

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)

ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS

FRONTERA INSULAR CON NICARAGUA



2011

REPRESENTANTES INSTITUCIONALES DEL NIVEL CENTRAL Y LOCAL

A continuación se presenta una lista de las personas que participaron durante las diversas actividades de elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Archipiélago de San Andrés - 2011. Esta breve presentación se realiza como muestra de agradecimiento a los valiosos aportes de todas las personas que participaron en su elaboración, cuyo apoyo permitió obtener un documento de gran calidad y utilidad para la planeación estratégica del sector de salud pública de esta frontera marítima.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL ASIS

Dra. Evelyn CALDERÓN GARAY.
Gestora de Fronteras

COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA

PUNTOS FOCALES NACIONALES Y LOCALES PARTICIPANTES EN LA RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y LA REDACCIÓN DEL ASIS DE LA FRONTERA CON NICARAGUA

COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPRESENTANTES INSITUCIONALES DEL NIVEL CENTRAL Y LOCAL

Dra. Martha OSPINA MARTÍNEZ.
Directora
Dirección de Epidemiología y Demografía

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Dra. María Belén JAIMES SANABRIA.
Profesional Especializado.
Dirección de Epidemiología y Demografía

Dra. Beatriz LONDOÑO SOTO
Ministra de Salud

Dr. Carlos Mario RAMÍREZ
Viceministro de Salud Pública

Dra. Evelyn CALDERÓN GARAY.
Gestora de Fronteras
Dirección de Epidemiología y Demografía

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA

Dra. Martha OSPINA MARTÍNEZ.
Directora

Dra. Elizabeth MERA GARCÍA
Coordinadora de Salud Pública

Dra. María Belén JAIMES SANABRIA.
Profesional Especializado.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
PRESENTACIÓN DEL ASIS DE LA ISLA DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA, FRONTERA INSULAR CON NICARAGUA	6
SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS.....	7
OBJETIVO.....	8
ANTECEDENTES DE LOS ASIS EN FRONTERAS	9
ANTECEDENTES DEL ASIS EN COLOMBIA.....	10
INTRODUCCIÓN	11
INFORMACIÓN CONTEXTUAL.....	12
COLOMBIA.....	12
NICARAGUA	13
LA FRONTERA INSULAR COLOMBO-NICARAGUENSE.....	14
ANÁLISIS POR COMPONENTES	14
ASPECTO TERRITORIAL Y GEOGRÁFICO	15
División Político Administrativa	15
Límites Geográficos: Localización física del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.....	15
Estructuras físicas fundamentales	16
Hidrografía	17
Accesibilidad geográfica	18
ASPECTO DEMOGRÁFICO	18
Población total.....	19
Proporción de población según sexo.....	19
Proporción de población según grupos de edad	20
Proporción de población según zona.....	21
Proporción de población por pertenencia étnica	21
Tasa de crecimiento anual de la población.....	21
Tasa general de fecundidad	22
Tasa bruta de natalidad.....	23
Tasa bruta de mortalidad	24
ASPECTO SOCIOECONÓMICO	25
Proporción de población con NBI.....	25
Proporción de población en hacinamiento preguntar a planeación departamental.....	26
Educación	27
SALUD INFANTIL.....	28
Tasa de mortalidad infantil	29
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	30
Planificación Familiar.....	31
Salud Sexual y Reproductiva de los/las adolescentes.....	31
SALUD ORAL.....	32
SALUD MENTAL	33
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZONOSIS.....	34
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES	37
SALUD NUTRICIONAL	38

SALUD SANITARIA Y DEL AMBIENTE	40
SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL	46
RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD	47
DIAGNÓSTICO DE SALUD-ENFERMEDAD	48
PERFIL DE MORTALIDAD.....	48
Mortalidad general	48
PERFIL DE MORBILIDAD.....	53
Priorización de problemas	57

ÍNDICE DE TABLAS, MAPAS Y ANEXOS

Tabla 1. Características Físicas del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina: temperatura, superficie y altitud. Año 2011.....	16
Tabla 2. Características Físicas del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina: Longitud y Latitud. Año 2011.....	16
Mapa 1. Zonas de riesgos según eventos del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.	17
Tabla 3. Población total para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2010 y 2011.	19
Tabla 4. Población por Sexo para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2010 y 2011	19
Figura 1. Población por rango de para el Departamento Archipiélago para el año 2010	20
Figura 2. Población por rango de para el Departamento Archipiélago para el año 2011	20
Tabla 5. Población por grupos de edad para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.....	20
Figura 3. Pirámide poblacional del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.....	21
Tabla 6. Tasa de crecimiento anual de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2005-2010.	22
Tabla 7. Crecimiento natural de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Proyecciones 2010-2015.....	22
Tabla 8. Cuadro comparativo de la Tasa General de Fecundidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Proyectado Año 2012.	22
Tabla 9. Comparativo de la Tasa General de Fecundidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 1998-2011.....	22
Tabla 10. Comparativo de Tasas Globales de Fecundidad en menores de 15 años y general. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 1998-2011.	23
Tabla 11. Cuadro comparativo Tasa Bruta de Natalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Proyectado Año 2012.	24
Tabla 12. Cuadro comparativo Tasa Bruta de Natalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Años 2000 a 2011.....	24
Tabla 13. Comparativo Tasa Bruta de Mortalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Proyectado Año 2012.	24
Tabla 14. Comparativo Esperanza de Vida al Nacer General del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Proyectado Año 2012.....	24
Tabla 15. Distribución de la Población por Clasificación SISBEN del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Año 2012.....	26
Tabla No 16. Hogares según número de personas en un solo cuarto isla de San Andrés	26

Tabla 17. Tasa de Analfabetismo para la Población de 15 años y más del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2005.	27
Tabla 18. Tasa de Analfabetismo para la Población de 15 años y más del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2008, 2009 y 2010.	27
Tabla 19. Tasa de Analfabetismo para la Población de 15 años y más del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.	27
Tabla 20. Tasa de Analfabetismo para la Población de 15 años y más del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.	28
Tabla 21. Análisis del Componente Infantil del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.	30
Tabla 22. Mortalidad Materna del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2000-2011.	30
Tabla 23. Análisis Componente Salud Sexual y Reproductiva del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.	32
Tabla 24. Salud Oral del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.	33
Tabla 24. Salud Mental del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.	34
Tabla 25. Incidencia y letalidad de Leptospirosis en San Andres Providencia 1999-2012.	36
Tabla 26. Enfermedades Transmisibles y Zoonosis del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2010-2011.	37
Tabla 27. Enfermedades Crónicas No transmisibles del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2010.	38
Tabla 27. Salud Nutricional del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2009.	39
Tabla 28. Proporción Bajo Peso al Nacer (BPN) del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 1999-2011.	39
Tabla 29. Eventos asociados a las condiciones sanitarias y ambientales en departamento archipiélago de san Andrés y Providencia años 2009 a 2011	41
Tabla 30. Grupos de vigilancia de la calidad del agua en departamento archipiélago de san Andrés y Providencia años 2010-2011.	42
Tabla 31. Generadores de Residuos Hospitalarios Vigilados en PGIRHS años 2008 a 2011	42
Figura 4. Conceptos sanitarios establecimientos gastronómicos y de distribución de alimentos	43
Figura 5. Conceptos sanitarios establecimientos riesgos químicos	43
Tabla 28. Salud Sanitaria y del Ambiente del Departamento Archipiélago Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.	44
Tabla 32. Salud Sanitaria y del Ambiente Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.	45
Tabla 33. Salud Sanitaria y del Ambiente Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.	45
Tabla 34. Seguridad en el Trabajo y las Enfermedades de Origen Laboral del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.	46
Tabla 35. Análisis Mortalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2009.	49
Figura 6. Tasa Bruta de Mortalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2000 a 2010.	49
Tabla 36. Causas de Muerte Población general del Departamento Archipiélago de San Andrés 2009.	50
Tabla 37. Mortalidad evitable. Departamento Archipiélago de San Andrés 2009.	51
Tabla 38. Total y tasa de defunciones por año y sexo según grupos de Causas. Departamento Archipiélago de San Andrés 2000 a 2010.	51

Tabla 39. Mortalidad por Causas Agregadas Departamento Archipiélago de San Andrés 2005-2010 .	52
Tabla 40. Tasas Específicas por causas. Departamento de San Andrés. Años 2005-2010.	52
Tabla 41. Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa, por género en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.....	54
Tabla 42. Perfil de Morbilidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.....	55
Tabla 43. Proporción de morbilidad General por Grupos étnicos. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2010 -2011	55
Tabla 44. Primeras causas de Morbilidad General del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010-2011	55
Tabla 45. Primeras causas de morbilidad general en hombres. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010-2011.....	56
Tabla 46. Primeras causas de morbilidad general en mujeres. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010-2011.....	56

AGRADECIMIENTOS

Sin duda alguna, la disposición, apoyo, cualificación técnica y el gran conocimiento de la dinámica de la salud pública de la frontera marítima, por parte de los funcionarios de la Secretaría de Salud Departamental de San Andrés y Providencia, se constituyen en el principal insumo dentro del proceso de elaboración del presente documento ASIS. Se hace un especial reconocimiento al arduo trabajo de la Dra. Elizabeth Mera, Coordinadora de Salud Pública de la DTS de San Andrés, en su propósito de visibilizar las principales problemáticas y necesidades en salud pública de la comunidad raizal, y en promover el enfoque étnico y diferencial¹ que permitan obtener un documento de gran utilidad para la zona fronteriza.

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y al Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, especialmente, a la Dirección de Epidemiología y Demografía, quienes dispusieron todos los medios y recursos tanto técnicos como de conocimiento, con el fin de promover y sensibilizar a las DTS sobre la importancia de la elaboración del documento ASIS. Se extiende el agradecimiento al Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud y Protección Social, en su apoyo para reactivar y fortalecer las relaciones exteriores con los países del Caribe, en particular con Nicaragua y Costa Rica, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud pública en la frontera insular.

Se agradece la participación del Equipo de Fronteras del Convenio 485/2010 del MPS y la OPS/OMS, especialmente, a la gestora a cargo, la Dra. Evelyn Calderón quien ha participado a lo largo del proceso de gestión para la elaboración del documento el cual fue iniciado en el segundo semestre de 2011, al igual que a la epidemióloga del Equipo de Fronteras, la Dra. Luz Stella Ríos por el apoyo técnico brindado durando la primera visita de asistencia realizada en 2011.

¹ Propuesta sugerida por el Grupo de Vigilancia de Salud Pública de la Secretaría Departamental de Salud de San Andrés, en visita de asistencia técnica realizada entre el 8 y 11 de noviembre de 2011, por el Equipo de Fronteras, Convenio 485/2010.

PRESENTACIÓN DEL ASIS DE LA ISLA DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA, FRONTERA INSULAR CON NICARAGUA

El presente documento de Análisis de Situación de Salud (ASIS) de San Andrés y Providencia, frontera insular con Nicaragua, se constituye en la línea de base del departamento para la evaluación de los planes de desarrollo y planes de salud territorial, así como para formular los siguientes planes que sean coherentes con las principales problemáticas y necesidades de salud pública en la zona y sus pobladores, con el fin de planificar intervenciones realmente eficaces para mejorar la calidad de la salud pública.

Basados en el interés de reactivar y promover la cooperación internacional en salud pública con los países del Caribe, con quienes actualmente se mantiene un intercambio comercial y de turismo de gran proporción, existe la necesidad de acordar bi o trinacionalmente las intervenciones y políticas públicas que sean necesarias aplicar en este ámbito, y posicionar a la Isla de San Andrés y Providencia dentro de una concepción más integral como miembro de la región Caribe.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en cabeza de la Dirección de Epidemiología y Demografía, ha venido desarrollando en el transcurso del último año, talleres de capacitación y visitas de asistencia técnica dirigidas a los equipos profesionales de salud pública de las Direcciones Territoriales que tienen a cargo la elaboración del ASIS, con el fin de desarrollar un grado básico del manejo de los datos disponibles en salud en el uso de la evidencia en salud pública para la toma de decisiones y formular el Plan Decenal de Salud Pública.

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud.
SAI: San Andrés Islas
CAN: Comunidad Andina.
CIIDF: Comisión Intersectorial de Integración y Desarrollo Fronterizo
CNE: Centro Nacional de Enlace
DTS: Dirección Territorial de Salud
DEYD: Dirección de Epidemiología y Demografía
DTS: Dirección Territorial de Salud
IDH: Índice de Desarrollo Humano.
INAG:
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social Colombia.
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.
NUTE: Nomenclatura de las Unidades Territoriales Estadísticas Andinas.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OEA: Organización de Estados Americanos
ODM: Objetivos de desarrollo del Milenio.
PIDS: Plan Integrado de Desarrollo Social.
PNSP: Plan Nacional de Salud Pública
RAVE: Red Andina de Vigilancia Epidemiológica.
REMSAA: Reunión de Ministros de Salud del Área Andina.
SIG: Sistemas de Información Geográfica.
SNU: Sistema de Naciones Unidas
SS: Seguridad Sanitaria
UEDF: Unidades Especiales de Desarrollo Fronterizo
VSP: Vigilancia en Salud Pública
ZIF: Zona de Integración Fronteriza.
ZF: Zona de Frontera
ZIF: Zona de Integración fronteriza
UPGD: unidades Primarias Generadoras de Datos

OBJETIVO

El documento ASIS de San Andrés y Providencia, frontera insular con Nicaragua, tiene como principal objetivo identificar el panorama de situación de salud pública de esta zona, suministrando datos de gran importancia para formular planes de desarrollo y de salud que incidan en el mejoramiento de la salud pública y calidad de vida de los habitantes. Se resalta el enfoque diferencial incorporado en este documento, el cual será de gran utilidad para conocer el estado de salud del grupo étnico raizal y promover políticas integrales de salud pública que mejoren sus condiciones de vida.

A nivel fronterizo, el documento ASIS contribuirá al restablecimiento de las relaciones de Colombia con los países del Caribe y a ampliar la visión de análisis del estado de salud de San Andrés y Providencia dada su importancia comercial y turística en la región caribeña. Se constituye en un insumo de gran importancia para fortalecer las relaciones de Colombia con la región del Caribe angloparlante, de cara a desafíos inmediatos como los que representa el Tratado de Libre Comercio (TLC).

ANTECEDENTES DE LOS ASIS EN FRONTERAS

A partir de marzo de 1999, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) creó el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA), con el fin de fortalecer “la capacidad de los países para generar, analizar, difundir y utilizar información que permitiera evaluar la situación de salud y sus tendencias, orientada a la identificación de inequidades en materia de salud y al uso de la epidemiología en la definición de políticas y programas de salud, a vigilar los cambios en la situación de salud y condiciones de vida y evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias”.²

Desde entonces, existe el firme compromiso para todos los países miembros de la OMS de realizar los Análisis de Situación de Salud y formular políticas públicas congruentes con la caracterización de problemáticas y necesidades en salud pública, razón por la cual, Colombia inició desde esta década el trabajo conjunto con los países fronterizos para avanzar en la elaboración de los ASIS y priorizar los problemas de salud pública en las zonas fronterizas. En el año 2006 se realizaron reuniones binacionales con los países fronterizos con el fin de acordar los indicadores a evaluar en el ASIS y, en abril de 2008, fue aprobada en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) la Guía Andina para el Análisis de Situación de Salud.

² Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín Epidemiológico. Vol. 20, No. 1. Washington, DC, marzo de 1999. Pág. 15 en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

ANTECEDENTES DEL ASIS EN COLOMBIA

Desde el año 2000, Colombia incorporó y publicó el primer plegable de indicadores básicos en salud³, basados en los lineamientos establecidos en el Decreto 3039 de 2007 a través del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública y la Resolución 0425 de 2008 por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, a través de los cuales se proponen tres enfoques para el estudio de dicha información: el poblacional, de determinantes y el de gestión social del riesgo, los cuales deberán tenerse en cuenta en la recolección y análisis de la información de salud.

En este sentido, el país, en su deber de avanzar en la construcción de un ASIS Nacional, ha consolidado fuentes de información primarias y secundarias que incluyen encuestas y estudios nacionales en diferentes temas de salud, así como los perfiles epidemiológicos elaborados por las entidades territoriales para planear y ejecutar los planes y proyectos de salud. Actualmente para el proceso de Análisis de la Situación de Salud de Colombia se incluye información del censo de población 2005 y estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), encuestas anuales de calidad de vida, Estudio Nacional de Salud Mental 2003, Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2005 y Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2005 entre otros.⁴

De esta manera, se ha resaltado la importancia de realizar un análisis integral de la situación de salud de todo el país, identificar sus problemas en salud y priorizarlos, de manera tal que los recursos asignados a cada sector para resolver las principales problemáticas y necesidades, se utilicen con la mayor eficiencia.

Realizar un análisis integral de la situación de salud del país a partir de la recolección de información de los indicadores propuestos en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, oferta de los servicios y respuesta social, y prioridades nacionales en salud, morbilidad y mortalidad, se logrará realizar una caracterización de la salud, y del nivel de calidad de vida y bienestar de los habitantes, a través de los cuales se coordinarán las acciones intersectoriales, y en salud y se formularán o ajustarán los proyectos que permitirán resolver estos problemas por cada eje programático y áreas subprogramáticas.⁵

³ Ibid., Página 15.

⁴ Organismos Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Análisis de Situación de Salud de fronteras (ASIS), Corredores Andino y Pacífico Nariño / Tulcán - San Lorenzo, Colombia-Ecuador. Lima, Perú, septiembre de 2010. Página 18.

⁵ Ibid., Página 11.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la primera de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), es el “monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población”.⁶

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en el marco del Decreto 3039 de 2007, incorporó en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, llevar a cabo el “Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación del análisis de la situación de salud de la población”, y a nivel local, a las entidades territoriales les corresponde realizar el “Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud en su jurisdicción”, como insumo para la “elaboración del proyecto de plan de salud territorial” en la actividad de “Diagnóstico general de la situación de salud territorial y formulación del anteproyecto del plan” descritos en la Resolución 425 de 2008.⁷

De conformidad con este marco normativo, el primer paso para la búsqueda del mejoramiento de la salud pública de los países, debe contemplar el proceso de identificación de los problemas de salud, donde se midan y expliquen aquellos factores que repercuten en la situación de salud de las zonas y sus habitantes. Sólo mediante un correcto análisis y caracterización de la salud del país y la evaluación de las capacidades de las instituciones competentes, es posible adaptar a las necesidades de nuestro entorno los diversos compromisos adquiridos internacionalmente, y orientar las políticas y la planificación para alcanzar la efectividad de las acciones en salud pública nacional. Mediante las estrategias de vigilancia en salud pública, se lograrán definir estrategias en salud con “legitimidad, transparencia y racionalidad”.⁸

⁶ Consultado en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm>

⁷ Consultado en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF>

⁸ Departamento Nacional de Planeación (DNP). Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014. “Prosperidad para Todos” Resumen Ejecutivo. Bogotá. 2011. Página 33.

INFORMACIÓN CONTEXTUAL

COLOMBIA



Se encuentra ubicado en la parte norte de Suramérica con una extensión de 1'141.748 Km² continentales y 928.600 insulares. Se ubica en el puesto 26 en área en el mundo. Los límites terrestres suman 6.371 kilómetros, distribuidos de la siguiente manera: con Venezuela, 2.219 Kms; con Brasil, 1645 Kms; con Perú, 1.626; con Ecuador 586 Kms; y con Panamá, 295.5 Kms. Las delimitaciones marítimas se aproximan a la extensión emergida del país, ya que merced a los tratados suscritos, poseemos 540.876 Kms cuadrados en el Océano Atlántico y 339.500 Kms cuadrados, en el Pacífico.⁹

Las fronteras de Colombia están conformada por 13 departamentos -12 terrestres y uno insular- y 57 municipios en los siguientes departamentos: Amazonas, Arauca, Boyacá, Chocó, Cesar, Guajira, Guainía, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vaupés y Vichada; 67 municipios y 11 corregimientos departamentales, con una población estimada en 7.548.893 habitantes según proyecciones del DANE a 2005.

El país está organizado constitucionalmente como una república unitaria descentralizada, organizada en tres poderes administrativos: ejecutivo, legislativo y judicial y que se ejercen en cada una de las divisiones político administrativas acorde al nivel de complejidad de las mismas. Según la división político administrativa, la entidad que en extensión y responsabilidad sigue a la nación, es el departamento denominada NUTE 2 y luego de este, el municipio NUTE 4.

La población de Colombia a 2011 es de 46.044.601 habitantes, con la mayor proporción de población menor de 30 años (55%) seguida por las personas entre 30 y 60 años (35%) y en menor proporción los mayores de 60 años (10%). Al observar datos de años anteriores, se aprecia una reducción en las tasas de natalidad, un incremento en la esperanza de vida, la cual, hoy es de 74 años, un índice de envejecimiento de 20.5 y un incremento de la población de adultos mayores, lo cual indica que Colombia está en un período de transición demográfica y epidemiológica. La densidad poblacional es disímil en las cinco regiones geográficas de Colombia y a nivel nacional es de 28 habitantes por Km².

Teniendo en cuenta la distribución de la población según la región geográfica, la mayor parte de la población está en la zona andina y esta población se compone en un 87% de mestizos, seguida de afrocolombianos con 10,6%, indígenas con 3,43% y gitanos con 0,01%. La constitución de Colombia, ha considerado esta multiétnia en sus fundamentos y principios.

El servicio de electricidad cubre al 93% de la población, el de acueducto a 83,4% y el de alcantarillado a 73%, lo cual indica que a nivel país, existe una buena disposición de estos servicios. Situación similar se observa en el sector educativo, en el cual las tasas de analfabetismo se han logrado reducir al 6% y la cobertura de nivel medio de educación es del 38%.

⁹ En: "Las fronteras de Colombia y Centroamérica". Carlos Granados, en ESAP. Pág. 89.

NICARAGUA



Nicaragua se encuentra ubicada en América Central y su territorio tiene una extensión de 112,492 km² de superficie. La situación geográfica de Nicaragua le proporciona un clima tropical en tierras bajas y más fresco en tierras altas. Las temperaturas oscilan entre 27° y 32° C en la estación lluviosa o invierno, comprendida entre mayo y octubre: y entre 30°; y 35° C en la estación seca o verano, que va de noviembre a abril.

Nicaragua es constituida por 17 departamentos en tres macro-regiones: Pacífico, con alto riesgo ecológico y alta densidad poblacional (Managua, 398 habitantes/km² versus 45.8 habitantes/km² en todo el país); Central, predominantemente rural con economía agrícola y limitado desarrollo vial; y Atlántico, cubriendo 46% del país en su mayoría rural y selvático, con baja densidad poblacional (5.9 habitantes/km²), mayor población indígena, bajos índices de escolaridad, limitado acceso vial y desvinculación del resto del país. Pese a la reducción del índice de pobreza, las cifras absolutas han aumentado y se concentra en regiones rurales y peri-urbanas. Presenta los peores indicadores macroeconómicos de la subregión, importación/exportación e ingresos/egresos fiscales. Existe un alto índice de desempleo y alta migración interna y externa (a Costa Rica y EEUU) con repercusiones para el desarrollo familiar, salud y acceso a servicios.¹⁰

Nicaragua cuenta con 5,4 millones de habitantes (INEC 2004). Es la segunda nación del istmo centroamericano con menor densidad (44.5 habitantes por km²), después de Panamá, aunque con una variabilidad interna que va desde los 406 habitantes por km² en Managua, a sólo 5.9 en la Región Autónoma del Atlántico Norte. En la última década, junto con Honduras, el país tuvo la tasa de crecimiento poblacional más alta de Centroamérica. Se prevé que en 2015 la población de Nicaragua se incrementará en 2.3 millones de habitantes de los cuales 400.000 serán menores de 15 años y en 124.000 personas de 65 años y más. La distribución territorial de la población se ha modificado en las últimas décadas debido a las altas tasas de crecimiento y la migración rural para las ciudades; esto explica que la población rural se triplicó, en cambio la población urbana se sextuplicó entre 1950 y 2000.¹¹

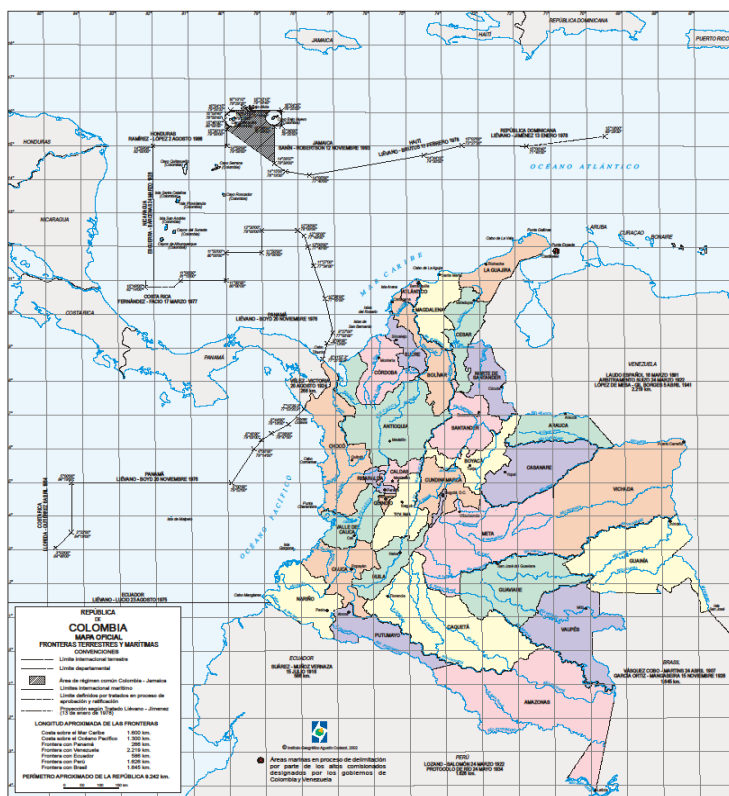
Teniendo en cuenta la distribución de la población según la región geográfica, la macro región del Pacífico concentra el mayor porcentaje de población con 3 millones de habitantes, es decir, el 55% de la población total a nivel nacional. Los pueblos indígenas originarios del Pacífico, Centro y Norte (cacaoperas, chorotegas, nahoas, xiu) y las comunidades étnicas del Atlántico miskitos, mayagnas, garifonas, ramas, creoles y negras forman parte del escenario multiétnico y pluricultural del país, representando cerca de medio millón de habitantes.¹²

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de Cooperación de Nicaragua,

¹¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia de Cooperación de OPS/OMS en Nicaragua 2004-2008. En: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_nic_es.pdf

¹² Ibid. Página 4.

LA FRONTERA INSULAR COLOMBO-NICARAGUENSE



El instrumento normativo legítimo que rige las relaciones internacionales entre ambos países, se enmarca en el Tratado Esguerra-Bárceñas sobre Cuestiones Territoriales de 1928 y Canje de Notas de 1930, el cual cuenta con la aceptación constitucional y del Derecho Internacional desde hace más de 80 años. A nivel nacional, se han realizado mejoras en la Constitución en lo concerniente a la normatividad de fronteras marítimas a partir de la Ley 10 de 1978 por medio de la cual se dictan normas sobre Mar Territorial, la Zona Económica Exclusiva y la Plataforma Continental, y la Ley 1436 de 1984 que fijó las Líneas de Base Rectas, a partir de las cuales se miden las áreas marítimas consagradas en el Derecho del Mar.¹³

Actualmente, La dinámica de las relaciones entre Colombia y Nicaragua está condicionada a la demanda que ese país interpuso en la Corte Internacional de Justicia (CIJ) en el año 2011. No obstante, el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, a través de mecanismos alternos, ha conservado unas relaciones basadas en el diálogo y buen entendimiento con el vecino país, entre las cuales se destacan, la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, el Sistema Mesoamericano de Salud Pública y la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015.

En materia de cooperación, los Gobiernos de Colombia y Nicaragua suscribieron un Convenio Básico de Cooperación Técnica el 28 de junio de 1991 con el fin de promover la cooperación entre los dos países, siendo este el principal marco jurídico de cooperación internacional entre ambos países. Al respecto, ambos países asumieron el compromiso de suscribir un acuerdo complementario con el objetivo de realizar acciones en ámbitos y temáticas específicas como la salud pública, así como acordar las líneas de cooperación. Para este objetivo, es prioritario realizar un Análisis de la Situación de Salud en la zona de frontera, para lo cual se requiere que previamente ambos países concierten la batería de indicadores a utilizar para realizar la recolección de información. En este sentido, se propone utilizar la Guía de ASIS Nacional.

ANÁLISIS POR COMPONENTES

Con el propósito de medir en cada Entidad Territorial el impacto del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) y del Plan de Salud Territorial, así como para formular el Plan Decenal de Salud Pública, se debe realizar el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población a nivel territorial, teniendo en cuenta las características de los entornos territoriales, demográficos, socioeconómicos, las prioridades

¹³ Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. Dirección de Soberanía Territorial y Desarrollo Fronterizo e Integración. Fronteras marítimas. En: <http://www.cancilleria.gov.co/colombia/sovereignty/maritime>

nacionales en salud definidas en el PNSP, la oferta de recursos, servicios y coberturas de salud, la morbilidad y la mortalidad, con sus respectivos grupos de indicadores los cuales serán explicados y tenidos en cuenta para elaborar una priorización de problemas, y formular intervenciones.

ASPECTO TERRITORIAL Y GEOGRÁFICO

De acuerdo con la definición de la Guía ASIS Nacional, el estudio del entorno territorial consiste, básicamente, en la localización del municipio y el departamento o distrito mediante su representación cartográfica, el análisis de las estructuras físicas fundamentales que son los que definen morfológicamente un área y los aspectos de accesibilidad geográfica.¹⁴

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto territorial y geográfico, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado por los siguientes componentes: localización física del distrito, departamento o municipio; estructuras físicas fundamentales; y accesibilidad geográfica.

División Político Administrativa

El territorio cuenta con un régimen administrativo especial y existe un gobernador para todo el departamento. La Isla de San Andrés comprende la ciudad capital y 3 inspecciones de policía: La Loma, San Luis y North End, esta última en el norte de la ciudad. También cuenta con los municipios de Providencia y Santa Catalina Islas. El departamento está agrupado en 2 círculos notariales cuyas sedes son San Andrés y Providencia los cuales disponen de 3 notarías; es la cabecera del círculo principal de registro con jurisdicción sobre todo el archipiélago; tiene su propio distrito judicial, San Andrés. El departamento conforma la circunscripción electoral de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Límites Geográficos: Localización física del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

El Departamento de San Andrés y Providencia está ubicado en el sector occidental del mar Caribe o de las Antillas, al noroeste del territorio continental nacional, aproximadamente a 700 Km de la costa norte colombiana. 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.

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 Alburquerque, Roncador, East South East, Blowing Rocks, Cangrejo, Casabaja, Córdoba, Valle, Hermanos, Rocoso, Rosa. (Rosecay), Santander y Sucre (Johnny Cay).

¹⁴ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010.

El Archipiélago de San Andrés en su conjunto, tiene una superficie total de 52,5 km² y la ciudad de San Andrés tiene una extensión de 27 Km². No obstante, en cuanto a tierra firme, el archipiélago representa para el país 350.000 km² de mar patrimonial.¹⁵

Las dos islas principales presentan 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 m 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 yerbas altas. La isla de Providencia cuenta con un embalse construido en el sector de Fresh Water Bay.

Estructuras físicas fundamentales

Tabla 1. Características Físicas del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina: temperatura, superficie y altitud. Año 2011.

Departamento	Temperatura	Superficie	Altitud
San Andrés	27,3°	52,5 Km ²	85 mt

Fuente: INAG

Por su localización en la zona intertropical, el archipiélago se caracteriza por las altas temperaturas que registran un promedio anual de 27,3°C.

Tabla 2. Características Físicas del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina: Longitud y Latitud. Año 2011.

Departamento	Longitud	Latitud
San Andrés	78°- 82° oeste	12° - 16° norte

Fuente: INAG

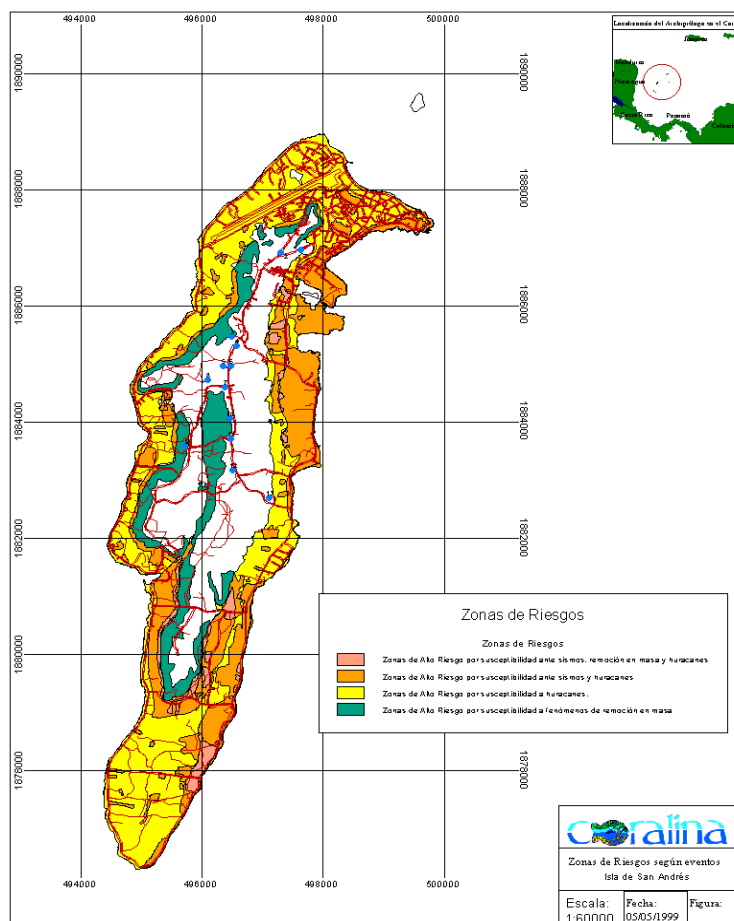
La influencia de los vientos alisios, que soplan del noreste, determina en parte las épocas lluviosas que comienzan en el mes de mayo, y alcanzan su máximo nivel en los meses de octubre y noviembre prolongándose hasta diciembre. Durante estos meses se registra el 80% de la lluvia anual, que en promedio es de 1.700 mm. Las altas temperaturas y los vientos se conjugan en un clima cálido semi - húmedo.

Los principales riesgos de la zona, se derivan de la posición geográfica del archipiélago, 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.¹⁶

¹⁵ Secretaría Departamental de Salud de San Andrés. Perfil epidemiológico 2010: San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2009.

En el siguiente mapa de amenazas, se detalla la zona de afectación contemplada para sismos, huracanes y deslizamientos en San Andrés:

Mapa 1. Zonas de riesgos según eventos del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.



Fuente: Coralina San Andrés

Hidrografía

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.

Se encuentran clasificados como zonas de amenaza alta, el área 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 serranía franjas pendientes localizadas en la Cuenca del Cove y el Cliff. Y la zona de amenaza baja es el área cuya afectación principal está dada por vientos.¹⁷

En la isla de San Andrés no existen cursos permanentes de agua, sus arroyos temporales están asociados a la época de lluvias. En Providencia, en cambio, el relieve ha permitido la formación de un

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

drenaje radial¹⁸ en sus pequeñas cuencas hidrográficas. La isla presenta un desequilibrio hidrológico ocasionado por el déficit prolongado de agua durante la estación seca, razón por la cual después de los aguaceros la escorrentía es rápida, haciendo presión lateral sobre las paredes y produciendo erosión y desbordamiento. Las tres micro cuencas presentes en la isla son: Bottom House, Borden y Fresh Water, todas ellas con procesos de erosión críticos.

Accesibilidad geográfica

El principal tipo de medio de transporte es el terrestre. Tanto San Andrés como Providencia disponen de carreteras que bordean las islas, así como vías secundarias que conectan barrios costaneros con el interior de las islas.¹⁹

El tiempo promedio de llegada desde las localidades de salud remitentes al nivel superior de complejidad en salud es de 20 minutos desde el municipio de Providencia por vía aérea.

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 3 formas de acceso, bien sea 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.

ASPECTO DEMOGRÁFICO

De acuerdo con la Guía ASIS Nacional, al describir y analizar el contexto demográfico se debe tener como referencia la estructura social global de los actores poblacionales. Variaciones y diferencias en el comportamiento pueden ser explicadas en función de las instituciones sociales, el orden socioeconómico, la cultura y el medio ambiente. El comportamiento demográfico está condicionado por factores de la estructura social global, por ejemplo, la religión, economía, el status socioeconómico: ocupación, educación, ingreso, los valores y normas sociales, y características del medio ambiente físico y biológico. Los cambios en la población tienen a su vez consecuencias en la estructura, roles y funciones del individuo, familia y comunidad. Esta interrelación entre hechos sociales y demográficos es lo que determina el tamaño, composición y distribución de la población y sus niveles de fecundidad, mortalidad y migración que son los responsables del crecimiento poblacional.²⁰ De ahí que sea una necesidad básica el tener un conocimiento extenso y concreto de la población (Ander-Egg).²¹

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto demográfico, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado por los siguientes componentes: población total, proporción de población según sexo,

¹⁸ IGAC, 1986; Cove, 1982 En: INVEMAR, 2003

¹⁹ Secretaría Departamental de Salud de San Andrés. Perfil epidemiológico 2010: San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2009.

²⁰ Rico Velasco, Jesús. Demografía Social y Salud Pública. Universidad del Valle, Cali – Colombia 1990. Pág. 11-13.

²¹ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010.

proporción de población según grupos de edad, proporción de población según zona, proporción de población por pertenencia étnica, tasa de crecimiento anual de la población, tasa general de fecundidad, tasa bruta de natalidad y tasa bruta de mortalidad.

Población total

Tabla 3. Población total para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2010 y 2011.

Población del Departamento de San Andrés	2010	2011
	73.320	73.924

Fuente: DANE. Boletín Proyecciones.pdf. 2012

Según proyecciones del DANE a 30 de junio de 2011, San Andrés tiene un total de 73.924 habitantes, registrando un incremento inferior al 1% con respecto al mismo período del año anterior.

Proporción de población según sexo

Tabla 4. Población por Sexo para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2010 y 2011

Población del Departamento de San Andrés por sexo	2010		2011	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	49,75	50,25	49,74	50,26

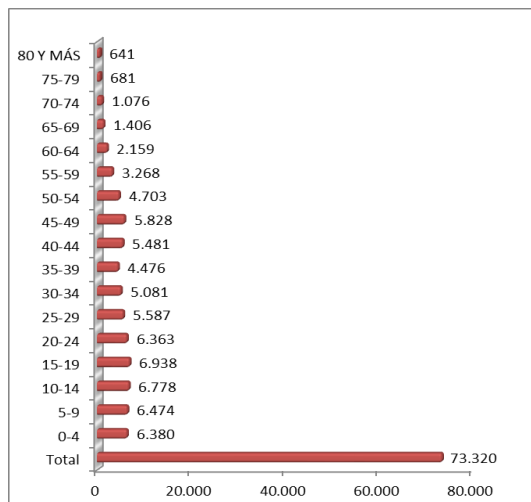
Fuente: DANE. Boletín Proyecciones.pdf. 2012

Las diferencias por sexo para el año 2010 no son significativas teniendo en cuenta que el 50.2% son mujeres y el 49.7% restante corresponde a población masculina; de igual forma ocurre en el año 2011.

Para el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina la población año 2011 esta estimada en 73.925 habitantes, de los cuales 36.780 (49.75%) son hombres y 37.145 mujeres que corresponde a un 50.24%. Es así como las pirámides de población incorporan usualmente las distribuciones de población femenina y masculina por grupos etarios dentro de un espacio de referencia.

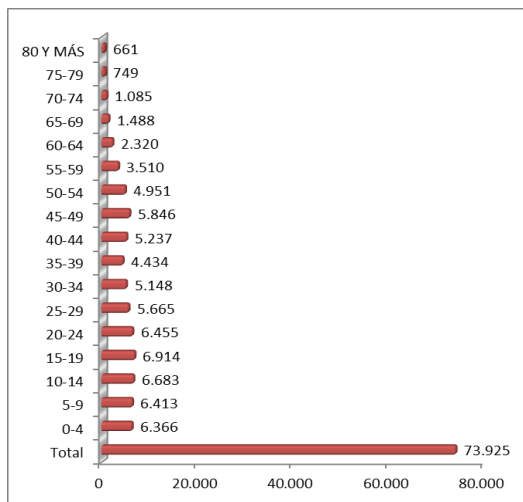
Proporción de población según grupos de edad

Figura 1. Población por rango de para el Departamento Archipiélago para el año 2010



Fuente: DANE. Edades Simples, 1985-2020. 2012

Figura 2. Población por rango de para el Departamento Archipiélago para el año 2011



Fuente: DANE. Edades Simples, 1985-2020. 2012

La población perteneciente al rango de edad entre los 15 y 19 años, tanto en mujeres como en hombres, representa el mayor porcentaje de población en el departamento, así mismo se puede observar una leve reducción de población en ese mismo rango etario, al pasar de 6.938 en 2010 a 6.914 personas en 2011.

Tabla 5. Población por grupos de edad para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.

GRUPO EDAD	2010		
	Total	Hombres	Mujeres
	73.320	36.473	36.847
0-4	6.380	3.263	3.117
5-9	6.474	3.303	3.171
10-14	6.778	3.455	3.323
15-19	6.938	3.563	3.375
20-24	6.363	3.249	3.114
25-29	5.587	2.891	2.696
30-34	5.081	2.545	2.536
35-39	4.476	2.194	2.282
40-44	5.481	2.652	2.829
45-49	5.828	2.827	3.001
50-54	4.703	2.258	2.445
55-59	3.268	1.496	1.772
60-64	2.159	1.046	1.113
65-69	1.406	672	734
70-74	1.076	493	583
75-79	681	311	370
80 Y MÁS	641	255	386

Fuente: Proyecciones población DANE.2005

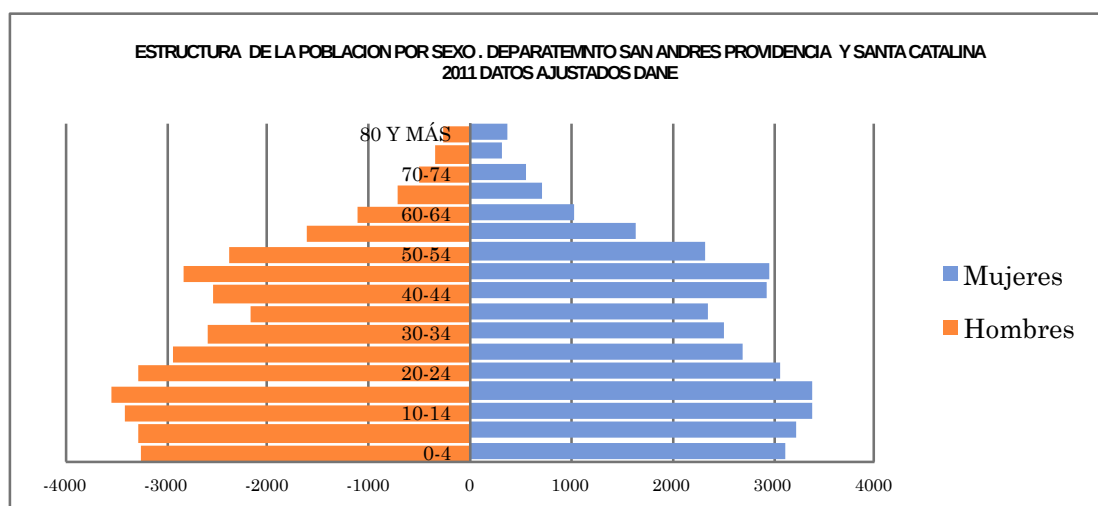
Proporción de población según zona

El 93% de la población se concentra en la zona urbana, mientras el 7% en zona rural, situación que podría estar motivada por el contraste de oportunidades laborales que ofrece el sector del turismo en la capital, frente a las reducidas oportunidades de otros sectores como el agrícola y pesquero que ofrece el sector rural.

Proporción de población por pertenencia étnica

El 42.91% del total de la población es de mestizos y blancos, el 39% pertenece al grupo afroamericano antillano conocido como raizal, el cual tiene características culturales únicas y su propio dialecto, y en una menor proporción, la población está conformada por amerindios o indígenas y gitanos.²²

Figura 3. Pirámide poblacional del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.



Fuente: Estadísticas Vitales. Secretaría de Salud Departamental de San Andrés 2011.

La pirámide poblacional de la zona fronteriza insular tiene características propias de las zonas en vías de desarrollo, es decir, una base amplia y una punta estrecha. La población infantil de 0 a 4 años es de 6.366 niños (8,61%), si ampliamos el rango de la población a menores de 15 años, esta es de 6.914 niños (9,35%). Por su parte, la población mayor de 65 años es de sólo 1.488 adultos (2,01%).

Tasa de crecimiento anual de la población

La tasa de crecimiento anual de la población es de 0,77²³, ubicándose un 33% por debajo de la tasa de crecimiento que se registra a nivel nacional (1,18).

²² DANE. Dirección de Censos y Demografía. Resultados Censo General, 2005.

²³ DANE y CANDANE (Centro Andino de Altos Estudios). Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones nacionales y departamentales de población. 2005-2020. Estudios postcensales 7. Bogotá, 2009. Página 52.

Tabla 6. Tasa de crecimiento anual de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2005-2010.

Tasas de crecimiento anual de la población			
Departamentos 2005-2010		Departamentos 2005-2010	
Nacional	1,18	San Andrés	0,77

Fuente: DANE. Boletín Proyecciones.pdf. 2012

Tabla 7. Crecimiento natural de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Proyecciones 2010-2015.

	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
CRECIMIENTO NATURAL (por mil)	24,76	21,98	18,51	15,38	13,40

Fuente: DANE. Indicadores Demográficos.

De acuerdo con estas proyecciones, se espera en el territorio insular una disminución del crecimiento natural para los próximos cinco años, lo cual se traduce en cambios demográficos relacionados con la natalidad y su comportamiento.

Tasa general de fecundidad

En el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en promedio nacieron 67.20 niños por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva, ubicándose por debajo de la tasa del nivel nacional (71.50). Las mujeres menores de 20 años contribuyen con el 20% de la natalidad, razón por la cual los programas de educación y prevención deben enfocarse en este grupo poblacional.²⁴

Tabla 8. Cuadro comparativo de la Tasa General de Fecundidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Proyectado Año 2012.

Tasa General de Fecundidad	
Nacional	2,45
San Andrés	2,31

Fuente: DANE. Boletín Proyecciones.pdf. 2012

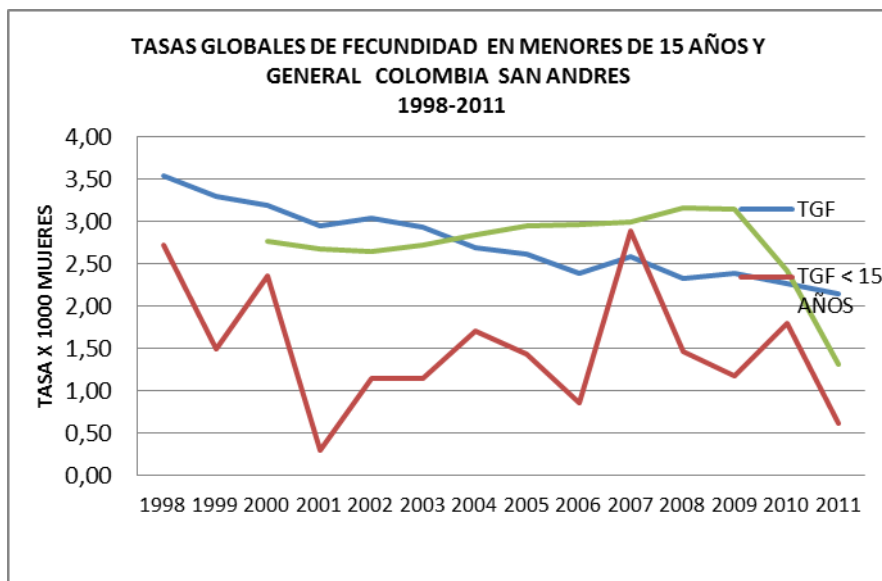
Tabla 9. Comparativo de la Tasa General de Fecundidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 1998-2011.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TGF	3,54	3,29	3,20	2,95	3,04	2,94	2,69	2,62	2,39	2,58	2,33	2,39	2,27	2,15
TGF < 15 AÑOS	2,73	1,49	2,35	0,29	1,15	1,14	1,71	1,43	0,86	2,90	1,46	2,37	1,81	0,61

Fuente: Estadísticas Vitales. Secretaría de Salud de San Andrés. Año 2011.

²⁴ Secretaría de Salud Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Grupo Técnico. Perfil epidemiológico 2010.

Tabla 10. Comparativo de Tasas Globales de Fecundidad en menores de 15 años y general. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 1998-2011.



Fuente: Cálculos propios Secretaria de Salud EE.VV

Hablar de tasas globales de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años es como hablar de la maternidad en las niñas. Una mujer entre los 10 y 14 años apenas inicia la etapa de desarrollo y cambios hormonales que la llevarán en el futuro a adquirir la madurez física, fisiológica y psicológica para ser madre. Sin embargo, en Colombia para el 2009, nacieron 6.852 niños de madres que aún no habían cumplido los 15 años de edad, alcanzando una tasa específica de fecundidad de 1.55 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 10 a 14 años. Para el departamento de San Andrés, para este mismo año ocurrieron 8 nacidos vivos en este grupo de edad, lo cual corresponde a una tasa específica de 1,18 cifra por debajo del promedio nacional.

De acuerdo con la gráfica en la que se muestra en Colombia la tasa de fecundidad específica de mujeres de 10 a 14 años en la última década (1998-2007), presenta un incremento del 20% en este periodo, cifra muy preocupante por los riesgos que esto conlleva, principalmente, para el desarrollo psicosocial tanto de la madre como del niño.

A partir del 2008 se detecta una ligera disminución de embarazos en este grupo de edad. Específicamente para el departamento Archipiélago de San Andrés, en promedio se tienen 5 nacimientos tanto en el grupo de menores de 15 años como en la población general, observándose una tendencia a la disminución.

Tasa bruta de natalidad

Esta variable indica el promedio anual de nacimientos por cada 1000 habitantes, también conocida como tasa bruta de natalidad. La tasa de natalidad suele ser el factor decisivo para determinar la tasa de crecimiento de la población, y depende tanto del nivel de fertilidad como de la estructura por edades de la población.

Tabla 11. Cuadro comparativo Tasa Bruta de Natalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Proyectado Año 2012.

Tasa Bruta de Natalidad	
Nacional	17.49
San Andrés	10.79

Fuente: DANE. Boletín Proyecciones.pdf. 2012

Tabla 12. Cuadro comparativo Tasa Bruta de Natalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Años 2000 a 2011.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SAN ANDRES	15,43	14,23	14,68	14,18	13,00	13,17	12,04	12,97	11,70	11,99	11,24	10,79
COLOMBIA	22,85	22,41	21,99	21,59	20,82	20,82	20,48	20,16	19,86	19,57	17,76	17,49

Fuente cálculos Secretaría de Salud EE VV

Para el año 2011, la tasa de natalidad promedio por cada 1.000 personas, es de 10.79 niños, tasa muy cercana a la que se registra a nivel nacional (17.49).

Tasa bruta de mortalidad

Tabla 13. Comparativo Tasa Bruta de Mortalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Proyectado Año 2012.

Tasa Bruta de Mortalidad	
Nacional	5,81
San Andrés	4,86

Fuente: DANE. Boletín Proyecciones.pdf. 2012

La tasa de mortalidad de San Andrés también muestra un comportamiento similar a la tasa del nivel nacional, ya que por cada 1.000 habitantes, en un año mueren 4,86 personas, mientras a nivel nacional mueren 5.81. Esta mortalidad está relacionada inicialmente con causas ligadas a estilos de vida que derivan en problemas cardiovasculares, cáncer y causas externas, por lo que su intervención debe dirigirse especialmente a la población joven donde es posible modificar el curso natural de la enfermedad.

Tabla 14. Comparativo Esperanza de Vida al Nacer General del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con respecto al nivel nacional. Proyectado Año 2012.

Esperanza de Vida al Nacer General	
Nacional	74,01
San Andrés	74,30

Fuente: DANE. Boletín Proyecciones.pdf. 2012

La Esperanza de Vida al Nacer departamental es de 74.30 años, mientras a nivel nacional se calcula de 74.01 años. Por género, la esperanza de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres,

siendo la primera de 77.54 años y la segunda de 71.81.²⁵ Es necesario comenzar a establecer si existe diferencia en la esperanza de vida relacionada con la pertenencia étnica.

ASPECTO SOCIOECONÓMICO

Según la Guía de ASIS Nacional (MPS 2010), las condiciones socioeconómicas son uno de los determinantes más importantes de las condiciones de vida y del estado de salud de la población. Considerable evidencia empírica ha establecido la relación directa entre desigualdad socioeconómica y mortalidad y ha enriquecido la discusión sobre el tema de la equidad en salud.²⁶ Aquí se presentan indicadores que se pueden considerar trazadores para identificar la exposición diferencial de las personas a factores que perjudican la salud, o la vulnerabilidad diferencial de las personas desfavorecidas ante condiciones perjudiciales para la salud y las consecuencias diferenciales de la mala salud (Comisión sobre determinantes sociales de la salud, OMS, 2005).²⁷

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto socioeconómico, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: proporción de población con necesidades básicas insatisfechas, tasa de empleo, población desplazada (según grupo de edad, sexo, área, municipio receptor, municipio expulsor, número de hogares, número de personas), proporción de población en condición de hacinamiento, tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años, años promedio de educación en la población de 15 años y más, deserción escolar, tasa bruta de cobertura por nivel en educación básica (de 0 hasta 9º grado), y tasa bruta de cobertura por nivel en educación media (de 10º y 11º grado).

Proporción de población con NBI

Proyectado a 30 de junio de 2011, el índice de NBI en el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es de 40.87%, cifra que duplica el índice registrado a nivel nacional de 27.78%. Una de las causas de esta situación puede estar relacionada con la migración y el crecimiento urbano no organizado que permitió la creación de asentamientos humanos en áreas de riesgo que carecen de las condiciones básicas de saneamiento.

La ciudad de San Andrés presenta el mayor índice de NBI con el 42.45% y Providencia con 19.83%. Lo anterior refleja los altos niveles de desigualdad a nivel territorial y las brechas existentes entre la población para acceder equitativamente a sus derechos básicos.

²⁵ Secretaría de Salud Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Análisis de Salud de San Andrés 2011. Indicadores ASIS. Elizabeth Mera García. Octubre de 2011.

²⁶ Boletín OPS, Vol. 20:4

²⁷ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010.

Tabla 15. Distribución de la Población por Clasificación SISBEN del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Año 2012

Distribución de Población por Clasificación de SISBEN	
Distribución de la población por clasificación de SISBEN estrato 0	1149
Distribución de la población por clasificación de SISBEN estrato 1	13100
Distribución de la población por clasificación de SISBEN estrato 2	13994
Distribución de la población por clasificación de SISBEN estrato 3	3567
Distribución de la población por clasificación de SISBEN estrato 4	102
Distribución de la población por clasificación de SISBEN estrato 5	6

Fuente: SISBEN San Andrés corte mayo 2012

Tasa de desempleo

Según estadísticas del DANE para el año 2011, la tasa de desempleo calculada para San Andrés es de 7.8%, ubicándose por debajo del nivel nacional (10.7%).

Proporción de población en hacinamiento preguntar a planeación departamental

De acuerdo con los perfiles presentados por el DANE resultados en proceso de ajuste de censo 2005, se encuentra que el nivel de hacinamiento se ha reducido un poco, pero los datos publicados en la web del DANE no están desglosados, de manera que permitan un análisis al comportamiento que se tiene del hacinamiento en la Isla. Por lo tanto, se retoma el análisis realizado para el censo piloto de 1999 que refleja un poco esta situación.

De 14.873 hogares censados en la Isla de San Andrés, 1.606 (10.8%) viven en un sólo cuarto, los cuales pueden considerarse en condiciones de hacinamiento. A diferencia del censo regional 1999, con un registro de 3.126 hogares, se observa una reducción muy significativa de más del 50%, es decir de 10.227 personas que vivían en un cuarto, se pasó a 5.515.

A continuación se muestra el comportamiento de hacinamiento del anterior censo. Con base al siguiente cuadro se establece que cerca de 8.353 personas vivían en condiciones de hacinamiento, es decir, hogares de 3 y más personas viviendo en un mismo cuarto.

Tabla No 16. Hogares según número de personas en un solo cuarto isla de San Andrés

	NÚMERO DE HOGARES	TOTAL PERSONAS
Hogares de 6 personas y más en un solo cuarto	642	3.870
Hogares de 5 personas en un solo cuarto	262	1.310
Hogares de 4 personas en un solo cuarto	401	1.604
Hogares de 3 personas en un solo cuarto	523	1.569
Hogares de 2 personas en un solo cuarto	576	1.152
Hogares de 1 personas en un solo cuarto	722	722
TOTAL	3.126	10.227

Fuente: Censo DANE, 1999. Planeación Departamental.

Si a lo anterior se adiciona el número de hogares en dos cuartos, con seis o más personas por hogar, se tiene una cifra de 927 hogares para un total aproximado de 7.521 personas que podrían estar en condiciones de hacinamiento; también se podrían adicionar el número de hogares en tres cuartos con más de nueve personas (290 hogares para un total aproximado de 2.610 personas) y el número de hogares con 4 cuartos con 10 y más personas (165 hogares para una población aproximada de 1.650 personas). En total, es posible considerar que en la Isla de San Andrés existe un número aproximado de 1.382 hogares más (9% del total) y 18.484 personas (34.77% de total) que podrían vivir en condiciones de hacinamiento.

Educación

Tabla 17. Tasa de Analfabetismo para la Población de 15 años y más del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2005.

Edad	Alfabetas Censadas	Analfabetas Censadas	% Analfabetismo
10	1,177	23	1,9
11	1,191	11	0,9
12	1,327	6	0,5
13	1,273	12	0,9
14	1,219	11	0,9
15-19	5,07	43	0,8
20-24	4,661	64	1,4
25-44	18,427	126	0,7
45 y más	12,415	362	2,8
15-19	40,573	595	1,4

Fuente: Población Censada 2005- DANE

Tabla 18. Tasa de Analfabetismo para la Población de 15 años y más del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2008, 2009 y 2010.

Variables/Indicador	2008	2009	2010
Tasa de deserción escolar inter-anual de transición a grado once	2%	3%	4,20%

Fuente: Secretaría de Educación de San Andrés. Año 2011.

Tabla 19. Tasa de Analfabetismo para la Población de 15 años y más del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.

	Tasa de Cobertura Bruta				
	Transición	Primaria	Secundaria	Media 10º y 11º	Total
2005	75%	82%	86%	83%	80%
2006	75%	79%	84%	81%	79%
2007	75%	78%	83%	80%	78%
2008	67%	75%	79%	76%	75%
2009	66%	76%	78%	76%	75%
2010*	66%	75%	77%	75%	74%

Fuente: Secretaría de Educación 2011. La información del año 2000-2009 se considera definitiva.

* Corte a 30 de Junio de 2010.

Tabla 20. Tasa de Analfabetismo para la Población de 15 años y más del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.

	Tasa de Cobertura Neta					
	Transición	Primaria	Secundaria	Media 10º y 11º	Básica 1º a 9º	Total
2005	56%	70%	64%	38%	73%	73%
2006	55%	69%	63%	42%	72%	72%
2007	62%	69%	64%	43%	72%	71%
2008	56%	67%	60%	42%	68%	68%
2009	58%	68%	59%	43%	68%	69%
2010*	59%	68%	58%	41%	68%	67%

Fuente: Secretaría de Educación 2011. La información del año 200-2009 se considera definitiva.

* Corte a 30 de Junio de 2010.

Es de resaltar, que el departamento tiene el menor índice de analfabetismo del país, y cuenta con una sede de la Universidad Nacional de Colombia. El 95% de la población a partir de 5 años sabe leer y escribir, el 24.0% ha alcanzado el nivel de básica primaria y el 47.4% el de secundaria; el 6.6% ha alcanzado el nivel profesional y el 1.0% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población sin ningún nivel educativo es de tan sólo 3.6%. En cuanto a la proporción de población que asiste a un establecimiento educativo formal, entre los 3 y 5 años asiste el 71.5%, entre 6 y 10 años el 96.3%, y entre los 11 y 17 años el 90.8%.²⁸

SALUD INFANTIL

De acuerdo con la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), el principio de universalidad se ha definido como la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. Para lograr la universalidad es necesario tener en cuenta que entre los niños, niñas y adolescentes hay diferencias que requieren que los servicios puedan adaptarse a sus condiciones particulares. El documento Marco de Políticas Públicas de la infancia²⁹ menciona cuatro diferencias de vital importancia que deben ser tenidas en cuenta por los servicios que garantizan sus derechos. Éstas son por etapa de desarrollo o ciclo de vida, diferencias de género, lugar de residencia y por etnia y cultura, porque a pesar de los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil promedio, persisten grandes discrepancias no solo entre las diversas regiones del país, sino en los diferentes grupos poblacionales.³⁰

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud infantil, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mismo está integrado principalmente por los siguientes componentes: tasas de mortalidad infantil, neonatal, perinatal, en niños de 1 a 4 años, en menores de 5 años, en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), y tasa de mortalidad por lesiones, accidentes y violencia en niños. En el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), las terceras dosis de antipolio en menores de un año y de pentavalente en menores de un año, la cobertura de triple viral en población de un año de edad, de BCG en recién nacidos, y con

²⁸ Página web de la Secretaría de Educación Departamental de San Andrés.

Consultado en: http://www.sedsanandres.gov.co/paginas/Cobertura_Educativa.htm

²⁹ Departamento Nacional de Planeación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de la Protección Social. Guía para alcaldes. Marco para las Políticas Públicas y Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio. 2ª Edición.

³⁰ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Páginas 27-28.

antiemarrillita en población de un año de edad. En cuanto a indicadores de morbilidad, tiene en cuenta la proporción de niños que han sufrido lesiones, accidentes y violencia, número anual de casos registrados de sífilis congénita, número de niños menores de 2 años con VIH, cobertura de determinación de TSH en el recién nacido.

Tasa de mortalidad infantil

A 2011, en San Andrés, por cada 1.000 nacidos vivos, mueren 17.90 menores de un año, ubicándose por encima del valor del indicador nacional (17.10).³¹ Cabe resaltar que a partir del año 2005, cuando se registra el pico histórico más alto de mortalidad infantil en este departamento (19.1), empieza un descenso progresivo, alcanzando la tasa más baja en 2011. El seguimiento de casos se realiza de acuerdo a los protocolos existentes, llegándose al análisis de casos y realización de planes de mejoramiento, los cuales han incidido y contribuido a la disminución de casos.

La tasa de mortalidad perinatal presenta una tendencia ascendente en comparación con el año 2005 (11.05), al registrar 16.22 en el año 2010.³² En este sentido, es posible que uno de los factores de riesgo asociados a esta situación es la baja calidad del control prenatal, razón por la cual se han realizado planes de mejoramiento con las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS.³³

A pesar de los logros en la reducción de la mortalidad infantil, en el departamento de San Andrés se continúan presentando datos que superan los establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con una tasa de 1 punto por encima del promedio nacional. Esta mortalidad está relacionada directamente con trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (32%), malformaciones congénitas y retardo del crecimiento (18%), bajo peso al nacer (12%), que corresponden a las tres primeras causas de defunción y donde las enfermedades infecciosas ocupan un lugar menos relevante.

La desigualdad socioeconómica, la inadecuada prestación de los servicios de salud a la población menor de cinco años por parte de las IPS que no se realiza de manera integral, las fallas en la calidad, el acceso y el seguimiento de los controles prenatales, prácticas comunitarias inadecuadas con respecto a alimentación y nutrición, se constituyen en factores determinantes de esta situación.

³¹ DANE. Dirección de Censos y Demografía. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. Actualizado a 30 de junio de 2011.

³² DANE. Estadísticas Vitales-Secretaría de Salud Departamental de San Andrés. Octubre de 2011.

³³ Secretaría de Salud Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Análisis de Salud de San Andrés 2011. Indicadores ASIS. Elizabeth Mera García. Octubre de 2011.

Tabla 21. Análisis del Componente Infantil del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010.

Componente Infantil	2010	2011
Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años	0.39	0.98
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	19.32	17.28
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	0	0
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)	14.41	78.3
Tasa de mortalidad por lesiones, accidentes y violencia en niños	0	0
Tercera dosis de antipolio en menores de un año	76,4	86.2
Tercera dosis de pentavalente en menores de un año	74,4	87.4
Cobertura de triple viral en población de un año de edad		98.8
Cobertura de BCG en recién nacidos	81,5	92
Cobertura con antiemarálica en población de un año de edad		98.9
Proporción de niños que han sufrido lesiones, accidentes y violencia		
Número anual de casos registrados de sífilis congénita	6	3
Número de niños menores de 2 años con VIH	0	0

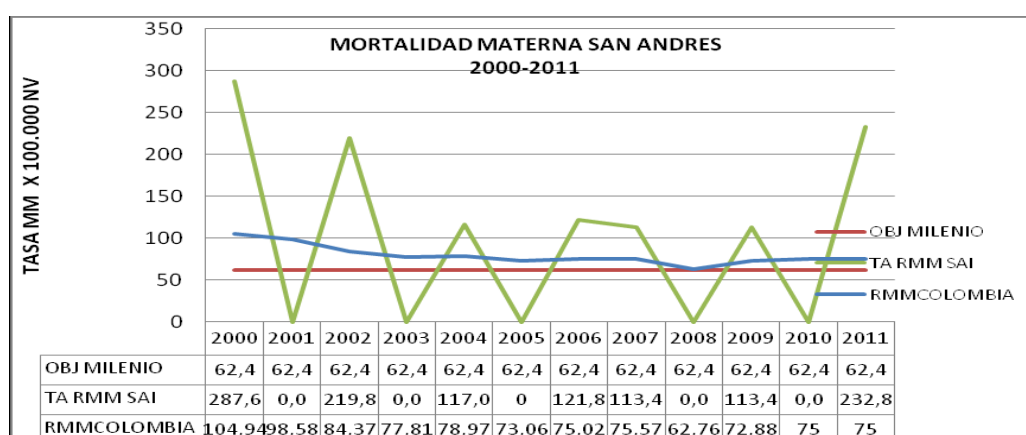
Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2012
Cálculos de cobertura vacunal realizados sobre población de nacidos vivos

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Según la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país³⁴, por tanto, los indicadores de SSR están especialmente relacionados con los determinantes sociales biológicos, de estilo de vida, condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud.³⁵

En el Departamento de San Andrés el promedio de muerte materna es de 1,5 muerte cada dos años, y la tasa y razón de mortalidad de 113,4 (línea base 2009), ubicándose por encima a la nacional que es de 72,88.

Tabla 22. Mortalidad Materna del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2000-2011.



Fuente: Secretaría de Salud. Estadísticas 2012.

³⁴ Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá, 2003. en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15132DocumentNo1893.PDF>

³⁵ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 28.

Los factores de riesgo más relevantes asociados a la mortalidad materna en el departamento de San Andrés, son eminentes: hipertensión crónica, diabetes en el embarazo, preeclampsia y eclampsia, ITS, embarazos no deseados, bajo nivel socioeconómico, inasistencia a control prenatal, desintegración familiar, inadecuada calidad de la atención (controles prenatales) etc.

Planificación Familiar

El 70% por ciento de las mujeres sexualmente activas de San Andrés utiliza un método anticonceptivo, siendo el más usado el de la esterilización femenina con 39%. Las variaciones para el uso están dadas por las variables de escolaridad, zona de residencia, restricciones de tipo cultural, económico y social, el desconocimiento de la población sobre los derechos sexuales y reproductivos, tipo de unión y el grupo de edad.

Salud Sexual y Reproductiva de los/las adolescentes

En el Departamento, el embarazo no planeado es un problema que afecta a la población en edad fértil. Por su parte, el embarazo adolescente bajó dos puntos porcentuales con respecto a 2005, según datos de la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2010.

El impacto negativo de los embarazos en las adolescentes radica en la presencia de los siguientes factores de riesgo: la inmadurez de los tejidos anatómicos y cambios fisiológicos, baja autoestima, desintegración y violencia intrafamiliar, interacción y comunicación deficiente en la familia, familias autoritarias y cambios en la estructura familiar.

Las complicaciones de salud más frecuentes del embarazo en adolescentes son la hemorragia al primero o tercer trimestre de embarazo, las complicaciones del trabajo de parto (parto prolongado y desproporción céfalo-pélvica) y la toxemia del embarazo.

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de SSR, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: razón de mortalidad materna, número de muertes maternas, número de adolescentes con hijos nacidos vivos, tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, número de personas vivas clasificadas como VIH positivas, personas vivas con diagnóstico de SIDA, con tratamiento antirretroviral para VIH positivos, gestantes con VIH-SIDA, personas con infección con TBC – VIH, muertes por VIH-SIDA, y tasa de mortalidad por cáncer de seno.

Tabla 23. Análisis Componente Salud Sexual y Reproductiva del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010

Componente Salud Sexual y Reproductiva	2010
Razón de mortalidad materna	0,0
Número de muertes maternas	0
Número de adolescentes con hijos nacidos vivos	159
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	4.09
Número de personas vivas clasificadas como VIH positivas	7
Personas vivas con diagnóstico de SIDA	7
Personas vivas con tratamiento antirretroviral para VIH positivos	7
Número de gestantes con VIH-SIDA	0
Número de personas con infección con TBC – VIH	0
Número de muertes por VIH-SIDA	3
Tasa de mortalidad por cáncer de seno	2.72

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2012 Programa VIH SIDA

La incidencia de la transmisión perinatal madre e hijo fue de 0 casos por cada 1.000 habitantes. No se cuenta con notificación en el SIVIGILA de muerte por transmisión perinatal.

En el departamento la tasa de sífilis congénita es de 8,18 (línea base 2010), que al ser comparado con el nivel nacional, se aprecia un incremento significativo. Estas cifras son preocupantes, ya que es inaceptable que en las condiciones actuales del sistema de salud, se presenten casos de sífilis congénita, que además, reflejan inequidades en el acceso a servicios de salud de calidad para las madres y sus recién nacidos teniendo en cuenta que aquellas madres que sí acceden a los servicios de salud logran ser diagnosticadas y tratadas para evitar esta enfermedad. En general, esta situación implica el incumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5 sobre la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna, respectivamente.

SALUD ORAL

De acuerdo con la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), la Salud oral de la población colombiana, ha presentado una evidente mejoría en el transcurso de los últimos 30 años, según las tendencias observadas en los tres estudios nacionales realizados en 1966, 1977 a 1980 y en 1998, pero aún sigue siendo un riesgo importante para la calidad de vida de las personas, razón por la cual el Ministerio de la Protección Social a adoptado el Plan Nacional de Salud Bucal.³⁶

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud oral, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: número de personas que consultan al odontólogo en el último año, número de niños que han recibido sellantes en el último año, y número de niños que han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año.

Tras la lectura detallada de los últimos indicadores de salud bucal, obtenidos en el Departamento de San Andrés Islas en el periodo comprendido entre 2008 y 2011, se analizaron los índices ceo- d, COP-D y la historia y prevalencia de la caries, entre otros aspectos.

³⁶ Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006. Plan Nacional de Salud Bucal.

En el departamento se encuentra una alta prevalencia de enfermedades bucales que representan un riesgo alto para la salud pública del Departamento, ya que solamente analizando los informes de movimiento de consulta odontológica reportada trimestralmente por las IPS que prestan servicios de salud bucal, se pueden identificar las tres principales enfermedades bucales que aquejan a la población isleña y que son motivo de consulta odontológica frecuente, las cuales son: caries dental en todas sus modalidades, gingivitis generalizada y pulpitis aguda y crónicas.³⁷

El índice COP (Cariados, Opturados y Perdidos) de la población isleña es alto. No obstante, en las acciones de obtención de este índice para determinar el impacto de acciones de prevención, se observó un comportamiento hacia la baja, así pues para el año el 2008 fue de 4.08, mientras que durante la última medición realizada en diciembre de 2011, fue de 3.67.

Tabla 24. Salud Oral del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.

Componente Salud Oral	
Número de personas que consultan al odontólogo en el último año	10.069
Número de niños que han recibido sellantes en el último año	2.129
Número de niños que han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año	1.000

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2011 RIPS

SALUD MENTAL

Según con la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), la salud mental es un fenómeno complejo determinado por la interacción de variables individuales, sociales y ambientales, que exigen modelos integrales de atención en salud orientados a la protección de la salud mental, la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo y la atención adecuada de los trastornos mentales.³⁸ La guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales contiene una orientación completa relacionada con la elaboración del diagnóstico que incluye las características de la demanda, de la oferta y el análisis de la relación oferta-demanda³⁹, En esta guía se proponen algunos indicadores para la implementación de la política de salud mental.⁴⁰

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud oral, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: porcentaje de municipios del departamento que han elaborado e implementado planes de salud mental y porcentaje de municipios del departamento que han implementado la estrategia de atención primaria en salud mental.

El Estudio Nacional de Salud Mental (Colombia, 2003) realizado en población entre los 17 y 65 años, señaló que al menos 3 colombianos de cada 20 han vivido alguna alteración en su salud mental, recientemente. Los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas incluyendo el alcohol,

³⁷ informes trimestrales IPS del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

³⁸ Ministerio de la Protección y Social Fundación FES SOCIAL. Lineamientos de Política de salud mental para Colombia. Cali, 2005. ISBN 958-97751-1-X

³⁹ Ministerio de la Protección Social. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes de salud territorial. Bogotá, octubre de 2005. ISBN: 958-97695-4-3. en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15133DocumentNo1895.PDF>

⁴⁰ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 29.

ocupan el tercer lugar en frecuencia (10.6%) después de los trastornos de ansiedad (19.3%) y del estado de ánimo (15%). Así mismo mientras 1 de cada 15 colombianos abusa del alcohol, 1 de cada 200 depende de él y 1 de cada 100 abusa de otras sustancias psicoactivas.

Con algunas variaciones, se puede concluir que el inicio con alcohol suele ocurrir antes de los 13 años, con tabaco alrededor de los 13 años y con drogas ilícitas, como marihuana y cocaína, antes de cumplir los 15 años. El Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina no es ajeno a la realidad del país y presenta un comportamiento similar al descrito por el Estudio Nacional del 2003, en lo que respecta a salud mental.

Es importante señalar que en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia del año 2008, el Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta un consumo de alcohol del 43.48%, así mismo el Departamento presenta una prevalencia de consumo de 43.5%, concluyendo en consecuencia, que el Departamento Archipiélago ocupa el segundo lugar a nivel nacional de consumo de alcohol. En dicho estudio se observa que el Departamento Archipiélago presenta un consumo de riesgo perjudicial del 20.7%, ocupando el primer lugar a nivel nacional, respecto a dicho aspecto. Aunado a lo anterior, se observó un incremento de la accidentalidad vial, riñas y lesiones personales relacionados con el consumo de alcohol.

Por lo anteriormente descrito, se observa que persiste la problemática, ya que un gran porcentaje de la población escolarizada y desescolarizada del Departamento, no tiene conocimientos sobre los factores para la prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas, y desconoce las pautas mínimas de crianza a implementar. El consumo de alcohol tiene una alta incidencia en accidentalidad vial, riñas, violencia intrafamiliar, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados en población adolescente, así como, en la decadencia de las redes sociales de apoyo y la inclusión social.

No obstante, cabe mencionar que en el marco de las acción para la prevención y control de este tipo de problemáticas, en el departamento se implementó el Centro de Escucha “THE AREA” en la comunidad raizal para la mitigación del daño por uso y abuso de sustancias psicoactivas a través de redes sociales e inclusión social.

Tabla 24. Salud Mental del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.

Componente Salud Mental	Porcentaje
Porcentaje de municipios del departamento que han elaborado e implementado planes de salud mental	0
Porcentaje de municipios del departamento que han implementado la estrategia de atención primaria en salud mental	0

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2012

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZONOSIS

De conformidad con la Guía ASIS Nacional, (MPS 2010), frente a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, el dengue, la malaria, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA, son las más frecuentes y representan problemas prioritarios de salud pública dada su alta carga de morbilidad distribuida en los grupos de población más vulnerables. Así mismo, por la alta letalidad y pérdida de años de vida saludable que ocasionan algunas de las enfermedades

reemergentes es que se han considerado como prioridades nacionales de salud pública incluidas en este plan.⁴¹

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud sanitaria y del ambiente, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: incidencia de tuberculosis estimada, tasa de mortalidad por tuberculosis, porcentaje de detección de casos de tuberculosis, prevalencia de lepra, prevalencia de lepra por municipios, incidencia de lepra, proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0), casos de rabia humana transmitida por perro, casos de rabia en perros, control de focos en rabia silvestre, cobertura de vacunación antirrábica canina, cobertura de vacunación antirrábica felina, número de muertes por fiebre amarilla, número de casos de fiebre amarilla, índice Parasitario Anual (IPA), índice por *Plasmodium falciparum* anual (IFA), índice por *Plasmodium Vivax* anual (IVA), letalidad por malaria, proporción de complicaciones por malaria, incidencia de dengue, proporción de casos de dengue grave, proporción de hospitalizaciones por dengue grave, letalidad por dengue grave, número de casos reportados de cólera, letalidad por cólera, incidencia anual de leishmaniasis según forma clínica, letalidad por leishmaniasis visceral, prevalencia de chagas, incidencia de chagas y letalidad por chagas.

En el Departamento Archipiélago existen riesgos de transmisión de enfermedades de origen vectorial y zoonótico dentro de las cuales se encuentran el dengue, malaria, chagas, fiebre amarilla, leptospirosis, cisticercosis, rabia humana y toxoplasmosis, entre otras.

Esta situación de transmisión de enfermedades vectoriales y zoonóticas obedece a que existen factores de riesgo ambientales, tales como, deficiencias en el manejo y disposición de residuos sólidos, residuos líquidos, excretas, manejo y protección de agua y alimentos, y así como en las condiciones sanitarias inadecuadas en las que se encuentran muchas viviendas que favorecen la proliferación de mosquitos y roedores.

Es de anotar que desde 1998 en el Archipiélago se ha venido presentado una zoonosis la Leptospirosis con una incidencia acumulada de 0.00015, y una letalidad de 0 para el año 2010; esta zoonosis parece estar relacionada con las deficiencias sanitarias, déficit en manejo de basuras y la presencia de un botadero de basura a cielo abierto que se convierte en un foco primario de roedores.

La leptospirosis, una de las zoonosis más extendidas en el mundo, es considerada una enfermedad reemergente, producida por especies patógenas del género *Leptospira* que comprende, aproximadamente, 13 de las 17 especies descritas hasta el momento; éstas son indistinguibles morfológicamente y su clasificación taxonómica se hace por métodos moleculares.

⁴¹ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 29.

Tabla 25 Incidencia y letalidad de Leptospirosis en San Andres Providencia 1999-2012

AÑO	INCIDENCIA	LETALIDAD	CASOS	DEFUNCIONES
1999	5,96	50	4	2
2000	2,96	50	2	1
2001	1,47	0	1	0
2002	2,91	0	2	0
2003	1,44	100	1	1
2004	4,29	0	3	0
2005	4,25	33	3	1
2006	8,44	0	6	0
2007	8,38	0	6	0
2008	1,39	0	1	0
2009	6,87	40	5	2
2010	15,00	0	11	0
2011	14,88	27	11	3
2012	4,02	0	3	0

Fuente: Estadísticas SIVIGILA. Secretaria de Salud

Tabla 26. Enfermedades Transmisibles y Zoonosis del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2010-2011.

Componente Enfermedades Transmisibles y Zoonosis	2010	2011
Incidencia de tuberculosis estimada	12.17	12.17
Tasa de mortalidad por tuberculosis	2.7	0
Porcentaje de detección de casos de tuberculosis	21%	24%
Prevalencia de lepra	1.35	0
Prevalencia de lepra por municipios	1.35	0
Incidencia de lepra	1.35	0
Proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0)	100%	0
Casos de rabia humana transmitida por perro	0	0
Casos de rabia en perros	0	0
Control de focos en rabia silvestre	0	0
Cobertura de vacunación antirrábica canina		63%
Cobertura de vacunación antirrábica felina		48%
Número de muertes por fiebre amarilla	0	0
Número de casos de fiebre amarilla	0	0
Índice Parasitario Anual (IPA)		2.7%
Índice por Plasmodium falciparum anual (IFA)		0%
Índice por Plasmodium Vivax anual (IVA)		2.7%
Letalidad por malaria	0	0
Proporción de complicaciones por malaria	0	0
Incidencia de dengue	32.7	266
Proporción de casos de dengue grave	50%	0.37%
Proporción de hospitalizaciones por dengue grave	50%	36%
Letalidad por dengue grave	0	0
Número de casos reportados de cólera	0	0
Letalidad por cólera	0	0
Incidencia anual de leishmaniasis según forma clínica	0	0
Letalidad por leishmaniasis visceral	0	0
Prevalencia de chagas	0	0
Incidencia de chagas	0	0
Letalidad por chagas	0	0

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. SIVIGILA 2012 Tasas x 100.000 hbt

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES

La Guía de ASIS Nacional (MPS 2010) establece que la carga de enfermedades crónicas tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de las personas afectadas, es causa de muertes prematuras y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general. Las enfermedades crónicas tienen por causa factores de riesgos comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos se destacan una alimentación poco sana, la inactividad física y el consumo de tabaco.⁴² En este documento se han considerado algunos indicadores relacionados con la actividad física, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial y discapacidad.⁴³

METODOLOGÍA

⁴² Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.

⁴³ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 29.

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud sanitaria y del ambiente, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: prevalencia de insuficiencia renal crónica, incidencia de Insuficiencia renal crónica, tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica, prevalencia de diabetes mellitus, incidencia de diabetes mellitus, tasa de mortalidad por diabetes mellitus, prevalencia de hipertensión arterial, incidencia de hipertensión arterial, tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva y proporción de población con alguna limitación.

Tabla 27. Enfermedades Crónicas No transmisibles
del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2010.

Componente Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidades	2010
Prevalencia de insuficiencia renal crónica	0.9
Incidencia de Insuficiencia renal crónica	0.9
Tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica	0.05
Prevalencia de diabetes mellitus	24.3
Incidencia de diabetes mellitus	24.3
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	20.4
Prevalencia de hipertensión arterial	115
Incidencia de hipertensión arterial	
Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva X 100.000 hbt	0.2
Proporción de población con alguna limitación	2.2%

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2010 Tasa x 1000 hbt Bases Defunciones DANE EE VV

SALUD NUTRICIONAL

De acuerdo con la Guía de ASIS Nacional (MPS 2010), en la actualidad, se reconoce la importancia que tiene la educación en la adquisición de estilos de vida saludables y en las intervenciones dirigidas a crear y fomentar valores y hábitos alimentarios desde edades tempranas.⁴⁴ En este contexto es de vital importancia describir la situación nutricional de la población general y grupos vulnerables, así mismo, asociarlos con los determinantes socioeconómicos, de tal forma que permita priorizar los principales problemas relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional de la población y los factores de riesgo determinantes.⁴⁵ La seguridad alimentaria y nutricional (SAN) determina en gran medida la calidad de vida de la población de un país e involucra aspectos fundamentales de la macroeconomía, la política, la salud, educación, la cultura, medio ambiente, alimentación y nutrición entre otros, que deben ser intervenidos desde perspectivas intersectoriales e interdisciplinarias en distintos ámbitos: individual, familiar, local, nacional e internacional.⁴⁶

La Encuesta de Demografía y Salud (ENSIN 2005), para San Andrés reporta en niños y niñas menores de 5 años desnutrición global para el 4,8%, , crónica para el 2,4% y aguda 2,1%, para este mismo año Colombia presentó porcentajes del 7%, 12%y 1,3% respectivamente. El seguimiento nutricional que

⁴⁴ Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Colombiana para la Nutrición Infantil (NUTRIR), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Panamericana de la Salud. Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia. Caracterización de la población.

⁴⁵ Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Colombiana para la Nutrición Infantil (NUTRIR), Guías alimentarias para la población colombiana mayor de dos años. Caracterización de la población. Bogotá, 1999.

⁴⁶ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 30.

. UNICEF. Nutrition Security and Emergencies: United Nations Children's Fund. [Online]. [cited 2010 Junio 30. Available from: HYPERLINK "http://www.unicef.org/nutrition/index_emergencies.html" http://www.unicef.org/nutrition/index_emergencies.html

realiza la Secretaría de Salud Departamental en los niños y niñas menores de 5 años de los diferentes sectores de la población, arrojó los siguientes resultados para el año de 2008, donde se tomó una muestra del 12,6% del total de población infantil afiliada al régimen subsidiado o pobre no afiliada, que se encuentra en el nivel 1 y 2 del SISBEN. De la muestra estudiada se detectó que el 20% de la población se clasificó en Riesgo de Desnutrición y el 0.7% en riesgo de Desnutrición Crónica, esta última por una historia de bajo peso al nacer, reiterados episodios infecciosos con carencias nutricionales.

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud sanitaria y del ambiente, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer menor a 2500 grs, tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años, niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles, número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares y número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario.

Tabla 27. Salud Nutricional del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2009.

Componente Salud Nutricional	2010	2011
Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer (BPN) menor a 2500 gramos	8.45%	7.6%
Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años	0	0
Niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles	3.142	1.292
Número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares	8.707	8.707
Número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario	101	100

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2012 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF

Tabla 28. Proporción Bajo Peso al Nacer (BPN) del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 1999-2011.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SAN ANDRES	7,03	4,53	6,12	7,67	8,61	7,92	6,43	4,78	5,84	8,49	8,21	8,45	7,6
COLOMBIA		7,33	7,44	7,64	7,75	7,91	8,11	8,44	8,6	8,7	9,02		

Fuente: Secretaría de Salud Departamental 2012.

De acuerdo con UNICEF, cada año en el mundo nacen aproximadamente 20 millones de niños con bajo peso (menos de 2,5 kg), lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos (44), generalmente como consecuencia de una deficiente salud y nutrición de la madre, siendo éste uno de los principales factores de riesgo de muerte neonatal (45).

Las principales causas de bajo peso al nacer son infecciones y anemia, que en la mayoría de los casos son consecuencia de desnutrición materna, así como el embarazo adolescente, ambos factores ligados al desarrollo y desigualdad socioeconómica como el nivel de ingresos y la educación.

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

enfermedades crónicas o mayores de 40 años). La principal actividad preventiva es el adecuado control prenatal, puesto que se pueden detectar a tiempo y prevenir posibles complicaciones tales como la preeclampsia y la ruptura prematura de membranas que llevan también a bajo peso al nacer por parto prematuro (4).

Según la EE VV 2011, dispone de información sobre el peso del niño en el 100% de los nacimientos; 73% de estos tienen peso adecuado y 7.6% tienen bajo peso,

Reducir la incidencia de bajo peso al nacer en un tercio, entre 2000 y 2010 fue una de las principales metas adoptadas por la declaración y plan de acción de las Naciones Unidas “Un Mundo Apropiado para la Infancia”. Colombia incluyó en el Plan Nacional de Salud Pública, en el primer y segundo objetivo, la “mejora de la salud materno infantil” (fortalecimiento a la calidad y cobertura del control prenatal) y la mejoría de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, los resultados muestran que los esfuerzos no parecen ser suficientes, puesto que la tendencia de la prevalencia del bajo peso al nacer en la última década es ascendente.

En el país, el porcentaje de niños que nacen con bajo peso ha venido en aumento durante los últimos años. En el año 2000, la prevalencia de bajo peso al nacer fue de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, mientras que en 2009 aumentó a 9.02%. Para el departamento de San Andrés, igualmente va en aumento la proporción de BPN que pasó en el año 2000 de 4% a 7.1% en el 2011, con un aumento de tres puntos.

Se evidenció que el bajo peso se presenta con mayor frecuencia en hijos de madres menores de 20 años y mayores de 34 años, primogénitos, de las zonas urbanas, con mayor educación y menor pobreza.

Es de resaltar, que un factor que podría contribuir a explicar el incremento, es de tipo estadístico, el cual está generado por un mejoramiento en el registro de los procesos de maternidad, teniendo en cuenta que el aumento de los partos institucionales, el fortalecimiento de las redes de información y el aumento en el número de salas de cuidado intensivo neonatal, hacen que el registro de dichas entidades aumente.

El comportamiento del bajo peso al nacer en el departamento merece un estudio más detallado por parte de la academia, con el fin de conocer los determinantes de este fenómeno y ajustar y fortalecer las políticas públicas para enfrentarlo, dada la gravedad de las implicaciones sobre el desarrollo infantil, como la baja talla infantil, alteraciones inmunitarias y deficiencia de hierro, entre otras.

SALUD SANITARIA Y DEL AMBIENTE

De acuerdo con lo establecido en la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), el ambiente son las circunstancias en las que vive el hombre y a las que debe adaptarse del mejor modo posible para estar sano. Los riesgos ambientales provocan problemas de salud de alto impacto y ameritan un trabajo intersectorial y coordinado.⁴⁷

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud sanitaria y del ambiente, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el

⁴⁷ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 30.

mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano –IRCA mensual, Índice de riesgo municipal por abastecimiento de agua para consumo humano –IRABAm, Proporción de viviendas con servicio domiciliario de acueducto, con servicio domiciliario de alcantarillado, con servicio domiciliario de recolección de basura, con servicio domiciliario de gas natural y proporción de viviendas con lugar exclusivo para la cocina.

La relación entre el ambiente y el bienestar de las personas, específicamente en lo que tiene que ver con la salud y la susceptibilidad ante las exposiciones ambientales, se ha hecho evidente en todo el mundo a lo largo de la última década y el Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina Islas no es ajeno a esta situación, sumado a que en el territorio insular no existe una política integral de salud ambiental formulada, en donde se establezcan los roles de los diferentes actores (instituciones o entidades) relacionados con el mejoramiento de la salud ambiental.

Los servicios básicos de agua, alcantarillado y disposición sanitaria de excretas, recolección y disposición sanitaria de residuos sólidos y peligrosos no alcanzan coberturas seguras poniendo en riesgo a la población especialmente la más vulnerables a adquirir enfermedades diarreicas - EDA, infecciosas intestinales y enfermedades parasitarias. Por otro lado la calidad del aire se ha visto afectada por el incremento del tránsito automotor sin que se tenga información de la misma y se ha aumentado el número de quejas por contaminación sonora por el uso de parlantes y otras fuentes de emisión de ruido.

En cuanto a los factores de riesgo de químico y de consumo existentes en el departamento dadas por las condiciones de insularidad en la importación e internación desde el nivel nacional, la manipulación y el expendio de los productos consumo (alimentos, medicamentos, cosméticos, plaguicidas, sustancias químicas, productos de aseo higiene y limpieza) que influyen la presentación de eventos de enfermedades transmitidas por alimentos - ETA, intoxicaciones por plaguicidas y reacciones adversas. Igualmente existen riesgos por inadecuado manejo de sustancias químicas en las empresas o expendios en donde manipulan dicho por no contar con Planes de Seguridad.

En la Tabla 29 se presentan los eventos que están asociados a las condiciones sanitarias y ambientales para los años 2008 a 2011 en el departamento archipiélago de san Andrés y Providencia donde se evidencia incremento en el numero de eventos reportados, que se asocia aun mejoramiento del sistema de notificación en las UPGD

En el evento de EDA en promedio el 20% de los casos se presentan en menores de 5 años. Con respecto a IRA el 50% de los casos están reportados en menores de 5 años

Tabla 29. Eventos asociados a las condiciones sanitarias y ambientales en departamento archipiélago de san Andrés y Providencia años 2009 a 2011

AÑOS	EDA		ETA	Hepatitis A	Intoxicaciones por plaguicidas	IRA	
	Población Gral.	Menor de 5 años				Población Gral.	% Menor de 5 años
2009	2473	17%	121			2327	48%
2010	4880	18%	41	1		3141	65%
2011	2565	25%	69	6	1	7269	34%

SIVIGILA Secretaria de Salud Departamental 2012

La Vigilancia de la Calidad del Agua de consumo humano Decreto 1575 de 2006 se realiza a través de análisis de muestras en el Laboratorio de Salud Publica dando resultados de APTAS Y NO APTAS y medido con el IRCA Indice de Riesgo de la Calidad del Agua.

En la tabla 30. Se indican los grupos de vigilancia de la calidad del agua como son: Acueducto, las Autorizaciones Sanitarias, Hoteles, Edificios de Apartamentos, instituciones especiales y los Carro Tanques transportadores. Para el año 2011 el N° total de muestras analizadas para estos sujetos de vigilancia fue de 337 que corresponden a un 62% del total (total programado 474 muestras) y el IRCA promedio fue de 20,4% con RIESGO MEDIO. Para las muestras de vigilancia del acueducto el porcentaje de muestras analizadas de acuerdo a lo programado fue de 77% (programado 124 muestras).

IRCA = 0 cumple con todas las características físicas, químicas y microbiológicas e IRCA = 100 no cumple con ninguna.

Tabla 30. Grupos de vigilancia de la calidad del agua en departamento archipiélago de san Andrés y Providencia años 2010-2011.

SUJETOS A VIGILAR	AÑO	2010	2011
ACUEDUCTO	Nº muestras	92	94
	IRCA promedio	2,88	0,31
AUTORIZACIONES SANITARIAS	Nº muestras	40	90
	IRCA promedio	16,30	16,83
Hoteles Posadas y Edificios	Nº muestras		96
	IRCA promedio		38,1
Instituciones Especiales	Nº muestras	5	17
	IRCA promedio	37	34,1
Carro tanques transportadores agua	Nº muestras		20
	IRCA promedio		12,81

Fuente: Laboratorio de Salud Publica febrero 2012

En relación al manejo integral de los residuos hospitalarios Decreto 2676 de 2000, para el año 2011 en el departamento se vigilaron 77 generadores de residuos hospitalarios y similares RH entre IPS, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios clínicos, centros veterinarios, droguerías y centro de estética. La generación mensual promedio/año es de 3,5 toneladas, no existiendo en el departamento un gestor externo para su recolección permanente y tratamiento y disposición final, debiendo ser transportados a la Ciudad de Cartagena vía Marítima. Compete a la Secretaria de Salud la vigilancia en la gestión interna de los residuos hospitalarios por lo que se adelantan las visitas de vigilancia y control a los generadores en cuanto al cumplimiento de los Planes de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares PGIRHS. Los establecimientos vigilados en los últimos años se indican en la Tabla 31.

Tabla 31. Generadores de Residuos Hospitalarios Vigilados en PGIRHS años 2008 a 2011

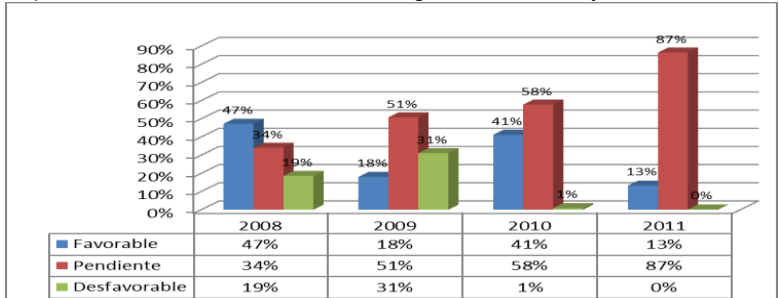
AÑOS	GENERADORES RH VIGILADOS
2008	39 %
2009	28 %
2010	56 %
2011	77 %

Fuente: Salud Ambiental Secretaria de Salud febrero 2012

En la figura 4 se muestra que de los establecimientos dedicados a la gastronomía y distribución de alimentos y bebidas alcohólicas vigilados según el requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997 en el año 2008, sólo el 47% obtuvieron concepto sanitario favorable, en el 2009 el 18%, en el 2010 el 41% y en el 2011 el 13%.

En los últimos 4 años por cada 100 establecimientos dedicados a la gastronomía y de distribución de alimentos y bebidas alcohólicas vigilados, en promedio al año, 30 cuentan con concepto sanitario favorable, el 57 pendiente y el 13 desfavorable.

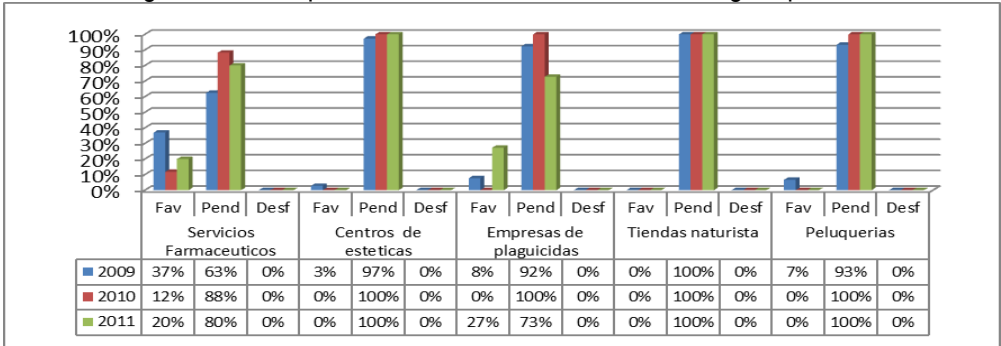
Figura 4. Conceptos sanitarios establecimientos gastronómicos y de distribución de alimentos



Fuente: Salud Ambiental Secretaria de Salud febrero 2012

En cuanto a las acciones de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo químico, en la figura 5 se relacionan los conceptos sanitarios otorgados a establecimientos que manejan y expenden productos químicos.

Figura 5. Conceptos sanitarios establecimientos riesgos químicos



Fuente: Salud Ambiental Secretaria de Salud febrero 2012

De los servicios farmacéuticos vigilados durante el 2009 solo el 37% contaron con concepto sanitario favorable, en el 2010 el 12% y en el 2011 el 20%. Con respecto a los centros estéticas en el año 2009 el 3% obtuvieron con concepto sanitario favorable, en el 2010 y 2011 el 100% cuentan con concepto pendiente (favorable condicionado), es decir que no cumplen con todos requisitos exigidos según la normatividad vigente y su actividad no pone en riesgo la salud pública.

De total de empresas de plaguicidas verificados en el año 2009 solo el 8% cumplieron con los requisitos exigidos, en el 2010 ninguno cumplió y el año 2011 el 27%.

Con referente a las tiendas naturistas vigilados durante los años comprendidos del 2009 al 2011, el 100% cuentan con concepto pendiente. Finalmente en cuanto a las peluquerías supervisados en el año 2009 solo el 7% cumplen y en el 2010 y 2011 el 100% cuentan con concepto pendiente.

Es de resaltar que existen otros establecimientos (estaciones de combustibles y lubricantes, talleres, llanterías, almacenes de productos químicos, lavanderías, en otros) de riesgo químico que día a día van en aumento, por lo cual se hace necesario fortalecer esta línea y contar con un censo de este tipo de establecimientos.

La prevalencia de enfermedades asociadas a la seguridad sanitaria y ambiental tienen relación directa con las deficiencias en la continuidad del servicio de acueducto y la baja cobertura de alcantarillado y de manejo de excretas, el inadecuado manejo y disposición final de los residuos sólidos y la deficiente gestión en los residuos hospitalarios, la contaminación atmosférica y el ruido ambiental al igual que la gran cantidad de establecimientos dedicados a la manipulación de alimentos y al expendio de medicamentos, cosméticos y otras sustancias químicas.

Todo esta problemática trae como consecuencia la incidencia de eventos morbi-mortalidad por EDA, Hepatitis, enfermedades parasitarias, ETAS, intoxicaciones por plaguicidas, IRA y otras

Se impone como estrategia el diseño de un Plan de Salud Ambiental que contenga la Política Integral de Salud Ambiental PISA de acuerdo al documento CONPES 3550 de 2008 donde se enmarquen las acciones de corto, mediano y largo plazo de intervención interinstitucional que comprometa al cumplimiento de los objetivos por parte de los actores a través de la conformación del Consejo Territorial de Salud Ambiental COTSA.

Por tanto la Secretaría además de coordinar la formulación, seguimiento y ejecución del plan realizará las siguientes actividades.

La relación entre el ambiente y el bienestar de las personas, específicamente en lo que tiene que ver con la salud y la susceptibilidad ante las exposiciones ambientales, se ha hecho evidente en todo el mundo a lo largo de la última década, y el Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina no es ajeno a esta situación, sumado a que en el territorio insular no existe una política integral de salud ambiental formulada, en donde se establezcan los roles de los diferentes actores (instituciones o entidades) relacionados con el mejoramiento de la salud ambiental.

Los servicios básicos de agua, alcantarillado y disposición sanitaria de excretas, recolección y disposición sanitaria de residuos sólidos y peligrosos no alcanzan coberturas seguras, poniendo en riesgo a la población, especialmente la más vulnerables a adquirir enfermedades diarreicas - EDA, infecciosas intestinales y enfermedades parasitarias. Por otro lado, la calidad del aire se ha visto afectada por el incremento del tránsito automotor, aunque se carezca de información sobre la misma, y de igual forma, se ha aumentado el número de quejas por contaminación sonora por el uso de parlantes y otras fuentes de emisión de ruido.

Tabla 28. Salud Sanitaria y del Ambiente del Departamento Archipiélago Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.

Componente Salud Sanitaria y del Ambiente	
Índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA)	0.31 Sin Riesgo

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2012

Del total de las muestras analizadas en San Andrés, teniendo en cuenta el Índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA), el 89 % cumplen la norma de calidad de agua potable.⁴⁸

La Vigilancia de la Calidad del Agua de consumo humano, de conformidad con el Decreto 1575 de 2006, debe realizarse a través de análisis de muestras en el Laboratorio de Salud Pública. Para el año 2011, el número total de muestras analizadas para estos sujetos de vigilancia fue de 337, que corresponden a un 62% del total (total programado 474 muestras) y el índice de calidad y riesgo de agua promedio fue de 20,4%, considerándose RIESGO MEDIO. Para las muestras de vigilancia del acueducto el porcentaje de muestras analizadas de acuerdo a lo programado fue de 77% (programado 124 muestras).

IRCA = 0 cumple con todas las características físicas, químicas y microbiológicas e IRCA = 100 no cumple con ninguna.

Tabla 32. Salud Sanitaria y del Ambiente Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.

Componente Salud Sanitaria y del Ambiente	
Índice de Riesgo Municipal por Abastecimiento de Agua para el Consumo Humano (IRABAm)	24.6 Bajo Riesgo

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2012

Tabla 33. Salud Sanitaria y del Ambiente Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.

Componente Salud Sanitaria y del Ambiente	
Proporción de Vivienda con Servicios Domiciliarios	8148/14873=54.8%

Fuente: Proactiva Aguas Archipiélago S.A. E.S.P 2011

Con respecto a la cobertura de servicios públicos en San Andrés, del total de 15.021 viviendas censadas en 2005, el 94%, es decir, 14.149 viviendas disponen de servicio de energía eléctrica, el 43% (6.514 viviendas) disponen de acueducto, el 44% (6.659 viviendas) tienen servicio telefónico, mientras tan sólo el 12% (1.792 viviendas) disponen del servicio de alcantarillado, y ninguna dispone de gas natural.⁴⁹ Esto demuestra las dificultades de acceso de la población a los servicios sanitarios mínimos requeridos, lo que pone en riesgo a la población a contraer enfermedades transmitidas por vectores, así como enfermedades gastrointestinales.

En relación al manejo integral de los residuos hospitalarios, Decreto 2676 de 2000, en el departamento para el año 2011, se vigilaron 77 generadores de residuos hospitalarios y similares RH entre IPS, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios clínicos, centros veterinarios, droguerías y centro de estética. La generación mensual promedio, año 2011, es de 3,5 toneladas, no existiendo en el departamento un gestor externo para su recolección permanente y tratamiento y disposición final, debiendo ser transportados a la ciudad de Cartagena vía marítima.

Compete a la Secretaría de Salud la vigilancia en la gestión interna de los residuos hospitalarios por lo que se adelantan las visitas de vigilancia y control a los generadores en cuanto al cumplimiento de los Planes de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares PGIRHS.

⁴⁸ Laboratorio de Salud Pública de San Andrés 2009. En: Secretaría Departamental de Salud de San Andrés. Perfil epidemiológico 2010: San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2009. Página 40.

⁴⁹ DANE. Vivienda y edificaciones. Servicios asociados a la vivienda. Censo General 2005.

En relación con las actividades de sanidad portuaria, es decir, aquellas actividades de Inspección, Vigilancia y Control IVC que buscan dar cumplimiento a los lineamientos contemplados en el Reglamento Sanitario Internacional RSI – 2005 en los puntos de entrada Aeropuerto y Muelle Departamental como: Inspección de Aeronaves, Embarcaciones y Mercancías, se destaca que en 2010 por cada 5 aeronaves Internacionales arribadas a la isla se Inspeccionó 1 aeronave, mientras que en el 2011 se realizó inspección a todas las aeronaves Internacionales. En 2010 por cada 5 aeronaves que transportan alimentos se inspeccionó 1aeronave de alimentos, mientras que en el 2011 por cada 5 aeronaves se inspeccionó 3 aeronaves de alimentos. En 2010 por cada 8 embarcaciones arribadas de alimentos se realizó inspección a 6, mientras que en 2011 por cada 8 se inspeccionaron 7 embarcaciones de alimentos.

SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL

La Guía ASIS Nacional (MPS 2010) establece que el ámbito laboral se define como un territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto en la economía informal como formal. En él se expresan relaciones con características particulares, que lo determinan y que son comunes a todos los actores que lo habitan.⁵⁰ Dadas las condiciones laborales y los tipos de actividades se generan una serie de eventos que afectan la salud y la vida de los trabajadores que necesitan ser monitoreadas para implantar programas y proyectos que promuevan la calidad de vida y prevengan este tipo de daños.⁵¹

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el perfil de seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: cobertura de afiliados a la Administradora de Riesgos Profesionales, tasa de muertes calificadas como profesionales, tasa de muerte por causas calificadas como profesionales, tasa de accidentes calificados como profesionales, tasa por tipos de accidentes calificados como profesionales, tasa de enfermedades calificadas como profesionales y tasa de enfermedades agrupadas por causas calificadas como profesionales

Tabla 34. Seguridad en el Trabajo y las Enfermedades de Origen Laboral del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012.

Componente Seguridad en el Trabajo y las Enfermedades de Origen Laboral	
Cobertura de afiliados a la Administradora de Riesgos Profesionales	
Tasa de muertes calificadas como profesionales	0
Tasa de muerte por causas calificadas como profesionales	0
Tasa de accidentes calificados como profesionales	645
Tasa por tipos de accidentes calificados como profesionales	ND
Tasa de enfermedades calificadas como profesionales	4.09
Tasa de enfermedades agrupadas por causas calificadas como profesionales	0
Tasa de enfermedades agrupadas por causas calificadas como profesionales	0

Fuente.: Ministerio de la Protección Social 2011 Fuente: DIRECCION GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES ESTADISTICAS RIESGOS PROFESIONALES POR MUNICIPIO - COLOMBIA 2011 (a junio)

⁵⁰ Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos para la promoción de la calidad de vida en el ámbito escolar.

⁵¹ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 30.

RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD

Según la Guía de ASIS Nacional (MPS 2010), el efecto sobre la salud y la calidad de vida, en los servicios de salud depende de su grado de desarrollo, de las posibilidades de acceso geográfico, cultural y económico de todos los ciudadanos a los servicios requeridos, de manera oportuna, de su calidad y de la posibilidad de responder a las necesidades de los usuarios.⁵²

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el perfil de mortalidad, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada, cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales, razón de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes, razón de consultas ambulatorias por 1.000 habitantes, razón de camas hospitalarias por 1.000 habitantes, porcentaje de ocupación de camas, número de instituciones de salud según nivel de atención, cobertura de IPS con COVES, porcentaje de UPGD que notifican semanalmente, número de Hospitales culturalmente adaptados, razón de odontólogos/habitantes, razón de médicos generales/habitantes, razón de enfermeras/habitantes y razón de auxiliares de enfermería/habitantes.

El departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina registra porcentajes de vacunación a partir del 97.7%, cumpliendo con la meta del 95% de cobertura en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se registran coberturas del 100% en BCG de recién nacidos, la tercera dosis de pentavalente en menores de 1 año y la tercera dosis de VOP en menores de 1 año. En cuanto a la cobertura de triple viral de 1 año y anti amarilliza en menores de 1 año, la cobertura es del 97.7%.⁵³

Es de aclarar que estas coberturas han sido calculadas a partir del número de nacidos vivos (Fuente DANE-Estadísticas Vitales del departamento), las cuales difieren de las coberturas administrativas calculadas con base a la proyección poblacional DANE 2005.

Con respecto a la oferta de servicios de salud, en San Andrés hay 3 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, 18 privadas, 18 ambulatorias y 3 hospitalarias.⁵⁴ Por mil habitantes, hay una relación de 1.43 camas.⁵⁵

En el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se cuenta con una población total según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de 57.718 afiliados a los diferentes regímenes de salud. Así mismo el total de la población sisbenizada en el Departamento Archipiélago según la oficina Departamental de Sisben, validado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), es de 26.022 habitantes, de los cuales 5.548 son población vinculada (sin afiliación al SGSSS)

⁵² Blanco Restrepo JH y Maya Mejía JM. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2ª Edición. Colombia, 2005 Pág. 4. ISBN: 958-9400-81-7.

⁵³ Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI del Ministerio de la Protección Social. PAI Secretaría de Salud Departamental 2010. En: Secretaría de Salud Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Análisis de Salud de San Andrés 2011. Indicadores ASIS. Elizabeth Mera García. Octubre de 2011.

⁵⁴ Ministerio de la Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Dirección General de Calidad de Servicios, en <http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/habilitados.aspx?pageTitle=Registro%20Actual&pageHlp=> Informes a corte de 26 de septiembre de 2011. Acceso 30 de septiembre de 2011. Población proyección y estimación 2011.

⁵⁵ Ministerio de la Protección Social, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Dirección General de Calidad de Servicios, en http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/capacidad_departamental.aspx?pageTitle=Detallado%20capacidad%20instalada&pageHlp=

En el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se prestaron servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidiado a la demanda y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda donde el 84% de las autorizaciones de servicios corresponden al I y II nivel de atención, que generan un 16% de atenciones de III y IV nivel, lo que se traduce de 5 autorizaciones de médico general y especialista genera 1 intervención de III o IV nivel de complejidad. En el año inmediatamente anterior no se contó con una red prestadora de servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad para la población pobre y vulnerable en lo no cubierto por subsidio a la demanda y población del régimen subsidiado en lo no cubierto por subsidio a la demanda.

DIAGNÓSTICO DE SALUD-ENFERMEDAD

PERFIL DE MORTALIDAD

Según la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), los datos de mortalidad son la base para una amplia gama de indicadores de diversa complejidad. No solo representan las herramientas para evaluar el riesgo de muerte en una población y la repercusión de las enfermedades en la salud, sino también la gravedad de las enfermedades y la sobrevivencia experimentada por la población. Como tales, son insumos esenciales en el análisis de la situación de salud, la vigilancia en salud pública, la programación y la evaluación de programas y políticas de salud (OPS, Vol. 23 No. 4; 2002). Básicamente se hará un análisis de la mortalidad general, utilizando la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con la lista a tres dígitos, por grupos de edad, sexo y por grupos de causas de acuerdo a la clasificación 6/67 propuesta por OPS.⁵⁶

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el perfil de mortalidad, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: mortalidad general y mortalidad por grupos de causas.

Mortalidad general

Indica con precisión el impacto actual de mortalidad en el crecimiento de la población. La mortalidad en el departamento Archipiélago de San Andrés en el año 2009 es de 185 defunciones que equivalen a una tasa de 2.54 por mil habitantes, es decir, se ubica por debajo de la cifra nacional.

El análisis de la mortalidad se realizó a partir de la información disponible en el DANE estadísticas vitales, en la base de nacidos vivos y de defunciones de la oficina de Epidemiología de la Secretaría Departamental de Salud de San Andrés, Datos DANE 1998 -2008. El análisis se realizó teniendo en cuenta la lista de causas agrupadas 6/67 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con base a la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10). La tasa bruta de mortalidad (defunciones por cada 100.000 habitantes) en el departamento de San Andrés de los años 2000 a 2009 osciló entre 310 y 237 x 100.000 Hbt. El año en que presentó la menor tasa fue 2002, mientras que el año con mayor número de defunciones fue el 2007 con una tasa bruta de 244 x 100.000 (n=175).

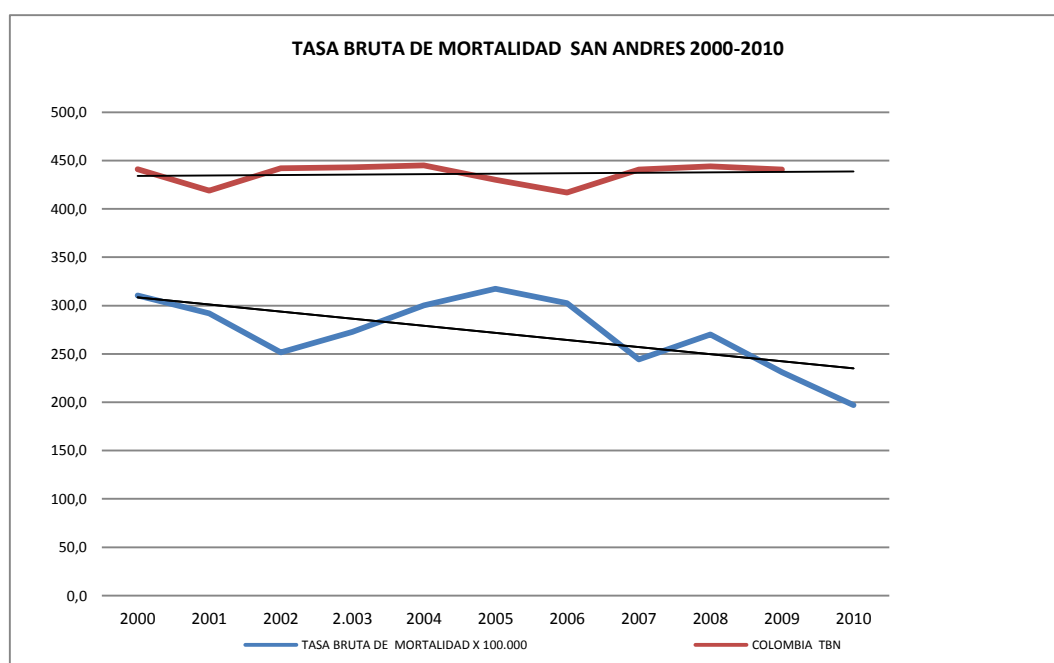
⁵⁶ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 31.

Tabla 35. Análisis Mortalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2009.

MORTALIDAD	SAN ANDRES 2010	SAN ANDRES 2011	COLOMBIA
TASA DE MORTALIDAD GENERAL	2.54		5.54
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	13.7		18.9
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	21.44		23
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA	114.54		72.88

Fuente: Informe Así vamos en salud 2009 Secretaría de Salud

Figura 6. Tasa Bruta de Mortalidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Años 2000 a 2010.



Fuente DANE estadísticas Vitales

La tasa de mortalidad infantil indica la probabilidad de muerte de un sujeto durante su primer año de vida. De igual forma, la mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante, ya que refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre.

Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las mejoras en el conteo y/o registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa.⁵⁷

⁵⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). En: Weekly Epidemiological Record, #24, June 16, 1989. WHO.

Si la intención es medir la línea de base o el progreso de los servicios de salud reproductiva, la tasa de mortalidad materna es una mejor medida porque incorpora el progreso en el uso de planificación familiar (fecundidad, espaciamiento, edad al momento del embarazo, etc.) así como el progreso en los servicios de maternidad (acceso y calidad de la atención).

Tabla 36. Causas de Muerte Población general del Departamento Archipiélago de San Andrés 2009.

EVENTO	TOTAL	% DE COLUMNA	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades isquémicas del corazón	28	15,14	14	14
Enfermedades cerebrovasculares	18	9,73	8	10
Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	13	7,03	10	3
Diabetes mellitus	11	5,95	4	7
Enfermedades hipertensivas	8	4,32	3	5
Agresiones (homicidios) y sus secuelas	8	4,32	8	0
Tumor maligno de la próstata	6	3,24	6	0
Todas las demás formas de enfermedad del corazón	6	3,24	3	3
Deficiencias nutricionales	5	2,70	1	4
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoide	4	2,16	0	4
Tumor maligno de la laringe	4	2,16	4	0
OTRAS	74		38	36
TOTAL	185	100,00	99	86

Fuente: DANE y EE VV Secretaria de Salud 2009.

Como se aprecia en la tabla anterior la causas de muerte en población general están asociadas con causas cardiovasculares, lesiones de causa externa y cáncer, con lo cual, nuevamente se relaciona con la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud y fortalecer las acciones de promoción y prevención dirigidas a fomentar estilos de vida saludables.

MORTALIDAD EVITABLE

La mortalidad evitable es un concepto alrededor del cual existen diversas posturas. Puede establecerse a partir de listados de referencia que bajo diferentes criterios de posibles acciones, definen aquellos grupos que patologías que pueden ser intervenidas para evitar llegar a la defunción. Hay otras metodologías que establecen un patrón de comparación en sociedades externas a la estudiada, frente a la cual comparar los patrones de mortalidad. En este caso se hacen necesarios los ajustes de las cifras por la estructura etaria de la población.

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

En la tabla siguiente se presenta la mortalidad para el departamento de San Andrés de acuerdo a esta clasificación, partiendo de la base de datos de mortalidad DANE 2009

Tabla 37. Mortalidad evitable. Departamento Archipiélago de San Andrés 2009.

CAUSAS	Numero	%
B Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	64	34,59%
E Defunciones difícilmente evitables en la actualidad	45	24,32%
D4 Muertes violentas	24	12,97%
D Defunciones evitables por medidas mixtas	21	11,35%
D3 Enfermedades propias de la primera infancia	13	7,03%
D10 Tumores relacionados con el tabaquismo	8	4,32%
D7 Problemas hepáticos	3	1,62%
C Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental	2	1,08%
D5 Tuberculosis	2	1,08%
D9 VIH-sida (desde 1988)	2	1,08%
D2 Problemas maternos del embarazo, el parto y el puerperio	1	0,54%
A Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo	0	0,00%
D6 Problemas carenciales		0,00%
D8 Enfermedades relacionadas con el medio ambiente	0	0,00%
TOTAL	185	100,00%

Fuente: cálculos propios Secretaría de Salud 2012. Base Defunciones 2010 EE VV.

Como se aprecia en la tabla anterior el 45% de muertes están relacionadas con defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento precoz, y mixtas, seguidas por defunciones relacionadas con violencia, lo cual indica que en el departamento se requieren realizar intervenciones dirigidas a estos ítems, contribuyéndose así a disminuir casi el 50% de muertes que ocurren en el departamento.

Tabla 38. Total y tasa de defunciones por año y sexo según grupos de Causas. Departamento Archipiélago de San Andrés 2000 a 2010.

GRUPO	GRUPO CAUSA	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
		M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
GRUPO I	TRANSMISIBLE	9	5	14	11	3	14	4	7	11	10	4	14	5	8	13	6	11	16
GRUPO II	TUMORES MALIGNOS	23	25	48	20	23	43	10	15	25	17	4	21	18	8	26	11	10	21
GRUPO III	CARDIO-CEREBRO-	32	31	63	27	43	70	31	30	61	45	54	99	44	36	80	24	34	58
GRUPO IV	PERINATAL	13	8	21	5	5	10	11	4	15	13	15	28	10	10	20	10	6	16
GRUPO V	VIOLENTAS	19	4	23	22	5	27	17	4	21	18	2	20	15	3	18	45	4	49
GRUPO VI	MIXTAS	32	23	55	30	21	51	19	23	42	0	0	0	4	7	11	23	12	35
GRUPO VII	MAL DEFINIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	7	4	0	0	0	0	0	0
TOTAL DEF SEC SALUD		128	96	224	115	100	215	92	83	175	109	86	195	99	86	185	135	104	239

Fuente: cálculos propios Secretaría de Salud 2012. Base Defunciones 2010 EE VV.

Tabla 39. Mortalidad por Causas Agregadas Departamento Archipiélago de San Andrés 2005-2010

		%	# eventos
GRUPO I	TRANSMISIBLES	6,71%	71
GRUPO II	TUMORES MALIGNOS	15,03%	159
GRUPO III	CARDIO-CEREBRO-VASCULAR	34,97%	370
GRUPO IV	PERINATAL	8,98%	95
GRUPO V	VIOLENTAS	12,95%	137
GRUPO VI	MIXTAS	14,37%	152
GRUPO VII	MAL DEFINIDOS	0,38%	4
TOTAL DEF SEC SALUD		100,00%	1058

Fuente: cálculos propios Secretaría de Salud 2012. Base Defunciones 2010 EE VV.

Como se aprecia en la tabla anterior, el 35% de las causas de muerte en los últimos cinco años están relacionadas con eventos cardio cerebro vasculares, seguido de tumores malignos y violencia.

Tabla 40. Tasas Específicas por causas. Departamento de San Andrés. Años 2005-2010.

MORTALIDAD POR VIH	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SAN ANDRES	4,25	0,00	1,40	5,54	5,57	8,27
COLOMBIA	5,37	5,40	5,67	5,38	5,21	
MORTALIDAD POR TB						
SAN ANDRES	2,83	4,22	4,19	2,77	2,75	5,53
COLOMBIA	2,58	2,55	2,75	2,63	2,44	
MORTALIDAD POR HOMICIDIOS						
SAN ANDRES	12,76	11,26	13,96	8,31	11,09	75,25
COLOMBIA	40,41	37,49	33,58	31,58	39,39	
MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSITO						
SAN ANDRES	19,84	18,29	27,93	13,86	19,25	28,64
COLOMBIA	12,63	12,64	12,84	12,76	12,89	
MORTALIDAD POR SUICIDIO						
SAN ANDRES	2,83	2,81	1,40	0,00	1,37	1,36
COLOMBIA	12,63	12,64	12,84	12,76	12,89	
MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS						
SAN ANDRES	49,61	46,43	40,50	27,71	35,75	28,60
COLOMBIA	67,30	68,40	33,10	32,20	74,30	
MORTALIDAD POR TRANSMISIBLES						
SAN ANDRES	19,80	19,70	15,40	19,40	17,87	21,80
COLOMBIA	30,80	30,10	30,10	30,10	30,10	30,10

Fuente EEVV Cálculos propios Secretaría de Salud 2012

MORTALIDAD POR VIH

En el año 2006 se creó el Observatorio de VIH/SIDA del Ministerio de la Protección Social, en donde se ha realizado un gran esfuerzo por fortalecer el reporte de esta enfermedad y por la construcción de indicadores sobre el manejo y control de los pacientes. Sin embargo, este observatorio reconoce

limitaciones en su fuente principal que es el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud) por diagnóstico tardío, subregistro, fallas de digitación y retraso en la notificación.

En cuanto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la meta establecida para este indicador es la reducción de la mortalidad en un 20%, la cual no cumple el Archipiélago pues de tener una tasa de mortalidad de 4,25 en el 2005 en el 2009 presentó un aumento al pasar a 8,27 x 100.000 hbt. a pesar de lograrse cumplimiento del 100% de pacientes con tratamiento antiretroviral, lo cual tal vez obedece a una demora en el diagnóstico de la enfermedad.

MORTALIDAD POR TB

En Colombia, la mortalidad por tuberculosis ha sufrido una ligera disminución en los últimos nueve años, pasando de 3,02 muertes por 100.000 habitantes en el 2000 a 2,44 en el 2009, presentando un pequeño pico en el 2007 de 2.75. Sin embargo, en el departamento se han tenido cifras superiores a las cifras de Colombia, duplicando esta cifra en el año 2010, el 100% de estas muertes ocurrieron en hombres y el 50. % en personas mayores de 65 años. En la adaptación de los ODM realizada para Colombia, esta meta no se materializó en ningún indicador de los 53 con que se comprometió Colombia en el 2005 por medio del Consejo de Política Económica y Social 91 – CONPES 91 (4) y tampoco se planteó en el CONPES 140 de 2011 (5), que modifica el CONPES 91. En el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se propuso aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país (Línea de base: 54%) la cual estuvo en San Andrés muy por debajo 39% y aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (Línea de base 63%) la cual en san Andrés fue del 100%

MORTALIDAD POR HOMICIDIOS

Durante el año 2010 ocurrieron 27 homicidios, cifra récord en los últimos 10 años de los cuales el 93% fueron víctimas hombres y el 96 % en el grupo de 15 a 44 años. La razón hombre-mujer para muertes por homicidio es de 12 a 1, cifra diferente a la presentada en el país que es de 4 a 1.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO

En San Andrés se ha venido presentando un aumento de muertes de motociclistas, lo que representa un incremento promedio anual de 6 casos más por año que pasa, afectando el grupo de 15 a 44 años y al género masculino en un 70%.

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS

Es uno de los eventos que representa un aumento paulatino en las cifras estadísticas del departamento, lo cual lleva a pensar en razones que podrían estar ligadas con disminución del subregistro, mejoramiento en la oferta de servicios e indiscutiblemente la presencia de factores de riesgo mixtos (ambientales y del individuo), siendo el más frecuente Cáncer de mama, seguido por el cáncer de útero y próstata.

PERFIL DE MORBILIDAD

El análisis de la morbilidad describe las principales causas por las cuales la población enferma. Para dicho análisis utilizarse la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con la lista a tres dígitos, con el fin de identificar las principales causas, al igual que la clasificación 6/67 propuesta por OPS para identificar las principales causas por grupos de edad, sexo y grupos de causas.

Es la disponibilidad de registros de buena calidad lo que hace posible obtener estimaciones epidemiológicamente válidas, que nos acercan al conocimiento de la realidad y nos permiten modificarla positivamente.⁵⁸

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el perfil de mortalidad, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: proporción de morbilidad por servicio hospitalario, de consulta externa y urgencias.

Tabla 41. Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa, por género en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.

EVENTO	NUMERO	% DE COLUMNA	HOMBRES	MUJERES
HTA	2942	7,22%	989	1953
CARIES DENTAL	2599	6,38%	1093	1506
DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	1765	4,33%	447	1318
DOLOR NO CLASIFICADAS	1499	3,68%	511	988
DORSALGIA	1416	3,47%	438	978
RINOFARINGITIS AGUDA	1280	3,14%	578	702
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	897	2,20%	184	713
CEFALEA	768	1,88%	207	561
LIPIDEMIAS	592	1,45%	178	414
OBESIDAD	572	1,40%	95	477
TRASTORNOS DE LA FUNCION VESTIBULAR	548	1,34%	135	413
DOLOR DE GARGANTA Y EN EL PECHO	537	1,32%	182	355
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	479	1,18%	181	298
TOTAL	40754	100,00%	14637	26117

Fuente:Secretaría de Salud Cálculos propios 2011

La prevalencia en población general para todas las causas por consulta externa en el año 2011, es de 551 por cada 1000 habitantes , donde la Hipertensión arterial representa el 7,2% del total de consultas, siendo más frecuente en mujeres. Es de llamar la atención que entre las primeras 10 causas de morbilidad en consulta externa, aparecen los trastornos metabólicos (Hiperlipidemias, Diabetes y Obesidad), lo cual se traduce en la importancia que debe darse a los trastornos crónicos no transmisibles y a las acciones de prevención en población joven para evitar esta carga de enfermedad en población adulta.

⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Segunda Edición. Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población. Unidad 3. Página 29. Washington D.C., 2002.

Tabla 42. Perfil de Morbilidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2011.

Componente Perfil de Morbilidad	2011
Proporción de morbilidad por servicio hospitalario	81.7%
Proporción de morbilidad por consulta externa	5.9%
Proporción de morbilidad por urgencias	12.4%

Fuente: Secretaría de Salud Departamental. 2011 RIPS

Tabla 43. Proporción de morbilidad General por Grupos etéreos. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2010 -2011

GRUPO DE EDAD	2010	2011
Menor 1	2,74%	1,42%
1 a 4 años	8,61%	19,29%
5 A 14 Años	11%	14,06%
15 a 44 años	38,90%	38,05%
45 a 64 años	27,25%	31,81%
Mayor de 65	11,49%	12,92%
hombres	34,54%	33,42%
mujeres	65,46%	66,58%

Fuente: RIPS UPGD San Andrés 2010-2011. Cálculos Secretaría de Salud.

Como se aprecia en la tabla anterior, el grupo de edad que presenta mayor afluencia a los servicios se encuentra en la edad de 15 a 44 años, lo cual es de esperarse ya que es una población económica y sexualmente activa, lo cual la expone a un riesgo mayor a enfermarse. Los consultantes, en su mayoría mujeres, representan el 68% del total de consultas realizadas en las diferentes UPGD del departamento.

Tabla 44. Primeras causas de Morbilidad General del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010-2011

EVENTO	2010	2011
DOLOR NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	24549	13597
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	8462	22307
RINOFARINGITIS AGUDA	6403	5793
DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	5081	
DORSALGIA	3594	9718
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	3338	
CEFALEA	2557	5443
CARIES DENTAL	2400	14455
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2044	2374
OBESIDAD	827	6743
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	1767	7390

Fuente: RIPS UPGD San Andrés 2010 -2011.

Llama la atención el aumento sustancial en los RIPS del año 2011, lo que probablemente obedece a las mejoras realizadas en los sistemas de información de las UPGD del departamento. La Hipertensión arterial, caries dental, Diabetes Mellitus y la obesidad se convierten en las primeras causas de consulta

en ambos años, lo cual se refleja directamente con causas de muerte y la pertinencia de mejoras de la Atención Primaria en Salud y acciones de Promoción y Prevención.

Tabla 45. Primeras causas de morbilidad general en hombres. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010-2011.

Nombre	# CONSULTAS 2010	PROPORCION	#CONSULTA 2011	PROPORCION 2
DOLOR NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	7723	13,8%	4650	4,4%
DIABETES	555	1,0%	2464	2,4%
RINOFARINGITIS AGUDA	2914	5,2%	2564	2,5%
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	2709	4,8%	7241	6,9%
DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	1366	2,4%	2683	2,6%
DORSALGIA	1281	2,3%	3007	2,9%
EXAMEN GENERAL	1015	1,8%		0,0%
CARIES DENTAL	868	1,6%	5918	5,7%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	839	1,5%	1097	1,0%
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	752	1,3%		0,0%
PARASITOSIS INTESTINAL	731	1,3%	964	0,9%
FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	692	1,2%	1701	1,6%
CEFALEA	687	1,2%	1514	1,4%
HERIDA DE LA CABEZA	642	1,1%	1352	1,3%
ASMA	593	1,1%	1240	1,2%
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	380		1879	1,8%
OTROS	27721	49,7%		63,30%

Fuente RIPS UPGD San Andrés 2010 -2011

Se refleja lo presentado en la morbilidad general, donde las primeras causas de consulta en hombres se relacionan con Hipertensión, caries dental y aparecen también dolores relacionados con trauma.

Tabla 46. Primeras causas de morbilidad general en mujeres. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2010-2011

Nombre	2010	2011	PROPORCION
DOLOR NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	16826	8947	6,7%
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	5753	15066	11,3%
DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	3715	9117	6,8%
RINOFARINGITIS AGUDA	3489	3229	2,4%
DORSALGIA	2313	6711	5,0%
CEFALEA	1870	3929	2,9%
CARIES DENTAL	1532	8537	6,4%
EXAMEN Y PRUEBA DEL EMBARAZO	1485	3103	2,3%
TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	1354	3171	2,4%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1205	1277	1,0%
TRASTORNOS DE LA FUNCION VESTIBULAR	1138	3459	2,6%
OBESIDAD	656	5498	4,1%
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	1228	2495	1,9%
OTROS	60878	133693	100,0%

Fuente: RIPS UPGD San Andrés 2010 -2011

Priorización de problemas

Dado que en el departamento del Archipiélago de San Andrés y Providencia sólo dispone de Análisis de Situación de Salud para una sola unidad geográfica, durante la visita de asistencia técnica realizada por la gestora de fronteras entre abril y mayo de 2012, se acordó con la Coordinadora de Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental, realizar el análisis a nivel de barrios de la ciudad, para lo cual se aplicará un muestreo aleatorio con reemplazamiento de los barrios a analizar, a partir de los siguientes criterios de selección:

1. Información disponible de los indicadores seleccionados.
2. Barrios censados e incluidos en el Plan de Ordenamiento Territorial (POT).
3. Barrios que disponen el dato de hectáreas.

Conjuntamente se revisaron los posibles indicadores trazadores que se emplearían en el ejercicio de priorización. En mutuo acuerdo, y teniendo en cuenta la disponibilidad de información y trazabilidad de los indicadores, fueron seleccionados 30 barrios y 13 indicadores.

Tabla 47. Indicadores seleccionados para realizar el ejercicio de priorización con EpiData a nivel de barrios de la Isla de San Andrés

Variable	Descripción
POB	Población total
DPOBL	Densidad poblacional
DAGUAP	Disponibilidad de agua potable
IAEDICO	Índice Aedico
CLEPTO	Casos leptospirosis
CTB	Casos Tuberculosis
CIRAG	Casos Infección Respiratoria Aguda Grave
PM5	Población menores 5 años
CPOLIO	Cobertura Polio
CTRIPLE	Cobertura Triple Viral
TBN	Tasa Bruta de Natalidad
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad
EM20	Embarazos en menores de 20

Fuente: Secretaría de Salud Departamental San Andrés 2010.

Una vez seleccionados los indicadores, se elaboró la tabla en Excel con las variables y los barrios a seleccionar de San Andrés, y en otra pestaña se organizó un directorio con los significados de las siglas de las variables seleccionadas.