

la cabeceras de cada isla, siendo el área donde se concentra el mayor número de la población.

Proporción de población en miseria: En cuanto al área de residencia se observa que la mayor proporción de población que vive en condiciones de miseria se encuentra en la cabecera, San Andrés Isla presenta una proporción 1,52% y el Municipio de Providencia y Santa Catalina presenta una proporción de 1,15%; para el resto se observa una proporción de 0,26% para la Isla de San Andrés y 0,24% para la isla de Providencia.

Proporción de población en hacinamiento: En cuanto al área de residencia se observa que la mayor proporción de viviendas ocupadas en condiciones de hacinamiento se encuentra en la cabecera con una proporción de 3,68% para San Andrés y 0% para providencia, mientras que en el resto se reportó una proporción de 3,46% para San Andrés Isla y 1,47% para Providencia, siendo más alta la proporción de viviendas en condiciones de hacinamiento en el área del resto del Municipio de Providencia frente a la cabecera municipal.

Conclusiones

La estimación para la cobertura de servicios públicos de acuerdo al DANE con base en los datos del censo de población y vivienda, se define que el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, presenta una cobertura de electricidad del 100% superior a la media nacional (80%), para el servicio de acueducto del 80% y alcantarillado 36,3% mientras que para el nivel nacional se encuentran en 65,3%.

El departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta diferencias significativas con tendencia a la disminución en estos indicadores: prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años y porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, con respecto al país, se observa dos indicadores que requieren una intervención inmediata superando la media departamental, como lo es la prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años(54,8) y la prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años.

Para el año 2023 en Colombia el porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia según fuente DNP y DANE fue del 10,10%, siendo así para el departamento el valor inferior al valor nacional. Y para los hogares con barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia el 1,8% de los hogares presentan barreras de acceso a los servicios de salud según datos del DNP y DANE, para el departamento el valor fue de 0,2% con lo que evidencia que todos los hogares tienen acceso a los servicios de salud.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2023 en Colombia la cobertura de afiliación al SGSSS fue del 99,32%, en el departamento el valor es 100,17%, siendo por encima que la del nivel nacional.

Las metas de coberturas útiles en vacunación son del 95%, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2023.

3. CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES

3.1. Análisis de la morbilidad

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2011 y 2023 se prestaron 400.957 atenciones, en promedio un total de 28640 atenciones anuales. El mínimo de atenciones se registró en el año 2011 (8.386) y el máximo de atenciones se ha reportado hasta el momento en 2022 (58.307).

Según la distribución porcentual de las atenciones por ciclo vital se encuentra que el grupo de Adultez (39,7%), seguido de las personas de 60 y más años (27,1%) y de la Juventud (10,9%). La principal gran causa, de acuerdo al número de atenciones en el periodo, es el grupo de las enfermedades no transmisibles con un 65,2%, seguida de condiciones mal clasificadas con 12,8% y el tercer lugar condiciones transmisibles y nutricionales con 11,8%.

3.1.1. Análisis de la morbilidad principales causas

Morbilidad atendida (ambos sexos)

Primera infancia de 0 – 5 años

En el Departamento, las causas que aportan la mayor carga de morbilidad en la primera infancia corresponden al grupo de las condiciones transmisibles y nutricionales durante el período 2011- 2023, con una proporción del 40,95% de las atenciones (4.382), se ubican como segunda causa de atención en esta población las enfermedades no transmisibles con el 34,71% (3.714). Las condiciones mal clasificadas se encuentran en el tercer lugar con el 19,29% (1.757). En cuarto lugar, se sitúan las lesiones representando el 6,95% (744) y ocupando el ultima lugar están las condiciones perinatales con el 0,96% (103).

Infancia (6 a 11 años)

Dentro de este curso de vida, el grupo de grandes causas de morbilidad que más afecta a estos menores, son las enfermedades no transmisibles con un 54,4% (3.799), seguido de las condiciones mal clasificadas con el 19,55% (1.365), en el tercer lugar se ubican condiciones transmisibles y nutricionales con un 14,79% (1.033), las lesiones ocupan el cuarto lugar representando el 11,16% (779).

Adolescencia (12 – 18 años)

En el grupo de adolescencia se observa que las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad de este curso de vida con 58,34% (5.877), en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas con el 17,27% (1.740). Seguidamente, se ubican las lesiones con un 14,87% (1.498),

en cuarto lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales con el 8,80% (887) y por último lugar lo ocupan las condiciones maternas representando el 0,71% de las atenciones.

Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención con el 49,41% de las atenciones (6.747) en el último año; le siguen las condiciones mal clasificadas 17,77% (2.426), ocupando el tercer lugar se encuentran las lesiones con un 14,46% (1.974), en cuarto lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales representando el 11,23% (1.533) y en último lugar las condiciones maternas con el 7,13% (974).

Adulthood (27 a 59 años)

Con respecto al curso de vida adultez, reporta el número de atenciones más alto arrojando como la principal causa las enfermedades no trasmisibles con el 67,88% de las atenciones (33.658) en el último año; seguidamente se encuentran las condiciones mal clasificadas 12,06% (5.978), en tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales con un 10,10% (5.008) y en cuarto lugar las lesiones representando el 8,51% (4.220).

Persona mayor (>60 años)

En este curso de vida, las enfermedades no transmisibles también representan la principal causa de morbilidad con el 81,68% de las atenciones en el último año, seguidas de las condiciones mal clasificadas con un 8,06%, el tercer lugar es para las condiciones transmisibles y nutricionales.

(Ver Anexo 1B. Tabla. Morbilidad atendida en la población total del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

Morbilidad atendida (hombres)

Primera infancia de 0 – 5 años

En primer lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales con una proporción del 45,60% de las atenciones (2.863), las enfermedades no transmisibles son la segunda causa de atención en esta población con el 32,78% (2.058). Las condiciones mal clasificadas se encuentran en el tercer lugar con el 14,40% (904). En cuarto lugar, se sitúan las lesiones representando el 6,24% (392) y ocupando el ultima lugar están las condiciones perinatales con el 0,97% (61).

Infancia (6 a 11 años)

Se destaca dentro del grupo de grandes causas de morbilidad que más afecta a los menores, corresponde a las enfermedades no transmisibles con el 56,22% (2.080), seguido de las condiciones mal clasificadas con el 17,49% (647), en el tercer lugar se ubican las lesiones con un 13,22% (489), las condiciones transmisibles y nutricionales ocupan el cuarto lugar representando el 13,08% (484).

Adolescencia (12 – 18 años)

En los hombres del grupo de adolescencia se observa que las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad de este curso de vida con 55,50% (2.561), en segundo lugar, se encuentran las lesiones con el 20,42% (942). Seguidamente, se ubican las condiciones mal clasificadas con un 15,08% (696), y en cuarto lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales con el 8,99% (415).

Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención con el 48,37% de las atenciones (2.281) en el último año; le siguen las lesiones con el 26,91% (1.269), en tercer lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas 12,87% (607), y en cuarto lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales el 11,85% (559).

Adulthood (27 a 59 años)

Con respecto a los hombres del curso de vida adultez, reporta como la principal causa las enfermedades no trasmisibles con el 63,32% de las atenciones (10.618), en segundo lugar, se encuentran las lesiones 13,67% (2.292), le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con el 12,85% (2.155) y en cuarto lugar las condiciones mal clasificadas con un 10,17% (1.705).

Persona mayor (>60 años)

En este curso de vida, se ubican las enfermedades no transmisibles representando la principal causa de morbilidad con el 79,67% (10.329), seguidamente se encuentran de las condiciones mal clasificadas con un 8,13% (1.054), el tercer lugar es para las condiciones transmisibles y nutricionales representado con 6,82% (884) de las atenciones.

(Ver Anexo 2B. Tabla. Morbilidad atendida en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023).

Morbilidad atendida (mujeres)

Primera infancia de 0 – 5 años

En primer lugar, se encuentran las enfermedades no transmisibles con una proporción del 37,45% de las atenciones (1.656), las condiciones transmisibles y nutricionales son la segunda causa de atención en este grupo poblacional con el 34,35% (1.519). Las condiciones mal clasificadas se encuentran en el tercer lugar con el 19,29% (853). En cuarto lugar, se sitúan las lesiones representando el 17,96% (352) y ocupando el ultima lugar están las condiciones perinatales con el 0,95% (42).

Infancia (6 a 11 años)

Se destaca dentro del grupo de grandes causas de morbilidad que más afecta a los menores, corresponde a las enfermedades no transmisibles con el 52,36% (1.719), seguido de las condiciones mal clasificadas con el 21,87% (718), en el tercer lugar se ubican las condiciones transmisibles y nutricionales con un 16,72% (549), y las lesiones ocupan el cuarto lugar representando el 8,83% (290).

Adolescencia (12 – 18 años)

En las mujeres del grupo adolescencia se observa que las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad de este curso de vida con 60,73% (3.316), en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas con el 19,12% (1.044). Seguidamente, se ubican las lesiones con un 10,18% (556), y en cuarto lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales con el 8,64% (472).

Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención con el 49,97% de las atenciones (2.494) en el último año; le siguen las condiciones mal clasificadas con el 20,35% (1.471), en tercer lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales 10,90% (750), le siguen las condiciones maternas el 10,90% (708) y finalmente las lesiones con el 7,89% (426).

Adultez (27 a 59 años)

Con respecto a las mujeres del curso de vida adultez, reporta como la principal causa las enfermedades no trasmisibles con el 59,93% de las atenciones (23.040), en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas 21,70% (4.273), en tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales 11,0% (2.853) y en cuarto lugar las lesiones con un 7,36% (1.928).

Persona mayor (>60 años)

En este curso de vida, se ubican las enfermedades no transmisibles representando la principal causa de morbilidad con el 79,67% (17.321), seguidas de las condiciones mal clasificadas con un 8,13% (1.676), en tercer lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales 6,82% (963) y le siguen las lesiones representado con 5,38% (924) de las atenciones.

(Ver Anexo 3B. Tabla. Morbilidad atendida en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

3.1.2. Subcausas de morbilidad

Condiciones transmisibles y nutricionales

A continuación, se describe el comportamiento de la morbilidad del subgrupo de enfermedades transmisibles y nutricionales, encontrando que el mayor porcentaje de consultas se concentra en las enfermedades infecciosas y parasitarias con 49,14% del total de las atenciones en el año 2023 presentando un leve incremento de 4,30 puntos porcentuales; la segunda causa de consultas es por las infecciones respiratorias con 46,17%.

En cuanto a las mujeres en el departamento, se evidencia un mayor uso de servicios de salud principalmente a infecciones respiratorias.

(Ver anexo 4B. Tabla. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

Condiciones materno-perinatales

Son las condiciones maternas perinatales, la subcausa con mayor proporción de atención en las condiciones maternas – perinatales para los años estudiados con el 93,9%, presentando una leve disminución de -1,8 puntos porcentuales en comparación con el año anterior. Las condiciones perinatales tienen un pequeño porcentaje en este subgrupo con 6,1% con un incremento de 1,81 puntos porcentuales para el año 2023 en comparación con el año 2022.

(Ver Anexo 5B. Tabla. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

Enfermedades no transmisibles

Al respecto de las consultas por enfermedades no transmisibles en el Departamento, se evidencia que para los años evaluados durante el periodo 2011-2023, las enfermedades musculo-esqueléticas lideran el mayor porcentaje de consultas con el 16,97% de las atenciones, seguido de las enfermedades cardiovasculares con el 16,91% de las atenciones, luego las condiciones neuropsiquiátricas con el 11,60%, las enfermedades genitourinarias con

11,60%, las enfermedades de los órganos de los sentidos con el 7,45% y las enfermedades digestivas con el 6,03% de las atenciones, mencionando las principales causas. El número de atenciones aumenta cada año; esto también posiblemente relacionado al aumento de la población adulta y adulta mayor, en donde se presentan más las enfermedades crónicas no transmisibles.

(Ver Anexo 6B. Figura. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles total del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

En hombres la subcausa enfermedades cardiovasculares presentó la mayor proporción con 16,06% del total de consultas del grupo de no transmisibles. La segunda subcausa durante el periodo de estudio correspondió a las enfermedades musculo-esqueléticas con una proporción de 14,70%, y la tercera subcausa para hombres corresponde a las condiciones neuropsiquiátricas con una proporción de 13,78%.

(Ver Anexo 7B. Figura. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

En mujeres para el período de estudio 2011 – 2023 la subcausa enfermedades musculo-esqueléticas presentó la mayor proporción con 18,29% del total de consultas del grupo de no transmisibles. La segunda subcausa durante el periodo de estudio correspondió a las enfermedades cardiovasculares con una proporción de 17,41%, y la tercera subcausa para mujeres corresponde a enfermedades genitourinarias con una proporción de 11,58%.

(Ver Anexo 8B. Figura. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

La morbilidad debido a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el territorio, ha mantenido su comportamiento a lo largo de los años, siendo ocasionado por situaciones como lo es la ubicación geográfica del Departamento y la limitada disponibilidad de suelo y agua para la actividad de agricultura que en sinergia favorecen escenarios condicionantes para que el 80% de los alimentos sean importadas y de cabotaje; teniendo presente que los fletes del transporte marítimo y aéreo favorecen el incremento de los precios conlleva al encarecimiento de los costos de los productos de la canasta familiar. Este contexto, repercute en el consumo inadecuado de alimentos con alto aporte calórico como azúcares y carbohidratos. Adicional, la poca adopción de hábitos saludables como actividad física, desestimulación del consumo de tabaco y alcohol, además la baja demanda a los servicios de salud, seguimiento monitorio y control de los pacientes crónicos ha desencadenado en la carga de morbilidad y mortalidad por las enfermedades no transmisibles.

Lesiones

Esta gran causa la conforman las subcausas lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89), lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871), lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10- Y34, Y872), traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98). La distribución del comportamiento de la gran causa de morbilidad lesiones para el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, arrojó que durante el periodo 2011-2023, la subcausa de Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas alcanzo la proporción más alta con un 94,27% de consultas. En segundo lugar, se ubicaron las Lesiones no intencionales con 4,78% del total de las consultas para este grupo de subcausa. Así mismo, en ambos sexos se presenta igual comportamiento.

(Ver Anexo 9B. Tabla. Morbilidad específica en las lesiones del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

3.1.3. Morbilidad por salud mental

Población total

De acuerdo al comportamiento de la morbilidad en salud mental correspondiente a la población total para el año 2023, se evidencia que la primera causa es trastornos mentales y del comportamiento para todos los grupos de edad, con mayor aporte en la primera infancia (96,45%) y el menor en la juventud (56,96%). La ansiedad es la segunda causa, también para todos los grupos con excepción de la primera infancia, infancia y adolescencia. La tercera causa fue la depresión con el mayor porcentaje en adolescencia (9,64%), y la menor frecuencia en la infancia con 0,1%. La cuarta causa fue la epilepsia con el mayor porcentaje en juventud (7,64%). El quinto lugar lo ocupan los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas con el mayor porcentaje en adolescencia (10,59%).

Población masculina

En los hombres los trastornos mentales y del comportamiento son la primera causa de morbilidad en salud mental en todos los cursos de vida. El segundo lugar lo ocupa la epilepsia para todos los grupos con excepción de la adolescencia y adultez. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas se ubican en el tercer lugar con mayor aporte en la adultez (11,02%).

Población femenina

En mujeres, los trastornos mentales y del comportamiento son la primera causa de morbilidad en salud mental en todos los cursos de vida, principalmente en la primera infancia con aporte del 99,71% seguida de infancia con 93,05%. En relación a la ansiedad, se observa en adultez el mayor porcentaje con el 31,54% seguido de juventud con el 21,76%. El comportamiento de la epilepsia, es más relevante en la primera infancia con aporte del 2,5%.

(Ver Anexo 10B. Tabla. Morbilidad por subcausas de salud mental en población total. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

(Ver Anexo 11B. Tabla. Morbilidad por subcausas de salud mental en población hombres. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

(Ver Anexo 12B. Tabla. Morbilidad por subcausas de salud mental en población mujeres. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2011 – 2023.)

Comportamiento de la notificación del evento Intento de Suicidio

(Ver anexo 13B. Comportamiento de la notificación del evento Intento de Suicidio)

Resultados de los estudios de consumo de sustancias psicoactivas en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2016 – 2022

(Ver anexo 14B. Resultados de los estudios de consumo de sustancias psicoactivas en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2016 – 2022)

3.1.4. Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

En todos los eventos considerados de alto costo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la comparación con el país. Para el año 2023, todos los indicadores tuvieron un comportamiento hacia el incremento, excepto la tasa de incidencia de Leucemia que se mantiene cero casos.

(Ver Anexo 15B. Tabla . Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2023.)

Por otra parte, en cuanto a las frecuencias de la ERC según estadio, se registra un total de 189 personas en progresión de la enfermedad renal crónica, de las cuales el 14,3% se encuentran en estadio 1; en estadio 2 se encuentra el 21,7%; en estadio 3 el 39,7%; en estadio 4 el 5,8%, en estadio 5 con 18,5%.

(Ver Anexo 16B. Figura. Número de personas con Enfermedad Renal Crónica según Estadio. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.)

A nivel nacional, la prevalencia identificada para la DM 2 está en 3,82, siendo superior a la prevalencia departamental de 3,77. Por el contrario, en la hipertensión arterial, la prevalencia nacional (10,87) es inferior a la

departamental. En ambos eventos las diferencias de las prevalencias no se consideran estadísticamente significativas.

Ambos indicadores también son priorizados en la caracterización poblacional por ambas EAPB con presencia en Departamento (Sanitas y Nueva EPS).

(Ver Anexo 17B. Tabla. Eventos precursores. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2023.)

3.1.5. Morbilidad población migrante

(Ver anexo 18B. Atenciones población migrante)

3.1.6. Morbilidad por pertenencia étnica

(Ver anexo 19B. Morbilidad por etnia)

3.1.7. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

El siguiente análisis de la morbilidad de eventos de notificación obligatoria (ENOS) de tipo descriptivo de la magnitud y tendencia de los eventos en el Departamento. La información surge del proceso de notificación por parte de las diferentes unidades primarias generadoras del dato al sistema de vigilancia en salud pública; que, de acuerdo a criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, interés público y otros se realiza la priorización de los ENOS y Tasas de incidencia PDSP.

(Ver anexo 20B. Tabla. Eventos de interés en Salud Pública. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.)

(Ver Anexo 21B. Comportamiento de eventos de interés en Salud Pública Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.)

3.1.8. Análisis de la población con discapacidad

(Ver Anexo 22B. Análisis de la población con discapacidad)

3.1.9. Análisis de la población étnica con discapacidad

En cuanto a pertenencia étnica, el Departamento registra población en condición de discapacidad la mayor proporción de personas con discapacidad se concentra en el grupo Raizal con el 48,4%, seguido de otra etnia con el 30,2%, el 7,8% corresponde a población con discapacidad de NARP, para la etnia indígena se encontró una proporción del 0,4%.

Para la población Raizal con discapacidad se observa que el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas son las alteraciones de mayor afectación, seguido de sistema nervioso con 28%, le sigue el sistema nervioso representado en un 22% y en tercer lugar las afectaciones de los ojos con 16%.

(Ver Anexo 23B. Tabla. Población etnia Raizal en condición de discapacidad por tipo de discapacidad y sexo. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.)

En cuanto a la discapacidad que es originada por algún tipo de accidente, el Departamento registra que el mayor número de personas como causa accidente de tránsito con el 38% (63 personas), seguido de accidentes en el hogar con un 26% (43 personas), en tercer lugar, se encuentran las originadas por otro tipo de accidente con el 20% (33 personas).

(Ver Anexo 24B. Figura. Distribución población condición de discapacidad originada por accidente. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.)

3.1.10. Identificación de prioridades en la morbilidad

Tabla 17. Identificación de prioridades en la morbilidad

Morbilidad	Prioridad	Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Colombia	Tendencia
General por grandes causas	1.Enfermedades no transmisibles	65,24	78,34	Aumento
	2. Condiciones mal clasificadas	12,81	8,44	Disminución
	3. Condiciones transmisibles y nutricionales	11,77	8,98	Disminución
	4. Lesiones	8,68	3,71	Disminución
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Transmisibles y nutricionales: Enfermedades infecciosas y parasitarias	49,14	42,57	Aumento
	2. No transmisibles: Enfermedades cardiovasculares	16,91	17,95	Disminución
	3.Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	94,27	91,59	Aumento
Alto Costo	1. Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	56,2	77,82	Aumento
	2. Tasa de incidencia de VIH notificada	40,16	35,8	Aumento
	3. Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	1,6	7,78	Aumento
Precusores	1. Prevalencia de hipertensión arterial	13,03	10,87	Aumento
	2. Prevalencia de diabetes mellitus	3,77	3,82	Aumento
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia	658,4	333,9	Aumento
	2.Violencia de género e Intrafamiliar	308,3	303,2	Aumento
	3. Dengue	197,5	242,1	Aumento
	4, Morbilidad Materna Extrema	35,3	64,1	Aumento

	5, Intento de Suicidio	56,2	78,2	Aumento
Discapacidad	1. Movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	26	49,5	Aumento
	2, Sistema nervioso	20	44,5	Aumento
	3. los ojos	16	33,1	Aumento

Fuente: EEVV- DANE, Bodega de datos SISPRO. INS.

3.1.11. Caracterización de la Morbilidad

(Ver Anexo 25B. Caracterización de la Morbilidad NUEVA EPS)

(Ver Anexo 26B. Caracterización de la Morbilidad SANITAS EPS)

Conclusiones de morbilidad

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2011 y 2023 se prestaron 400.957 atenciones, en promedio un total de 28640 atenciones anuales. El mínimo de atenciones se registró en el año 2011 (8.386) y el máximo de atenciones se ha reportado hasta el momento en 2022 (58.307).

Según la distribución porcentual de las atenciones por ciclo vital se encuentra que el grupo de Adulthood (39,7%), seguido de las personas de 60 y más años (27,1%) y de la Juventud (10,9%). La principal gran causa, de acuerdo al número de atenciones en el periodo, es el grupo de las enfermedades no transmisibles con un 65,2%, seguida de condiciones mal clasificadas con 12,8% y el tercer lugar condiciones transmisibles y nutricionales con 11,8%.

En la Primera infancia de 0 – 5 años la mayor carga de morbilidad corresponden al grupo de las condiciones transmisibles y nutricionales con una proporción del 40,95% de las atenciones (4.382). Con respecto a la Infancia (6 a 11 años) son las enfermedades no transmisibles con un 54,4% (3.799). En el grupo de adolescencia se observa que las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad de este curso de vida con 58,34% (5.877). Las enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención Juventud (14 a 26 años) con el 49,41% de las atenciones (6.747). Con respecto al curso de vida adultez, reporta el número de atenciones más alto arrojando como la principal causa las enfermedades no trasmisibles con el 67,88% de las atenciones (33.658). En el curso de vida, Persona mayor (>60 años) las enfermedades no transmisibles también representan la principal causa de morbilidad con el 81,68% de las atenciones en el último año.

A continuación, se describe el comportamiento de la morbilidad del subgrupo de enfermedades transmisibles y nutricionales, encontrando que el mayor porcentaje de consultas se concentra en las enfermedades infecciosas y

parasitarias, con 49,14% del total de las atenciones en el año 2023; la segunda causa de consultas es por infecciones respiratorias con 46,17%.

De acuerdo al comportamiento de la morbilidad en salud mental correspondiente a la población total para el año 2022, se evidencia que la primera causa es trastornos mentales y del comportamiento para todos los grupos de edad, con mayor aporte en la infancia (99,6%) y el menor en la juventud (78,3%).

En el caso del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, para el 2023 en el análisis de morbilidad en población Raizal se encontraron 1.041 consultas; de acuerdo al motivo de consulta en primer lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con la proporción más alta de 24,30% (253 consultas); seguido de síntomas, signos y hallazgos anormales mal definidos con 17,39%; le siguen las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las enfermedades del sistema genitourinario con el 8,36%.

Por otra parte, en cuanto a las frecuencias de la ERC según estadio, se registra un total de 189 personas en progresión de la enfermedad renal crónica, de las cuales el 14,3% se encuentran en estadio 1; en estadio 2 se encuentra el 21,7%; en estadio 3 el 39,7%; en estadio 4 el 5,8%, en estadio 5 con 18,5%.

A nivel nacional, la prevalencia identificada para la DM 2 está en 3,82, siendo superior a la prevalencia departamental de 3,77. Por el contrario, en la hipertensión arterial, la prevalencia nacional (10,87) es inferior a la departamental. En ambos eventos las diferencias de las prevalencias no se consideran estadísticamente significativas.

En el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina y Colombia, el 32% de la atención en salud de la población migrante fue realizada por el servicio de consulta externa, seguido de procedimientos con 19%, y medicamentos con el 18%.

De acuerdo con el Registro de Personas con Discapacidad, para el año 2023, el Departamento de Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina tiene censados 1.829 personas, 53,1% pertenecen a la población masculina.

Dentro de las alteraciones permanentes de la población con discapacidad del Departamento, se observa en el primer lugar lo ocupan el tipo de alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con 26% (802), con mayor proporción en mujeres respecto a las hombres, seguido de las alteraciones del sistema nervioso con 20% (631), de igual manera en mayor proporción en las

mujeres respecto a los hombres y en tercer lugar se ubicaron las alteraciones de los ojos con una proporción de 16% (498).

3.2. Análisis de la mortalidad

3.2.1. Mortalidad general

Ajuste de tasas por edad

Para el análisis de la mortalidad por grandes causas, especifica por subgrupo, materno infantil y de la niñez se tomó como referencia la lista de agrupación para mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, Este análisis se desagregará por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2014 al 2023p, analizando e interpretando la magnitud y tendencia de las tasas ajustadas, en orden de frecuencia presento el siguiente comportamiento:

Para el año 2023p las Enfermedades del sistema circulatorio lideraron las causas mortalidad general del departamento mostrando una tasa de mortalidad ajustada (TMA) de $207,5 \times 100.000$ habitantes, durante los últimos 4 años la mortalidad por este evento ha mostrado una tendencia hacia el aumento, siendo el 2023p el año con la tasa de mortalidad más alta.

En segundo lugar, se ubican Las demás causas que es un grupo residual de la clasificación, compuesto en su mayoría por enfermedades crónicas no transmisibles con una tasa de mortalidad ajustada de $107,9 \times 100.000$ habitantes, la mortalidad por este evento presento una tendencia hacia el aumento hasta el año 2022, para el 2023p presento una reducción de tasas de 15.3×1000.000 habitantes.

En tercer lugar, se encuentra la mortalidad por causas externas, durante el periodo objeto de análisis la mortalidad por este evento presento una tendencia hacia el aumento, cerrando el año 2023p con una tasa de mortalidad ajustada de $107,6 \times 100.000$ habitantes, mostrando un incremento de tasas de $22,7 \times 100.000$ habitantes con respecto al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se encuentra la mortalidad por Neoplasias, con una tasa de mortalidad ajustada de $62,1 \times 100.000$ habitantes, presento su pico máximo durante el año 2015 con una tasa de mortalidad ajustada de $85,6 \times 100.000$ habitantes, entre el 2020 y el 2022 la mortalidad por este evento presento una tendencia hacia la disminución, pero para el 2023p presento un incremento de tasas de 7.2×100.000 habitantes

En quinto lugar, se ubica la mortalidad por enfermedades transmisibles con una TMA de $30,3 \times 100.000$ habitantes, la mortalidad por este evento había mostrado una tendencia hacia el aumento hasta el año 2022, siendo este el año con el pico más alto (TMA de $31,56 \times 100.000$ habitantes), 2020 (TMA de $31,13 \times 100.000$ habitantes) y 2021 con la tasa de mortalidad más alta ($38,6 \times 100.000$ habitantes). En sexto lugar se encuentran los signos y síntomas mal definidos, la mortalidad por este evento se ha mantenido dentro de un rango de tasas de $1,5 \times 100.000$ habitantes a $4,8 \times 100.000$ habitantes, para el año 2023p no se reportaron muertes por este evento.

(Ver Anexo 1C Figura. Tasa de mortalidad ajustada general del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 2C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada general del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad General por grandes causas en hombres

El análisis de tendencia de la tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad para hombres en el período comprendido entre 2014 y 2023p en el departamento de del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, es el siguiente:

En primer lugar, se ubica la mortalidad por causas externas, con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de $206,8 \times 100.000$ hombres, siendo este el año con el pico más alto, la mortalidad por este evento muestra una tendencia hacia el aumento en la línea de tiempo analizada, para el año 2023p se observa un incremento de tasas de $52,8 \times 100.000$ habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En segundo lugar, se encuentra la mortalidad a causa de enfermedades del sistema circulatorio con una TMA de $204,0 \times 100.000$ hombres, siendo el 2023p el año con la tasa de mortalidad más elevada, durante los últimos 4 años la mortalidad por este evento ha mostrado una tendencia hacia el aumento.

En tercer lugar, se encuentran las demás causas con una TMA de $136,7 \times 100.000$ hombres, a pesar de que su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, entre 2021 y 2023p ha mostrado una tendencia hacia el aumento, para el 2023p se observa un incremento de tasas de $18,5 \times 100.000$ hombres frente al 2022.

En cuarto lugar, se ubica la mortalidad por Neoplasias, con una TMA de $81,2 \times 100.000$ hombres, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo

analizada, para el año 2023p se observa un incremento de tasas de 42,6 x 100.000 hombres frente al año inmediatamente anterior.

En quinto lugar, se ubican las enfermedades transmisibles con una TMA de 22,5 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento en los hombres se mantenido estable en la línea de tiempo a excepción del año 2023p, donde muestra un descenso de tasas de 17,1 x 100.000 hombres frente al año 2022.

Le siguen los signos y síntomas mal definidos. La mortalidad por este evento ha mantenido sus tasas de mortalidad entre 31,1 y 11,2 x 100.000 hombres y para el año 2023p no se reportaron muertes por este evento.

(Ver Anexo 3C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 4C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad General por grandes causas en mujeres

La mortalidad general por grandes causas en mujeres del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presento el siguiente comportamiento para el año 2023p:

En primer lugar, se ubica la mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) para el 2023p de 211,9 x 100.000 mujeres, ha mostrado un comportamiento variable en la línea de tiempo, pero ha mostrado una tendencia hacia el aumento a partir del año 2021, siendo el año 2023p el año con la tasa de mortalidad más elevada.

En segundo lugar, se ubican las demás causas, con una tasa de mortalidad ajustada de 86,1 x 100.000 mujeres, mostrando un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada, su pico más alto se reporta durante el año 2022 con una tasa de mortalidad ajustada por 100.000 mujeres de 127,7, para el 2023p se observa un descenso de tasas de 41,6 x 100.000 mujeres.

El tercer lugar de la mortalidad por grandes causas en mujeres lo ocupan las Neoplasias con una TMA de 47,4 x 100.000 mujeres, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, su pico más alto se reportó durante el año 2019 con una TMA de 77,9 x 100.000 mujeres, para el 2023p se observa una reducción de tasas de 23,2 x 100.000 mujeres.

En el cuarto lugar se encuentra la mortalidad por enfermedades transmisibles con una TMA de 37,3 x 100.00 mujeres, mostrando una tendencia hacia el aumento durante el periodo evaluado, siendo el 2023p el año con la tasa de mortalidad más alta.

En quinto lugar, se ubica la mortalidad debido a causas externas con una TMA de 10,8 x 100.000 mujeres, la mortalidad por este evento se ha mantenido dentro de un rango de tasas de 5,6 y 23,3 x 100.000 mujeres.

(Ver Anexo 5C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada para las mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver anexo 6C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada para las mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

3.2.1.1. Mortalidad por AVPP total

Se realizó el cálculo del indicador Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, el cual ilustra sobre la pérdida de años como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Este indicador permite priorizar y determinar cuáles son las causas de muerte que mayor pérdida en años genera en la comunidad y orienta acciones tendientes a aumentar la prevención en los grupos más vulnerables.

Durante el año 2023p se perdieron un total de 7.758 Años, observando un aumento de 330 años de vida perdidos con respecto al año inmediatamente anterior. Siendo las causas externas el mayor generador de años de vida perdidos con 3.122 AVPP por cada 100.000 habitantes, representando el 40,2% de los años de vida perdidos del 2023p, resaltando que el 2021 fue el año con mayor número de años de vida potencialmente perdidos por este evento.

En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con un total de 1.757 años de vida potencialmente perdidos, representando un 22.6% de AVPP, siendo el 2023p el año con mayor número de AVPP por este evento, se registrando un incremento de 290 años, con respecto al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentra la mortalidad prematura por las demás causas, con 1.343 AVPP (17.3%), para el 2023p se observó una reducción de 241 años de vida potencialmente perdidos con respecto al 2022, el año con mayor número de muertes prematuras por este evento se registró en el 2021 con 1.862 AVPP; en cuarto lugar se encuentran la mortalidad por Neoplasias con 892

AVPP(11.4%), siendo el 2019 el año con mayor número de muertes tempranas por este evento; en quinto lugar se encuentran las enfermedades transmisibles afecciones originadas en el periodo perinatal con un total de 478 AVPP(6.1%), para el 2023p se observó un incremento de 81 AVPP con respecto al año inmediatamente anterior.

(Ver Anexo 7C. Figura. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP para el hombre

Durante el 2023p los hombres del departamento de San Andrés Providencia y Santa Catalina acumularon un total 5.159 años de vida potencialmente perdidos, siendo el 2017 el año con mayor número de pérdida de años de vida en forma prematura con un acumulado de 5.554 AVPP. El aporte más alto de pérdida de años de AVPP es debido las causas externas con 2.966 AVPP, se observa un aumento de 843 AVPP con respecto a 2022, el 2021 es el año con el mayor número de muertes prematuras por este evento; en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con 833 AVPP, este grupo de enfermedades muestra una disminución de 85 AVPP con respecto al año inmediatamente anterior; en tercer lugar se ubican las demás causas con 656 AVPP, observando un aumento de 37 AVPP con respecto al 2022; en tercer lugar se ubica la mortalidad prematura debido a las demás causas con 720 AVPP; le siguen las Neoplasias con 451 AVPP, mostrando un incremento de 206 AVPP frente al 2022.

(Ver Anexo 8C. Figura. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP para la mujer

Para las mujeres del departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se reportaron un total de 2.598 años de vida potencialmente perdidos, siendo el 2021 el año con mayor registro de muertes prematuras en este grupo, en orden de frecuencia en primer lugar, se ubica la mortalidad debido a las Enfermedades del sistema circulatorio como las mayores generadoras de muertes prematuras con 924 AVPP, con una tendencia al aumento, se observa un aumento de 253 AVPP frente al año inmediatamente anterior; en segundo lugar se encuentran las demás causas, responsables de 623 AVPP, con una reducción de 208 AVPP con respecto al 2022; en tercer lugar se ubican las Neoplasias con 441 AVPP, observando una disminución de 264 años de vida potencialmente perdidos con

respecto al reporte del año anterior; en cuarto lugar se ubican las enfermedades transmisibles, con un acumulado de 289 AVPP, reportando un aumento de 122 años con respecto al 2022, siendo el 2023p el año con el mayor número de muertes prematuras por este evento; en quinto lugar se encuentran las Muertes prematuras debido a las afecciones originadas en el periodo perinatal con 165 AVPP, el mayor número de muertes prematuras por este evento se presentó durante el año 2014.

(Ver Anexo 9C. Figura. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

3.2.1.2. Mortalidad por Tasas ajustadas de AVPP total

Se realizó el cálculo de las tasas ajustadas de años de vida potencialmente perdidos según las grandes causas de mortalidad de la lista 6/67, permitiendo conocer la tendencia de las diferentes causas de mortalidad en el periodo 2014-2023p.

Para el año 2023p en el Departamento insular, las causas externas fueron responsables de la mayor tasa ajustada de AVPP con 2.584×100.000 habitantes con una disminución de tasas de 122,26, frente al 2022, presentando su pico máximo durante el año 2021; en segundo lugar, se ubican Las demás causas con una tasa ajustada de AVPP de $2.042.20 \times 100.000$ habitantes, reportando una reducción de tasas de 170.93 con respecto al año inmediatamente anterior, manteniéndose en un rango de tasas entre $2.042.20$ y $2.260.22 \times 100.000$ habitantes; en tercer lugar se ubican las Neoplasias con una tasa ajustada de AVPP de $1.616.69 \times 100.000$ habitantes, presentando una disminución de tasas de 21.78 frente al 2022, mostrando una tendencia hacia la disminución frente al año 2014; en cuarto lugar se ubican las Enfermedades del sistema circulatorio con una tasa ajustada de AVPP de $1.568.67 \times 100.000$ habitantes, observando una reducción de tasas de 195.05 frente al año inmediatamente anterior, su pico más alto se registró durante el año 2021 con una tasa de AVPP de $1.923.62 \times 100.000$ habitantes, durante los últimos tres años las tasas ajustadas de mortalidad prematura por este evento han mostrado una tendencia hacia la disminución; en quinto lugar se ubican las Enfermedades transmisibles con una tasa ajustada de AVPP de 864.84×100.000 habitantes, presentando su pico máximo durante el año 2021 con una tasa ajustada de AVPP $\times 100.000$ habitantes de 1.051.0.

(Ver Anexo 10C. Figura. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tasa de AVPP ajustada por edad en mujeres

Al analizar las tasas de años de vida potencialmente perdidos de la población femenina del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se observa que las demás enfermedades lideran el grupo con una tasa ajustada de AVPP de 1.912.42 x 100.000 mujeres, se observa un incremento de tasas 159.22 AVPP frente al año inmediatamente anterior, durante los últimos 3 años las tasas ajustadas de mortalidad por este evento han mostrado una tendencia hacia la disminución; en segundo lugar se encuentran las Neoplasias con una tasa ajustada de AVPP de 1.704.09, reflejando una reducción de tasas frente al año inmediatamente anterior de 21.36 x 100.000 mujeres, la mortalidad por este evento muestra una tendencia hacia la disminución frente al 2014; en tercer lugar se ubican las Enfermedades del sistema circulatorio con una tasa ajustada de AVPP de 1.306.95 x 100.000 mujeres, con una reducción de tasas ajustadas de AVPP de 135.39 frente al 2022, en cuarto lugar se encuentran las Causas externas con una tasa ajustada de AVPP de 739.76 x 100.000 mujeres, mostrando una reducción de tasas de 53.84 frente al año inmediatamente anterior; en quinto lugar se encuentran las Enfermedades transmisibles con una tasa ajustada de AVPP de 504.12 x 100.000 mujeres, las tasas de AVPP por este evento se han mantenido en un rango de tasas entre 486.75 y 624.87 x 100.000 mujeres.

(Ver Anexo 11C. Figura. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos- AVPP ajustada por edad en los Hombres

Al analizar las tasas ajustadas por edad en hombres del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se observa que para el año 2023p las causas externas ocuparon el primer lugar con una tasa ajustada de 4.474.68 AVPP x 100.000 hombres, evidenciando una reducción de tasas de 196.10 AVPP respecto al año inmediatamente anterior; en segundo lugar se ubican las demás causas con una tasa ajustada de AVPP de 2.191.37 x 100.000 hombres, observando una reducción de tasas de 184.11 con respecto al 2022; en tercer lugar se ubican las Enfermedades del sistema circulatorio con una tasa ajustada de 1.896.90 AVPP, se observa una reducción de tasas de 263.55 AVPP frente al 2022; en cuarto lugar se encuentran las Neoplasias con una tasa ajustada de AVPP de 1.523.56, se ubican las Enfermedades transmisibles con una tasa ajustada de 864.84 AVPP, durante los últimos 3 años objeto de análisis ha mostrado una tendencia hacia la disminución.

(**Ver Anexo 12C.** Figura. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo

3.2.2.1. Tasas ajustadas por la edad

A continuación, se realiza un análisis detallado que permite identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad descritos: las enfermedades transmisibles; las neoplasias; las enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas; todas las demás causas, signos y afecciones mal definidas.

3.2.2.1.1. Enfermedades transmisibles

Las Enfermedades transmisibles son aquellas causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, Para el año 2023p en el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en todos los grupos de edad, en orden de frecuencia presentaron el siguiente comportamiento:

El primer lugar, lo ocupan las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de mortalidad ajustada (TMA) de 18,81 x 100.000 habitantes, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, para el 2023p se observó una reducción de tasas de 12,26 con respecto al año inmediatamente anterior, siendo el 2022 el año con el pico más alto, (TMA de 31,07 x 100.000 habitantes); En segundo lugar se ubica la Septicemia excepto la neonatal con una TMA de 4,57 x 100.000 habitantes, siendo el 2023p el año con el pico más alto, observando una aumento de tasas de 2,95 x 100.000 habitantes frente al 2022; En tercer lugar, se encuentra la Enfermedad por el VIH (SIDA) con una TMA de 2,53 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento ha presentado un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada.

En cuarto lugar, se ubica el Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, presentando una tasa de 2,51 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento se ha presentado de manera esporádica en la línea de tiempo analizada; en quinto lugar, se encuentra la Meningitis, con una tasa de 1,05 x 100.000 habitantes.

(**Ver Anexo 13C.** Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 14C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p)

Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres

En los hombres la mortalidad por enfermedades transmisibles en orden de frecuencia para el año 2023p presento el siguiente comportamiento: En primer lugar, se encuentran las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 13,21 x 100.000 hombres, este evento ha mostrado un comportamiento variable durante el periodo evaluado, se observa una reducción de tasas de 12,99 con respecto al año inmediatamente anterior; en segundo lugar se ubica la Septicemia excepto la neonatal, con una tasa de mortalidad ajustada de 4,57 x 100.000 hombres, mortalidad por este evento se presentó de manera esporádica en la línea de tiempo analizada; en tercer lugar se encuentra el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con una TMA de 3,32 x 100.000 hombres, en cuarto lugar se ubica la mortalidad por Meningitis con una TMA de 2,36 x 100.000 hombres.

(Ver Anexo 15C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.

(Anexo 16C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres

Al estudiar las enfermedades transmisibles en el sexo femenino se observa que las principales causas de mortalidad son debidas a las infecciones respiratorias agudas, presentando una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 23,78 x 100.000 mujeres, la mortalidad por este evento en el grupo de mujeres ha mostrado un comportamiento variable, para el 2023p se observa una reducción de tasas de 11,02 frente al 2022; En segundo lugar, se ubica la enfermedad por VIH(SIDA), la mortalidad por este evento en el sub grupo de mujeres se ha presentado de forma esporádica durante el periodo evaluado, reportando casos durante los años 2017 (TMA de 5,33 x 100.000 mujeres), 2020 (2,23 x 100.000 mujeres) , 2021 (2,26 x 100.000 mujeres) y 2023p TMA de 4,63 x 100.000 mujeres); En tercer lugar se ubica la mortalidad por Septicemia excepto la neonatal con una TMA de 3,50 x 100.000 mujeres; en cuarto lugar se ubica la mortalidad debido a las infecciones intestinales y parasitarias, con una tasa de 2,00 x 100.000 mujeres.

(Ver Anexo 17C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 18C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2014 – 2023p.)

3.2.2.1.2. Neoplasias

Las Neoplasias son un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, una de sus características definitorias es el crecimiento y multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos. Por orden de frecuencia que para el año 2023p la mortalidad por este evento presenta el siguiente comportamiento:

En primer lugar, se encuentra el tumor maligno de la próstata que representa una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 21,07 x 100.000 habitantes, se observa un incremento de tasas de 11,86 x 100.000 habitantes frente al año 2022, presentando sus picos máximos en los años 2016 y 2020, exponiendo TMA de 35,55 y 34,42 x 100.000 habitantes respectivamente.

En segundo lugar, se ubica el tumor maligno de la mama de la mujer con una TMA de 10,99 x 100.000 habitantes, durante los últimos 4 años ha mostrado una tendencia hacia el aumento, para el 2023p se observa un aumento de tasas de 6,24 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se ubica la mortalidad debida al Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con una TMA de 9,38 x 100.000 habitantes, se observa un aumento de tasas de 8,16 frente al año 2022, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo.

En cuarto lugar, se ubica la mortalidad debido a los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una TMA de 8,92 x 100.000 habitantes; En quinto lugar, se encuentran los Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido con una TMA de 7,69 x 100.000 habitantes, el comportamiento de este evento ha sido variable durante el periodo analizado, se observa una reducción de tasas de 1,91 frente al 2022.

(Ver Anexo 19C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 20C. Tabla . Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por neoplasias en hombres

La mortalidad en el grupo de hombres en orden de frecuencia presenta el siguiente comportamiento: En primer lugar, se encuentra el Tumor maligno de la próstata (TMA 21,07 x 100.000 hombres), este evento ha mostrado un comportamiento variable durante el periodo evaluado, para el 2023p se observa un incremento de tasas de 11,86 x 100.000 hombres frente al 2022.

En segundo lugar, se encuentra el Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con una TMA de 19,02 x 100.000 hombres, la mortalidad por esta sub causa ha presentado un comportamiento variable, para el 2023p se observa un aumento de tasas de 16,19 frente al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentra la mortalidad debido a los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una tasa de 16,48 x 100.000 hombres, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, para el 2023p se observa un incremento de tasas de 9,21 x 100.000 hombres frente al año 2022.

En cuarto lugar, se encuentra la mortalidad debida al Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, con una tasa de mortalidad ajustada de 6,36 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento ha mostrado un comportamiento variable, para el 2023p se observa un incremento mínimo de tasas de 2,03 x 100.000 hombres frente al año inmediatamente anterior.

En quinto lugar, se ubica la mortalidad debida Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido, con una TMA de 6,19 x 100.000 hombres.

(Ver Anexo 21C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en Hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 22C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por neoplasias en mujeres

Para el 2023p en orden de frecuencia, el sexo femenino presento el siguiente comportamiento frente a la mortalidad por Neoplasias: En primer lugar, se ubicó la mortalidad debida al tumor maligno de la mama de la mujer con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 10,99 x 100.000 mujeres, su comportamiento ha

sido variable en la línea de tiempo analizada, durante el 2023p mostró una reducción de tasas de 6,24 frente al 2022.

En segundo lugar, se ubican los Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido, con una TMA de 8,52 x 100.000 mujeres, para el 2023p se observa una reducción de tasas de 2,51 frente al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se ubica el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una TMA de 5,59 x 100.000 mujeres, su pico más alto se presentó durante el año 2022 con una TMA de 12,02 x 100.000 mujeres, para el 2023p se observa una reducción de tasas de 6,43 frente al 2022.

En cuarto lugar, se ubica el Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, con una TMA de 5,21 x 100.000 mujeres, mostrando un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada, se observó un leve incremento de tasas de 2,77 x 100.000 mujeres con respecto al año inmediatamente anterior.

En quinto lugar, se ubica el Tumor maligno del colon y la unión rectosigmoidea con una TMA de 3,26 x 100.000 mujeres, su comportamiento ha sido variable, para el 2023p se registraron descensos de tasas de 6.17 x 100.000 mujeres.

(Ver Anexo 23C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 24C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

3.2.2.1.3. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

En el departamento del archipiélago de San Andrés providencia y sanata Catalina, las tasas de mortalidad de las enfermedades del sistema circulatorio en orden de frecuencia para el año 2023p, presento el siguiente comportamiento: La principal causa de mortalidad de este sub grupo es debido a las Enfermedades isquémicas del corazón con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 122,82 x 100.000 habitantes, su comportamiento ha sido variable con tendencia hacia el aumento, su pico más alto se reportó durante el 2023p, observando un incremento de tasas de 22,39 x 100.000 habitantes con respecto al 2022.

En segundo lugar, se ubican las Enfermedades hipertensivas con tasas de mortalidad ajustada de 55,41 x 100.000 habitantes, la mortalidad por esta sub causa ha mostrado una tendencia a la disminución en la línea de tiempo, pero para el 2023p se observa un incremento de tasas de 8,17 x 100.000 habitantes frente al 2022.

En tercer lugar, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con TMA de 30,45 x 100.000 habitantes, mostrando un comportamiento variable con tendencia hacia el aumento, su pico más elevado se presentó durante el 2016 con una TMA de 39,66 x 100.000 habitantes, para el 2023p se observó un descenso de tasas de 2,89 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se ubica la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón con una TMA de 8,30 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento e ha mantenido dentro de un rango de tasas entre 2,63 y 13, 31, siendo el 2019 el año con el pico más elevado.

En quinto lugar, se encuentra la Insuficiencia cardiaca con una TMA de 6,02 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento no se ha presentado de forma continua en la línea de tiempo analizada, para el 2023p se observa un incremento de tasas de 1,48 x 100.000 habitantes.

(Ver Anexo 25C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 26C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres

Para el año 2023p las Enfermedades isquémicas del corazón en el grupo de hombres presentan el siguiente comportamiento: En primer lugar, se ubican las enfermedades hipertensivas con una TMA de 110,12 x 100.000 hombres, a pesar de que su comportamiento ha sido variable con tendencia hacia el aumento en la línea de tiempo, para el 2023p se observa un descenso de tasas de 16,56 x 100.000 hombres frente al año inmediatamente anterior.

En segundo lugar, se encuentran Enfermedades cerebrovasculares con una TMA de 39,19 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento había mostrado

una tendencia hacia el descenso hasta el 2019, a partir del 2020 la mortalidad por esta sub causa muestra un comportamiento variable, su pico más alto se reportó durante el año 2018 con una TMA de 40,07 x 100.000 hombres, para el 2023p se observó un incremento de tasas de 7,50 x 100.000 con respecto al año 2022.

En tercer lugar, se encuentran las Enfermedades hipertensiva con una TMA de 33,69 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento había mostrado un comportamiento variable hasta el año 2019 donde empieza a proyectar una tendencia hacia el aumento, su pico más alto se reportó durante el año 2021 con una tasa de mortalidad ajustada de 70,57 x 100.000 hombres, para el 2023p se observó un incremento de tasas de 8,03 con respecto al 2022.

En cuarto lugar, se encuentra enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, con una TMA de 10,32 x 100.000 hombres, su pico máximo se presenta durante el año 2019 con una TMA de 16,58 x 100.000 hombres, no se reportaron decesos por esta causa durante el año 2022.

En quinto lugar, se encuentra la insuficiencia cardiaca con una TMA de 6,57 x 100.000 hombres, la mortalidad por esta sub casusa se presentó en forma esporádica durante el periodo evaluado, para el 2023p se observa un incremento de tasas de 2,44 frente el año inmediatamente anterior.

(Ver Anexo 27C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 28C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres

En el grupo de mujeres, en orden de frecuencia para el año 2023p, la mortalidad ha sido liderada por las enfermedades isquémicas del corazón con una TMA de 134,30 x 100.000 mujeres, a partir del año 2021 la mortalidad por este evento se proyectó hacia el aumento, siendo el 2013 el año con la tasa reportada más elevada, para el año 2023p se evidencio un incremento de tasas de 46,85 x 100.000 mujeres frente al 2022.

En segundo lugar, se ubica la mortalidad debido a las Enfermedades hipertensivas con una TMA de 36,47 x 100.000 mujeres, su comportamiento ha

sido variable, para el 2023p se observa un incremento de tasas de 7,82 con respecto al 2022.

En tercer lugar, se ubica la mortalidad debido a las Enfermedades cerebrovasculares con una TMA de 24,01 x 100.000 mujeres, a partir del 2018 la mortalidad por esta sub causa empezó a proyectar una tendencia hacia el aumento, para el 2023p se observó una reducción mínima de tasas de 0,52 x 100.000 mujeres frente al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se ubican la mortalidad debido a la insuficiencia cardiaca con una TMA de 6,27 x 100.000 mujeres, la mortalidad por este evento no se ha presentado de forma continua en la línea de tiempo, para el 2023p se observa un incremento de tasas de 1,15, frente al año 2022; en quinto lugar, se encuentra la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón; con una TMA de 6,09 muertes x 100.000 mujeres, mostrando un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada.

(Ver Anexo 29C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 30C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

3.2.2.1.4. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Son un tipo de afectaciones propias del periodo gestacional o congénito que involucra al binomio madre hijo, el análisis de esta sub causa se realiza en base al número de muertes presentadas por este evento. En orden de frecuencia para el año el 2023p presenta el siguiente comportamiento:

Durante el 2023p solo se presentaron datos de mortalidad debido a la sepsis bacteriana del recién nacido responsable del 100% de las muertes por esta sub causa, siendo esta la única causa de mortalidad que se observó durante el 2023p por esta causa; durante el 2022, la sepsis bacteriana del recién nacido fue responsable del 40% de la mortalidad de este subgrupo, en segundo lugar los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, en tercer lugar el Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y en cuarto lugar el traumatismo del nacimiento y el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.

(Ver Anexo 31C. Figura. Mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver anexo 32C. Tabla. Mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal hombres

Para el sexo masculino durante el 2023p no se reportaron muertes por esta sub causa en el sexo masculino. En orden de frecuencia para el año 2022, la principal y única causa de mortalidad fue debido a la sepsis bacteriana del recién nacido, presentando dos muertes durante el año, representando el 40% de la mortalidad por esta causa en hombres, seguido por los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; en tercer lugar, el Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento y en cuarto lugar, el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.

(Ver Anexo 33C. Figura. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 34C. Tabla. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal mujeres

Para el grupo de mujeres en orden de frecuencia para el año 2023p, la principal y única causa de mortalidad fue debido a la sepsis bacteriana del recién nacido, presentando una muerte durante el año, representando el 100% de la mortalidad por esta causa en el sexo femenino, durante el año inmediatamente anterior no se presentaron muertes por esta sub causa en el sexo femenino.

(Ver Anexo 35C. Figura. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 36C. Tabla. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

3.2.2.1.5. Causas externas

En cuanto a las causas externas en el Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el año 2023p la primera causa de mortalidad fue debido a las agresiones y homicidios con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 79,26 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento ha mostrado tendencia al aumento, para el año 2023p se observó un incremento de tasas de 32,61 con respecto al año inmediatamente anterior.

En segundo lugar, se ubican los accidentes de transporte terrestre con una TMA de 18,05 x 100.000 habitantes, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, para el 2023p para observa una disminución de tasas de 17,59 x 100.000 habitantes frente al 2022.

En tercer lugar, se encuentra el Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas con una TMA de 2,95 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento se ha presentado de manera esporádica durante la línea de tiempo, para el 2023p se observa un incremento de tasas de 1,33 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se ubica la mortalidad debida las Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una TMA de 2,95 x 100.000 habitantes, mostrando un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada, para el 2023p se observa una reducción mínima de tasas de 0,01 x 100.000 habitantes frente al año 2022.

En quinto lugar, se encuentra la mortalidad debido a eventos de intención no determinada con una TMA de 2,06 x 100.000 habitantes, para el 2023p se observa una reducción de tasas de 1,43 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

(Ver Anexo 37C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 38C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por causas externas en hombres

En cuanto a la mortalidad por causas externas en los hombres en orden de frecuencia, para el 2023p la principal causa de mortalidad fue debido a las agresiones y homicidios, con una TMA de 155,64 x 100.000 habitantes, con una

tendencia hacia el aumento, evidenciando un incremento de tasas de 64,12 frente al año inmediatamente anterior, cerrando al periodo evaluado con la tasa de mortalidad más alta reportada por este evento en el 2023p.

En segundo lugar, se ubican los accidentes de transporte terrestre con una TMA de 37,63 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento ha sido variable en la línea de tiempo objeto de análisis, sus picos mal altos se presentaron durante los años 2019 (TMA de 58,41 x 100.000 hombres) y 2021 (TMA de 42,18 x 100.000 hombres), para el 2023p se observó un incremento de tasas de 1,99 x 100.000 hombres, frente al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentran las Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una TMA de 6,68 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento ha mostrado un comportamiento variable en la línea de tiempo, se evidencia un incremento mínimo de tasas de 0,13 x 100.000 hombres frente al 2022.

En cuarto lugar, se ubican el ahogamiento y sumersión accidentales con una TMA de 3,36 x 100.000 hombres, durante los últimos 3 años ha mostrado una tendencia hacia la disminución, para el 2023p se observa una reducción de tasas de 2,79 x 100.000 hombres frente al 2022.

En quinto lugar, se encuentra la mortalidad debida al envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas con una TMA de 3,05 x 100.000 hombres, evidenciando una reducción mínima de tasas de 0,47 x 100.000 hombres.

(Ver Anexo 39C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 40C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023pp.)

Mortalidad por causas externas en mujeres

Al analizar la mortalidad por causas externas en el grupo de mujeres, en el departamento de San Andrés, Providencia y santa Catalina se evidencia que la principal causa de mortalidad fue debido a las agresiones (homicidios) con una TMA de 2,96 x 100.000 mujeres, su comportamiento en la línea de tiempo ha sido variable, para el 2023p se evidencia un descenso de tasas de 0,39 x 100.000 mujeres frente al 2022; en segundo lugar se ubica la mortalidad debido a la exposición al humo, fuego y llamas con una TMA de 2,95 x 100.000 mujeres,

no se habían reportado casos de mortalidad por esta sub causa en la línea de tiempo; en tercer lugar se ubica la mortalidad debida al envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas con una TMA de $2,86 \times 100.000$ mujeres; en cuarto lugar se ubica la mortalidad debido a eventos de intención no determinada con una TMA de $2,00 \times 100.000$ mujeres.

(Ver Anexo 41C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 42C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

3.2.2.1.6. Mortalidad por las demás causas

Son eventos que no se catalogan dentro de los demás grupos y su mayoría tienen origen en patologías de tipo infeccioso o deterioro de órganos y enfermedades crónicas.

Para el año 2023p en orden de frecuencia, en primer lugar, se ubica la mortalidad por Diabetes Mellitus, con una tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de $20,57 \times 100.000$ habitantes, sus picos más elevados se reportaron durante los años 2019 y 2022, con tasas de mortalidad ajustada de $36,64$ y $30,12 \times 100.000$ habitantes respectivamente, su comportamiento ha sido variable, para el 2023p se observó una disminución de tasas de $9,55 \times 100.000$ habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En segundo lugar, se ubica la mortalidad las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una TMA de $15,61 \times 100.000$ habitantes, la mortalidad por este evento había mostrado un comportamiento variable, sus picos más alto se registran durante los años 2015 y 2020 con tasas de mortalidad ajustada de $19,52$ y $22,73 \times 100.000$ habitantes respectivamente, durante el 2023p la mortalidad por este evento mostro el mismo comportamiento que el año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentran el resto de enfermedades con una TMA de $13,20 \times 100.000$ habitantes, su comportamiento ha sido variable, sus picos más altos se reportaron durante los años 2020 (TMA de $22,78 \times 100.000$ habitantes) y 2022 (TMA de $18,74 \times 100.000$ habitantes), para el 2023p se observa una reducción de tasas de $5,54$ frente al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se encuentran las enfermedades del sistema urinario con una TMA de 13,14 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento había mostrado una tendencia hacia el aumento hasta el 2020, donde inicia una proyección hacia el descenso, para el 2023p se observó un incremento mínimo de tasas de 0,28 x 100.000n habitantes frente al 2022.

El quinto lugar de este grupo lo ocupa la mortalidad debido al resto de enfermedades del sistema digestivo Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una TMA de 13,14 x 100.000 habitantes, para el 2023p se observa una reducción de tasas de 4,11 x 100.000 habitantes.

(Ver Anexo 43C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 44C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás causas del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014– 2023p.)

Mortalidad por demás causas en hombres

Al analizar la mortalidad por las demás causas en la población masculina en orden de frecuencia para el año 2023p presenta el siguiente comportamiento: En primer lugar, se ubica la mortalidad por enfermedades del sistema urinario con una TMA de 17,84 x 100.000 hombres, su comportamiento ha sido variable, sus picos más altos se presentaron durante los años 2019 y 2020 con tasas de mortalidad ajustada de 28,85 y 37,65 x 100.000 hombres respectivamente, para el año 2023p se observa un incremento de tasas de 5,59 x 100.000 hombres con respecto al 2020.

En segundo lugar se encuentra la mortalidad debido a las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una TMA de 17,53 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento ha mostrado un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada, entre 2019 y 2020 la mortalidad por este evento había mostrado una tendencia hacia el aumento, para el 2023p se observa una reducción mínima de tasas de 0,70 x 100.000 hombres con respecto al año inmediatamente anterior; en tercer lugar se ubica la mortalidad debido a enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis con una TMA de 17,53 x 100.000 hombres, siendo el 2023p el año con la tasa de mortalidad más elevada; se observando un incremento de tasas de 14,23 frente al 2022; en cuarto lugar se encuentra la mortalidad debido a Diabetes mellitus con una TMA de 17,42 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento muestra un comportamiento variable, sus picos más altos se reportaron durante los años 2014 y 2020 con TMA de 32,27 y 38,85 x 100.000 habitantes respectivamente,

para el 2023p se observa un incremento de tasas de 2,40 x 100.000 hombres, frente al año inmediatamente anterior; en quinto lugar se ubica la mortalidad por el resto de enfermedades del sistema digestivo con una TMA de 14,05 x 100.000 hombres, durante el último año evaluado se observa una reducción de tasas de 5,44 frente al 2022.

(Ver Anexo 45C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en Hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 46C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en Hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Mortalidad por las demás causas en mujeres

En cuanto a la mortalidad en el sub grupo de las demás causas para el sexo femenino, en orden de frecuencia, la principal causa de mortalidad fue debido a la Diabetes mellitus con una TMA de 22,69 x 100.000 mujeres, para el 2023p se observó una reducción de tasas de 20,10 x 100.000 mujeres frente al 2022, el comportamiento de este evento ha sido variable durante el periodo evaluado, exponiendo su tasa más alta durante el año 2022 (TMA de 42,79 x 100.000 mujeres).

En segundo lugar, se ubica la mortalidad debido a las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con una TMA de 14,68 x 100.000 mujeres, su comportamiento ha sido variable, presentando su pico más alto durante el año 2015 con una TMA de 19,09 x 100.000 mujeres, para el año 2023p se mantuvo TMA del año 2022.

En tercer lugar, se ubican la mortalidad debido al resto de las enfermedades con una TMA de 13,68 x 100.000 mujeres, exponiendo su pico más alto durante el año 2020 (TMA de 23,67 x 100.000 mujeres), para el 2023p se observó un descenso de tasas de 3,18 frente al 2022.

En cuarto lugar, se encuentran el resto de enfermedades del sistema digestivo, con una TMA de 11,31 x 100.000 mujeres, mostrando un comportamiento variable durante el periodo evaluado, su pico más alto se presentó durante el año 2022 (TMA de 14,18 x 100.000 mujeres), para el 2023p se observó un descenso de tasas de 2,87 frente al 2022.

En quinto lugar, se ubica la mortalidad debido a las enfermedades del sistema urinario, con una TMA de 9,18 x 100.000 mujeres, para el 2023p se observa un incremento de tasas de 3,82 frente al 2022.

(Ver Anexo 47C. Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

(Ver Anexo 48C. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tablas de semaforización de mortalidad del PDSP

Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre a 2023p: para este evento el Departamento se ubica por encima de la media nacional con una TMA de 18,05 x 100.000 habitantes, mientras que la nación registra una TMA de 15,69 x 100.000 habitantes, evidenciando la necesidad de priorizar este indicador.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama a 2023p: La mortalidad por este evento registra una TMA de 11,64 x 100.000 habitantes para la nación, mientras que el Departamento registra una TMA de 10,99 x 100.00 habitantes.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por Tumor maligno del cuello uterino a 2023p: En el departamento no se registraron casos fatales por este evento, mientras que el país registra una TMA de 6,02 x 100.000 habitantes, posesionándose por debajo de la media nacional.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata a 2023p: este indicador se encuentra por encima de la media nacional; ya que la nación registra una tasa de 11,99 muertes x 100.000 habitantes, mientras que el departamento registra una tasa de 21,07 x 100.000 habitantes, a pesar de mostrar valores más elevados que la nación la mortalidad por este evento muestra un comportamiento variable con tendencia hacia la disminución frente al 2014.

Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno del estómago a 2023p: la mortalidad por este evento registra una TMA de 1,78 x 100.000 habitantes para el Departamento insular, ubicándose por debajo de la media nacional, al registrar una TMA de 8,62 x 100.000 habitantes, su tendencia en frente al primer año evaluado es hacia la disminución.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus a 2023p: El departamento registra una TMA de 20,57 x 100.000 habitantes, mientras que la nación registra una TMA de 12,31 x 100.000 habitantes, ubicándose por encima de la media nacional, la mortalidad por este evento ha logrado mantenerse como una de las principales causas de mortalidad en el grupo de las demás enfermedades durante los últimos 7 años, su comportamiento en la línea de tiempo ha sido variable.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto- infringidas intencionalmente a 2023p: La mortalidad por este evento registra una TMA de 2,95 x 100.000 habitantes, mientras que la nación registra una TMA de 5,98 x 100.000 habitantes, ubicándose por debajo de la media nacional, la mortalidad por este evento se ha mantenido dentro de un rango de tasas entre 1,23 y 6,50 x 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento a 2023p: Las tasas de mortalidad ajustada por este evento registran 3,10 x 100.000 habitantes para la nación, mientras que el departamento se ubica por debajo de la media nacional con una TMA de 5,15 x 100.000 habitantes, este evento se ha presentado de manera ocasional en el departamento, pero durante los últimos 3 años proyecta una tendencia hacia el aumento.

Tasa de mortalidad por agresiones u homicidios a 2023p: Para el Departamento la mortalidad por este evento registra una tasa ajustada de 79,26 x 100.000 habitantes, ubicándose por encima de la nación que registra una TMA de 26,21 x 100.000 habitantes, generando una brecha estadísticamente significativa frente al país, durante los últimos 7 años este evento ha sido la principal causa de mortalidad en el grupo de las causas externas, proyectando una tendencia hacia el aumento. Se evidencia la necesidad de aunar esfuerzos entre los diferentes sectores en aras de fortalecer los programas de promoción y mantenimiento de la salud que contribuyan a disminuir el indicador.

Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles a 2023p: Registra una TMA de 30,30 x 100.000 habitantes, ubicándose por encima de la media nacional que registra una TMA de 27,72 x 100.000 habitantes.

Tabla 18. Diferencias relativas de las causas de mortalidad trazadoras definidas en el PDSP. San Andrés, 2014-2023p.

Causa de muerte	Colombia	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,69	18,05	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,64	10,99	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,02	0,00	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	11,99	21,07	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	8,62	1,78	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	12,31	20,57	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	5,98	2,95	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	3,10	5,15	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	26,21	79,26	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	27,72	30,30	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘

Fuente: DANE, datos de estadísticas vitales, cubos SISPRO

3.2.3. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Tasas específicas de mortalidad en población menores de 1 año

Para el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se toma la lista de los 16 grandes grupos desde el año 2014 hasta el 2023p. En los menores de 1 año, se evidencia que la más alta tasa de mortalidad por subgrupo de causas se presenta por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, donde se observa una tasa de mortalidad para el año 2014 de 14,98 casos por 1.000 nacidos vivos, y finaliza el período (2023p) con 3,29 muertes por 1.000 nacidos vivos, con una tendencia a la disminución. Le siguen las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 3,29 muertes por 1.000 nacidos con tendencia al aumento. Las Enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el tercer lugar con una tasa para el 2023p de 1,64 muertes por 1000 nacidos vivos.

(Ver Anexo 49C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tasas específicas de mortalidad en población menores de 1 año en hombres.

En el año 2023p., las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas aportaron el total de casos en hombre con una tasa de 6,39 muertes por 1.000 nacidos vivos hombres.

(Ver Anexo 50C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tasas específicas de mortalidad en población menores de 1 año en mujeres.

A 2023p. en primer lugar, se encuentra ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa específica de 6,78 muertes por 1.000 nacidos vivos mostrando una tendencia a la disminución; le siguen ciertas enfermedades del sistema respiratorio que aportaron tasas de 3,39 muertes por 1.000 nacidos vivos mujeres con tendencia al descenso.

(Ver Anexo 51C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tasa de mortalidad en menores entre 1-4 años

La principal causa de mortalidad en el grupo de edad de 1 a 4 años, durante el periodo 2014 a 2023p. estuvo asociada a las enfermedades del sistema genitourinario, la cual venia sin reporte de casos, registrando una tasa de tasa de 29,18 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años en el año 2023p.

No se habían registrado casos en este grupo de edad desde el año 2020.

(Ver Anexo 52C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en menores entre 1 y 4 años por cada cien mil menores de esas edades, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

La principal causa de mortalidad en hombres del grupo de edad de 1 a 4 años, durante el periodo 2014 a 2023p. estuvo asociada a las enfermedades del sistema genitourinario, la cual venia sin reporte de casos, registrando una tasa de tasa de 56,85 muertes por 100.000 hombres menores de 1 a 4 años en el año 2023p.

No se habían registrado casos en este grupo de edad desde el año 2020.

(Ver Anexo 53C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en hombres entre 1 y 4 años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

No se registran casos en este grupo de edad desde el año 2020.

(Ver Anexo 54C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en mujeres menores entre 1 y 4 años por cada cien mil menores entre 1 y 4 años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tasa de mortalidad en menores de cinco años

En el año 2023p., la primera causa de mortalidad en menores de 5 años fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal (47,37 muertes por cada 100.000 menores de 5 años), con tendencia al descenso; en segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (47,37 muertes por cada 100.000 menores de 5 años) con tendencia al incremento; en tercer lugar, se ubican las enfermedades del sistema respiratorio (23,69 muertes por cada 100.000 menores de 5 años) con tendencia a la reducción.

En concordancia con lo descrito para las muertes en menores de un año, la mayor parte de la carga de mortalidad en este grupo se debe a las defunciones que se presentan dentro de los primeros 28 días del nacimiento, lo que se evidencia en las dos primeras causas de mortalidad en el análisis.

(Ver Anexo 55C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en la niñez por cien mil menores de cinco años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tasas específicas de mortalidad en población en menores de cinco años en hombres.

Al año 2023p., en el género masculino, en el primer lugar, se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa específica de 97,29 por cien mil hombres menores de cinco años, mostrando un incremento significativo frente al año anterior; le siguen las enfermedades del sistema genitourinario (46,15 muertes por cada 100.000 hombres menores de 5 años).

(Ver Anexo 56C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en la niñez en hombres por cien mil menores de cinco años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

Tasas específicas de mortalidad en población en menores de cinco años en mujeres.

Para el año 2023p. se encontró que las muertes asociadas a ciertas afecciones originadas en el período perinatal se ubican en el primer lugar con una tasa de 97,32 muertes por 100.000 menores de 5 años, con un comportamiento con tendencia a la disminución con referencia al año 2022 (139,60 por 100.000 menores de 5 años). En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio las cuales generaron una tasa de 48,66 muertes por 100.000 menores de 5 años con tendencia a la disminución.

(Ver Anexo 57C. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en la niñez en mujeres por cien mil menores de cinco años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2023p.)

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

De acuerdo a la respectiva semaforización se puede determinar los indicadores en peor situación para el Departamento, se encuentra:

Tasa de mortalidad neonatal a 2023p.: Se observa que la tasa de muertes neonatales en el Departamento se encuentra por debajo del nivel nacional, presentando una tasa de 4,93 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la nacional se encuentra en 6,67.

Tasa de mortalidad infantil a 2023p.: Se observa la tasa de mortalidad infantil en el Departamento es de 8,22 por 1.000 nacidos vivos, encontrándose por debajo de la nación, la cual presenta una tasa de 10,75 por 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad en la niñez a 2023p.: Se observa que el nivel de mortalidad en la niñez es más bajo con respecto al nivel nacional, el Departamento presenta una tasa de 9,87 por 100.000 menores de 5 años, mientras que en Colombia la tasa de mortalidad en la niñez es de 13,48 por 100.000 menores de 5 años.

(Ver Anexo 58C. Tabla. Semaforización y tendencia de la Mortalidad Materno – Infantil y Niñez, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014- 2023p.)

Mortalidad Materna

En el Departamento durante el período 2005-2023p. se observa que el valor máximo se presentó en el año 2011 (230,04 muertes maternas por cien mil nacidos vivos), a partir del año 2013 se mantiene el indicador en 0,0 muertes hasta el 2023p.

(Ver Anexo 59C. Figura. Razón de mortalidad materna por 100.000 mil nacidos vivos. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

Mortalidad Materna por Etnia

De acuerdo con la información disponible 2009 – 2023p, se puede observar que los casos de mortalidad materna registrados pertenecen a la etnia raizal y otras etnias.

(Ver Anexo 60C. Figura. Razón de mortalidad materna por etnia en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal en el Departamento presenta un comportamiento fluctuante con tendencia descendente en la serie temporal observada. En 2005, se registró una mortalidad de 11,25 casos por 1.000 nacidos vivos, alcanzando su punto más alto en 2012 y 2020 con 20,48 y 18,74 muertes por 1.000 nacidos vivos respectivamente, registrando para el año 2011 la tasa más baja del período 4,61 por 1.000 nacidos vivos. Se resalta que, para todos los años de la serie observada, el indicador Departamental ha sido superior al indicador nacional, con excepción del año 2023p (4,93 por 1.000 nacidos vivos).

(Ver Anexo 61C. Figura. Tasa de mortalidad neonatal. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

En la mortalidad neonatal, para los casos que pertenecen al grupo étnico raizal este indicador presenta un comportamiento fluctuante con tendencia al descenso (4,44 por 1.000 nacidos vivos), igualmente se encuentran los grupos otras etnias, que presentan un comportamiento variable con tendencia la disminución, con una tasa de 5,41 por 1.000 nacidos vivos, se observa que para estos dos grupos se han presentado casos en todos los años analizados.

(Ver Anexo 62C. Figura. Tasa de mortalidad neonatal según etnia, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

(Ver Anexo 63C. Mapa. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, 2023p.)

(Ver Anexo 64C. Tabla. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía según períodos perinatales de riesgo, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2023p.)

Con relación a la baja disponibilidad de ginecobstetras, se encontró que la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía es más alta en los departamentos donde hay una baja densidad de ginecobstetras o no hay, como es el caso de los departamentos de Vichada, Guainía, Vaupés, Amazonas, Guaviare, Chocó, Arauca, Putumayo, Meta, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Córdoba; cuya razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 17,29 por 1.000 nacidos vivos, mientras que entidades territoriales donde hay mayor densidad de ginecobstetras es 13,6 por cada 1.000 nacidos vivos, con un diferencia en la razón de 3,69 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa 220 muertes perinatales y neonatales tardías más en los departamentos donde la disponibilidad de ginecobstetras es baja. (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

(Ver Anexo 65C. Mapa. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1.000 nacidos vivos por densidad de ginecología y obstetricia, Colombia, 2022.)

Mortalidad Infantil

El comportamiento de la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2023p es variable, con tendencia al descenso. La tasa más elevada del período se presentó en el año 2017 con 25,76 muertes por 1.000 nacidos vivos y la más baja en el año 2011 con 8,06 muertes por 1.000 nacidos vivos. Este indicador ha permanecido por encima del valor nacional en los años del período analizado, excepto en el 2005, 2011 y 2023p.

(Ver Anexo 66C. Figura. Tasa de mortalidad infantil por sexo. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005- 2023p.)

(Ver Anexo 67C. Tabla. Tasa de mortalidad infantil por EAPB. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

Mortalidad en la niñez

La Tasa de mortalidad en la niñez está muy determinada por la mortalidad infantil, dado que las muertes en menores de 1 año aportan cerca del 80% de las muertes en menores de 5 años, por tal motivo la tendencia es muy similar a la observada en este indicador. Para el año 2023p se alcanzó una tasa de 9,87 muertes por 1.000 nacidos vivos, inferior a la tasa nacional. La tasa más elevada del período se presentó en el año 2017 con 29,27 muertes por 1.000 nacidos vivos y la más baja en el año 2023p. Este indicador ha permanecido por encima del valor nacional en los años del período analizado, excepto en el 2005, 2009, 2011 y 2023p.

(Ver Anexo 68C. Figura. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años), Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

(Ver Anexo 69C. Tabla. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años), Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por EAPB, 2023p.)

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menor de cinco años

En el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el período 2005-2023p las tasas de mortalidad son oscilantes, para el año 2006 se registró la una tasa (TM EDA 15,3 por cien mil menores de cinco años) y lo que representa en número de muertes (1 muerte por EDA en menores de cinco años); la tasa de mortalidad pasó a 15,69 muertes por cien mil menores

de cinco años para el 2014, disminuyendo significativamente para el 2016; mostrando un incremento para el 2019 una tasa (TM EDA 20,5 por cien mil menores de cinco años), indicando el mayor pico epidemiológico del período estudiado, para el año 2023p no se presentaron mortalidades por este evento.

(Ver Anexo 70C. Figura. Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menor de cinco años

En el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el período 2005-2023p se evidencia que, para el año 2011 se registró la mayor tasa (TM IRA 31,42 por cien mil menores de cinco años) y lo que representa en número de muertes (2 muertes por IRA en menores de cinco años); la tasa de mortalidad pasó a 15,69 muertes por cien mil menores de cinco años para el 2014, disminuyendo significativamente a cero casos hasta el 2017, aumentando para el 2018, nuevamente desciende y para el año 2023p se registró una tasa (TM IRA 23,69 por cien mil menores de cinco años) y lo que representa en número de muertes (1 muerte por IRA en menores de cinco años).

(Ver Anexo 71C. Figura. Tasa de mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

Mortalidad por Desnutrición en menor de cinco años

En el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina durante el período 2005 a 2023p en promedio se produjo una muerte para los años 2009 y 2010 por desnutrición en menores de cinco años. Para el período analizado, las tasas han tenido un comportamiento estable con una tendencia lineal descendente, pasando de 15,63 muertes en 2009 a 0,0 muertes desde el año 2011 hasta el 2023p por cada cien mil menores de cinco años.

(Ver Anexo 72C. Figura. Tasa de mortalidad por Desnutrición en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

(Ver Anexo 73C. Tabla 168. Identificación de prioridades en salud del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.)

3.2.4. Caracterización Mortalidad EAPB

(Ver Anexo 74C. Caracterización de la mortalidad nueva EPS régimen contributivo)

(Ver Anexo 75C. Caracterización de la mortalidad SANITAS EPS régimen)

Conclusiones Mortalidad

En cuanto a la mortalidad general por grandes causas, las enfermedades del sistema circulatorio han sido la principal causa de mortalidad durante los 10 años analizados y las demás causas ha ocupado el segundo lugar durante los últimos 6 años, ambos grupos compuestos por enfermedades crónicas en su mayoría, siendo mayor la carga en el sexo femenino, ya que para el sexo masculino la principal causa de mortalidad es debido a las causas externas.

Al desagregar la mortalidad por sub - causas se identifica que dentro de las enfermedades del sistema circulatorio la mayor carga de la mortalidad es debido a las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades hipertensivas, ambas con tasas de mortalidad ajustada que superan la media nacional. Es necesario intervenir estas condiciones, realizando evaluación de las estrategias implementadas desde los programas de promoción y mantenimiento de la salud, es imperativo garantizar espacios de participación y articulación con los con los diferentes actores en aras de implementar estrategias sostenibles que intervengan sobre los factores sociales que determinan la salud de la población.

Las mayores generadoras de muertes prematuras en el departamento son las causas externas, responsables de 3.122 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en el 2023p, siendo mayor en hombres que en mujeres, ya que en el sexo femenino las mayores generadoras de muertes prematuras fueron debido a las enfermedades del sistema circulatorio, seguido por las demás enfermedades (Grupo residual de la clasificación compuesto en su mayoría por enfermedades crónicas e infecciosas), es importante resaltar que en el grupo de hombres las agresiones y homicidios son la principal causa de mortalidad, mostrando una clara tendencia hacia el aumento, identificando la prioridad de realizar acciones de articulación y mesas de trabajo con otros sectores, evaluando estrategias que permitan reducir la mortalidad prematura debido a homicidios y agresiones en el grupo de hombres. En cuanto al sexo femenino las intervenciones deben ir orientadas de reducir las muertes prematuras debido a enfermedades crónicas, siendo responsables de 2.598 AVPP (debidas principalmente a las demás causas, enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias).

La mortalidad por accidentes de transporte terrestre ocupa el segundo lugar en cuanto a las sub-causas de mortalidad por causas externas, con una TMA de 18,05 x 100.000 habitantes, a pesar de que su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo se ha logrado mantener como una de las principales causas de mortalidad de este grupo durante los últimos 10 años, mostrando la

necesidad de sumar los esfuerzos con otros sectores que permitan implementar estrategias que garanticen una movilidad segura, saludable y sostenible, de acuerdo a la estrategia impulsada por el ministerio de Salud y Protección social.

En el Departamento durante el período 2005-2023p. se observa que el valor máximo se presentó en el año 2011 (230,04 muertes maternas por cien mil nacidos vivos), a partir del año 2013 se mantiene el indicador en 0,0 muertes hasta el 2023p.

La mortalidad neonatal en el Departamento presenta un comportamiento fluctuante con tendencia descendente en la serie temporal observada. En 2005, se registró una mortalidad de 11,25 casos por 1.000 nacidos vivos, alcanzando su punto más alto en 2012 y 2020 con 20,48 y 18,74 muertes por 1.000 nacidos vivos respectivamente, registrando para el año 2011 la tasa más baja del período 4,61 por 1.000 nacidos vivos. Se resalta que, para todos los años de la serie observada, el indicador Departamental ha sido superior al indicador nacional, con excepción del año 2023p (4,93 por 1.000 nacidos vivos).

El comportamiento de la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2023p es variable, con tendencia al descenso. La tasa más elevada del período se presentó en el año 2017 con 25,76 muertes por 1.000 nacidos vivos y la más baja en el año 2011 con 8,06 muertes por 1.000 nacidos vivos. Este indicador ha permanecido por encima del valor nacional en los años del período analizado, excepto en el 2005, 2011 y 2023p.

La Tasa de mortalidad en la niñez está muy determinada por la mortalidad infantil, dado que las muertes en menores de 1 año aportan cerca del 80% de las muertes en menores de 5 años, por tal motivo la tendencia es muy similar a la observada en este indicador. Para el año 2023p se alcanzó una tasa de 9,87 muertes por 1.000 nacidos vivos, inferior a la tasa nacional. La tasa más elevada del período se presentó en el año 2017 con 29,27 muertes por 1.000 nacidos vivos y la más baja en el año 2023p. Este indicador ha permanecido por encima del valor nacional en los años del período analizado, excepto en el 2005, 2009, 2011 y 2023p.

3.3. Cartografía Social y su respectivo análisis

Es un método de corte cualitativo que se caracteriza por recuperar el papel de los sujetos en la reconstrucción de los espacios vitales de una población a través de mapas geográficos, de relaciones y de bienes. Se utiliza la elaboración colectiva de mapas para poder comprender lo que ha ocurrido y ocurre en un territorio determinado, como una manera de alejarse de sí mismo para poder mirarse y comenzar procesos de cambio. “La importancia del ejercicio radica en la posibilidad de conversar, poner en común los saberes y prácticas.

Se trata entonces de un encuentro de la diversidad de estos saberes que confluyen y crean nuevos conocimientos para potenciar nuestra incidencia, ganar capacidad interpretativa y esclarecer el panorama para proyectarnos en escenarios comunitarios, institucionales, organizativos, en donde se toman las decisiones sobre el desarrollo territorial”. En términos prácticos, el ejercicio de elaborar mapas no es otra cosa que dibujar la realidad, empezando por lo más simple para, poco a poco ir creando un campo estructurado de relaciones que posibilita la traducción, a un mismo lenguaje, de todas las distintas versiones de la realidad que empiezan a ser subjetivamente compartidas y que sirven para construir conocimiento de manera colectiva. Desata procesos de comunicación entre los participantes y pone en evidencia diferentes tipos de saberes que se mezclan para poder llegar a una imagen colectiva del territorio.

(Ver Anexo 1D. Desarrollo de la cartografía social)

3.3.1. Construcción de Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel territorial.

En este apartado se describe los hallazgos por parte del equipo ASIS de la ET respecto del análisis y las conclusiones del momento Análisis y Comprensión del ASIS consignado en la Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del análisis de situación de salud (ASIS) en el territorio del Ministerio de Salud y Protección Social.

Como lo señala la Guía a nivel mundial se han descrito determinantes sociales de la salud de carácter económico, político, cultural o socio-ambiental que a través de diversas relaciones influyen en la salud de las personas. Sobre el particular la Resolución 2367 de 2023 en su anexo técnico Capítulo 3. Diagnóstico Situacional de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades, señala algunas de las Circunstancias y condiciones injustas que producen inequidad socio sanitaria en Colombia: a) Injusticias socioeconómicas

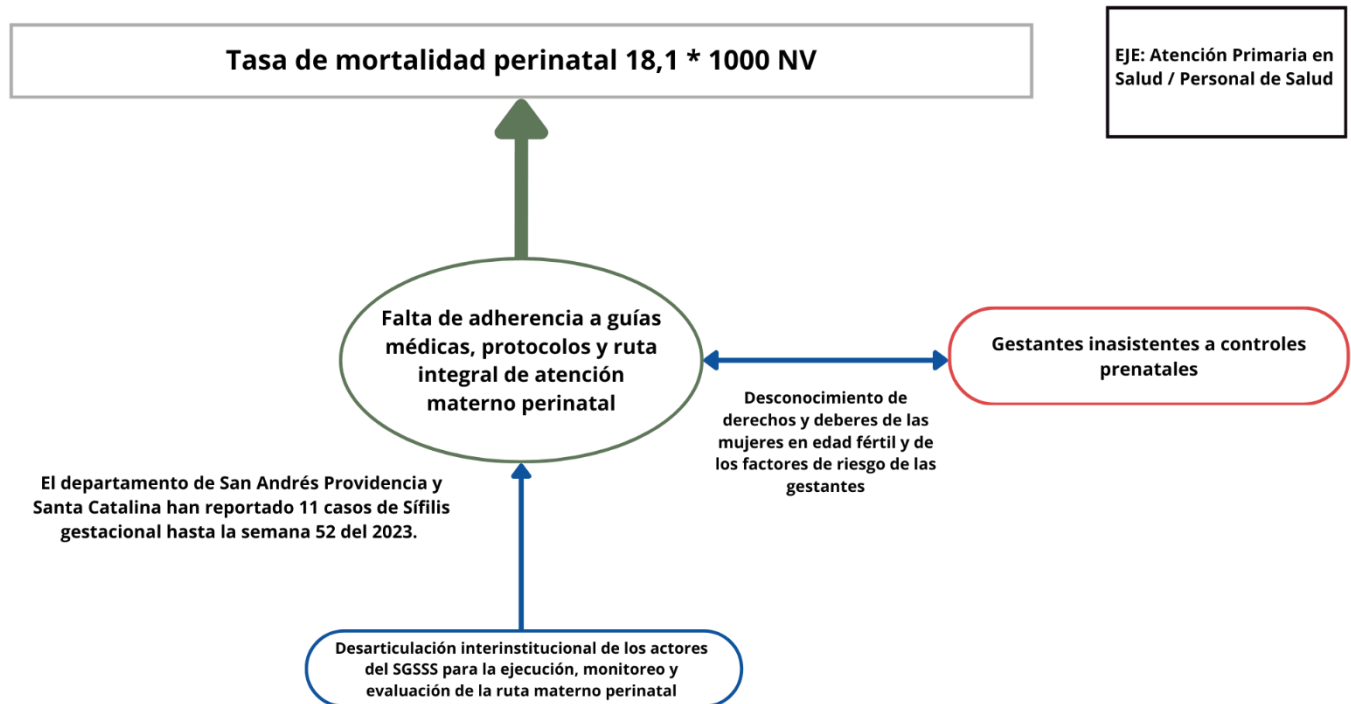
b) procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico; conflictos socio-ambientales y cambio climático; e Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas.

Entendiendo que cada territorio tiene particularidades, se hace necesario que cada entidad territorial, realice su propio análisis y priorización de las circunstancias y condiciones injustas que causan las inequidades en salud territoriales.

Para ello, se propone una organización por núcleos de inequidad socio-sanitaria entendidos como una herramienta de síntesis y priorización de los determinantes sociales que están produciendo resultados negativos en la salud de los diferentes grupos poblacionales o comunidades del territorio.

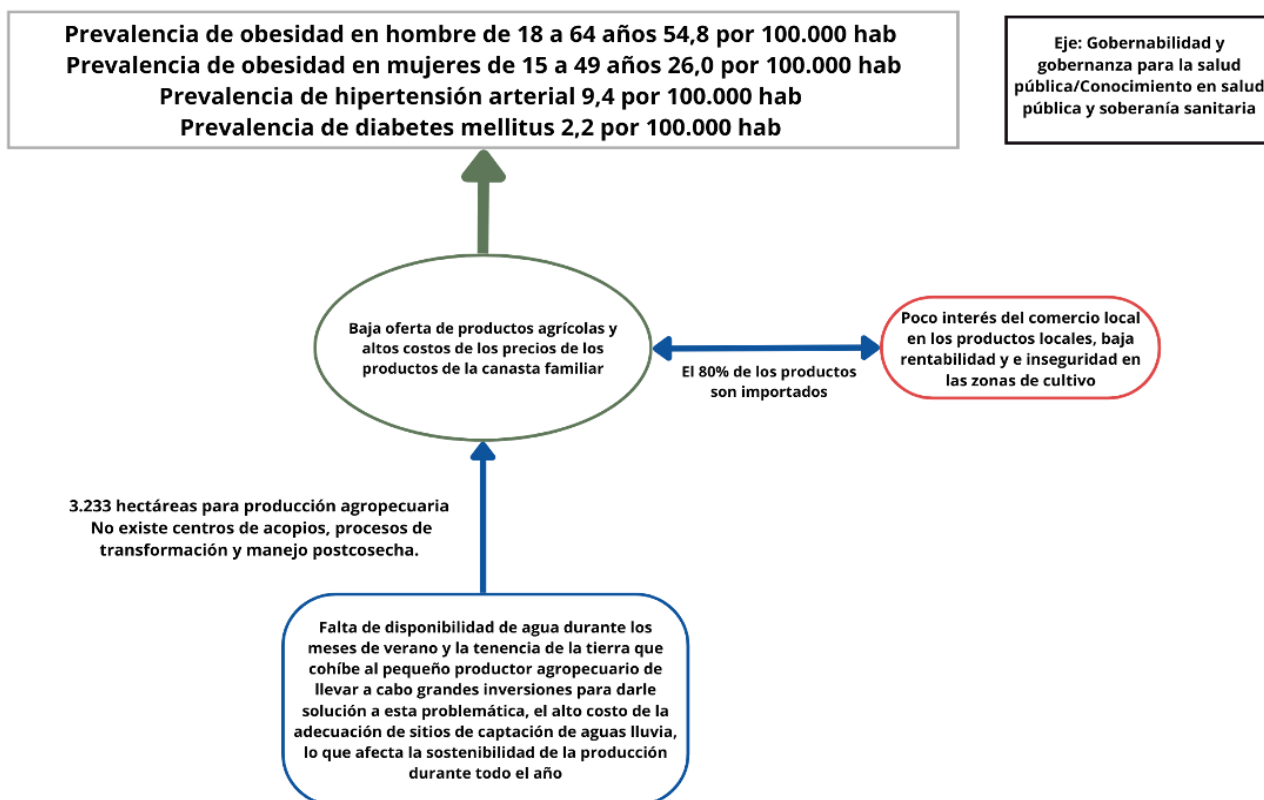
En síntesis, el núcleo de inequidad socio-sanitaria reúne un conjunto de elementos, el determinante social de la salud, con las características propias que este tiene en un territorio, así como las relaciones que se establecen, entre el determinante social de la salud y el proceso de salud-enfermedad-atención, respecto de un evento o conjuntos de eventos en salud pública, que, a la vez, generan impactos en la vida de las personas, las familias y las comunidades.

Núcleo de inequidad socio-sanitaria del territorio – Falta de adherencia a guías médicas, protocolos y ruta maternoperinatal



Fuente: Elaboración Propia

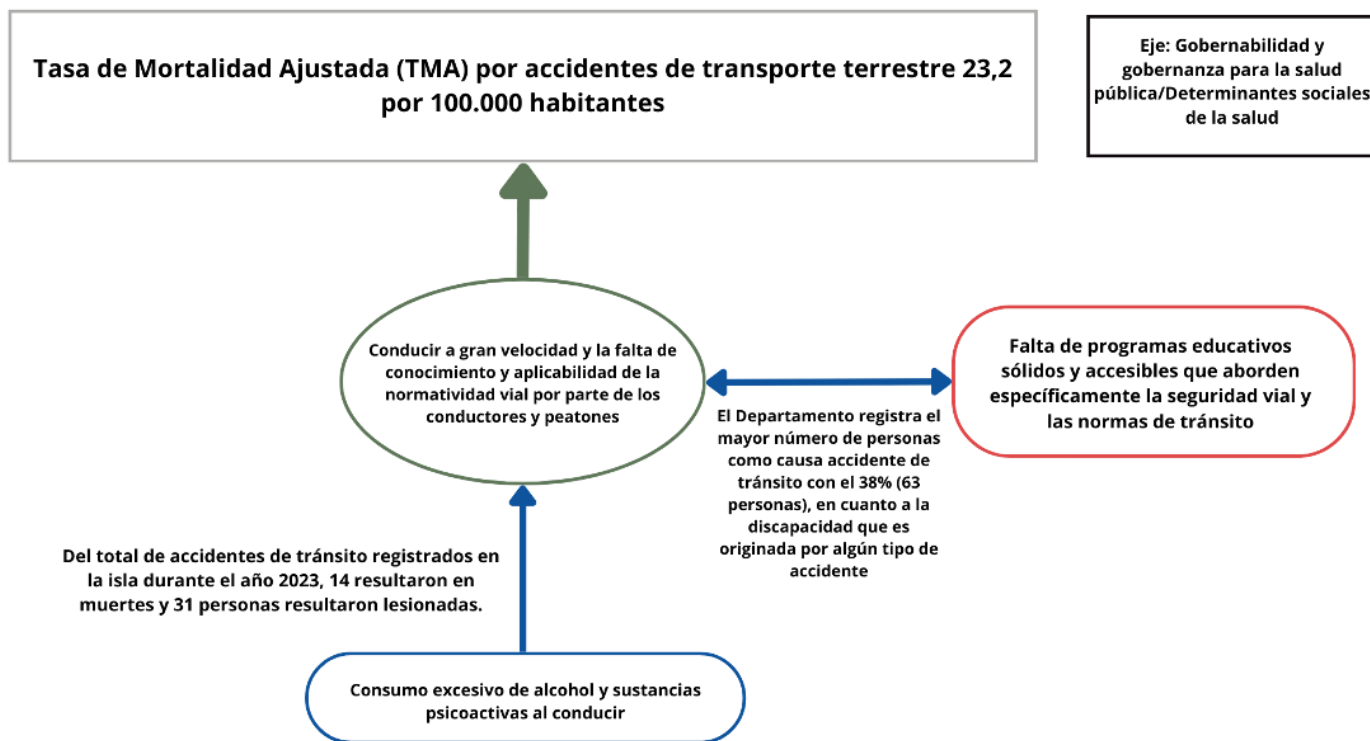
Núcleo de inequidad socio-sanitaria del territorio - Enfermedades No Transmisibles.



Fuente: Elaboración Propia

La ubicación geográfica del Departamento y la limitada disponibilidad de suelo y agua para la actividad de agricultura son escenarios condicionantes para que el 80% de los alimentos sean importados y de cabotaje; teniendo presente que los fletes del transporte marítimo y aéreo favorecen el incremento de los precios conlleva al encarecimiento de los costos de los productos de la canasta familiar. Este contexto, repercute en el consumo inadecuado de alimentos con alto aporte calórico como azúcares y carbohidratos. Adicional, la poca adopción de hábitos saludables como actividad física, desestimulación del consumo de tabaco y alcohol, además la baja demanda a los servicios de salud, seguimiento monitorio y control de los pacientes crónicos ha desencadenado en la carga de morbilidad y mortalidad por las enfermedades no transmisibles.

Núcleo de inequidad socio-sanitaria del territorio – Causas

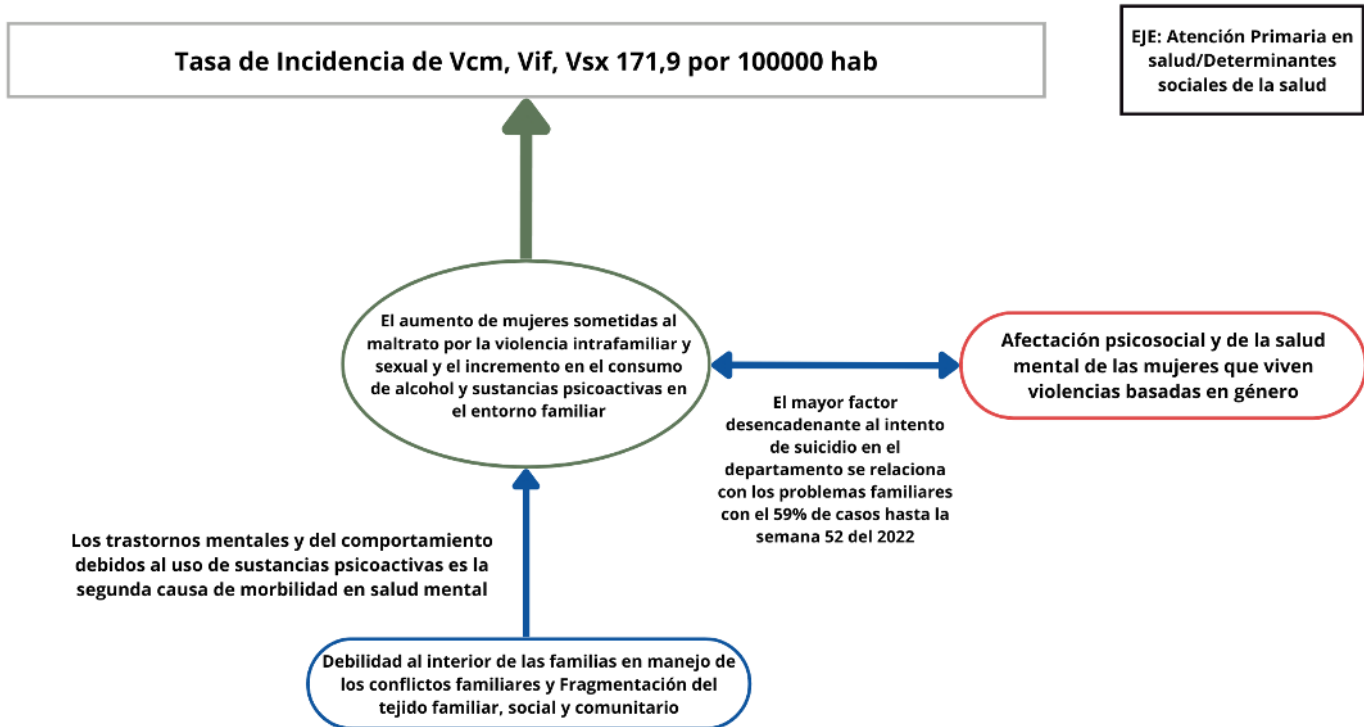


Externas.

Fuente: Elaboración Propia

En el Departamento situaciones como la falta de conocimiento y aplicabilidad de la normatividad vial por parte de los conductores y peatones, vías en mal estado, poca señalización, escasa iluminación, conducir a gran velocidad, conducir bajo los efectos de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas se asocian a las altas tasas de accidentalidad por transporte terrestre. Se debe fortalecer la educación en seguridad vial en los habitantes.

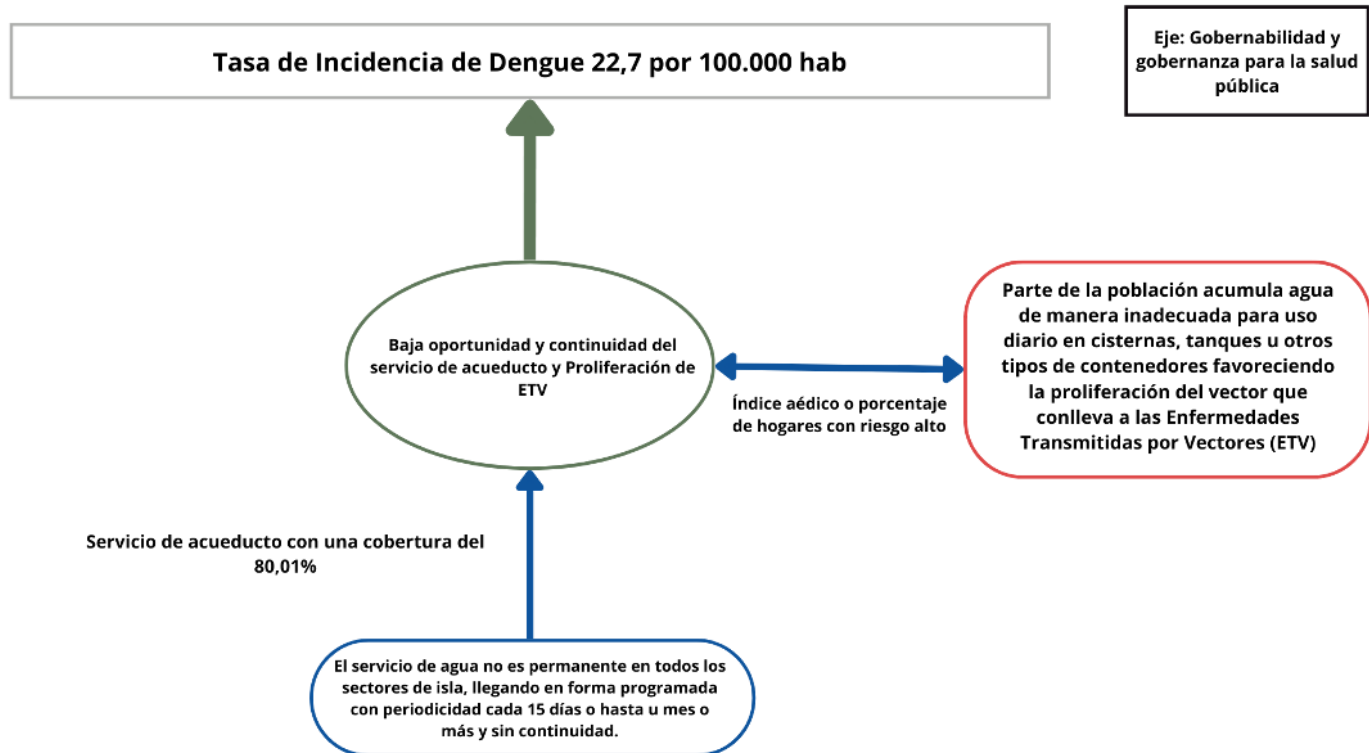
Núcleos de inequidad socio-sanitaria del territorio – Convivencia Social y Salud Mental.



Fuente: Elaboración Propia

El departamento presenta una alta incidencia de violencia de género, sexual e intrafamiliar, además de casos por intento de suicidio; eventos que son consecuencia de relaciones sociales y culturales violentos, fragmentación del tejido familiar, social y comunitario sumado a ello el alto consumo de SPA y alcohol, maltrato de pareja y de menores, deficiencias en los servicios de salud para la atención oportuna y adecuada de salud sexual y reproductiva, nivel socio económico bajo en las familias, sobre población, entre otros.

Núcleo de inequidad socio-sanitaria del territorio - Enfermedades Transmisibles.



Fuente: Elaboración Propia

En el departamento factores como el servicio de cobertura de acueducto en el territorio afecta la posibilidad de tener acceso permanente al agua potable, el deficiente manejo de los residuos sólidos, asociado a la falta de continuidad en las intervenciones de promoción y prevención de las Enfermedades Transmisibles incluidas las acciones de adopción de correctos hábitos conductuales por parte de la población, y la falta de adherencia a las guías y protocolos de atención en salud para enfermedades transmisibles, son situaciones que influyen en el comportamiento endémico de ETV.

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.

La cartografía social (mapeo colectivo) es un instrumento que se hace indispensable para conocer la situación social y de salud de un grupo específico, este mapa se elabora través de la acción-participación de los diversos actores que intervienen en diversos escenarios (academia, entes territoriales, prestadores de servicios de salud, etc.). La idea principal es plasmar la realidad del proceso salud-enfermedad que se da en el territorio, rodeado de sus factores tensionantes que pueden ser protectores o de riesgo.

La Cartografía social se plantea como una propuesta conceptual y metodológica de experiencia y acompañamiento a procesos sociales del territorio insular Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. Se basa en el resultado de conversaciones en grupo y experiencias personales de un colectivo de personas, en el cual se tiene en cuenta los aportes de cada asistente.

El Objetivo de esta actividad, fue describir desde el colectivo el territorio potenciando el conocimiento local y las representaciones elaboradas sobre la identificación, caracterización y comprensión de las problemáticas y necesidades, acorde al contexto sociocultural y realidades del territorio. Para la captura de información primaria, la comunidad se encargó de suministrar información cualitativa, a través del ejercicio de la cartografía social, como una metodología participativa y colaborativa de investigación que invitó a la reflexión, organización y acción alrededor del espacio físico y social del departamento. Por consiguiente, parte de la construcción participativa del análisis de situación en salud (ASIS) se basó en la realidad del territorio desde las comunidades, ellos descubrieron sus necesidades y situaciones salud como actores sociales indispensables en la elaboración de las acciones afirmativas que nos lleven a resultados desde LA CARTOGRAFIA SOCIAL como proceso netamente PARTICIPATIVO.

4.1. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas del territorio.

Parte del análisis de situación de salud en el territorio, tiene que ver con la respuesta institucional y social que se ha venido desarrollando frente a las problemáticas identificados. Así las cosas, es necesario identificar las problemáticas y analizar la respuesta dada desde los actores y/o sectores, reconociendo la posición o rol.

Para reconocer la posición o rol del actor involucrado, se utiliza las definiciones de la Metodología general ajustada para la formulación de proyectos del DNP, en el módulo 1 de Identificación, sección 3. Participantes.

“Se debe relacionar el actor que está involucrado según el análisis del problema adelantado, adicionalmente se debe seleccionar la entidad a la que pertenece el actor, sus intereses y expectativas frente al problema y la posición que podría asumir dentro de las siguientes categorías: Beneficiario, Cooperante, Oponente o Perjudicado.

BENEFICIARIOS: Aquellos individuos u organizaciones que recibirán directa o indirectamente los beneficios de la(s) intervención(es) que se proponga(n) realizar a través del proyecto.

COOPERANTES: Comprende a todas aquellas personas o entidades que pueden vincularse aportando recursos de diferente tipo ya sea en dinero o en especie para el desarrollo de dichas intervenciones.

OPONENTES: Es una persona, grupo o institución que no está de acuerdo con el proyecto que se está presentando, o tiene una opinión contraria frente al mismo, estos podrían obstaculizar el logro de los objetivos del proyecto.

PERJUDICADO: Es una persona, grupo o institución que se puede ver afectado por los objetivos del proyecto y a pesar de ello puede o no oponerse.

(Ver Anexo 1E. Tabla. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.)

Análisis

Para el análisis del desarrollo de los talleres participativo en la construcción de la situación en salud en los diferentes sectores del Departamento de San Andrés Islas, se determina que el principal factor que más está afectando es la prestación de servicio de salud, el cual limita la accesibilidad a los servicios, donde no hay un seguimiento oportuno a los controles médicos por la falta de agenda de las citas médicas afectando más a la población de la tercera edad.

La inseguridad como problemática social central, generando diversas afectaciones emocionales, como el miedo, la desconfianza, el sentimiento de

abandono por parte del gobierno local y la usencia de cuadrantes de la policía que realicen control .

La proliferación de roedores y mosquitos encontrando los principales factores externos propicios para el criadero de estos; el mal manejo de las basuras, el agua residual que se está filtrando por todos lados y estas se estancan y se convierten en aguas negras, etc.

Los embarazos en menores de edad, estas consecuencias son la deserción escolar y la falta de comunicación con sus padres, por lo cual hay que fomentar en padre e hijos la educación sexual a temprana edad.

Encontrando otros factores asociados como la falta de agua potable, la contaminación ambiental y auditiva, falta de seguridad vial, accidentalidad, las inundaciones, faltan de recreación tanto para los adultos mayores y jóvenes.

Para mejorar dichas problemáticas se propone incentivar la parte de la educación ya que es fundamental para generar conciencia de los riesgos que nos conlleva las malas prácticas que realizamos, fortalecer los programas de PyP, dotar de insumos y talento idóneo para el fortalecimiento de la promoción y prevención en salud y la implementación de jornadas deportivas.

Conclusiones

Se concluye que se deben considerar a los actores sociales como elementos clave en la resolución de los problemas identificados en el ámbito de la salud.

Se logra identificar las diversas instituciones y sectores; además se describe el papel que cada uno de estos actores desempeña y la respuesta que ofrecen frente a la situación de salud en cuestión, para lograr impactar de manera positiva los determinantes sociales y así mejorar los resultados en salud de los principales indicadores que afectan a la población.

Con este ejercicio participativo, se permite evaluar la eficacia de las respuestas dadas por estos actores y sectores como, si han implementado programas o políticas efectivas para abordar las problemáticas identificadas, si se han alcanzado los objetivos establecidos y si existen barreras o desafíos que hayan impedido una respuesta eficaz.

Finalmente se sugiere posibles recomendaciones para mejorar la respuesta institucional y social a las problemáticas de salud identificadas. Esto podría incluir acciones específicas que los actores y sectores pueden tomar para abordar las deficiencias identificadas y mejorar la salud en el territorio.

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

5.1. Matriz priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud.

La matriz de priorización es una herramienta donde se presentan diferentes criterios para definir un problema prioritario a resolver. Es una herramienta que sirve para tomar decisiones y clasificar problemas, de acuerdo a unos criterios de priorización.

A continuación, se definen los criterios con las respectivas alternativas ponderación:

Magnitud

Criterio que permite determinar el tamaño de un problema o necesidad. Hace referencia a la identificación de las características de las personas afectadas (grupos de edad, sexo, etnia, situación o condición, área geográfica), el comportamiento de los daños en el transcurso del tiempo, para determinar tendencias en la variación por regiones. Se refiere a qué tan grande e importante es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas.

Se va a definir por cuartiles:

Bajo: 1 cuartil (0 a 25%).

Medio: 2 cuartil (26 a 50%).

Alto: 3 cuartil (51 a 75%)

Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%).

Pertinencia social e intercultural

Es la medición entre una necesidad real (tangible) de interés en salud pública, ante una percepción formal de la comunidad obtenida a través del ASIS participativo.

En este caso la pregunta a responder es: ¿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?

Ponderaciones: Bajo–Medio–Alto–Muy alto

Transcendencia

Permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales, socioeconómicas, socioculturales de los daños en salud en las personas, las familias, las comunidades y el territorio.

En este caso la pregunta a responder es: ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?

Se va a definir por cuartiles:

Bajo: 1 cuartil (0 a 25%).

Medio: 2 cuartil (26 a 50%).

Alto: 3 cuartil (51 a 75%)

Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%).

Capacidad de intervención

Se determina a partir de dos categorías: Factibilidad y Viabilidad.

Factibilidad. Se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, a través de las autoridades regionales, los planes nacionales de salud, el ministerio de salud, agencias, voluntarios y/o otras fuentes de intervenir y jerarquizar la resolución de los problemas de salud. Para algunos autores se refiere al costo-eficiencia de las actividades, y a la estimación de los resultados que se obtendrán utilizando recursos de costo conocido.

Ponderaciones: Bajo–Medio–Alto–Muy alto

Viabilidad. Posibilidad de llevar un programa de salud con la voluntad política. Hace referencia al personal humano capacitado, recursos materiales e infraestructura, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio.

Ponderaciones: Bajo–Medio–Alto–Muy alto

Para el análisis de las variables Magnitud y Transcendencia se tomó como referencia las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Departamento:

Grandes causas de Morbilidad	2023 (Consultas)	Valoración
1. Enfermedades no transmisibles	65,24	Muy Alto
2. Signos y síntomas mal definidos	12,81	Alto
3. Condiciones transmisibles y nutricionales	11,77	Medio
4. Lesiones	8,68	Bajo
5. Condiciones maternas y perinatales	1,51	Bajo

Grandes causas de Mortalidad	2023p (Tasas)	Valoración
1. Enfermedades del sistema circulatorio	207,5	Muy Alto
2. Las demás causas	107,9	Alto
3. Causas Externas	107,6	Medio
4. Neoplasias	50,0	Bajo
5. Enfermedades Transmisibles	38,6	Bajo

	Rango
Muy alto	12,82 - 65,24
Alto	11,78 - 12,81
Medio	8,69 - 11,77
Bajo	1,51 - 8,68

	Rango
Muy alto	108,0 - 207,5
Alto	107,7 - 107,9
Medio	50,1 - 107,6
Bajo	38,6 - 50,0

Fuente: Elaboración Propia

(Ver Anexo 1F. Tabla. Matriz priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.)

Análisis

Con la herramienta matriz de priorización, herramienta esencial que nos permite enfocar la planificación de los problemas de salud en el departamento; constituye un instrumento valioso para identificar y clasificar los problemas de salud según su nivel de importancia y urgencia, permitiendo que la asignación de recursos sea de manera eficiente y estratégica.

En consecuencia, la matriz de priorización se convierte en una herramienta fundamental para fortalecer los esfuerzos en la mejora de la salud pública del territorio insular, la cual enfrenta diversos núcleos de inequidad. Estos núcleos se identificaron a partir de la participación activa de actores comunitarios, institucionales y otros que participaron de la cartografía social, así mismo se tuvo en cuenta los datos de mortalidad y morbilidad atendida.

De acuerdo a la priorización en primer lugar con una valoración muy alta se encuentran las enfermedades no transmisibles para morbilidad y las enfermedades del sistema circulatorio para la mortalidad, situación que no solo se presenta para el último año analizado, sino que corresponde a la principal causa en los últimos 10 años.

Continuando la priorización en relación al análisis cuantitativo de la mortalidad le siguen en segundo lugar las demás causas, encontrándose al analizar las subcausas de este grupo la diabetes mellitus con una valoración alta; en tercer lugar, las causas externas con valoración medio, seguido de las neoplasias y enfermedades transmisibles con valoración bajo. Respecto al análisis cuantitativo de la morbilidad se ubican los signos y síntomas mal definidos con valoración alta, en tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales con valoración medio, le siguen las lesiones y las condiciones maternas y perinatales en el cuarto y quinto lugar respectivamente con valoración bajo.

A partir de esta herramienta de priorización; se hace importante fortalecer las estrategias que tienen y/o planteamiento de estrategias adicionales como fin de impactar en la prevención de la cronicidad de las patologías, el acompañamiento en temas de salud nutricional y seguridad alimentaria, actividad física permanente y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas entre otros.

Además, se debe robustecer el trabajo sectorial mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud, ya que permite desarrollar soluciones integrales, sostenibles y equitativas. Al trabajar juntos, los sectores pueden potenciar sus esfuerzos, maximizar los recursos y garantizar un impacto positivo en la salud y el bienestar de las personas, especialmente de aquellas en situaciones más vulnerables.

Conclusiones

El proceso de priorización de las problemáticas del territorio a partir del análisis de situación de salud permite orientar la planeación de estrategias y acciones que aporten a las soluciones integrales a las problemáticas en salud identificadas. Debe centrarse en intervenciones preventivas como la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento de la atención primaria para la detección precoz y manejo adecuado de estas enfermedades.

La priorización en salud no solo identifica las áreas críticas para la intervención, sino que también resalta la necesidad de un enfoque integrado y sostenible que

aborde las ENT, las condiciones mal clasificadas y las causas externas de manera eficiente. Esto garantizará la optimización de los recursos disponibles y una mejora tangible en los indicadores de salud y bienestar de la población.

Es preciso entonces, que el trabajo intersectorial promueva el uso adecuado del espacio garantizando la respuesta a las necesidades de la población en cuanto a condiciones de la vivienda, suficiencia de servicios de salud y equilibrio del medio ambiente. Más aún, partiendo del conocimiento que se tiene como riesgo inminente las amenazas naturales, teniendo en cuenta las condiciones propias geográficas y la ubicación de poblaciones vulnerables en zonas de alto riesgo.

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

El análisis de situación construido con la participación activa de los actores institucionales y comunitarios en el territorio, ha permitido identificar las problemáticas con una visión más amplia desde el sentir de las comunidades, así como la capacidad de respuesta que se ha tenido frente a las mismas.

Ahora bien, entendiendo los acuerdos de la sociedad como un proceso de concertación dinámico, que parte de las realidades y debe permitir una construcción permanente, desde su conocimiento y experiencia como territorio, se hace necesario plantear sus propuestas de respuesta y recomendaciones en coherencia con el Modelo de salud Preventivo y predictivo.

(Ver Anexo 1G. Tabla. Recomendaciones en el marco del PDSP 2022 2031 y el modelo de salud preventivo predictivo fundamentado en la atención primaria en salud del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.)

Análisis

La Planeación integral para la salud es el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud-PTS, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad. (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 100 de 2024). Este proceso más allá de ser un proceso técnico, y programático, es un proceso político, que debe encontrar en el componente técnico (epidemiológico y de la salud pública, de las ciencias sociales y humanas), argumentos que respalden y representen las necesidades en salud de las poblaciones; posibilitando un ejercicio programático y financiero justo.

Estos atributos deben ser abordados de manera conjunta para el logro de los resultados esperados. Respecto del atributo político, se debe comprender que el mismo, obedece a fuerzas políticas y sociales del territorio, que influyen en la definición de la problemática en salud, de las causas que la generan y de las intervenciones a realizar, de allí la relevancia de la participación social a lo largo de la ruta lógica de la Planeación Integral para la Salud.

En este capítulo se logra consolidar la identificación de los elementos necesarios previos al desarrollo de la planeación integral para la salud, tomando como punto de partida la situación de salud como elemento orientador de las acciones del sector y organización de la propuesta de respuesta y recomendaciones, reconociendo el contexto político y social que permita el posicionamiento de los instrumentos de política pública existentes y los canales de armonización con la planeación territorial integral para la salud.

Con el análisis cuantitativo de las características socio demográficas de aspectos relacionados con la población como: estructura demográfica, distribución de la población según sexo/género, proporción de personas pertenecientes a los grupos étnicos que habitan el territorio. Con estos insumos se construye la configuración de la situación del territorio que permita evidenciar las principales problemáticas del territorio con sus posibles causas directas e indirectas.

Como el abordaje cualitativo, a través del mapa de actores institucionales y comunitarios, con el fin de reconocer la oferta institucional del sector salud y otros sectores, educación, ambiente, seguridad, movilidad entre otras; de igual manera reconozca el nivel de organización social y política de las comunidades que habitan o transitan el territorio.

De acuerdo de las problemáticas configuradas, y su respectiva descripción de información cuantitativa y cualitativa seguidamente se alineó con el correspondiente eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública para facilitar y avanzar en **las respuestas de cada problemática priorizada:**

Falta de adherencia a guías médicas, protocolos y rutas integrales de atención perinatal

- Priorizar la formación y capacitación del personal de salud en los principios y prácticas de la APS y teniendo en cuenta el enfoque diferencial, así como en la coordinación intersectorial y la gestión integrada de casos.
- Desarrollar campañas brigadas y de salud preventiva puerta a puerta donde se logren evidenciar las problemáticas de salud materno infantil en tiempos precisos.
- Formulación de acciones en conjunto de la entidad territorial y la ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para fortalecimiento de los centros de salud, Hospital departamental y hospital local.
- Fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales para la gestión territorial de la salud pública, en el marco de la Estrategia Nacional de

Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva.

Baja oferta de productos agrícolas y altos costos de los precios de los productos de la canasta familiar

- Estructurar y adoptar el proceso del IVC en la ET
- Adoptar el Sistema único de información en salud.
- Estrategia de intervención de entornos comunitarios por territorios de forma intersectorial.
- Fortalecimiento del Programa de Inspección, Vigilancia y Control en los Establecimientos e instalaciones de interés sanitario.
- Creación de un Observatorio de Salud que permita la adquisición, consolidación, generación, difusión y uso de la información sobre las problemáticas en salud del Archipiélago en articulación con los diferentes actores del sistema en el marco de la gestión intersectorial para la planificación de las intervenciones en salud.

Conducir a gran velocidad y la falta de conocimiento y aplicabilidad de la normatividad por parte de los conductores y peatones

- Sensibilización a la comunidad sobre la venta de licor.
- Desarrollar estrategias de información en el proceso de afiliación al SGSSS.
- Formulación de una agenda intersectorial para trabajar las prioridades del sector salud que se desarrollen en el departamento para el abordaje de las prioridades de las problemáticas identificadas por las comunidades.
- Cumplir con los lineamientos y protocolos nacionales emitidos por el Instituto Nacional de Salud para el proceso de Vigilancia en Salud Pública.
- Implementar actividades relacionadas con los programas de poblaciones vulnerables.
- Establecer espacios de coordinación efectivas con el objeto de atender las necesidades sanitarias para la coordinación intersectorial y transectorial.
- Realizar la ejecución del plan de acción de participación social en salud.
- Formular el documento de la Estrategia de Movilidad saludable, segura y sostenible.

El aumento de mujeres sometidas al maltrato por violencia intrafamiliar y sexual y el incremento en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el entorno familiar

- Implementar la estrategia ciudades, entornos y ruralidades saludables CERS en el departamento.

- Garantizar la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo para fortalecer la gestión territorial basada en la atención primaria en salud; mediante la operación de los equipos básicos para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud en el Departamento, teniendo en cuenta factores determinantes de la salud y características etno-culturales de la población.
- Dotar, restaurar, adecuar, modificar y/o ampliar la infraestructura pública hospitalaria de baja, mediana y alta complejidad.
- Establecer espacios de coordinación efectivas con el objeto de atender las necesidades sanitarias para la coordinación intersectorial y transectorial.
- Implementar Estrategias de información y educación a la comunidad en general de los mecanismos de participación.
- Articular estrategias con los sectores y actores del departamento para el fortalecimiento de las acciones dirigidas a la prevención y atención de problemas y trastornos mentales de la población en todos los entornos y momentos del curso de vida (familia, escuela, trabajo y otros escenarios de protección social).

Baja oportunidad y continuidad del servicio de acueducto y proliferación de ETV

- Estructurar y adoptar el proceso del IVC en la ET.
- Implementar procesos de información en salud para la comunidad en general de las medidas preventivas de autocuidado.
- Formulación de una agenda intersectorial para trabajar las prioridades del sector salud que se desarrollen en el departamento para el abordaje de las prioridades de las problemáticas identificadas por las comunidades.
- Cumplir con los lineamientos y protocolos nacionales emitidos por el Instituto Nacional de Salud para el proceso de Vigilancia en Salud Pública.
- Implementar estrategias para el Desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para transversalización del enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas.

Conclusiones

El proceso participativo del ASIS ha permitido desarrollar un documento más aterrizado a la realidad de la situación en salud del territorio insular, al identificar problemáticas y sus orígenes que no son fácilmente detectables en el ASIS cuantitativo.

La adecuada planeación integral en salud para los procesos de salud pública se refleja en todos los problemas de salud del departamento en los ejes estratégicos. Por lo tanto, se recomienda que el Plan de Acción en Salud priorice la inclusión de acciones que contribuyan al cumplimiento de las metas del cuatrienio.

En el departamento existen condiciones sociales, económicas y culturales que favorecen la presentación de embarazo en la adolescencia, el cual hace vulnerable tanto a la madre como al menor lo que representa una situación existente de desigualdad, además deja en evidencia factores contributivos a su presentación como la baja oportunidad al acceso para el uso de anticonceptivos los cuales previenen los embarazos no deseados.

Por otra parte, se destaca que las enfermedades precursoras de ERC tales como la HTA y DM muestran una tendencia creciente durante el periodo de análisis, situación que amerita del sistema de salud esfuerzos en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y mitigación del daño que causan las enfermedades crónicas no transmisibles. Por tanto, aunar esfuerzos para el logro de fomentar la siembra y oferta local logrando solucionar tomas adyacentes como el abastecimiento de agua potable debe tener prioridad en las agendas políticas; además no menos importante reducir los costos del arancel del transporte marítimo y aéreo de los productos de la canasta familiar los cuales para el departamento el 80% de los alimentos son importados y de cabotaje. La seguridad alimentaria asegura que todas las personas tengan acceso a alimentos suficientes, seguros y nutritivos; promueve también, el cultivo local y sostenible ayuda a reducir la dependencia de importaciones.

Otro aspecto, que no debe dejarse de lado corresponde a la mortalidad por causas externas que genera una carga, medida en AVPP por ser una de las primeras causas de mortalidad prematura, con mayor incidencia en hombres jóvenes, generando un gran peso en el capital y bienestar social. Los accidentes de tránsito, presentan una importante tendencia al aumento razón por la cual las políticas de seguridad vial y la participación de la comunidad como veedores del cumplimiento de las mismas, son estrategias que cobran una gran importancia en el objetivo de disminución de su incidencia, adicionalmente la aplicación de conductas de autocuidado por parte de los peatones, conductores y los temas de convivencia ciudadana aportan en conjunto para conseguir los logros esperados.

Asimismo, la salud mental es un tema que requiere de mayor visibilidad, teniendo en cuenta el aumento de mujeres sometidas al maltrato por violencia intrafamiliar y sexual y el incremento en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el entorno familiar, impactando grupos de altísimo riesgo como son la población mujeres, adolescentes y adulto mayor, quienes requieren acciones encaminadas a la sana ocupación del tiempo libre, fortalecimiento de la educación, disminución de barreras de acceso y fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social. Abordar la salud mental y los problemas sociales requiere un enfoque integral que combine intervenciones a nivel individual, familiar, comunitario y estructural. Las soluciones propuestas, son pasos importantes en la dirección correcta para abordar la inequidad y mejorar el bienestar en la comunidad.

En este sentido, de acuerdo a estos indicadores, se sugirió la importancia de su focalización tomando en cuenta las condiciones de vida y determinantes sociales presentes en el departamento; esta priorización desagregada constituye el insumo para la planeación territorial. Igualmente, el monitoreo de las desigualdades en salud debería incluir indicadores positivos que permitan una interpretación desde las dinámicas que determinan la salud que permitan la planificación y las decisiones más informadas en el establecimiento de prioridades y asignación de recursos.

Por último, es fundamental que se continúen los procesos participativos con el involucramiento de la comunidad en la planificación de los programas de salud, identificando los principales problemas de salud e implementando intervenciones efectivas con enfoques diferenciales de derechos, curso de vida y etnia.

ANEXOS

REFERENCIAS

(1 de 12 de 2023). Obtenido de <https://www.provigas.co>

Cámara de comercio de San Andrés, P. y. (2022). *Estudios económicos*.

<https://fundacionunivalle.com/index.php/news/paneles-solares-san-andres/>. (s.f.).

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022. (s.f.). Resolución 1035. *Resolución 1035. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales.*

Plan de Desarrollo Departamental todos por un Nuevo Comienzo 2020-2023. (s.f.).

–PNUD., U. (2013). *Guía metodológica para la elaboración de Planes Departamentales para la Gestión del Riesgo.* [Citado en agosto 2013]. Disponible en <http://www.sigpad.gov.co/sigpad/archivos.aspx?idc=50>.

ROBERT DAY OPS. (2005.). *Como escribir y publicar trabajos científicos.*

De San, A., Providencia, A., & Catalina, S. (n.d.). *PLAN TERRITORIAL DE ADAPTACIÓN AL CAMBIO*

CLIMÁTICO. Gov.Co. Retrieved November 28, 2023, from

[https://www.sanandres.gov.co/index.php/publicaciones/publicaciones-del-2020-al-](https://www.sanandres.gov.co/index.php/publicaciones/publicaciones-del-2020-al-2022/planes/15896-plan-territorial-de-adaptacion-al-cambio-climatico-componente-salud-ambiental-san-andres-islas-2022/file)

[2022/planes/15896-plan-territorial-de-adaptacion-al-cambio-climatico-componente-salud-ambiental-san-andres-islas-2022/file](https://www.sanandres.gov.co/index.php/publicaciones/publicaciones-del-2020-al-2022/planes/15896-plan-territorial-de-adaptacion-al-cambio-climatico-componente-salud-ambiental-san-andres-islas-2022/file)

PLAN DEPARTAMENTAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA

Y SANTA CATALINA ISLAS. Gobernación Departamental Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Livingston Arriaga, J, Archbold Martínez, I y Robinson Davis, D. (2022). *Raizales, una etnia por conocer:*

breve recorrido por su historia y cultura. Secretaría de Educación del Distrito; Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe – CERLALC.

<https://repositorios.educacionbogota.edu.co/entities/publication/ac473db6-6e2a-4bee-82f9-74f3302a27af>

(N.d.-c). Gov.Co. Retrieved November 27, 2023, from

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/experimentales/demografia-poblacion/pertenencia-etnica/pertenencia-etnica-presentacion-contexto-resultados-junio-2021.pdf>

Nacional De Población Y Vivienda, C. (n.d.). *Estudios Poscensales*. Gov.Co. Retrieved November 27, 2023, from <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/estudios-poscensales/06-analisis-dinamica-intercensal-autorreconocimiento-NARP-UNFPA.pdf>