

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

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

Nicolás Gallardo Vásquez
Gobernador

Yendi Kelly Forbes
Secretaria de Salud Departamental

Mireys Salcedo Lara
Referente de Vigilancia en Salud Pública

Aisha Gordon Hooker
Enfermera Epidemióloga

**Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
Secretaría de Salud Departamental 2025**

EQUIPO DE TRABAJO

Liz Manuel Corpus

Referente Aseguramiento/Participación Social/Salud Mental

Alejandro Martínez Castrillón

Referente Salud Ambiental

Mayerling Fuentes Watt

Referente Plan de Intervenciones Colectivas/Salud y Género

Rosaura Halford Manuel

Referente Laboratorio de Salud Pública Departamental

Gina Manuel Hooker

Referente PAI/Niñas Niños y Adolescentes

Elda Lever Duke

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

Sheree Duffis Forbes

Referente Inspección Vigilancia y Control de Alimentos

Stephanie Bernard Mitchell

Referente Enfermedad Transmitida por Vectores y Zoonosis

Randy Corpus Lambis

Referente Prestación de Servicios

Shannie Livingston Escalona

Profesional Universitario Prestación de Servicios

Aurelia Thyme Pomare

Profesional Universitario Prestación de Servicios

Stephanie Barrios Rodríguez

Referente Salud en Etnia

Argelia Manuel Cardona

Referente Seguridad y Salud en el Trabajo

Leidy Suarez Carval

Referente Victimas/Discapacidad/Envejecimiento y Vejez/Promoción Social

Carolina Castro Duque

Líder Planeación en Salud (Contratista)

Contenido

INTRODUCCIÓN	18
METODOLOGÍA	20
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	22
SIGLAS.....	23
1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO.....	25
1.1. Contexto territorial.....	25
1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica.....	25
1.1.2. Características físicas del territorio	27
1.1.3. Accesibilidad geográfica	32
1.2. Contexto poblacional y demográfico	33
1.2.1. Estructura demográfica.....	38
1.2.1.1. Población por ciclo vital	39
1.2.1.2. Otros indicadores demográficos	41
1.2.2. Dinámica demográfica.....	42
1.2.2.1. Otros indicadores de la dinámica de la población	43
1.2.2.2. Esperanza de vida.....	44
1.2.3. Movilidad forzada	45
1.2.4. Población LGBTIQ+	53
1.2.5. Población de pescadores y agricultores.....	57
1.2.6. Dinámica migratoria.....	58
Conclusiones.....	68
2. CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES.....	71
2.1. Condiciones de vida.....	71
2.2. Seguridad Alimentaria	72
2.3. Condiciones y Factores Psicológicos.....	72
2.4. Sistema Sanitario	74

2.5.	Servicios habilitados IPS.....	77
2.6.	Otros indicadores del sistema sanitario.....	81
2.7.	Cobertura de Educación.....	82
2.8.	Pobreza.....	84
2.8.1.	Índice de Pobreza Multidimensional IPM.....	84
2.8.2.	Necesidades Básicas Insatisfechas NBI.....	84
2.8.2.1.	Necesidades Básicas Insatisfechas Total:	84
	<i>Conclusiones</i>	85
3.	CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO.....	87
3.1.	Análisis de la morbilidad.....	87
3.1.1.	Análisis de la morbilidad principales causas.....	87
3.1.2.	Morbilidad por salud mental.....	97
3.1.3.	Morbilidad de eventos de alto costo y precursores.....	102
3.1.4.	Morbilidad población migrante.....	104
3.1.5.	Morbilidad por pertenencia étnica.....	105
3.1.6.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	107
3.1.7.	Análisis de la población con discapacidad.....	108
3.1.8.	Análisis de la población étnica con discapacidad.....	110
3.1.9.	Identificación de prioridades en la morbilidad.....	110
	<i>Conclusiones de morbilidad</i>	111
3.2.	Análisis de la mortalidad.....	112
3.2.1.	Mortalidad general.....	112
3.2.1.1.	Mortalidad por AVPP total.....	116
3.2.1.2.	Mortalidad por Tasas ajustadas de AVPP total.....	118
3.2.2.	Mortalidad específica por subgrupo.....	120
3.2.2.1.	Tasas ajustadas por la edad.....	120
3.2.2.1.1.	Enfermedades transmisibles.....	120
3.2.2.1.2.	Neoplasias.....	124
3.2.2.1.3.	Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.....	128

3.2.2.1.4.	Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	132
3.2.2.1.5.	Causas externas	134
3.2.2.1.6.	Mortalidad por las demás causas.....	138
3.2.3.	Mortalidad materno-infantil y en la niñez	143
	Tasa de mortalidad en menores entre 1-4 años	145
	Tasa de mortalidad en menores de cinco años.....	145
	Análisis desigualdad en la mortalidad materno-infantil y en la niñez.....	147
	Mortalidad Materna	147
	Mortalidad Materna por Etnia.....	148
	Mortalidad Neonatal.....	148
	Mortalidad Infantil	150
	Mortalidad en la niñez.....	151
	Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menor de cinco años.....	152
	Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menor de cinco años .	153
	Mortalidad por Desnutrición en menor de cinco años	154
3.3.	Cartografía Social y su respectivo análisis	156
3.3.1.	Construcción de Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel territorial.....	156
4.	CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	165
4.1.	Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas del territorio.	165
5.	CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	169
5.1.	Matriz priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud.	169
6.	CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO -PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS.....	176

ANEXOS.....	184
REFERENCIAS	184

TABLAS

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia.	26
Tabla 2. Identificación y descripción de amenazas potenciales en San Andrés Isla.....	30
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	32
Tabla 4. Población por área de residencia. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2025.	34
Tabla 5. Población por pertenencia étnica del Departamento del Archipiélago San Andrés Providencia y Santa Catalina 2025, según proyecciones de población del CNPV DANE 2018.	35
Tabla 6. Comparación intercensal de las relaciones de dependencia y envejecimiento para la población NARP, indígena y no étnica, según censo DANE realizado en el año 2018.	37
Tabla 7. Proporción de la población por ciclo vital, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020,2025 y 2030.	40
Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2020, 2025, 2030.	41
Tabla 9. Tasas de fecundidad, Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014-2024.	44
Tabla 10. Hogares de víctimas por déficit	51
Tabla 11. Proporción de la población LGTBIQ+ por grupo etarios, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2021.	54
Tabla 12. Distribución de afiliados víctimas de violencia por régimen en el departamento de San Andrés. junio 2024.....	61
Tabla 13. Distribución de afiliados víctimas de violencia por sexo el departamento de San Andrés. Junio.....	61
Tabla 14. Distribución de afiliados víctimas de violencia por municipio en el departamento de San Andrés. junio 2024.....	61
Tabla 15. Sedes de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.....	62
Tabla 16. Distribución de servicios de salud en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2025	63
Tabla 17. Afiliación población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, corte diciembre 2025	65
Tabla 18. Afiliación población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, corte diciembre 2025	66

Tabla 19. Stock de empresas por rama de actividad económica según la Clasificación Industrial Internacional Uniforme Revisión 4 Adaptada a Colombia (2016-2024).	68
Tabla 20. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2024.	71
Tabla 21. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2007-2024.	72
Tabla 22. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. 2024.....	73
Tabla 23. Coberturas de vacunación en biológicos trazadores, según meta programática, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. 2025.....	75
Tabla 24. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2006 - 2024.....	75
Tabla 25. Distribución de EAPB en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.....	77
Tabla 26. Capacidad Instalada del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina,del periodo 2015 - 2024.....	81
Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud -Sistema de educación del Departamento del Archipiélago, 2024.....	83
Tabla 28. Morbilidad atendida en la población total del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.....	89
Tabla 29. Morbilidad atendida en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.....	91
Tabla 30. Morbilidad atendida en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.....	93
Tabla 31. Distribución de las características generales de los casos de Intento de Suicidio en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.....	98
Tabla 32. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.....	101
Tabla 33. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.....	102
Tabla 34. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Colombia, 2024.	103

Tabla 35. Eventos precursores. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2024.....	104
Tabla 36. Atenciones a la población migrante por tipo de servicio en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Colombia, 2024.	104
Tabla 37. Atenciones a la población migrante por país de procedencia en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2024.	105
Tabla 38. Atenciones a la población migrante por tipo de afiliación en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2024.	105
Tabla 39. Diagnóstico principal de atención (número de atenciones) población Raizal, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.	106
Tabla 40. Diagnóstico principal de atención (número de atenciones) población Afrodescendiente, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.	106
Tabla 41. Diagnóstico principal de atención (número de atenciones) población indígena, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.	107
Tabla 42. Eventos de interés en Salud Pública Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.....	108
Tabla 43. Población total de discapacidad por grupo de edad. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.....	109
Tabla 44. Población total en condición de discapacidad por tipo de discapacidad y sexo. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024	110
Tabla 45. identificación de prioridades en la morbilidad.....	111
Tabla 46. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	143
Tabla 47. Tasas específicas de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.....	144
Tabla 48. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	145
Tabla 49. Tasas específicas de mortalidad en la niñez por cien mil menores de cinco años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	146

Tabla 50. Semaforización y tendencia de la Mortalidad Materno – Infantil y Niñez, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015- 2024p.	147
Tabla 51. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía según períodos perinatales de riesgo, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2024p.	150
Tabla 52. Tasa de mortalidad infantil por EAPB. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.	151
Tabla 53. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años), Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por EAPB, 2023p.	152
Tabla 54. Identificación de prioridades en salud del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	154
Tabla 55. Matriz priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.	172

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide de población raizal del Departamento del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina, según el censo del DANE 2018.....	35
Figura 2. Población negra, afrodescendiente, raizal y palenque, por grandes grupos de edad, según el censo del DANE realizado en 2018.....	36
Figura 3. Población negra, afrodescendiente, raizal y palenque, por grandes grupos de edad y sexo, según el censo del DANE realizado en 2018.	36
Figura 4. Población censada negra, afrodescendiente, raizal y palenque, por clase, según el censo del DANE realizado en el año 2018.....	37
Figura 5. Pirámide poblacional del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2020, 2025, 2030.	39
Figura 6. Población por sexo y grupo de edad del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2025.....	41
Figura 7. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2005 al 2024.	43
Figura 8. Tasas de fecundidad específica en mujeres, Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014-2024.	44
Figura 9. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024.....	45
Figura 10. Acumulado de personas víctimas de desplazamiento forzado, por pertenencia étnica, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2025.	46
Figura 11. Acumulado de personas con condición de discapacidad víctimas de desplazamiento forzado, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2025.....	47
Figura 12. Acumulado de personas víctimas de desplazamiento forzado, por curso de vida, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2025.....	47
Figura 13. Acumulado de personas víctimas de desplazamiento forzado, por ocurrencia vs declaración, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014-2025.	48
Figura 14. Acumulado de personas víctimas de desplazamiento forzado, por hecho victimizante, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 - 2025.	48
Figura 15. Víctimas del conflicto por orientación sexual	49
Figura 16. Hogares víctimas de acuerdo al parentesco de sus integrantes en la isla de San Andrés	49

Figura 17. Hogares víctimas que habitan en una vivienda que cuenta con materiales adecuados de acuerdo a su zona de residencia, 2023.	50
Figura 18. Hogares víctimas que habitan en una vivienda en condiciones de hacinamiento	50
Figura 19. Hogares víctimas que habitan en una vivienda que cuenta con acceso a servicios públicos domiciliarios.....	51
Figura 20. Víctimas que asisten al sistema educativo formal	51
Figura 21. Víctimas que cumplen con el indicador de Consumo Frecuente de Alimentos.....	52
Figura 22. Distribución de la población víctima ocupada por tipo de empleo ...	52
Figura 23. Distribución de la población víctima por afiliación a salud	53
Figura 24. Acumulado de personas fallecidas víctimas de desplazamiento forzado, por etnia y género, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.....	53
Figura 25. Identidad de género de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2021.....	54
Figura 26. Estrato socioeconómico de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2021	55
Figura 27. Nivel educativo de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2021	55
Figura 28. Situación laboral de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2021.....	56
Figura 29. Reconocimiento de rutas de atención institucional de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2022.	57
Figura 30. Pirámide poblacional de migrantes atendidos en los servicios de salud según sexo y edad, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2024	58
Figura 31. Proporción de la población por curso de vida de migrantes atendidos en los servicios de salud, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.....	59
Figura 32. Distribución de la población por sexo y condición de habitación en calle, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.	60
Figura 33. Distribución de la población según consumo de SPA y condición de habitación en calle, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.	60
Figura 34. Stock de empresas del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2016 – 2024.	67

Figura 35. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles total del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.	94
Figura 36. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.	95
Figura 37. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.	95
Figura 38. Casos de Intento de Suicidio por grupos de edad y sexo en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.	99
Figura 43. Notificación de casos de intento de suicidio según el factor desencadenante en San Andrés, Providencia y Santa Catalina de la semana epidemiológica 52 del año 2024.	99
Figura 47. Comportamientos tasa de incidencia Intento de suicidio, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2024.	100
Figura 48. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	101
Figura 49. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	102
Figura 52. Número de personas con Enfermedad Renal Crónica según Estadio. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.	103
Figura 53. Pirámide de la población en condición de discapacidad. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.	109
Figura 54. Población raizal en condición de discapacidad por tipo de sexo. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.	110
Figura 55. Tasa de mortalidad ajustada general del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	113
Figura 56. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024p.	117
Figura 57. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024p.	119

Figura 58. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.....	121
Figura 59. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.....	122
Figura 60. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2014 – 2023p.	123
Figura 61. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	125
Figura 62. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en Hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.....	126
Figura 63. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.....	128
Figura 64. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.....	129
Figura 65. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.....	131
Figura 66. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.....	132
Figura 67. Mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	133
Figura 68. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	133
Figura 69. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	134
Figura 70. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	135

Figura 71. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	137
Figura 72. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	138
Figura 73. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	139
Figura 74. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en Hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	141
Figura 75. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.	142
Figura 76. Razón de mortalidad materna por 100.000 mil nacidos vivos. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	148
Figura 77. Tasa de mortalidad neonatal. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	148
Figura 78. Tasa de mortalidad neonatal según etnia, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	149
Figura 79. Tasa de mortalidad neonatal según área de residencia, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	149
Figura 80. Tasa de mortalidad infantil por sexo. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015- 2024p.	151
Figura 81. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años), Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	152
Figura 82. Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	153
Figura 83. Tasa de mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	153
Figura 84. Tasa de mortalidad por Desnutrición en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.	154

TABLA DE MAPAS

Mapa 1. Localización General del Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	26
Mapa 2. División política administrativa y límites, Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. . Comportamiento de la notificación del evento Intento de suicidio y el apartado de consumo de sustancias psicoactivas; 26	
Mapa 3. Zonas de Protección del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2019.	30
Mapa 4. Acuíferos San Andrés Isla.	31
Mapa 5. Hidrografía del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2022.	31
Mapa 6. Relieve del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2022.	32
Mapa 7. Vías de comunicación del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina.	33
MAPA 8. Distribución geográfica del auto reconocimiento CENSAL de población negra, afrocolombiana, raizal y palanquera, 2018.	38
MAPA 9. Informe sobre violencias que atentan contra la seguridad pública, por departamento en la región Caribe, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2021.	56
MAPA 10. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, 2024p.	150

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

El Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina liderado por la Secretaría de Salud Departamental realiza el Análisis de la Situación en Salud (ASIS) adoptando la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y

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

METODOLOGÍA

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

1. Configuración del territorio: la cual determina las condiciones propias de la localidad; además, profundiza en las condiciones propias del departamento. Se usaron como fuentes de información las estimaciones y proyecciones de población a partir de los datos censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y las estimaciones de los indicadores demográficos publicados por la misma institución.
2. Procesos económicos y circunstancias de la vida social: caracteriza el territorio en términos económicos y las condiciones de vida de la población. Se utilizaron fuentes de información del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y fuentes propias de la Entidad Territorial para conocer la relación entre los procesos económicos del territorio, las condiciones de vida de la población y otros determinantes sociales de la salud que explican el proceso de salud-enfermedad-atención de la población.
3. Desenlaces mórbidos y mortales: en este capítulo se toman como fuente de información los datos dispuestos en el Sistema Integral de Información de la Protección Social) que brinda información oportuna, suficiente y estandarizada para la toma de decisiones del Sector Salud y Protección Social, centrada en el ciudadano, DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), los cuales son el punto de partida para extraer información de salud como morbilidad atendida y mortalidad. Para el análisis de la mortalidad, se utilizó la información del periodo entre el 2015 al 2024p, de acuerdo con las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE- y dispuestas en SISPRO. Se realizó una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud utilizando medidas de frecuencia, tasas de mortalidad ajustadas por edad calculadas por el método directo, años de vida potenciales perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad, razones de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J. y Greenland, S.

Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS – (SISPRO), los datos de los eventos de alto costo y precursores, así como los eventos de notificación obligatoria – ENOS -, corresponden a indicadores calculados por el Ministerio y suministrados al ente territorial. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2015 al 2024; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2015 y el 2024 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2015 hasta el 2024; se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad. Para estas medidas también se estimó los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.; para las estimaciones se utilizó la herramienta provista por el Ministerio. Para el análisis de las desigualdades sociales en salud se estimaron las diferencias relativas, tales como el cociente de tasas extremas, el cociente ponderado de tasas extremas, el riesgo atribuible poblacional, el riesgo atribuible poblacional relativo y las diferencias absolutas a través de la diferencia de tasas extremas, la diferencia ponderada de tasas extremas.

4. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. A partir de la tipificación de los núcleos de inequidad socio-sanitarios definidos, se identifican las respuestas esperadas.
5. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio. Teniendo en cuenta los criterios de priorización, se analizan a la luz de la información cuantitativa, cualitativa y lo incluido en el PTS.
6. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del plan decenal de salud pública 2022–2031 y del modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la atención primaria en salud – APS. Este capítulo es el resultado final del análisis a partir de la definición de núcleos de inequidad, análisis de la respuesta de los actores, priorización, propuesta de respuesta y recomendaciones.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

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

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
PIB: Producto Interno Bruto
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano Haga clic aquí para escribir texto.

1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

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

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

1.1. Contexto territorial

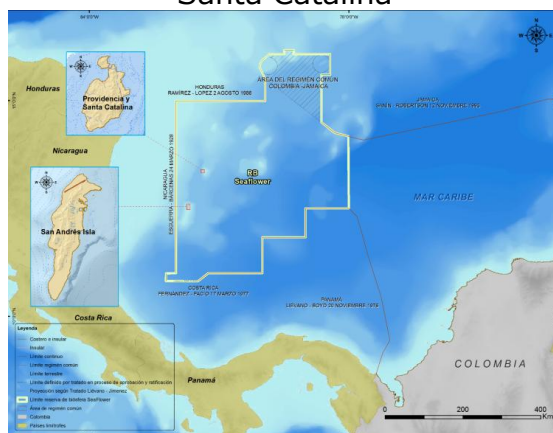
1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica

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

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

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

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



Fuente: Coralina - INVEMAR, 2014

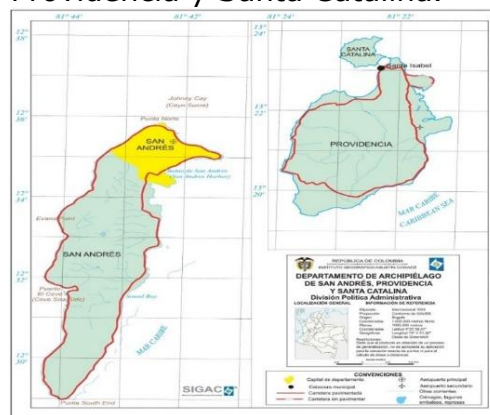
El Departamento está conformado por las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, por los islotes o bancos de Alicia, Serrana, Serranilla y Quitasueño, por el bajo Nuevo y por los de cayos principales denominados Alburquerque, Roncador, East South East, Blowing Rocks, Cangrejo, Roco, Rosa. (Rosecay),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

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

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

Fuente: Información Gobernación -SSD- IGAC.

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



Fuente: Gobernación departamental, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

1.1.2. Características físicas del territorio

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

Hidrografía: El Archipiélago en general carece de corrientes de agua dulce, excepto Providencia; por tal motivo tiene gran importancia las aguas subterráneas que son aprovechadas al máximo. La Isla de San Andrés cuenta con dos acuíferos que abastecen de agua a la población isleña. Estos son: el acuífero San Andrés (Tsl), localizado en la parte central de la isla el cual provee de agua a la red de acueducto, y el acuífero San Luis (Tsa) que se halla alrededor del primero y del cual se abastece de agua la mayoría de la población; estos consisten en dos unidades hidroestáticas, los cuales derivan sus nombres de las formaciones geológicas bajo las cuales se encuentran. También se capta agua lluvia y se potabiliza agua de mar a través de plantas desalinizadoras introducidas.

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

Para el caso de San Andrés, existen pequeños cuerpos de agua dulce que vale la pena considerar; varias lagunas, humedales y manglares que son vitales para el ecosistema y la diversidad biológica que sostienen. Pero es de especial importancia el agua que no se ve. El agua que cae en forma de lluvia no solo nutre los ríos, lagos, lagunas y demás cuerpos de agua dulce superficiales. Parte

de estas aguas se filtra a través de rocas permeables hasta formar los acuíferos y en el archipiélago, los raizales acceden a estas aguas a través de posos artesanales. Existió en la isla toda una cultura de la recolección, uso y cuidado del agua; el agua de lluvia se recolectaba en cisternas y tanques aprovechando los tejados con canaletas que dirigían el agua hacia estas estructuras de almacenamiento, también había un trato muy respetuoso para el agua; había un agua destinada al consumo humano, otra era el agua para los animales y otra, el agua para las tareas domésticas. Además, no se hacían posos de forma indiscriminada; podría decirse que había una administración comunitaria del agua.

Zonas de riesgo

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

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

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

Amenazas Antrópicas: Por su condición insular, El Archipiélago presenta una alta vulnerabilidad ambiental al manejo de los residuos sólidos y al uso del suelo y cuenta con un solo sitio para la disposición final de desechos no peligrosos (Relleno sanitario Mágic Garden) y cuenta con 2 gestores para el procesamiento

y disposición final de los residuos peligrosos. La Corporación para el desarrollo sostenible del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina CORALINA, otorgo Licencia Ambiental a el gestor externo UNION TEMPORAL BIODESCONTEC SAI, para el desarrollo de la actividad de tratamiento de residuos peligrosos hospitalarios, Infecciosos o de Residuos biológicos de tipo biosanitario y cortopunzante, quien posteriormente realiza Cesión de esta Licencia Ambiental a la Empresa SOLUCIONES AMBIENTALES S.A.S. Adicionalmente la Corporación Ambiental CORALINA otorgo licencia Ambiental al Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, para el desarrollo de la actividad de tratamiento de residuos hospitalarios y similares por desactivación de alta eficiencia por calor húmedo, al Hospital Departamental de San Andrés y su red de servicios conformada por los puestos de salud de la Loma, San Luis y el Hospital de la isla de Providencia y Santa Catalina.

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

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

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

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

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

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

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

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



Fuente: SIG CORALINA 2019.

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

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

Mapa 4. Acuíferos San Andrés Isla.



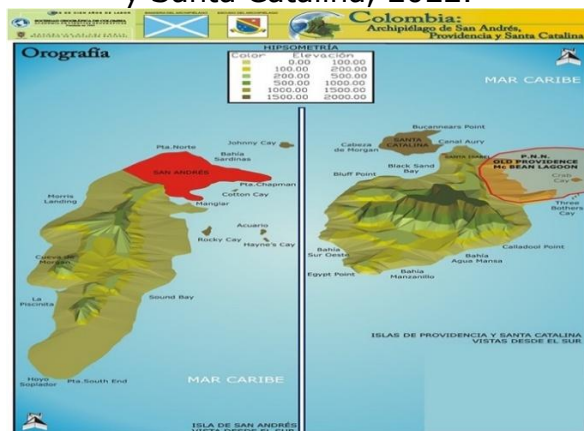
Fuente. Coralina

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



FUENTE: IGAC, 2022.

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



FUENTE: IGAC, 2022.

1.1.3. Accesibilidad geográfica

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

El archipiélago se conecta principalmente con el continente por vía aérea a través del aeropuerto "General Gustavo Rojas Pinilla", con enlaces a las principales ciudades del país y parte de Centro y Norteamérica. El transporte marítimo es relevante gracias a las bahías seguras que permiten el anclaje de barcos medianos, siendo la principal opción para el traslado de carga entre las islas. En el Departamento se utilizan las tres formas de acceso: vía aérea, terrestre o marítima. La vía de acceso marítima es muy importante, especialmente para acceder a y comunicarse con las islas de Providencia y Santa Catalina.

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

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

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

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



Fuente: Información Gobernación -SSD- CORALINA.

1.2. Contexto poblacional y demográfico

Población

Población total

La población del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el año 2025, de acuerdo con las estimaciones del DANE, es de 62.181 habitantes, de los cuales el 47% (29.493) son hombres y el 53% (32.688) son mujeres. Con respecto al censo anterior, el número de habitantes para el año 2005 es de 62.120, observándose un incremento del 0,1%.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La densidad de habitantes por kilómetro cuadrado la podemos medir a través del cálculo entre los kilómetros cuadrados del Departamento y la población proyectada para este. La población del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina para el año 2025, de acuerdo con las estimaciones del DANE, es de 62.181 habitantes que se distribuyen en un área de 44 kilómetros cuadrados, es decir, que hay 1.413 personas por kilómetro cuadrado en la isla de San Andrés.

Población por área de residencia urbano/rural

Para el año 2025 se registra un 72% de la población habitando las áreas urbanas del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Este porcentaje se ha mantenido: para el censo de 1993, tal porcentaje estuvo en un 72%; para el censo de 2005, tal porcentaje pasó a ser del 71,5%; y para el Censo 2018, en la proyección, corresponde a 72%.

Diversos sectores han manifestado su inconformidad con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, solicitando un censo real que refleje la población

actual del Archipiélago. Esta discrepancia afecta la planificación y toma de decisiones fundamentadas, así como la asignación adecuada de recursos financieros y ambientales.

Tabla 4. Población por área de residencia. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2025.

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
San Andrés	41.333	73%	14.908	27%	56.241	73%
Providencia y Santa Catalina	3.390	57%	2.550	43%	5.940	57%
Total, Departamento	44.723	72%	17.458	28%	62.181	72%

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

Se puede observar que se ha mantenido el grado de urbanización entre el periodo 2005 y 2025, situación relacionada al fenómeno migratorio principalmente en los grupos de edad productiva laboralmente (25 a 44 años), ya que ingresan a la isla, consiguen residencia y se han quedado incluidos en los censos y, por ende, en las diferentes proyecciones.

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

Población con pertenencia a pueblos y comunidades étnicas

Los raizales, antes llamados isleños y nativos, son los habitantes originarios del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. La Constitución de 1991 y la Corte Constitucional reconocen a los raizales como una etnia con características propias que requieren protección estatal para su supervivencia. Diversos artículos constitucionales garantizan la diversidad étnica y cultural, la protección de lenguas y territorios colectivos, los derechos sobre patrimonios culturales y la participación política de los grupos étnicos. Según la Sentencia T-382 de 2006, cualquier decisión que afecte a estas poblaciones debe incluir consulta previa, respetando sus usos y costumbres para proteger su integridad y derecho a participar. El Decreto 2163 de 2012 creó la Comisión Consultiva para las comunidades negras, raizales y palenqueras.

El pueblo raizal es descendiente de africanos, habla creole y mantiene tradiciones en armonía con su entorno. Según el censo de 2018, los

afrocolombianos representan el 14,2% y los raizales el 40,7% de la población local. Los raizales comparten vínculos culturales con pueblos antillanos como Jamaica y Haití.

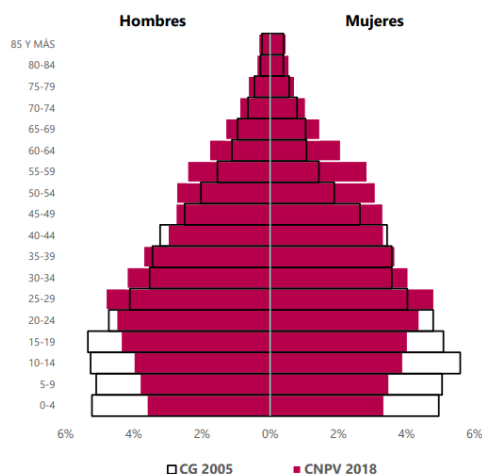
Tabla 5. Población por pertenencia étnica del Departamento del Archipiélago San Andrés Providencia y Santa Catalina 2025, según proyecciones de población del CNPV DANE 2018.

Pertenencia étnica	Colombia		San Andrés		Asignación porcentual con respecto al total país
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje	
Ningún grupo étnico	46.744.457	88,0%	27.999	45,0%	0,1%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	31.560	0,1%	25.309	40,7%	80,2%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	3.806.637	7,2%	8.834	14,2%	0,2%
Indígena	2.516.412	4,7%	26	0,0%	0,0%
Palenquero(a) de San Basilio	8.378	0,0%	13	0,0%	0,2%
Gitano(a) o Rrom	3.165	0,0%	0	0,0%	0,0%
Total	53.110.609	100,0%	62.181	100,0%	0,1%

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

La pirámide poblacional de la etnia raizal muestra una disminución del 16,5% en 2018 respecto a 2005. Se observa una base más estrecha por menor natalidad, mientras que las edades de 25-39 años y mayores de 50 aumentan, reflejando el envejecimiento de la población.

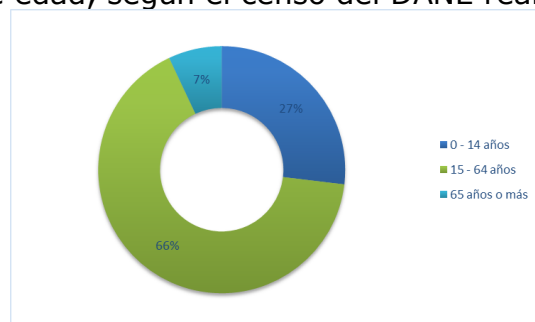
Figura 1. Pirámide de población raizal del Departamento del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina, según el censo del DANE 2018.



Fuente: DANE - CG 2005 - CNPV 2018

El 66% de personas NARP tienen entre 15 y 64 años, el 27% son menores de 15 y el 7% mayores de 65. La distribución por edad es similar para negros, mulatos, afrodescendientes, afrocolombianos, raizales y palenqueros.

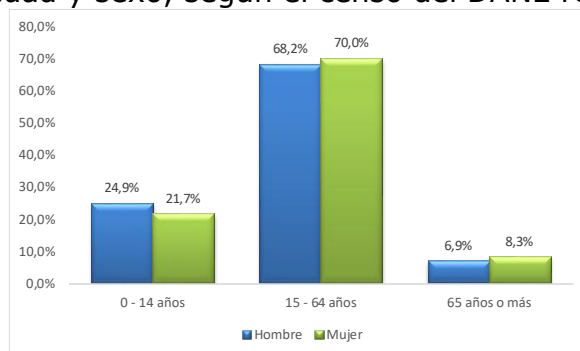
Figura 2. Población negra, afrodescendiente, raizal y palenque, por grandes grupos de edad, según el censo del DANE realizado en 2018.



Fuente: DANE. CNPV – 2018

En cuanto a la población por etnia, el 21,7% de las mujeres y el 24,9% de los hombres tienen entre 0 y 14 años; el 70% de las mujeres y el 68,2% de los hombres están en el grupo de 15 a 64 años.

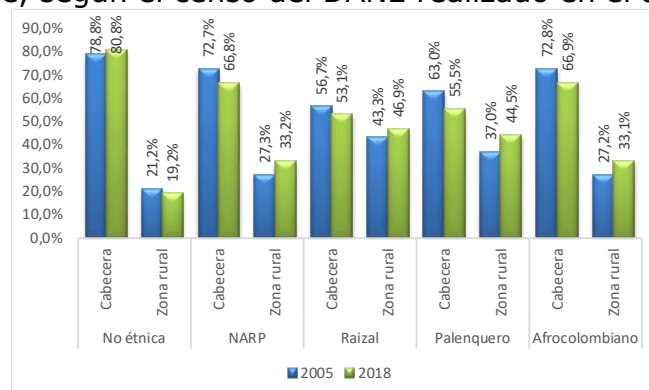
Figura 3. Población negra, afrodescendiente, raizal y palenque, por grandes grupos de edad y sexo, según el censo del DANE realizado en 2018.



Fuente: DANE. CNPV – 2018

La población NARP disminuyó en las cabeceras municipales, pasando del 72,7% en 2005 al 66,8% en 2018, y bajó un punto porcentual en la zona rural dispersa. La población no étnica aumentó en cabecera (del 78,8% al 80,8%) pero cayó 3,5 puntos en zona rural dispersa. En centros poblados, ambas poblaciones crecieron, aunque el aumento porcentual fue más notable para NARP. (Nacional de Población, 2018)

Figura 4. Población censada negra, afrodescendiente, raizal y palenque, por clase, según el censo del DANE realizado en el año 2018.



Fuente: DANE – CG 2005 - CNPV 2018

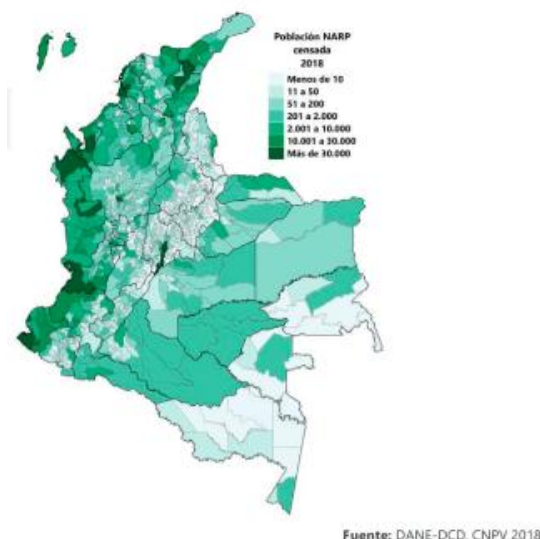
La población NARP muestra valores intermedios similares a los de la población no étnica; según el CNPV 2018, sus indicadores demográficos reflejan los cambios de la transición demográfica esperada, tal como lo sugiere el censo de 2005 (Nacional De Población, 2018).

Tabla 6. Comparación intercensal de las relaciones de dependencia y envejecimiento para la población NARP, indígena y no étnica, según censo DANE realizado en el año 2018.

Grupo Étnico	Relación de Dependencia Juvenil		Relación de Dependencia de Población Mayor		Índice de Envejecimiento	
	2005	2018	2005	2018	2005	2018
Indígena	74,5	58,3	13,9	14,1	18,7	24,2
No étnica	49,2	33,9	15,0	21,4	30,5	63,3
NARP	56,5	42,8	12,7	16,5	22,4	38,5
Raizal	51,2	33,5	13,0	17,7	25,5	52,9
Palenquera	45,2	29,3	15,7	22,0	34,8	75,0
Afrocolombiana	56,6	42,9	12,7	16,5	22,4	38,4

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

MAPA 8. Distribución geográfica del auto reconocimiento CENSAL de población negra, afrocolombiana, raizal y palanquera, 2018.



Fuente: DANE - DCD, CNPV 2018

1.2.1. Estructura demográfica

El Departamento del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el año 2025 muestra una pirámide poblacional regresiva que representa una población con descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento en su base para el año 2025 comparado con el año 2020; lo cual se refleja en una reducción de la población en la infancia y juventud. Se proyecta que para el año 3030 la pirámide poblacional continúe con el descenso de la tasa de fecundidad, impactando la población joven y aumentando la población de edades avanzadas.

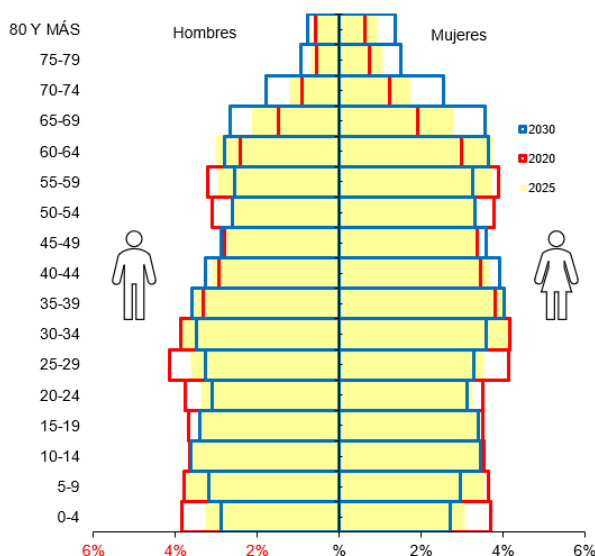
Para el año 2025 se observa un crecimiento poblacional a partir de los 30 años, sobrepasando el año 2020, lo cual podría considerarse como ventaja demográfica importante para el Departamento, porque se tiene bastante población joven y potencialmente productiva, disminuyendo en tal sentido las personas potencialmente dependientes. Por lo tanto, es relevante pensar en propuestas macroeconómicas y estrategias de salud acordes al curso de vida que permitan a estas generaciones mejorar las condiciones de vida y, de igual manera, aunar esfuerzos para lograr trabajar transectorialmente con educación, deportes, cultura, infraestructura, etc.

Es necesario resaltar que en el análisis del fenómeno migratorio se ve reflejado en los grupos de edad productiva laboralmente (30 a 44 años), ya que ingresan

a la isla, consiguen residencia y han quedado incluidos en los censos y por ende, en las proyecciones.

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

Figura 5. Pirámide poblacional del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2020, 2025, 2030.



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

1.2.1.1. Población por ciclo vital

De acuerdo con las proyecciones del DANE, de cada ciclo vital, se observa que el grupo de la primera infancia presenta disminución de la frecuencia relativa en los años 2025 y 2030, igualmente en los ciclos vitales de infancia y juventud; igualmente, para el ciclo vital de adolescencia, con la diferencia de que presenta tendencia al incremento en la población para los próximos años. Para el ciclo vital de adultez o económicamente activa, representada en un leve descenso. Por último, para el ciclo vital de mayores de 60 años hay un incremento en 2.791 personas.

Para el año 2025, el ciclo vital de la adultez presenta mayor frecuencia en relación con los otros grupos de edad, con un peso porcentual equivalente al 42,5% y 41,5% para los años 2025 y 2030, respectivamente. La población joven e infantil del Departamento que hace referencia a la primera infancia, infancia,

adolescencia y Juventud corresponde a 39,7% (24.697 habitantes) del total de la población del 2025.

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

Tabla 7. Proporción de la población por ciclo vital, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020,2025 y 2030.

Ciclo vital	2020		2025		2030		Δ (2024-2019)
	n	%	n	%	n	%	
Primera infancia	5.598	9,0%	4.780	7,7%	4.145	6,8%	-14,61%
ü Hombres	2.861	4,6%	2.462	4,0%	2.137	3,5%	-13,9%
ü Mujeres	2.737	4,4%	2.318	3,7%	2.008	3,3%	-15,3%
Infancia	5.437	8,8%	5.453	8,8%	4.727	7,7%	0,3%
ü Hombres	2.769	4,5%	2.798	4,5%	2.444	4,0%	1,0%
ü Mujeres	2.668	4,3%	2.655	4,3%	2.283	3,7%	-0,5%
Adolescencia	5.317	8,6%	5.170	8,3%	5.200	8,5%	-2,8%
ü Hombres	2.705	4,4%	2.601	4,2%	2.635	4,3%	-3,8%
ü Mujeres	2.612	4,2%	2.569	4,1%	2.565	4,2%	-1,6%
Juventud	10.353	16,7%	9.294	14,9%	8.626	14,1%	-10,2%
ü Hombres	5.297	8,6%	4.707	7,6%	4.288	7,0%	-11,1%
ü Mujeres	5.056	8,2%	4.587	7,4%	4.338	7,1%	-9,3%
Adulthood	26.887	43,4%	26.387	42,4%	25.453	41,5%	-1,9%
ü Hombres	12.454	20,1%	12.178	19,6%	11.720	19,1%	-2,2%
ü Mujeres	14.433	23,3%	14.209	22,9%	13.733	22,4%	-1,6%
Vejez	8.306	13,4%	11.097	17,8%	13.229	21,6%	33,6%
ü Hombres	3.679	5,9%	4.747	7,6%	5.490	8,9%	29,0%
ü Mujeres	4.627	7,5%	6.350	10,2%	7.739	12,6%	37,2%
Total de población	61.898	100,0%	62.181	100,0%	61.380	100,0%	0,5%

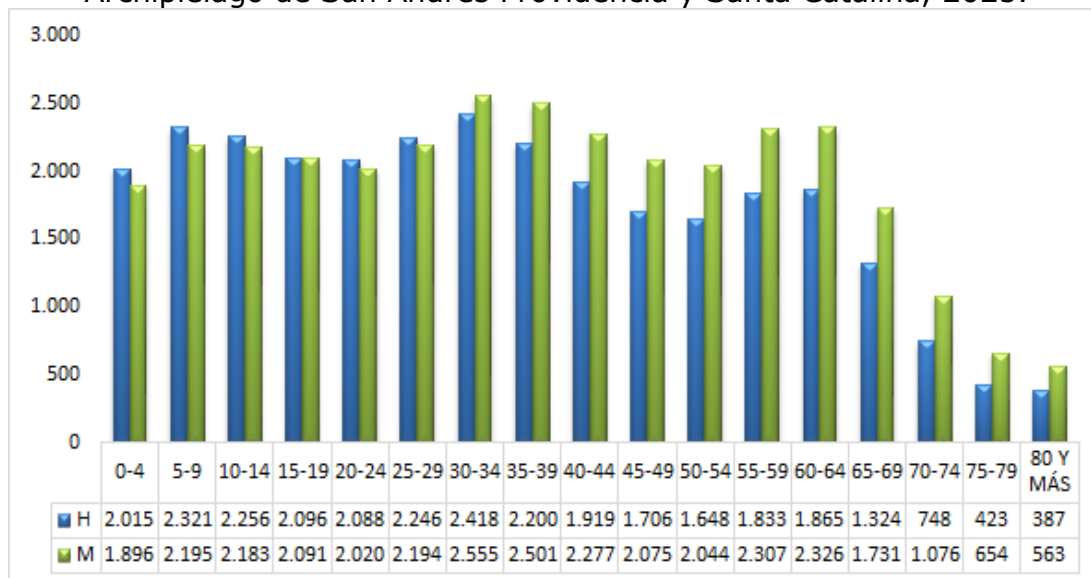
Fuente: DANE - Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID

Teniendo en cuenta la población por sexo y grupo de edad, se observa que en general es mayor la población en el género femenino que masculino con una diferencia de 3.195 personas para el año 2025.

De igual forma, se corrobora que la mayor cantidad de la población se encuentra en el grupo poblacional de 25 a 44 años, donde más se concentra la población, con un 29%; para los quinquenios a partir de los adultos mayores de 60 años corresponde al grupo con la menor cantidad poblacional.

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

Figura 6. Población por sexo y grupo de edad del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2025.



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

1.2.1.2. Otros indicadores demográficos

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

Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2020, 2025, 2030.

Índice Demográfico	Año			Interpretación
	2020	2025	2030	
Población total	61.898	62.181	61.380	En el año 2025 se presentó una reducción del 0,5% del total poblacional con respecto al año 2020. De 2025 a 2030 se proyecta un descenso en 1,3%.
Población Masculina	29.765	29.493	28.714	En el año 2025 se presentó un descenso del 0,9% del total de hombres con respecto al año 2020. De 2025 a 2030 la disminución será del 3,7%.
Población femenina	32.133	32.688	32.666	En el año 2025 se presentó un aumento del 1,7% del total de mujeres con respecto al año 2020. De 2025 a 2030, el aumento será de 0,1%.
Relación hombres: mujer	92,63	90,23	88	En el año 2020 por cada 93 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2025 por cada 90 hombres, había 100 mujeres
Razón niños: mujer	29	25	22	En el año 2020 por cada 29 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año

				2025 por cada 25 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	22	21	19	En el año 2020 de 100 personas, 22 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 21 personas
Índice de juventud	23	20	20	En el año 2020 de 100 personas, 23 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 20 personas
Índice de vejez	8	11	15	En el año 2020 de 100 personas, 8 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 11 personas
Índice de envejecimiento	36	54	81	En el año 2020 de 100 personas, 36 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 54 personas
Índice demográfico de dependencia	43,15	46,62	51,23	En el año 2020 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 43 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 47 personas
Índice de dependencia infantil	31,66	30,34	28,37	En el año 2020, 32 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 30 personas
Índice de dependencia mayores	11,49	16,28	22,86	En el año 2020, 11 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 16 personas
Índice de Friz	105,79	96,61	90,09	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

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

1.2.2. Dinámica demográfica

Tasa de Crecimiento Natural: Este indicador muestra una tendencia a la disminución a lo largo del tiempo, pasando de 11 personas por cada 1000 habitantes en 2005 a 5 en 2024. Por lo que se puede evidenciar un marcado descenso de la tasa de crecimiento natural. La disminución se podría deber a las elevadas tasas de mortalidad y descenso en las tasas de natalidad.

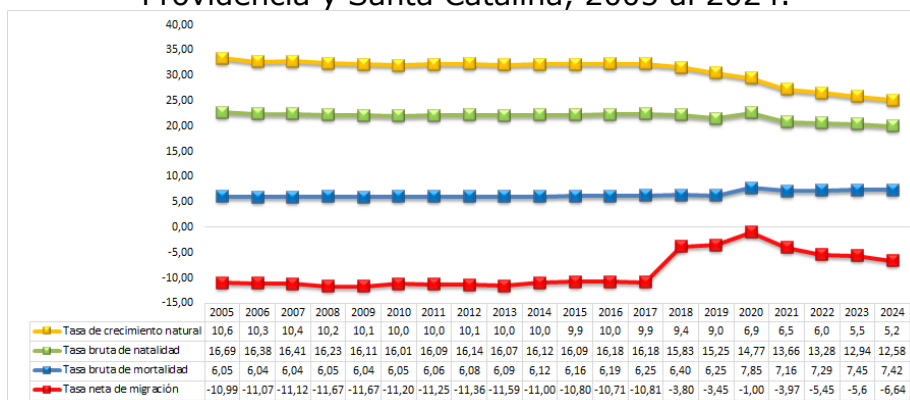
Tasa Bruta de Natalidad: La tasa de natalidad presenta una disminución del 33% desde el año 2005 hasta el año 2024, que registra 13 nacimientos por cada 1000 habitantes. Estos datos son concordantes con la pirámide de población, en la que, con el transcurrir de los años, se observa una disminución en su base, observándose un decrecimiento en el tiempo. El valor de este indicador para el año 2024 fue de 13 nacimientos por cada 1000 habitantes para el Departamento.

Tasa Bruta de Mortalidad: El indicador muestra un comportamiento variable con tendencia al incremento a través del tiempo. De acuerdo con el reporte para el año 2024, por cada mil habitantes, siete (7) personas perdieron la vida, en tanto que, durante el año 2005, seis (6) personas perdían la vida por mil habitantes. El valor de este indicador para el año 2024 fue de 7,42 defunciones por cada

1000 habitantes en el Departamento, lo que evidencia un comportamiento similar al del último año analizado.

Tasa Neta de Migración: Para el Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina se obtienen unas tasas negativas desde el año 2005 al 2024 lo que indica que hay un flujo considerable habitantes que salen del Departamento mayor al que ingresa, esto se debe a la búsqueda de mayores oportunidades laborales, superación académica, aunque el flujo de inmigrantes al Departamento está representado por desplazamientos forzados y población que ha llegado con situación irregular en búsqueda de mejor calidad de vida y seguridad para los hogares. Según las estimaciones del DANE sobre el cambio demográfico de la Retroproyecciones y proyecciones de población del CNPV DANE 2018 y ajuste postCOVID para el año 2024 el Departamento registra una tasa neta de migración de -6,6 migrantes por mil habitantes.

Figura 7. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2005 al 2024.



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

1.2.2.1. Otros indicadores de la dinámica de la población

- **La Tasa General de Fecundidad** Las tasas más altas del periodo analizado corresponden a los años 2016 y 2017. Se observa una tendencia al descenso a partir del año 2018 hasta el año 2021, pasando de 78,5 a 26,2, respectivamente; para el año 2022 presenta un ligero aumento con una tasa de 39,0 nacimientos por mil mujeres en edad fértil, descendiendo para el año 2023 a 36,06; observándose un incremento para el 2024 de 40,0. Su comportamiento es oscilante a lo largo del periodo.
- **La Tasa Global de Fecundidad** indica un promedio a lo largo del periodo 2014-2024 de 2 hijos por cada mujer al terminar su periodo fértil.

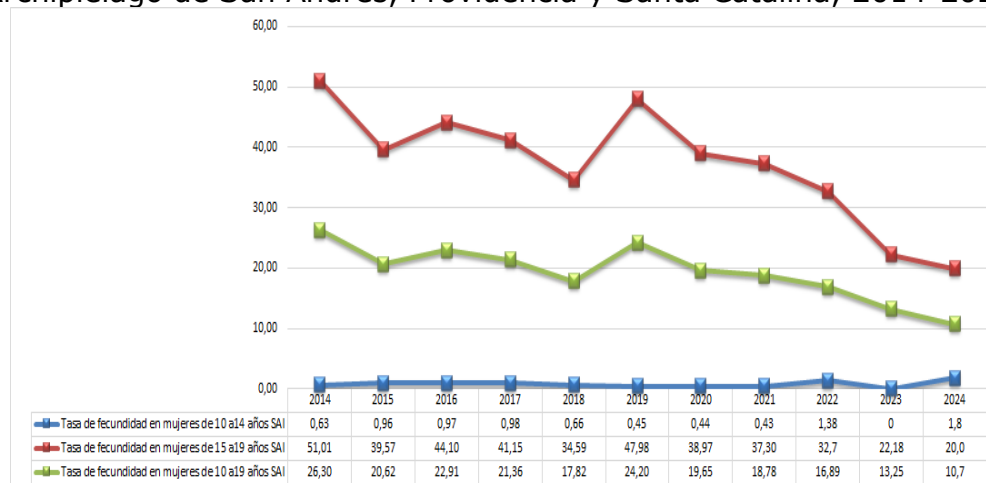
- **La Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años** muestra un comportamiento variable, pero con tendencia a la reducción a partir del año 2018 al 2023. En el último año analizado, la tasa fue de 1,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años, siendo la más alta del período analizado.
- **La Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años** en el año 2024 fue de 20,0 nacimientos por cada 1000 adolescentes de este grupo de edad. Este indicador muestra un comportamiento descendente con respecto al año 2014.
- **La Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años** en el año 2024 fue de 10,7 nacimientos por cada 1000 adolescentes de este grupo de edad, con tendencia al descenso.

Tabla 9. Tasas de fecundidad, Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014-2024.

Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tasa General de Fecundidad (por mil)	47,4	23,2	181,6	166,8	78,5	61,1	57,4	26,2	39,0	36,1	40,0
Tasa Global de fecundidad (por mujer)	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8

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

Figura 8. Tasas de fecundidad específica en mujeres, Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014-2024.



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

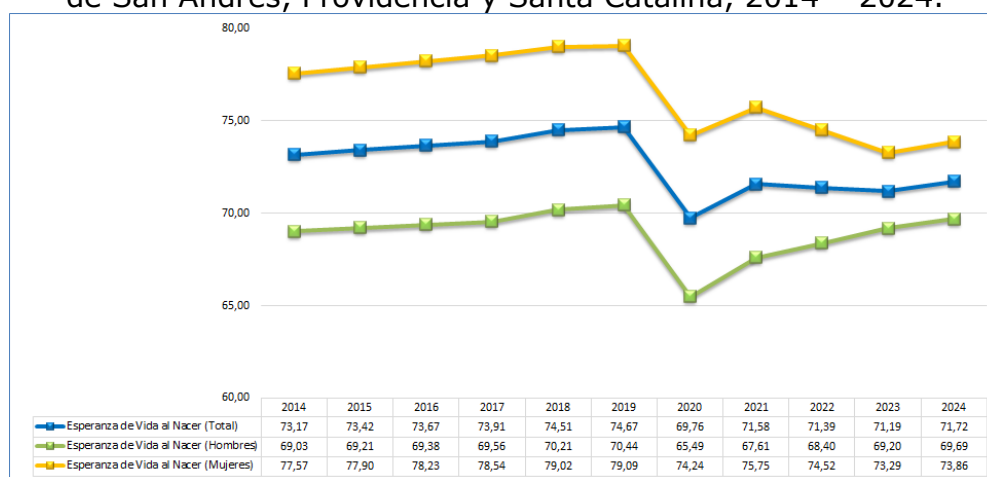
1.2.2.2. Esperanza de vida

Para el Departamento de Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, este indicador viene presentando un leve descenso de la esperanza de

vida de la población; en el año 2014 la esperanza de vida de la población era 73,17 años, para el año 2024 la esperanza de vida aumentó a 73,24 años; sin embargo; es importante señalar que la esperanza de vida nacional es de 77,46 años.

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

Figura 9. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024.



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

1.2.3. Movilidad forzada

Según la Ley 1448 de 2011, se consideran víctimas quienes hayan sufrido daños por infracciones al Derecho Internacional Humanitario o violaciones graves a los Derechos Humanos desde 1985 debido al conflicto armado interno. También son víctimas los familiares cercanos de quienes fueron asesinados o desaparecidos, así como personas que resultaron afectadas al ayudar a víctimas o prevenir nuevas situaciones.

El conflicto armado en Colombia ha generado impactos emocionales, psicológicos y sociales profundos, afectando a millones de personas. Hasta octubre de 2019,

el Registro Único de Víctimas reportaba más de 8,9 millones de víctimas de desplazamiento, delitos sexuales, desaparición, secuestro y tortura, entre otros.

Para mitigar estos daños, el Ministerio de Salud y Protección Social implementó el Programa Papsivi, que ofrece atención psicosocial y salud integral a las víctimas, con protocolos específicos para garantizar una rehabilitación adecuada y asistencia en salud.

La atención debe incorporar un enfoque diferencial, reconociendo la diversidad humana y las múltiples condiciones de vulnerabilidad asociadas a las víctimas, conforme ordenan la Corte Constitucional y varios decretos, para responder de manera integral a sus necesidades específicas.

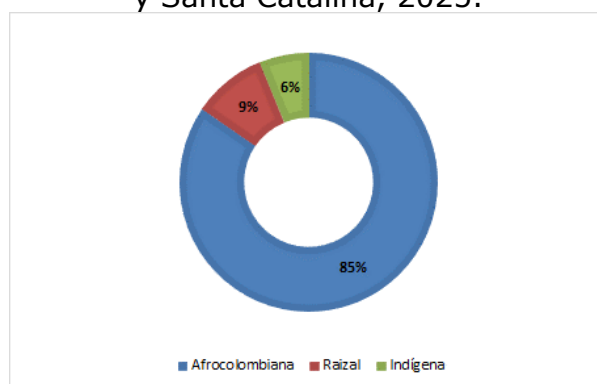
Distribución de la población por curso de vida

En 2025, 693 personas sufrieron desplazamiento en San Andrés, Providencia y Santa Catalina. De ellas, 593 cumplen con los requisitos legales para recibir atención y reparación. El 53% de las víctimas son mujeres (367) y el 47% hombres (325).

Víctimas del conflicto armado por etnia

Según la distribución étnica, 227 personas pertenecen a grupos étnicos: 85% afrocolombianos, 9% raizales y 6% indígenas.

Figura 10. Acumulado de personas víctimas de desplazamiento forzado, por pertenencia étnica, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2025.

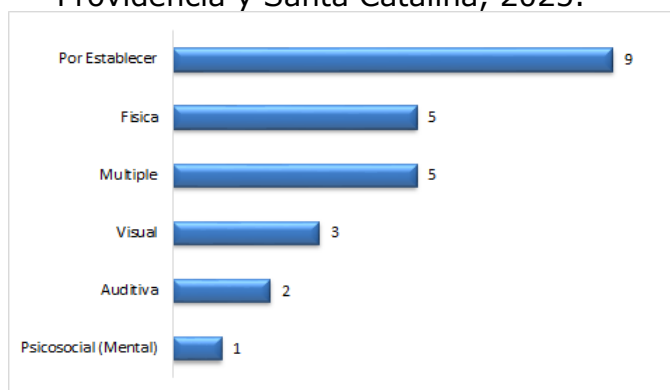


Fuente: Registro único de víctimas, 2025

Víctimas del conflicto armado con condición de discapacidad

Del Registro Único de Víctimas, 25 personas presentan alguna discapacidad. Hay 9 por establecer, 5 con discapacidad física, 5 con discapacidad múltiple, 3 con discapacidad visual y 4 con discapacidad auditiva.

Figura 11. Acumulado de personas con condición de discapacidad víctimas de desplazamiento forzado, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2025.

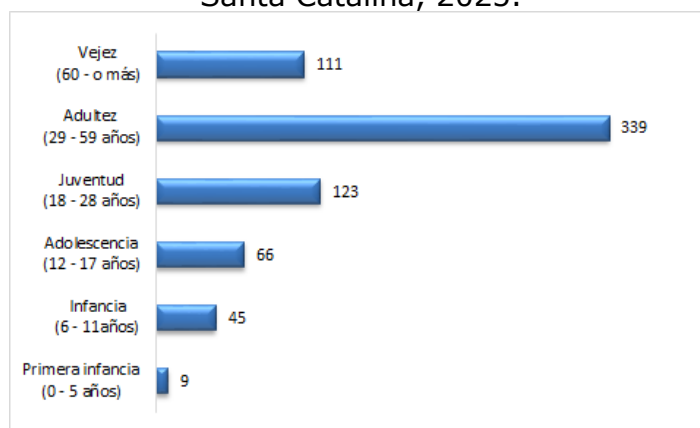


Fuente: Registro único de víctimas, 2025

Víctimas del conflicto armado por curso de vida

La mayoría de las personas desplazadas son adultas de 29 a 59 años (339 víctimas), seguidas por jóvenes (123) y adultos mayores (111).

Figura 12. Acumulado de personas víctimas de desplazamiento forzado, por curso de vida, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2025.

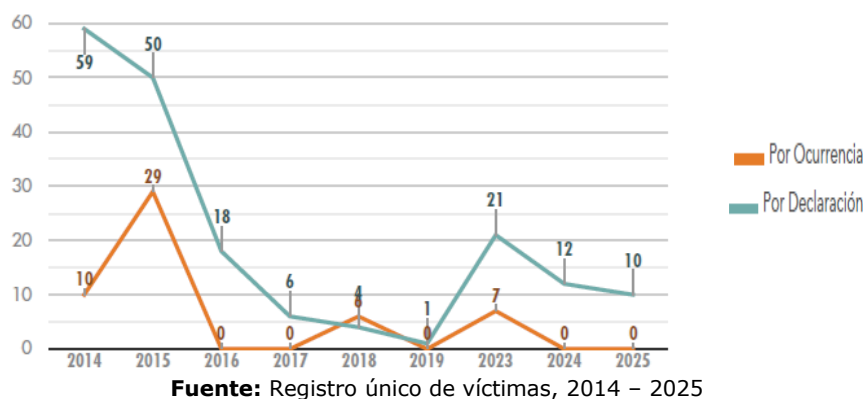


Fuente: Registro único de víctimas, 2025

Distribución por personas víctimas por ocurrencia vs declaración

Es importante distinguir entre las categorías de ocurrencia, declaración y ubicación. "Ocurrencia" se refiere al lugar y fecha del hecho que originó la victimización; "declaración", al lugar y fecha en que la víctima informa lo sucedido ante el Ministerio Público; y "ubicación", al último domicilio conocido según fuentes disponibles. En 2015 se registró el mayor número de víctimas: 50 por declaración y 29 por ocurrencia.

Figura 13. Acumulado de personas víctimas de desplazamiento forzado, por ocurrencia vs declaración, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2014-2025.



Distribución por personas víctimas por hecho victimizante

El desplazamiento forzado es el hecho victimizante con más casos, registrando 114 por ocurrencia y 313 por declaración.

Figura 14. Acumulado de personas víctimas de desplazamiento forzado, por hecho victimizante, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 - 2025.

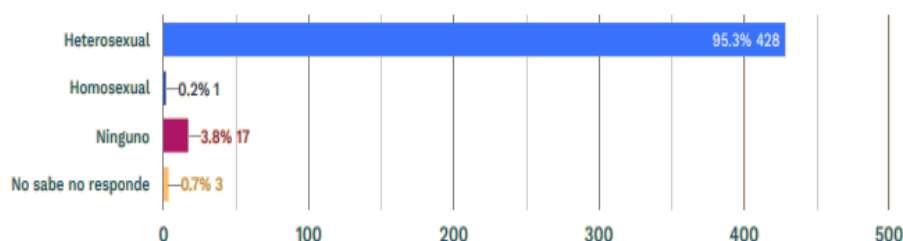


Distribución por orientación sexual e identidad de género

Según la "Estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado", las acciones de reparación integral deben transformar las condiciones estructurales que provocan exclusión hacia quienes se identifican

desde lo no hegemónico. Por ello, es fundamental identificar estas condiciones diferenciales para que las instituciones atiendan sus necesidades y proyectos de vida específicos.

Figura 15. Víctimas del conflicto por orientación sexual

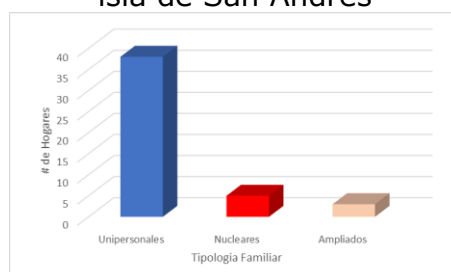


Fuente: Estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la unidad para las víctimas 2023

Hogares víctimas de acuerdo al parentesco de sus integrantes

Según la unidad de víctimas, en San Andrés, el 82,6% de los hogares de víctimas son unipersonales, el 10,8% nucleares y el 6,6% ampliados.

Figura 16. Hogares víctimas de acuerdo al parentesco de sus integrantes en la isla de San Andrés



Fuente: Elaboración propia a partir de la estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la unidad para las víctimas 2023

Condiciones laborales de las personas víctimas

El Departamento insular no presenta amenazas de organizaciones ilegales a diferencia del resto del país. Ha acogido a familias desplazadas, quienes han accedido a oportunidades laborales, independientemente de su estatus legal según la OCCRE; la Ley 1448 de 2011 permite su libre circulación nacional. Aunque enfrentan restricciones de empleo, muchas víctimas se han insertado exitosamente en el mercado laboral local, desempeñando oficios como docencia y liderazgo social.

Condiciones de vida

Una vivienda adecuada para hogares con víctimas de desplazamiento forzado debe tener materiales apropiados, seguridad jurídica, espacio suficiente y acceso

a servicios públicos. En el Departamento, el 78% de estos hogares está construido con materiales adecuados, mientras que el 22% presenta deficiencias en paredes exteriores y pisos.

Figura 17. Hogares víctimas que habitan en una vivienda que cuenta con materiales adecuados de acuerdo a su zona de residencia, 2023.

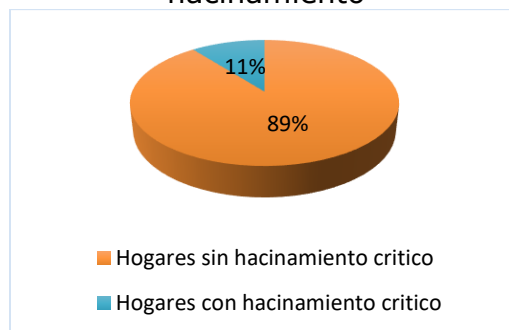


Fuente: Estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la unidad para las víctimas 2023

Condiciones de hacinamiento y habitabilidad de los hogares de las víctimas

Una vivienda con al menos una persona desplazada se considera sin hacinamiento crítico si tiene suficientes cuartos según el IPM, es decir, no hay más de tres personas por cuarto. En el Departamento insular, el 11% de las víctimas viven en hacinamiento crítico y el 89% en hogares sin hacinamiento.

Figura 18. Hogares víctimas que habitan en una vivienda en condiciones de hacinamiento

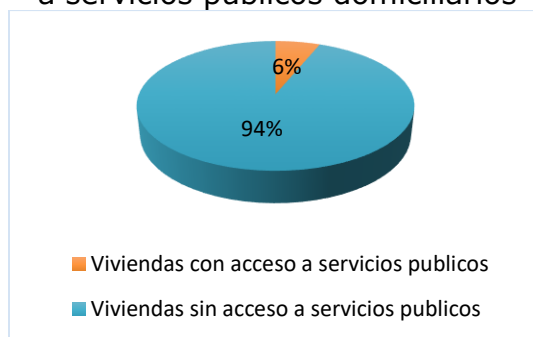


Fuente: Elaboración propia a partir de la estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la Unidad para las víctimas 2023

Acceso a servicios públicos

El 6% de los hogares de víctimas tienen acceso a servicios públicos, mientras que el 94% presentan déficit en uno o varios de estos servicios.

Figura 19. Hogares víctimas que habitan en una vivienda que cuenta con acceso a servicios públicos domiciliarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la Unidad para las víctimas 2023

Tabla 10. Hogares de víctimas por déficit

Déficit	Cantidad
Energía	5
Acueducto	125
Alcantarillado	130
Recolección de residuos	27

Fuente: Elaboración propia a partir de la estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la Unidad para las víctimas 2023

Asistencia escolar

Para cumplir con el indicador de asistencia escolar, las víctimas de desplazamiento forzado entre 5 y 17 años deben estar matriculadas en algún grado de educación formal. En el departamento, el 88% de las víctimas asiste a la escuela y el 12% no, mientras que el 6,7% no sabe leer ni escribir.

Figura 20. Víctimas que asisten al sistema educativo formal

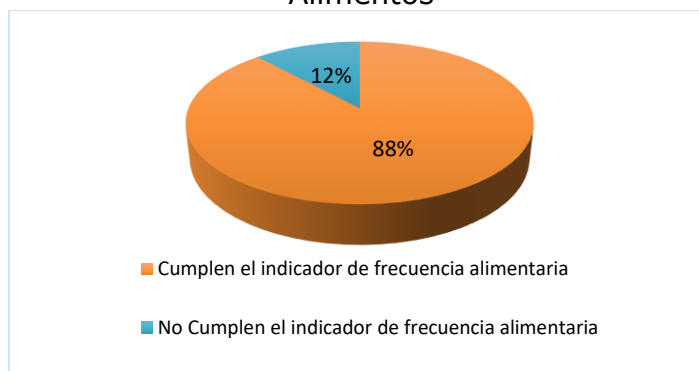


Fuente: Elaboración propia a partir de la estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la unidad para las víctimas 2023

Consumo frecuente de alimentos

El indicador de consumo frecuente de alimentos para víctimas de desplazamiento forzado mide la frecuencia semanal con la que los hogares consumen distintos grupos alimenticios y clasifica su consumo como pobre, límite o aceptable. El 88% cumple el indicador, mientras que el 12% no lo cumple.

Figura 21. Víctimas que cumplen con el indicador de Consumo Frecuente de Alimentos

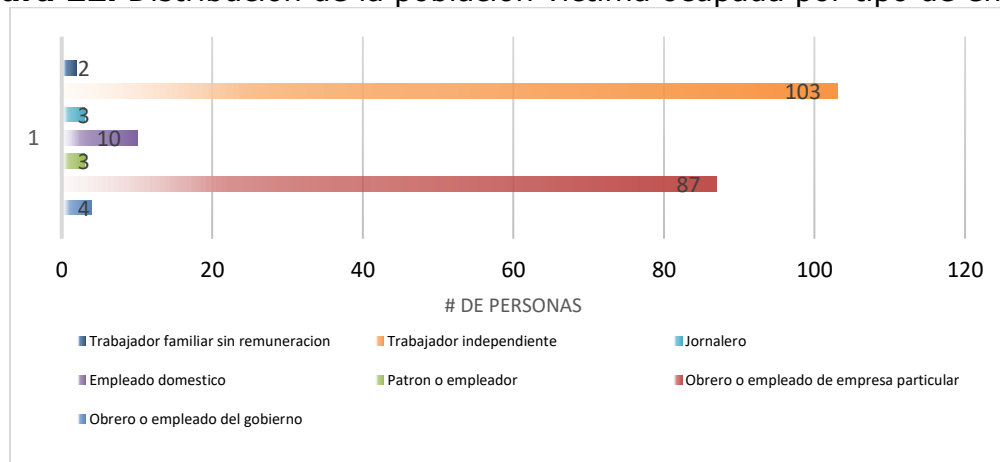


Fuente: Elaboración propia a partir de la estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la unidad para las víctimas 2023

Condiciones de empleo

El 48,5% de la población víctima ocupada en el departamento trabaja de manera independiente, el 41% son empleados de empresas privadas y el 4,7% son empleados domésticos. La mayoría pertenece al mercado laboral informal.

Figura 22. Distribución de la población víctima ocupada por tipo de empleo



Fuente: Elaboración propia a partir de la estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la unidad para las víctimas 2023

Atención en salud a víctimas del conflicto armado

El 92% está afiliado a algún régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud; el 8% no tiene afiliación.

Figura 23. Distribución de la población víctima por afiliación a salud

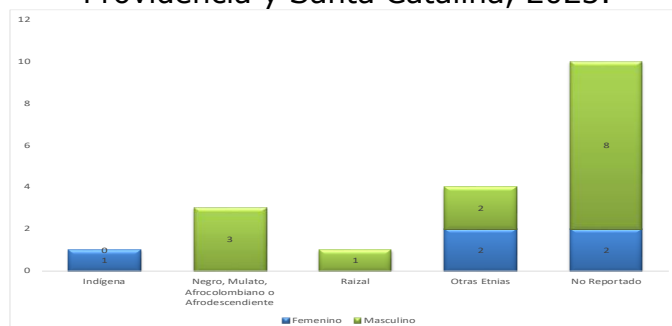


Fuente: Elaboración propia a partir de la estrategia Integral de caracterización de la población víctima del conflicto armado en los territorios focalizados y priorizados por la unidad para las víctimas 2023

Mortalidad de las personas víctimas del conflicto armado

En el Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 19 víctimas han fallecido por este flagelo: 74% hombres (14) y 26% mujeres (5). Étnicamente, 21% pertenece a otras etnias, 16% a población negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente, 5% a la comunidad raizal y 53% no reporta su pertenencia, lo que indica necesidad de mejorar la calidad del dato.

Figura 24. Acumulado de personas fallecidas víctimas de desplazamiento forzado, por etnia y género, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2023.



Fuente: Registro único de víctimas, 2023.

1.2.4. Población LGBTIQ+

De acuerdo con el Observatorio de Participación Política de las personas LGTBIQ+ en Colombia, varias organizaciones han impulsado estrategias para aumentar la inclusión política de esta población. El Departamento del Archipiélago de San Andrés también ha promovido acciones para favorecer su participación social. Este informe presenta información sobre las características y problemáticas principales de la población LGTBIQ+.

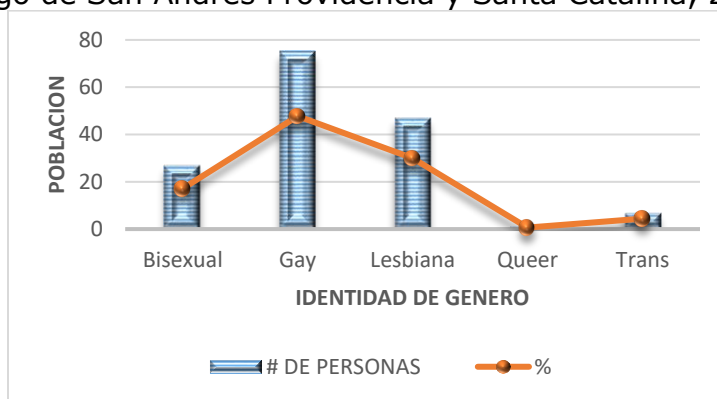
Tabla 11. Proporción de la población LGTBIQ+ por grupo etarios, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2021.

EDADES	# PERSONAS	%
10-14	1	0,63
15-19	12	7,59
20-24	24	15,18
25-29	31	19,62
30-34	20	12,65
35-39	18	11,39
40-44	9	5,69
45-49	5	3,16
50-54	9	5,69
55-59	10	6,32
60-64	15	9,49
65-69	3	1,8
75-80	1	0,63
TOTAL	158	100

Fuente: Base de datos de Secretaría de Desarrollo Social del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

El grupo etario con mayor representación de personas LGTBIQ+ es el de 25 a 29 años (19,6%, 31 personas), seguido por el de 15 a 19 años (15,18%, 24 personas) y el de 30 a 34 años (12,65%, 20 personas).

Figura 25. Identidad de género de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2021.



Fuente: Base de datos de Secretaría de Desarrollo social del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

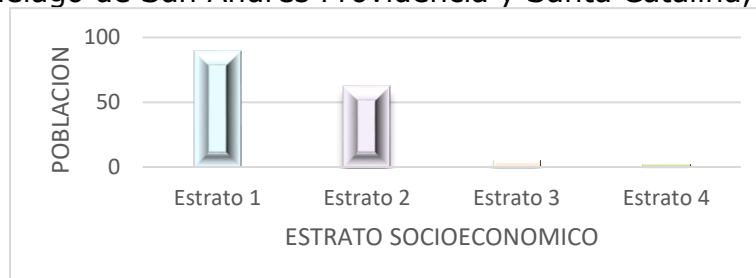
Datos de la Secretaría de Desarrollo Social del Archipiélago de San Andrés indican que el 47,7 % de la población LGTBIQ+ se identifica como homosexual, 29,94 % como lesbiana, 17,20 % como bisexual, 4,46 % como transexual y 0,64 % como Queer.

El Departamento participó en la guía para la inclusión LGTBIQ+ en los planes de desarrollo territorial (PDT), presentando ocho propuestas: atención integral, caracterización poblacional, creación de un protocolo y una casa LGTBIQ+,

aprobación de política pública, apoyo a proyectos productivos, 60 capacitaciones sobre derechos, ocho campañas de reconocimiento y 12 eventos conmemorativos.

El informe concluye que los diagnósticos actuales suelen ser superficiales y no contemplan las diferencias territoriales ni las necesidades específicas dentro del colectivo LGTBIQ+, por lo que recomienda evitar enfoques homogéneos en la formulación de iniciativas.

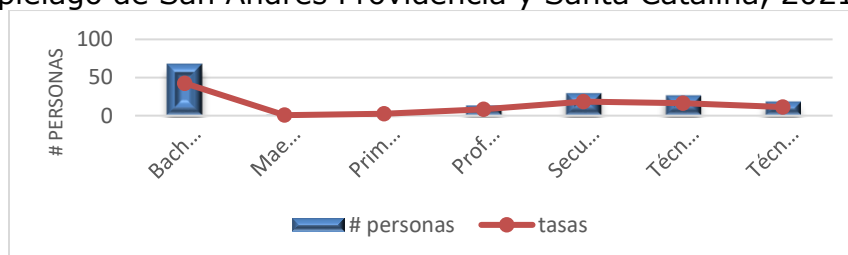
Figura 26. Estrato socioeconómico de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2021



Fuente: Base de datos de Secretaría de Desarrollo Social del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

La mayoría de la población caracterizada está en el estrato 1 (56,3%), seguida del estrato 2 (39,2%).

Figura 27. Nivel educativo de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2021

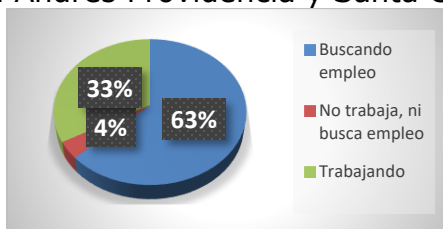


Fuente: Base de datos de Secretaría de Desarrollo Social del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

La mayoría de la población tiene nivel educativo de bachillerato (42,4%), seguida de secundaria (18,4%), técnico (16,5%), tecnólogo (11,4%), profesional (8,2%), primaria (2,5%) y maestría (0,6%).

En Colombia, el 59,4% del alumnado LGTBIQ+ nunca reportó acoso escolar, el 67% se siente inseguro en su colegio y el 21,4% dejó de asistir alguna vez por incomodidad o inseguridad. Es fundamental fortalecer las acciones de inclusión para prevenir acoso y discriminación por orientación sexual.

Figura 28. Situación laboral de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2021.



Fuente: Base de datos de Secretaría de Desarrollo Social del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

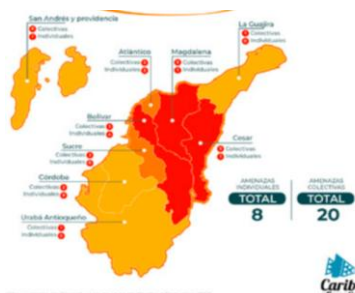
En el ámbito laboral, el 63% busca empleo, el 33% está trabajando y el 4% no trabaja ni busca trabajo.

Las personas LGTBI visibles en el trabajo pueden enfrentar burlas, discriminación y acoso laboral por parte de colegas o superiores, enfrentando así un doble estándar. Deben demostrar constantemente su capacidad profesional pese a no ajustarse a la sexualidad hegemónica (Maddaleno & Canevaro, 2016).

Violencia en población LGTBIQ+

Caribe Afirmativo reportó que en 2021 continuó la violencia contra la población LGTBIQ+, registrándose tres asesinatos en el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, sin mejoras frente a años anteriores. La organización también hace seguimiento a la Política Pública LGTBI+ creada en 2013 y al pacto ciudadano firmado con la administración local, orientado a promover el respeto por la diversidad sexual y de género, impulsar acciones afirmativas, prevenir y sancionar violencias basadas en orientación sexual o identidad de género, y garantizar el seguimiento de estas políticas dentro del Plan de Desarrollo. (Caribe Afirmativo, 2014).

MAPA 9. Informe sobre violencias que atentan contra la seguridad pública, por departamento en la región Caribe, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2021.

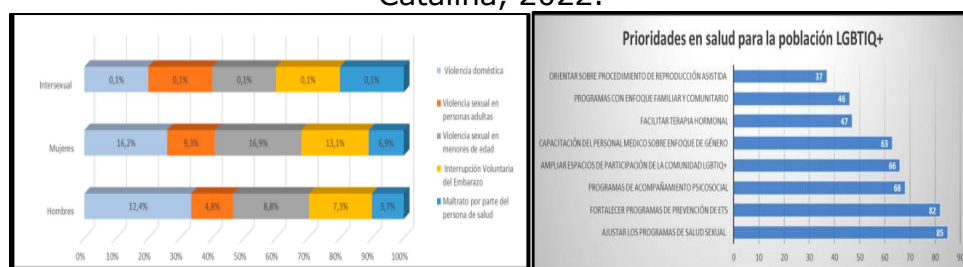


Fuente: Informe sobre violaciones a Derechos Humanos de personas LGTBIQ+ en el Caribe colombiano 2021. Caribe afirmativo

La Secretaría de Salud de San Andrés, junto con la Universidad Nacional, realizó el estudio “Levantamiento de información para el análisis del nivel de incorporación del enfoque de género”, orientado a evaluar cómo se integra este enfoque en sus acciones institucionales. El análisis abarcó cuatro componentes: planes y programas, talento humano, percepción de usuarios y grupos de interés.

El estudio concluyó que persisten barreras estructurales para mujeres y población LGBTIQ+, asociadas a percepciones negativas, machismo y prácticas discriminatorias influenciadas por creencias culturales y religiosas. Se recomienda fortalecer procesos de formación y sensibilización comunitaria sobre derechos de personas diversas, equidad de género y prevención de violencias basadas en género.¹

Figura 29. Reconocimiento de rutas de atención institucional de la población LGTBIQ+, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2022.



Fuente: informe de análisis, Universidad nacional y Secretaría de salud departamental SAI

1.2.5. Población de pescadores y agricultores

El sector agrícola del Archipiélago se caracteriza por baja tecnificación, escaso acceso al agua, falta de asistencia técnica y débil innovación, lo que limita la productividad y mantiene la actividad en niveles de autoabastecimiento. A esto se suman problemas de tenencia de la tierra, ausencia de sistemas de riego, presencia de plagas sin datos de impacto económico y poco interés de las nuevas generaciones en actividades agrícolas. La adaptación al cambio climático, la gestión del agua y la protección del suelo agrícola emergen como retos prioritarios para garantizar la sostenibilidad del sector.

En el sector pesquero, actividad ancestral del territorio, persisten tensiones entre pesca artesanal e industrial, falta de carnetización de pescadores, ausencia de indicadores de capacitación, vulnerabilidad de las embarcaciones y aumento de la pesca ilegal. La presión de flotas extranjeras, el cambio climático y la falta

¹ LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS DEL NIVEL DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO. Universidad Nacional- Secretaría de Salud Departamental de San Andres. 2022

de relevo generacional amenazan la sostenibilidad de la actividad. Ambos sectores requieren modernización tecnológica, fortalecimiento organizativo, regulación efectiva y políticas que promuevan prácticas sostenibles y aseguren su viabilidad para las futuras generaciones.

El Departamento cuenta de acuerdo con lo registrado ante la Secretaría de Agricultura y Pesca:

Tipo	No. Productores	No. Asociaciones
Agropecuario	432	33
Pesquero	1.459	15

Fuente: Secretaria de Agricultura, 2025

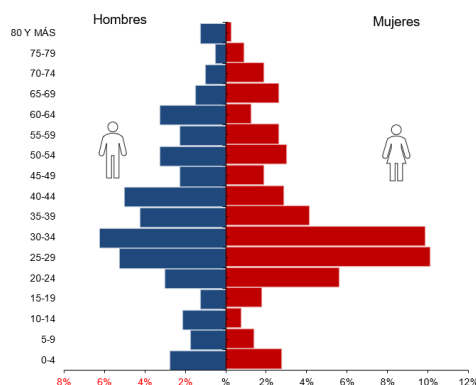
Las organizaciones de agricultores y pesqueros presentan un gran nivel de gestión, de avance socioempresarial y tecnológico, el cual ha servido como soporte para el fortalecimiento de la asociatividad en la isla.

1.2.6. Dinámica migratoria

En 2024, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina registró 804 personas migrantes atendidas en salud, equivalente al 0,15% del total nacional. Del total atendido, el 53,4% son mujeres, evidenciando una distribución poblacional desigual.

La atención se concentra principalmente en personas jóvenes: 30–34 años (16%), 25–29 años (15%) y 20–24 años (9%), lo que refleja una población migrante predominantemente adulta joven en los servicios de salud del Departamento.

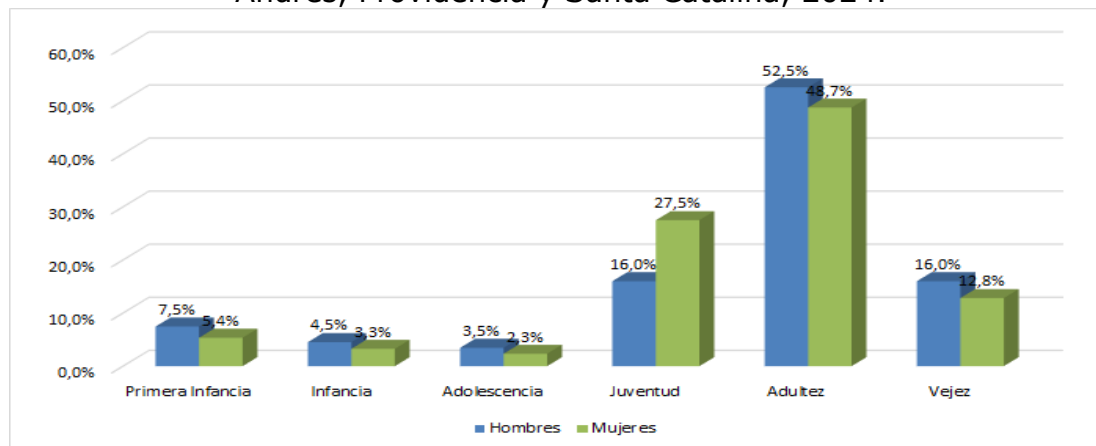
Figura 30. Pirámide poblacional de migrantes atendidos en los servicios de salud según sexo y edad, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2024



Fuente: Reporte información Circular 029, 2024.

La distribución en cuanto a la proporción por curso de vida para el año 2024 muestra mayor proporción en los grupos de adultez y juventud con el 43% y el 24% respectivamente de las atenciones.

Figura 31. Proporción de la población por curso de vida de migrantes atendidos en los servicios de salud, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.



Fuente: Reporte información Circular 029, 2024.

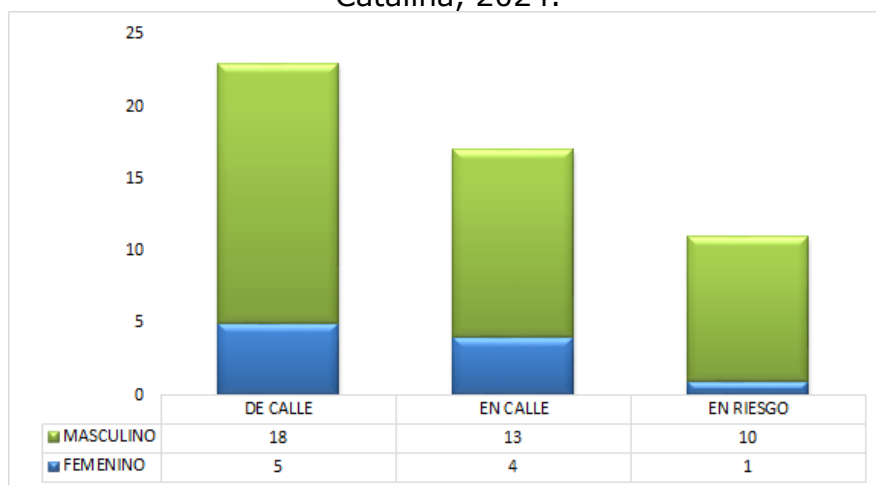
1.2.7. Población habitante de calle, en calle y Riesgo de calle

La habitanza en calle en el Archipiélago ha aumentado en los últimos años, impulsada por factores como rupturas familiares, pobreza extrema, problemas de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y ausencia de redes de apoyo. Esta población enfrenta múltiples vulneraciones más allá de la falta de vivienda, incluyendo barreras en salud, educación, identidad, trabajo y protección frente a violencias. Aunque la Ley 1641 de 2013 reconoce a los habitantes de calle como un grupo de especial protección, el Departamento carece de un centro transitorio que permita seguimiento, rehabilitación y continuidad en los servicios, lo que dificulta la atención integral, especialmente en personas con consumo problemático o trastornos mentales.

Actualmente, la Secretaría de Desarrollo Social tiene identificadas 51 personas en situación de calle, el 80% hombres y el 20% mujeres, muchas de ellas jóvenes adultas y con consumo de SPA. El Departamento, junto con el Ministerio de Igualdad, avanza en la construcción de una ruta articulada para la prevención y mitigación de la habitanza en calle, apoyada en un equipo interdisciplinario que realiza búsqueda activa y canalización hacia servicios de salud. Sin embargo, persiste la necesidad urgente de infraestructura y mecanismos de atención

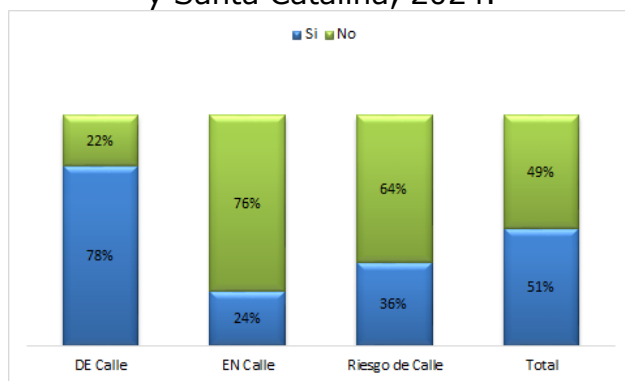
continúa que permitan intervenciones efectivas y sostenibles para esta población altamente vulnerable.

Figura 32. Distribución de la población por sexo y condición de habitación en calle, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social, 2024

Figura 33. Distribución de la población según consumo de SPA y condición de habitación en calle, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social, 2024

1.2.8. Población Identificada Como Víctima De Violencia

En San Andrés se identificaron 477 afiliados víctimas de violencia: el 31,24% pertenecen al régimen contributivo y el 68,76% al subsidiado. El 99,79% corresponde a víctimas del conflicto armado interno. La siguiente tabla presenta el detalle de esta población.

Tabla 12. Distribución de afiliados víctimas de violencia por régimen en el departamento de San Andrés. junio 2024

VIOLENCIA	CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO		TOTAL		PREVALENCIA (por 1.000 afiliados)
	N	%	N	%	N	%	
Víctimas del conflicto armado interno	149	31,24%	327	68,55%	476	99,79%	14.34
Población desmovilizada	0	0,00%	1	0,21%	1	0,21%	0.03
TOTAL	149	31,24%	328	68,76%	477	100,00%	14.37

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA – Gerencia de Afiliaciones. NUEVA EPS S.A.

En relación con la distribución por sexo de la población víctima de violencia, se encuentra que el 47,38% (226 afiliadas) son mujeres y el 52,62% (251 afiliados) son hombres.

Tabla 13. Distribución de afiliados víctimas de violencia por sexo el departamento de San Andrés. Junio

VIOLENCIA	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Víctimas del conflicto armado interno	226	47,38%	250	52,41%	476	99,79%
Población desmovilizada	0	0,00%	1	0,21%	1	0,21%
TOTAL	226	47,38%	251	52,62%	477	100,00%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA – Gerencia de Afiliaciones. NUEVA EPS S.A.

La población víctima de violencia en el Departamento se concentra principalmente en San Andrés (89,5%), seguida de Providencia (10,5%), que en conjunto reúnen el 100% de las personas identificadas. La tabla siguiente presenta el detalle de esta distribución.

Tabla 14. Distribución de afiliados víctimas de violencia por municipio en el departamento de San Andrés. junio 2024

MUNICIPIO	Víctimas del conflicto armado interno				Población desmovilizada		Total	
	Contributivo		Subsidiado		N	%		
	N	%	N	%			N	%
San Andrés	135	28,30%	291	61,01%	1	0,21%	427	89,52%
Providencia	14	2,94%	36	7,55%	0	0,00%	50	10,48%
TOTAL	149	31,24%	327	68,56%	1	0,21%	477	100,00%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA – Gerencia de Afiliaciones. NUEVA EPS S.A.

1.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD

La gestión del sector salud en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina está liderada por la Secretaría de Salud Departamental, entidad responsable de la rectoría, vigilancia, promoción de la salud y articulación de acciones intersectoriales orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población. La gobernanza en salud se desarrolla a

través de la coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas, y la Empresa Social del Estado (ESE), garantizando la implementación de políticas, programas y rutas integrales de atención.

Adicionalmente, el Departamento cuenta con espacios de participación social en salud, mesas técnicas, comités y procesos participativos, que permiten incorporar la voz de la comunidad en la identificación de problemáticas y la priorización de intervenciones. La gestión en salud se articula con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el Plan de Desarrollo Departamental y el Plan Territorial de Salud, fortaleciendo la planificación basada en el análisis de riesgos, la equidad y el enfoque territorial.

Este marco de gobernanza resulta fundamental para la implementación de acciones sectoriales e intersectoriales que respondan a los determinantes sociales de la salud y a las necesidades específicas del territorio.

1.3.1. Oferta de Prestadores de Servicios de Salud Habilitados

En Colombia, la habilitación de prestadores y servicios de salud se regula mediante la Resolución 3100 de 2019 y sus posteriores modificaciones, que establecen los estándares y procedimientos para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Este registro constituye la fuente oficial para verificar la capacidad instalada, el portafolio de servicios y el cumplimiento de condiciones de habilitación de los prestadores.

En el Departamento, el REPS 2025 reporta una oferta diversificada en diferentes niveles de complejidad, lo que garantiza cobertura básica, servicios especializados y atención de urgencias, aunque persisten retos en capacidad resolutive hospitalaria, transporte y referencia.

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

Tabla 15. Sedes de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

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

Fuente: REPS diciembre 2025

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

La red privada oferta 267 servicios de salud, distribuidos en 165 de consulta externa, 73 de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, 11 de internación, 12 quirúrgicos y 6 de atención inmediata.

Tabla 16. Distribución de servicios de salud en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2025

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	73
DIAGNÓSTICO VASCULAR	1
DIÁLISIS PERITONEAL	1
FISIOTERAPIA	10
FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	7
GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	2
HEMODIÁLISIS	1
IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	5
IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	5
LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	1
LABORATORIO CLÍNICO	8
PATOLOGÍA	1
RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	3
SERVICIO FARMACÉUTICO	6
TERAPIA OCUPACIONAL	6
TERAPIA RESPIRATORIA	4
TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	5
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	7
Atención Inmediata	6
ATENCIÓN DEL PARTO	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	1
URGENCIAS	3
Consulta Externa	165
ANESTESIA	2
CARDIOLOGÍA	4
CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	2
CIRUGÍA GENERAL	3
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	1
CIRUGÍA ORAL	1
CIRUGÍA VASCULAR	1
COLOPROCTOLOGÍA	1
DERMATOLOGÍA	3
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1
ENDOCRINOLOGÍA	2
ENDODONCIA	3

ENFERMERÍA	8
GASTROENTEROLOGÍA	1
GINECOBSTERICIA	7
INFECTOLOGÍA	1
INMUNOLOGÍA	1
MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	7
MEDICINA FAMILIAR	1
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	3
MEDICINA GENERAL	19
MEDICINA INTERNA	8
NEFROLOGÍA	1
NEUMOLOGÍA	1
NEUROCIRUGÍA	2
NEUROLOGÍA	1
NEUROPEDIATRÍA	1
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	8
ODONTOLOGÍA GENERAL	15
OFTALMOLOGÍA	1
ONCOLOGÍA CLÍNICA	1
OPTOMETRÍA	9
ORTODONCIA	4
ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	3
OTORRINOLARINGOLOGÍA	2
OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	1
PEDIATRÍA	8
PERIODONCIA	2
PSICOLOGÍA	13
PSIQUIATRÍA	3
REUMATOLOGÍA	1
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1
UROLOGÍA	3
VACUNACIÓN	4
Internación	11
CUIDADO BÁSICO NEONATAL	1
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	1
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	1
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	1
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	1
HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	2
HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	1
HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	1
HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	2
Quirúrgicos	12
CIRUGÍA GENERAL	2
CIRUGÍA GINECOLÓGICA	1
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	1
CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	1
CIRUGÍA ORAL	1
CIRUGÍA ORTOPÉDICA	1
CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	1
CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	1
CIRUGÍA UROLÓGICA	1

CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	1
NEUROCIRUGÍA	1
Total general	267

1.3.2. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud

El aseguramiento en salud constituye uno de los principales determinantes estructurales de la equidad sanitaria, ya que garantiza el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud. En el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, según información del Ministerio de Salud y Protección Social con corte a diciembre de 2025, la cobertura de afiliación al SGSSS alcanza el 100%, lo que representa un avance sostenido hacia la cobertura universal.

Al analizar por régimen de aseguramiento en salud, se muestra una tendencia estable, con variaciones mínimas, evidenciando un leve incremento en el régimen contributivo del 0,1% para el año 2025 respecto al año inmediatamente anterior. En conjunto, los datos indican que, aunque la cobertura es universal, el crecimiento proporcional del aseguramiento se concentra principalmente en el régimen contributivo, lo que refleja condiciones socioeconómicas sólidas.

Tabla 17. Afiliación población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, corte diciembre 2025

REGIMEN	Diciembre 2024	Diciembre 2025
Contributivo	42.332	42.363
Subsidiado	19.443	19.421
Excepción y Especiales	1.166	1.162
Cobertura	100%	100%

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social

La mayor participación de afiliados corresponde a la Nueva EPS, con el 54,14% del total departamental, seguida de EPS Sanitas (44,01%). Este patrón refleja la estructura histórica del aseguramiento en el territorio insular. La Nueva EPS concentra la mayor cobertura tanto en los regímenes contributivo como subsidiado.

El alto nivel de afiliación evidencia el impacto positivo de las estrategias de aseguramiento territorial, la depuración de bases de datos de afiliados y los procesos de búsqueda activa de población no asegurada implementados por la Secretaría de Salud Departamental.

Tabla 18. Afiliación población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, corte diciembre 2025

Régimen EPS	Contributivo		Subsidiado		Especiales/Excepción		Total	
	Afiliados	%	Afiliados	%	Afiliados	%	Afiliados	%
Nueva EPS	18.191	42,94%	15.889	81,81%			34.080	54,14%
EPS Sanitas	24.172	57,06%	3.532	19,19%			27.704	44,01%
Régimen de excepción					1.162	100,00%	1.162	1,85%
Total	42.363	100,00%	19.421	100,00%	1.162	100,00%	62.946	100,00%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

1.4. GOBIERNO Y GOBERNANZA

El archipiélago cuenta con una economía altamente dependiente del comercio y el turismo, sectores que representan más del 60% de las empresas activas. Sin embargo, eventos como la pandemia de 2020, la salida de aerolíneas en 2023, la falta de acceso a nuevos mercados, el acceso a recursos de financiamiento puede haber impactado negativamente la estabilidad de los negocios locales.

La estructura empresarial del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se fundamenta en las Microempresas, que representan el 95,9% de las empresas registradas en el año 2024. Le siguen en proporción la Pequeña Empresa con el 3%. La Mediana Empresa con el 0,9%. Y la gran empresa con el 0,2%.

La economía del Archipiélago está sostenida principalmente por emprendedores y pequeñas unidades de negocio, con las ventajas de tener mayor diversidad y cercanía con el cliente, pero también riesgos altos, ya que estas empresas son más vulnerables a crisis económicas o desastres naturales, como se ha evidenciado en los últimos 5 años.

El tipo de organización jurídica de mayor participación en el año 2024. Corresponde a "Persona Natural" el 75% del total registrado y el 25% restante corresponde a "Persona Jurídica".

El comercio (35%) y el turismo (26%) son los motores de la economía insular, seguidos por servicios administrativos (8%) e industria (6%). La alta dependencia del turismo y el comercio puede generar oportunidades, pero también conlleva la vulnerabilidad ante crisis externas. Es clave implementar políticas de diversificación de la economía y fortalecer otros sectores para reducir riesgos y asegurar un crecimiento sostenible.

Para el año 2024. El 93,7% de las empresas generan entre 1 y 4 empleos, lo que confirma que la economía local depende de microempresas y autoempleo. Solo un pequeño porcentaje supera los 10 empleados, lo que indica baja capacidad de crecimiento y generación de empleo formal. Para fortalecer el tejido empresarial, es clave fomentar el acceso a fuentes de financiamiento, mejorar la capacitación y generar incentivos para la expansión de negocios.

El análisis del stock de empresas registradas en el RUES de la Cámara de Comercio de San Andrés y Providencia islas, para el período comprendido entre los años 2016- 2024. Se observa un promedio de 4.321 empresas activas, presentando una tasa de crecimiento del 3,1% en promedio, la cual se vio afectada por la influencia de la pandemia del COVID-19 en el año 2020. Donde se llegó a un mínimo de 3.620 empresas activas. Una vez superada la emergencia sanitaria, la tendencia de crecimiento se recuperó y se ha mantenido hasta el año 2024. Llegando a 5.062 empresas registradas en el 2024.

Figura 34. Stock de empresas del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2016 – 2024.



Fuente: RUES – análisis económico Confecámaras

El 76% de las empresas se concentran en 4 grandes grupos, encabezados por "G Comercio" con el 35%. Le sigue "I Alojamiento y comidas", en tercer lugar, está "N Servicios administrativos" con el 8% y cierra "C Industria" con el 6%.

Tabla 19. Stock de empresas por rama de actividad económica según la Clasificación Industrial Internacional Uniforme Revisión 4 Adaptada a Colombia (2016-2024).

Variable	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Minigráfico
G Comercio	1,535	1,511	1,483	1,474	1,353	1,506	1,719	1,781	1782	
I Alojamiento y comidas	780	907	989	1,009	856	1,027	1,212	1,290	1326	
N Servicios administrativos	300	446	456	457	296	369	424	433	429	
C Industria	186	176	176	187	186	224	285	310	311	
F Construcción	173	176	184	196	180	177	199	242	206	
M Actividades profesionales	172	188	173	170	165	163	177	187	198	
H Transporte	117	114	117	127	113	147	144	150	162	
R Actividades artísticas	234	124	147	112	84	95	106	99	148	
S Otros servicios	102	105	104	110	93	97	129	155	0	
L Inmobiliarias	81	83	77	92	80	93	93	108	101	
J Información y comunicaciones	89	97	81	77	77	73	85	92	104	
Q Atención en salud humana	50	53	49	40	38	43	50	44	97	
E Distribución agua	25	27	27	36	35	34	43	47	49	
A Agricultura	24	23	26	21	22	26	33	41	41	
P Educación	22	24	20	26	19	17	27	28	51	
K Financieras y seguros	20	16	14	17	11	13	14	15	16	
O Administración pública	5	3	5	2	3	3	5	4	32	
D Suministro electricidad	6	5	6	5	7	6	8	7	6	
No clasificado	1	2	-	-	-	-	-	3	3	
B Minas y canteras	1	2	-	1	1	2	-	-	0	
T Actividades de los hogares	-	-	-	-	1	1	1	1	0	
U Entidades extraterritoriales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fuente: RUES – análisis económico Confecámaras

La dinámica de salidas empresariales por grupos económicos se ajusta a la estructura general del tejido empresarial insular, donde el mayor volumen se presenta en los grupos "G" de comercio y en la rama "I" Servicios de comida y alojamientos", "N Servicios administrativos", "F Construcción" y "C Industria".

Conclusiones

El Departamento de San Andrés y Providencia se encuentra ubicado al noroeste del territorio continental nacional, en el sector occidental del mar Caribe, establecido a través de la constitución política, después de haber sido denominado intendencia por la ley 52 del 26 de octubre de 1912. Se caracteriza por ser el único Departamento insular de Colombia, y la isla de mayor área del país. El Departamento se compone de otras islas, cayos e islotes sobre la plataforma volcánica del occidente del mar Caribe. Su economía se basa principalmente en el turismo y el comercio, por ser un puerto libre, pero cuenta también con actividades de agricultura y pesca. En los últimos 12 años, ha hecho parte de la controversia territorial y de delimitación marítima entre Colombia y Nicaragua.

Su ubicación geográfica expone al departamento a una alta vulnerabilidad ante la presencia de ciclones tropicales y eventos climáticos extremos, como inundaciones y erosión costera, evidencia la necesidad urgente de implementar políticas de adaptación y mitigación.

La configuración territorial, caracterizada por una distribución desigual entre población urbana y rural y la presencia de población étnica, incide directamente en las condiciones de salud. La concentración del 72% de la población en áreas urbanas, junto con su crecimiento, ha incrementado la demanda de servicios básicos, atención en salud y bienestar social. La migración interna (población en situación irregular), impulsada por la búsqueda de mejores oportunidades, ha intensificado profundizando fenómenos como la pobreza urbana, la segregación social y el aumento de poblaciones en situación de vulnerabilidad, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes afectados.

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

La estructura demográfica muestra una transición clara hacia el envejecimiento poblacional entre 2020 y 2030, con una reducción sostenida de la población infantil y un aumento de adultos mayores, especialmente mujeres. La pirámide poblacional es regresiva, reflejando una baja natalidad y mayor longevidad. Estos cambios alteran la dependencia demográfica, aumentando la carga sobre la población económicamente activa para sostener a los mayores. Factores como la pandemia de COVID-19, crisis económicas, migración y urbanización acelerada explican este fenómeno. La esperanza de vida ha aumentado, lo que, junto con el envejecimiento, plantea desafíos en salud, pensiones y servicios sociales.

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

En este marco, el fortalecimiento institucional resulta esencial para mejorar las condiciones de salud de la población. La definición y ejecución de políticas

públicas que respondan al crecimiento demográfico, respeten la diversidad cultural y étnica, y reduzcan las brechas sociales serán determinantes para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud. Asimismo, la planificación territorial debe contemplar la expansión urbana y las condiciones de vida de los sectores más vulnerables, promoviendo un desarrollo económico y social inclusivo y sostenible.

La salud de la población del territorio insular está íntimamente ligada a su contexto demográfico y geográfico. Por ello, las políticas públicas deben adecuarse a esta realidad, adoptando un enfoque diferencial que reconozca las particularidades geográficas, la diversidad étnica y los cambios demográficos, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida y asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud.

2. CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES

2.1. Condiciones de vida

La cobertura de servicios públicos, de acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda, se obtuvo que el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta una cobertura de electricidad del 100%, superior a la media nacional (93%), para el servicio de acueducto del 80% y de alcantarillado del 36,3%, mientras que para el nivel nacional se encuentran en 65,3%.

De acuerdo con los datos del Sistema de Información para la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano (SIVICAP), el índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano para el año 2024 corresponde a 8,50 en el departamento, siendo superior respecto a la nación (6,1), según los rangos de clasificación establecidos. Este resultado ubica al departamento en un nivel de riesgo bajo. Es fundamental fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control, así como optimizar los procesos de tratamiento y distribución, con el fin de garantizar condiciones óptimas de potabilidad para toda la población.

En relación con el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas para el año 2024 según el censo del DANE, son más altos que la media nacional, mostrando una diferencia significativa con respecto al país.

Tabla 20. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2024.

Determinantes Intermediarios de la Salud	Colombia	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Cobertura de servicios de electricidad	93,1	100,00
Cobertura de acueducto	74,48	80,01
Cobertura de alcantarillado	65,3	36,32
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	6,1	8,50
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	8,6	59,40
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	9,1	61,60

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

2.2. Seguridad Alimentaria

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

El bajo peso al nacer continúa siendo un indicador sensible del estado nutricional materno y de las condiciones de vida durante el embarazo. En el marco del PNSAN 2012-2019, este indicador fue priorizado debido a su estrecha relación con la morbilidad infantil y con las desigualdades sociales persistentes. A pesar de los esfuerzos realizados en el fortalecimiento de los programas de control prenatal, suplementación nutricional y promoción de prácticas de alimentación saludable, los avances muestran que aún persisten brechas importantes que limitan el cumplimiento pleno de las metas establecidas. La presencia de bajo peso al nacer refleja la necesidad de profundizar intervenciones dirigidas a mejorar la nutrición materna, garantizar un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, y abordar los determinantes sociales que afectan el bienestar de la madre y el recién nacido. Por lo tanto, fortalecer las estrategias intersectoriales y de protección social resulta fundamental para lograr una reducción sostenible de este problema y avanzar hacia los objetivos planteados en el PNSAN.

Tabla 21. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2007-2024.

Determinantes intermediarios de la Salud	Colombia	Archipiélago de San Andrés Islas	Comportamiento																	
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (FEVV-DANE)	11,25	9,11	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗

Fuente: Bodega de datos SISPRO

2.3. Condiciones y Factores Psicológicos

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

De acuerdo con el análisis del indicador porcentaje de personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, del departamento presenta una cobertura de 103,58%; y el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control es del 93,87%; estas cifras dan cuenta de que a los pacientes en tratamiento se les está garantizando la oportunidad y continuidad.

Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: Los datos estadísticos del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis 2023) indican que la incidencia de la violencia intrafamiliar en Colombia fue de 23,52 por 100.000 habitantes, y el departamento registra una tasa superior con 86,72 por 100.000 habitantes.

Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: Según el informe Forensis para el año 2023, el país registró una tasa de violencia contra la mujer de 13,701 por 100.000 mujeres, y el departamento con datos de 95,18 por 100.000 mujeres. El valor departamental está más alto que el nacional, el cual es estadísticamente significativo, considerándose preocupante por el impacto que este tiene en la salud pública del departamento.

Tabla 22. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. 2024

Santa Catalina: 2024																					
Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Comportamiento																		
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (MSPS)	1,1	0,00							-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS)	80,74	82,50							↗	-	-	-	-	-	-	-	-	↘	-	↘	
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	23,529	86,72	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	13,701	95,18	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	

Fuente: ENSIN 2010, 2015, ENSPA 2016, ENDS 2015, Cuenta de alto costo MSPS 2022, ENS 2 Forensis 2023.

2.4. Sistema Sanitario

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: Para el año 2024 en Colombia el porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia según fuente DNP y DANE fue del 5,7%, para el departamento el valor es de 7,40% es superior al valor nacional.

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: Para el año 2024 en Colombia el 2,9% de los hogares presentan barreras de acceso a los servicios de salud según datos del DNP y DANE, para el departamento el valor fue de 0,20% evidenciando una diferencia significativa en el departamento, donde la barreras de acceso son consideradamente menores en comparación a nivel nacional, lo que sugiere una mayor cobertura y disponibilidad de los servicios de salud.

Cobertura de afiliación al SGSSS: Según el Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2023 en Colombia la cobertura de afiliación al SGSSS fue del 99,32%, en el departamento el valor es 103,58%, siendo por encima que la del nivel nacional.

Coberturas administrativas de vacunación: Las metas de coberturas útiles en vacunación son del 95%, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2025 se presentaron los siguientes valores:

BCG para nacidos vivos: En Colombia, la cobertura alcanzó el 94,2%, mientras que en el departamento se registró un 92,3%. Esta diferencia resulta significativa frente al valor nacional, ya que el indicador departamental se sitúa por debajo del promedio del país.

DPT 3 dosis en menores de 1 año: En Colombia, la cobertura fue del 92,4%, mientras que en el departamento se registró un 93,4%, evidenciando una mayor cobertura en comparación con el valor nacional.

Polio 3 dosis en menores de 1 año: Colombia presentó una cobertura del 92,4%, mientras que en el departamento se registró un 93,1%; sin embargo, estadísticamente se evidencia como inferior al valor nacional.

Triple viral dosis en menores de 1 año: En Colombia, la cobertura fue del 90,9%, mientras que en el departamento se registró un 92,8%, lo que representa un valor superior al nacional.

Tabla 23. Coberturas de vacunación en biológicos trazadores, según meta programática, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. 2025

COBERTURAS DE VACUNACION CON TRAZADORES A DICIEMBRE 2025					
DEPARTAMENTOS	POB. Recien Nacidos	BCG RECIEN NACIDO (HASTA 28 DÍAS) + MENOR UN AÑO (29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS)		HB RECIEN NACIDO (Primeras 12 Horas) + Despues de las primeras 12 horas (HASTA 29 DÍAS)	
	META PROGRAMATICA 2025 (20251130) VerF	Dosis Unica	%	D. Única	%
SAN_ANDRES_ISLAS	566	523	92	524	92,6

Población Menor 1 año	VOP <DE1 AÑO + VIP <1AÑO 3as		PENTAVALENTE MENOR DE UN AÑO		Neumo (2 a 11 Meses 29 Dias)	
META PROGRAMATICA 2025 (20251130) VerF	3.Dosis	%	3as. Dosis	%	2 ^{da} Dosis	%
615	572	93,0	574	93,3	532	86,5

Población de 1 Año	SRP (T.V.) DE UN AÑO		HA 1 AÑO		Neumo de (12 meses a 23 Meses)	SRP (T.V.) DE 18 MESES		Pentavalemt 18 Meses		
(Meta Programática2025 (Aj2_20250130))	D. Única	%	D. Única	%	REF.	%	Ref.	%	1er. Ref.	%
624	578	92,6	572	91,7	568	91,0	418	67,0	450	72,1

POB. 9 meses a 1 año	F.A. 9 meses a 1 AÑO		Población 5 años	DPT 5 AÑOS	
	F.A. 9 meses a 1 AÑO U.Dosis	% F.A. 1 AÑO	(Meta Programática2025 (Aj2_20250130))	2do. Ref.	%
781	686	87,8	707	505	71,4

Fuente: MINISTERIO DE SALUD

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal: Según fuente de estadísticas vitales del DANE para el año 2024 en Colombia el valor fue del 88,24%, para el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina el valor fue de 93,87%, superior a la media nacional.

Cobertura de parto institucional: Para el año 2024 en Colombia la cobertura de parto institucional según estadísticas del DANE fue del 98,67%, para el departamento el valor fue de 100,0%, superior a la media nacional.

Tabla 24. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2006 - 2024.

Colombia	Comportamiento
----------	----------------

Determinantes intermedios de la salud		Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	5,7	7,40													↗						
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE)	2,9	0,20													↗						
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	99,32	103,58				-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	86,76	91,39	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	90,11	88,68	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	89,93	88,84	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	92,55	90,87	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	88,24	93,87	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	98,67	100,00	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗	-	↘	↗	↗	↘	-	↗	-	-	-	-	-
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,75	100,00	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	-	↘	↗	↘	-	↘	↘	↗	-	-	-	-

Fuente: Bodega de datos SISPRO

2.5. Servicios habilitados IPS

(ver Anexo 1B. Servicios habilitados IPS)

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

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

Tabla 25. Distribución de EAPB en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	1	1	1	2	3	3	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	1	1								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	6	6	4	6	8	8	9	8	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	4	4	2	3	6	8	8	7	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	3	3	3	3	3	4	5	5	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	1	1								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	5	5	3	4	7	7	6	5	5	6

	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	5	6	4	5	5	5	6	6	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citológicas cervico-uterinas	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	4	6	5	7	9	9	10	9	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal				1	1	1	1			
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	1									
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	2	2		1	1	1	1	1	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	1	2	1	2	3	3	3	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	1	1		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	2	2	3	4	4	4	2	2	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	5	6	5	6	8	8	11	11	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología				1	1	1	3	3	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	3	3	4	4	5	5	5	5	5	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología				1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	2	2	1	1	5	5	6	5	5	5

	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	1	1	1	2	2	2	2	3	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	9	9	7	8	10	12	13	13	12	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	2	4	4	4	6	7	7	6	7	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología				1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	1	1		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología		1		1	2	2	2	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	6	7	6	7	10	12	13	12	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	4	4	5	6	6	7	6	6	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	2	2	2	2	2	4	5	5	5	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	3	3	3	3	4	4	3	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	2	4	4	4	6	7	6	6	6	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	6	7	5	5	9	12	13	12	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	3	3	2	1	1	1	1	1	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología				1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología	1	1								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal		1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	1	1	2	1	1	1			
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	1	1	1						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	1	1							
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	1								
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			3						
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente agudo		1			1	1		1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico con ventilador		1			1	1	1		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico sin ventilador		1			1	1	1		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria						1	1	1	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	3	3		2	4	4	3	3	4
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	2	2	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	2	2	2	5	6	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	3	3	3	5	5	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	3	4	3	4	4	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	3	3	3	5	5	6	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	3	3	3	5	5	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	1	1	1	4	4	4	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1	1	1	4	4	4	2	2	2

	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	4	3	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	5	4	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido				1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto				1	1	1			
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	3	3	3	5	5	6	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	1	1	2	4	5	5	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	2	2	2	4	4	4	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	3	3	2	2	2	2	2	2	2
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	1	1	1						1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	3	3	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica		1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	2	2	1	1	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	2	2	2	2	3	3	3	3	3
TRANSPORTE ASISTENCIAL										
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	2	2	2	2	2	2	1	1	1

Fuente: REPS, Diciembre 2024

2.6. Otros indicadores del sistema sanitario

Tabla 26. Capacidad Instalada del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, del periodo 2015 - 2024

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,01	0,01	0,03	0,05	0,05	0,07	0,34	0,07	0,04	0,04
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,01	0,01	0,03	0,05	0,05	0,07	0,34	0,07	0,04	0,04
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	1,04	1,03	0,99	0,92	0,77	0,99	1,27	1,23	1,31	1,33
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,22	0,22	0,22	0,12	0,09	0,09	0	0,21	0,16	0,18
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,08	0,08	0,08	0,08	0,14	0,17	0,55	0,2	0,25	0,27
Razón de camas por 1.000 habitantes	2,37	2,35	2,33	1,65	1,41	1,81	1,41	1,65	1,83	1,88

2.7. Cobertura de Educación

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

Porcentaje de hogares con analfabetismo: Para el año 2024 en Colombia el porcentaje de hogares con analfabetismo según estadísticas del DANE fue del 7,1%, para el Departamento el valor fue de 2,50%, inferior a la media nacional.

Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria: Para el año 2022 en Colombia el porcentaje de cobertura bruta educación según estadísticas del DANE fue del 104,8%, para el Departamento el valor fue de 103,2%, inferior a la media nacional.

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

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

En relación con la cobertura y condiciones educativas, los datos reportados por el DANE evidencian comportamientos diferenciales entre niveles educativos y frente al promedio nacional. Para 2024, el porcentaje de hogares con analfabetismo en el departamento (2,50%) se encuentra significativamente por debajo del valor nacional (7,1%), lo cual refleja avances importantes en alfabetización y acceso básico a la educación.

En cuanto a la cobertura educativa, se observa que en educación primaria el departamento presenta una cobertura bruta de 103,2%, ligeramente inferior al promedio nacional (104,8%), lo que sugiere una cobertura cercana a la universalidad, aunque con posibles brechas en acceso o permanencia en ciertos grupos poblacionales. Para el nivel de educación secundaria, el departamento

alcanza una cobertura de 112,7%, superior a la media nacional (107,4%), lo cual puede estar relacionado con fenómenos de sobre edad o alta retención escolar. Sin embargo, en el nivel de educación media, la cobertura desciende a 85,2%, por debajo del valor nacional (90,9%), evidenciando dificultades en la transición, permanencia o culminación de este ciclo educativo.

La educación en el departamento se caracteriza por contar con oferta institucional pública y privada en los distintos niveles, así como programas de apoyo a la permanencia escolar. No obstante, se identifican problemáticas relevantes como la deserción en niveles superiores (especialmente en educación media) y condiciones socioeconómicas que afectan la continuidad educativa y posibles brechas en la calidad educativa.

Estos hallazgos muestran que, aunque el departamento presenta fortalezas en alfabetización y cobertura en niveles básicos y secundarios, persisten desafíos importantes en la permanencia y culminación de la educación media. Esto implica la necesidad de fortalecer estrategias intersectoriales orientadas a mejorar la retención escolar para poder garantizar la trayectoria educativa completa y así reducir las inequidades, lo cual impacta directamente en las oportunidades de desarrollo social y en los determinantes de la salud de la población.

Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud -Sistema de educación del Departamento del Archipiélago, 2024.

Indicadores	Colombia	Archipiélago de San Andrés Islas	Comportamiento																			
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	7,1	2,50			-													↗				
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	104,83	103,22	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	107,36	112,74	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	90,94	85,20	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: DANE, Ministerio de Educación Nacional

2.8. Pobreza

2.8.1. Índice de Pobreza Multidimensional IPM

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

El departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina presenta un IPM de 6,0%, se encuentran en la zona urbana y en la zona rural.

2.8.2. Necesidades Básicas Insatisfechas NBI

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

2.8.2.1. Necesidades Básicas Insatisfechas Total:

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

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

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

2.8.3. Necesidades Básicas Insatisfechas por Área

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

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

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

Conclusiones

Dentro del análisis de los determinantes sociales de la salud en cuanto a las condiciones de vida, seguridad alimentaria, las condiciones y factores psicológicos, Sistema Sanitario y Educación, nos indica que las condiciones y los estilos de vida continúan influyendo de manera significativa en la situación sanitaria de la población.

La estimación para la cobertura de servicios públicos de acuerdo al DANE con base en los datos del censo de población y vivienda, se define que el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina,

presenta una cobertura de electricidad del 100% superior a la media nacional (93%), para el servicio de acueducto del 80% y alcantarillado 36,3% mientras que para el nivel nacional se encuentran en 65,3%, refleja la necesidad de priorizar inversiones y estrategias que fortalezcan la infraestructura de agua potable y saneamiento, con el fin de garantizar condiciones de vida adecuadas y equitativas para toda la población del departamento.

Los resultados evidencian que, para el año 2024, el departamento presenta mayores barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia (7,40%) en comparación con el promedio nacional (5,7%), lo que refleja desigualdades que afectan especialmente a los hogares con niños pequeños. Sin embargo, en cuanto al acceso a los servicios de salud, la situación es favorable: mientras que en Colombia el 2,9% de los hogares reporta barreras, en el departamento solo el 0,20% presenta dificultades. Esto indica que prácticamente la totalidad de los hogares del territorio logra acceder a los servicios de salud, mostrando un desempeño significativamente mejor que el promedio nacional.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2023 en Colombia la cobertura de afiliación al SGSSS fue del 99,32%, en el departamento el valor es 103,58%, siendo por encima que la del nivel nacional, lo que evidencia un desempeño positivo en la inclusión de la población dentro del sistema de seguridad social en salud, garantizando el acceso a servicios de salud para la gran mayoría de los habitantes del territorio y reflejando un fortalecimiento de las estrategias de afiliación.

Las metas de coberturas útiles en Vacunación son del 95%, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2023. Este valor refleja el estándar necesario para garantizar la protección efectiva de la población frente a las enfermedades inmunoprevenibles y lograr la inmunidad colectiva. Alcanzar estas metas es fundamental para reducir la incidencia de enfermedades prevenibles y fortalecer la salud pública, destacando la importancia de mantener estrategias de Vacunación eficientes, seguimiento continuo y promoción comunitaria para asegurar la cobertura óptima en todos los grupos poblacionales.

Los datos del DANE para 2024 muestran que el Departamento presenta un porcentaje de hogares con analfabetismo del 2,5%, significativamente inferior al promedio nacional del 7,1%. lo que nos ha demostrado los avances en

educación, reflejando mejores condiciones de acceso a la educación básica en comparación con la media del país.

Estos determinantes representan factores que condicionan los principales problemas de salud. Por lo tanto, es necesario fortalecer estrategias intersectoriales, mejorar las condiciones de vida y promover entornos saludables que permitan reducir inequidades y favorecer mejoras sostenibles en la salud de la comunidad.

3. CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO

3.1. Análisis de la morbilidad

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2015 y 2024 se prestaron 1.055.311 atenciones, en promedio un total de 105.531 atenciones anuales. El mínimo de atenciones se registró en el año 2016 (21.296) y el máximo de atenciones se ha reportado hasta el momento en 2024 (305.901).

En cuanto a la demanda por curso de vida en 2024, la población adulta (29-59 años) fue la que más consultas realizó, representando el 43% del total, seguido de las personas de 60 y más años (28%) y de la Juventud (8%).

De acuerdo con la principal gran causa, de acuerdo al número de atenciones en el periodo analizado, en primer lugar, se ubica el grupo de las enfermedades no transmisibles con un 64%, seguida de condiciones mal clasificadas con 13,6% y el tercer lugar las lesiones con 9,3%.

3.1.1. Análisis de la morbilidad principales causas

Morbilidad atendida (ambos sexos)

Primera infancia de 0 – 5 años

En el Departamento, las causas que aportan la mayor carga de morbilidad en la primera infancia corresponden al grupo de las enfermedades no transmisibles durante el período 2015- 2024, con una proporción del 37,18% de las atenciones (9.238), presentando un aumento de 2,50 puntos porcentuales en su participación con relación al año 2023, se ubican como segunda causa de atención en esta población las condiciones transmisibles y nutricionales con el 30,56% (7.594). Las condiciones mal clasificadas se encuentran en el tercer

lugar con el 20,13% (5.002). En cuarto lugar, se sitúan las lesiones representando el 11,66% (2.897) y ocupando el último lugar están las condiciones perinatales con el 0,47% (117).

Infancia (6 a 11 años)

Dentro de este curso de vida, el grupo de grandes causas de morbilidad que más afecta a estos menores, son las enfermedades no transmisibles con un 56,50% (9.262), que en comparación con el año anterior incrementó en 3,67 puntos porcentuales con respecto al año anterior, seguido se encuentran las condiciones mal clasificadas con el 15,59% (2.556), en el tercer lugar se ubican condiciones transmisibles y nutricionales con un 15,28% (2.505), las lesiones ocupan el cuarto lugar representando el 12,60% (2.065).

Adolescencia (12 – 18 años)

En el grupo de adolescencia se observa que las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad de este curso de vida con 54,70% (12.335), con decremento de – 0,88 puntos porcentuales respecto a 2023; en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas con el 17,24% (3.888). Seguidamente, se ubican las lesiones con un 16,12% (3.636), en cuarto lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales con el 10,78% (2.430) y por último lugar lo ocupan las condiciones maternas representando el 1,15% de las atenciones.

Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención con el 48,11% de las atenciones (18.169) en el último año, las cuales presentan un aumento de 0,88 puntos porcentuales; le siguen las condiciones mal clasificadas 17,14% (6.472), ocupando el tercer lugar se encuentran las lesiones con un 13,55% (5.119), en cuarto lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales representando el 11,43% (4.316) y en último lugar las condiciones maternas con el 9,77% (3.689).

Adulthood (27 a 59 años)

Con respecto al curso de vida adultez, reporta el número de atenciones más alto arrojando como la principal causa las enfermedades no transmisibles con el 68,04% de las atenciones (89.711) en el último año, las cuales presentan un aumento de 0,82 puntos porcentuales; seguidamente se encuentran las condiciones mal clasificadas 12,09% (15.943), en tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales con un 9,92% (13.075) y en cuarto lugar las lesiones representando el 8,11% (10.690).

Persona mayor (>60 años)

En este curso de vida, las enfermedades no transmisibles también representan la principal causa de morbilidad con el 80,29% de las atenciones en el último año, seguidas de las condiciones mal clasificadas con un 9,33%, el tercer lugar es para las condiciones transmisibles y nutricionales con un 5,64%.

Tabla 28. Morbilidad atendida en la población total del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.

Curso de Vida	Gran causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35,96	27,96	42,63	28,83	27,10	11,73	26,63	36,23	32,58	30,56	2,02
	Condiciones perinatales	0,30	0,58	0,55	2,04	2,35	0,48	3,62	1,14	0,87	0,47	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	42,49	28,32	29,82	31,41	28,45	19,13	32,26	34,18	34,68	37,18	2,50
	Lesiones	5,81	27,88	5,14	11,03	9,71	14,29	8,69	6,65	10,17	11,66	1,49
	Condiciones mal clasificadas	15,44	15,26	21,86	26,68	32,38	54,37	28,80	21,80	21,70	20,13	-1,57
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,95	20,38	17,60	14,79	20,80	14,86	14,24	15,67	16,57	15,28	-1,29
	Condiciones maternas	0,00	0,44	0,00	0,00	0,10	0,09	0,17	0,05	0,07	0,03	-0,04
	Enfermedades no transmisibles	47,46	49,63	41,60	53,64	50,25	50,11	54,00	54,12	52,83	56,50	3,67
	Lesiones	6,80	12,41	13,98	15,89	12,77	15,85	12,12	11,29	12,34	12,60	0,26
	Condiciones mal clasificadas	21,79	17,13	26,82	15,67	16,07	19,10	19,46	18,88	18,19	15,59	-2,60
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,49	13,49	12,14	5,86	11,62	9,49	8,07	9,40	9,27	10,78	1,51
	Condiciones maternas	0,77	0,46	2,65	3,70	6,16	6,06	2,16	4,02	0,89	1,15	0,27
	Enfermedades no transmisibles	56,22	48,02	48,96	58,64	50,20	48,59	53,12	55,40	55,58	54,70	-0,88
	Lesiones	12,58	23,09	15,56	13,50	16,08	13,85	15,98	11,80	16,59	16,12	-0,47
	Condiciones mal clasificadas	16,95	14,94	20,69	18,29	15,94	22,01	20,67	19,38	17,67	17,24	-0,43
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,74	7,37	11,08	8,53	8,80	8,50	8,24	10,06	10,43	11,43	1,00
	Condiciones maternas	3,95	3,14	15,17	18,10	17,21	20,21	12,30	12,89	8,33	9,77	1,44
	Enfermedades no transmisibles	48,54	38,34	38,50	41,14	43,57	41,91	43,04	45,92	47,29	48,11	0,82
	Lesiones	25,80	38,15	17,33	17,85	13,25	9,88	15,83	10,85	15,64	13,55	-2,09
	Condiciones mal clasificadas	10,97	13,01	17,92	14,37	17,18	19,49	20,60	20,28	18,32	17,14	-1,18
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,02	6,36	9,11	5,75	7,49	6,23	5,26	8,10	8,79	9,92	1,13
	Condiciones maternas	0,82	0,77	3,06	3,41	2,80	3,75	2,76	2,47	1,73	1,84	0,11
	Enfermedades no transmisibles	70,59	63,93	61,86	66,61	68,29	63,99	65,10	68,37	67,22	68,04	0,82
	Lesiones	11,09	18,75	11,99	11,93	8,87	9,02	10,90	7,44	9,47	8,11	-1,36
	Condiciones mal clasificadas	10,48	10,19	13,99	12,30	12,55	17,00	15,98	13,62	12,79	12,09	-0,70
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	2,71	4,08	5,49	4,35	6,10	6,85	3,32	3,89	4,94	5,64	0,70
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,01
	Enfermedades no transmisibles	87,60	81,23	77,24	77,17	78,21	72,24	77,30	82,64	80,68	80,29	-0,39
	Lesiones	3,60	7,51	6,15	6,03	4,51	5,50	6,44	4,55	5,32	4,73	-0,59
	Condiciones mal clasificadas	6,09	7,18	11,12	12,45	11,18	15,41	12,94	8,91	9,05	9,33	0,27

Fuente: Reporte ASiS. SISPRO RIPS. Ministerio de Salud y Protección Social

Morbilidad atendida (hombres)

Primera infancia de 0 – 5 años

En primer lugar, se encuentran las enfermedades no transmisibles con una proporción del 36,61% de las atenciones (5.042), las condiciones transmisibles y nutricionales son la segunda causa de atención en esta población con el 27,24% (3.857). Las condiciones mal clasificadas se encuentran en el tercer lugar con el 22,88% (3.240). En cuarto lugar, se sitúan las lesiones, representando el 13,89% (1.966) y ocupando el ultima lugar están las condiciones perinatales con el 0,38% (54).

Infancia (6 a 11 años)

Se destaca dentro del grupo de grandes causas de morbilidad que más afectan a los menores; corresponden a las enfermedades no transmisibles con el 56,07% (4.934), seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales con el 15,24% (1.341); en el tercer lugar se ubican las lesiones con un 14,59% (1.284); el cuarto lugar lo ocupan las condiciones mal clasificadas, representando el 14,10% (1.241).

Adolescencia (12 – 18 años)

En los hombres del grupo de adolescencia se observa que las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad de este curso de vida con 51,63% (5.222), en segundo lugar, se encuentran las lesiones con el 22,04% (2.229). Seguidamente, se ubican las condiciones mal clasificadas con un 14,76% (1.493), y en cuarto lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales con el 11,58% (1.171).

Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención con el 47,13% de las atenciones (5.695) en el último año; le siguen las lesiones con el 25,77% (3.114), en tercer lugar, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales, 14,31% (1.729), y en cuarto lugar, las condiciones mal clasificadas, el 12,79% (1.545).

Adulthood (27 a 59 años)

Con respecto a los hombres del curso de vida de la adultez, se reporta como la principal causa las enfermedades no transmisibles con el 63,18% de las atenciones (27.443), en segundo lugar, se encuentran las lesiones con el 13,35% (5.801), le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con el 12,84% (5.579) y en cuarto lugar las condiciones mal clasificadas con un 10,63% (4.616).

Persona mayor (>60 años)

En este curso de vida, se ubican las enfermedades no transmisibles, representando la principal causa de morbilidad con el 78,07% (26.594); seguidamente se encuentran las condiciones mal clasificadas, con un 9,51% (3.240); el tercer lugar es para las condiciones transmisibles y nutricionales, representadas con 6,64% (2.263) de las atenciones.

Tabla 29. Morbilidad atendida en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.

		Hombres										
Curso de Vida	Gran causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35,21	23,22	47,09	24,52	22,16	7,93	23,82	34,89	28,87	27,24	-1,63
	Condiciones perinatales	0,33	0,64	0,51	2,71	0,45	0,20	1,69	1,05	0,90	0,38	-0,52
	Enfermedades no transmisibles	42,25	23,32	30,77	29,86	25,25	13,57	11,57	33,79	34,59	35,61	1,02
	Lesiones	7,26	37,27	3,28	12,00	10,73	12,63	9,87	7,73	11,80	13,89	2,09
	Condiciones mal clasificadas	14,95	15,55	18,34	30,91	41,41	65,67	33,04	22,54	23,84	22,88	-0,96
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,32	19,47	16,50	16,22	20,95	11,35	12,60	15,97	15,67	15,24	-0,44
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	44,48	52,27	40,96	49,03	47,95	51,58	53,77	54,11	54,17	56,07	1,90
	Lesiones	6,42	12,80	16,33	18,92	16,01	19,32	15,44	12,20	14,14	14,59	0,45
	Condiciones mal clasificadas	24,77	15,47	26,21	15,83	15,08	17,74	18,19	17,72	16,01	14,10	-1,91
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,40	16,44	14,50	4,69	14,67	12,35	8,27	9,89	9,21	11,58	2,37
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	48,32	43,47	44,13	52,26	47,21	47,80	49,46	56,06	54,08	51,63	-2,41
	Lesiones	16,38	30,26	22,85	24,96	24,73	20,84	21,26	16,89	22,02	22,04	0,01
	Condiciones mal clasificadas	20,91	9,83	18,53	18,09	13,38	19,00	21,01	17,15	14,73	14,76	0,03
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,61	7,63	13,42	9,09	10,01	9,21	9,63	12,20	11,46	14,31	2,85
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	38,31	28,08	38,04	48,09	49,75	56,35	45,22	48,68	46,69	47,13	0,44
	Lesiones	40,63	54,14	36,65	32,06	26,80	18,65	30,15	23,27	29,02	25,77	-3,25
	Condiciones mal clasificadas	11,45	10,15	11,89	10,77	13,44	15,79	15,00	15,86	12,83	12,79	-0,04
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,07	5,36	8,58	5,82	8,18	5,68	4,33	10,29	10,76	12,84	2,08
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	64,55	53,73	58,16	63,93	64,89	61,52	63,57	65,22	63,02	63,18	0,15
	Lesiones	19,83	32,03	20,19	21,33	14,65	14,77	17,06	13,05	15,48	13,35	-2,13
	Condiciones mal clasificadas	9,56	8,88	13,07	8,91	12,29	18,04	15,04	11,44	10,73	10,63	-0,10
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	1,96	2,80	5,22	3,90	6,38	7,06	3,05	4,58	5,71	6,64	0,94
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	86,62	79,27	77,11	75,86	74,89	71,00	73,63	80,92	78,59	78,07	-0,52
	Lesiones	4,96	8,84	6,92	6,47	5,09	4,94	7,96	5,28	6,05	5,77	-0,28
	Condiciones mal clasificadas	6,45	9,09	10,76	13,77	13,64	17,01	15,35	9,22	9,65	9,51	-0,14

Fuente: Reporte ASIS. SISPRO RIPS. Ministerio de Salud y Protección Social

Morbilidad atendida (mujeres)

Primera infancia de 0 – 5 años

En primer lugar, se encuentran las enfermedades no transmisibles con una proporción del 39,26% de las atenciones (4.196), las condiciones transmisibles y nutricionales son la segunda causa de atención en este grupo poblacional con el 34,96% (3.737). Las condiciones mal clasificadas se encuentran en el tercer lugar con el 16,48% (1.762). En cuarto lugar, se sitúan las lesiones, representando el 8,71% (931).

Infancia (6 a 11 años)

Se destaca dentro del grupo de grandes causas de morbilidad que más afectan a los menores; corresponden a las enfermedades no transmisibles con el 57,00% (4.328), seguidas de las condiciones mal clasificadas con el 17,32% (1.315), en el tercer lugar se ubican las condiciones transmisibles y nutricionales con un 15,33% (1.164), y las lesiones ocupan el cuarto lugar representando el 10,29% (781).

Adolescencia (12 – 18 años)

En las mujeres del grupo adolescencia se observa que las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad de este curso de vida con 57,21% (7.113); en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas con el 19,26% (2.395). Seguidamente, se ubican las lesiones con un 11,32% (1.407) y en cuarto lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales con el 10,13% (1.259).

Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención con el 48,57% de las atenciones (12.474) en el último año; le siguen las condiciones mal clasificadas con el 19,18% (4.927); en tercer lugar, se encuentran las condiciones maternas con el 14,36% (3.689); le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con el 10,07% (2.587); y, finalmente, las lesiones con el 7,81% (2.005).

Adulthood (27 a 59 años)

Con respecto a las mujeres del curso de vida de la adultez, se reporta como la principal causa las enfermedades no transmisibles con el 70,43% de las atenciones (62.268), en segundo lugar, se encuentran las condiciones mal clasificadas 12,81% (11.327), en tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales 8,48% (7.496) y en cuarto lugar las lesiones con un 5,53% (4.889).

Persona mayor (>60 años)

En este curso de vida, se ubican las enfermedades no transmisibles, representando la principal causa de morbilidad con el 81,77% (41.607), seguidas de las condiciones mal clasificadas con un 9,20% (4.682); en tercer lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales, con 4,97% (2.528), y le siguen las lesiones, representadas con 4,04% (2.055) de las atenciones.

Tabla 30. Morbilidad atendida en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.

		Mujeres											
Curso de Vida	Gran causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35,90	38,28	38,34	35,70	35,17	22,92	30,91	37,91	37,14	34,96	-2,18	
	Condiciones perinatales	0,27	0,46	0,59	0,98	5,44	1,28	6,54	1,26	0,84	0,59	-0,25	
	Enfermedades no transmisibles	42,80	39,21	28,90	33,89	33,69	35,47	33,31	34,66	39,79	39,26	4,47	
	Lesiones	3,98	7,42	6,93	9,48	8,05	19,17	6,88	5,30	8,16	8,71	0,55	
	Condiciones mal clasificadas	16,06	14,62	25,25	19,94	17,65	21,15	22,35	20,87	19,07	16,48	-2,58	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,47	21,52	18,93	12,89	20,63	20,04	16,28	15,32	17,56	15,33	-2,23	
	Condiciones maternas	0,00	0,99	0,00	0,00	0,22	0,21	0,39	0,10	0,16	0,07	-0,09	
	Enfermedades no transmisibles	51,31	46,36	42,36	59,75	53,33	47,93	54,29	54,13	51,34	57,00	5,66	
	Lesiones	7,29	11,92	11,15	11,86	8,86	10,71	8,03	10,25	10,35	10,29	-0,06	
	Condiciones mal clasificadas	17,93	19,21	27,56	15,46	17,26	21,10	21,01	20,20	20,60	17,32	-3,28	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,85	10,59	10,47	6,87	9,31	7,51	7,89	9,06	9,33	10,13	0,80	
	Condiciones maternas	1,31	0,91	4,52	6,87	10,80	10,24	4,08	6,84	1,69	2,09	0,40	
	Enfermedades no transmisibles	61,78	52,50	52,38	64,09	52,46	48,13	56,37	54,94	56,98	57,21	0,23	
	Lesiones	9,90	16,04	10,40	3,72	9,57	9,03	11,29	8,22	11,67	11,32	-0,35	
	Condiciones mal clasificadas	14,16	19,97	22,23	18,45	17,86	24,09	20,36	20,94	20,33	19,26	-1,07	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,58	7,15	10,05	8,24	8,20	8,13	7,50	9,25	9,89	10,07	0,19	
	Condiciones maternas	6,92	5,87	21,87	27,69	25,72	30,88	18,86	17,76	12,67	14,36	1,69	
	Enfermedades no transmisibles	56,23	47,28	38,70	37,45	40,51	34,28	41,88	44,88	47,59	48,57	0,98	
	Lesiones	14,66	24,20	8,79	10,33	6,55	5,26	8,19	6,15	8,68	7,81	-0,87	
	Condiciones mal clasificadas	10,61	15,50	20,59	16,29	19,03	21,45	23,58	21,96	21,17	19,18	-1,99	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,46	6,90	9,36	5,71	7,09	6,57	5,75	7,17	7,78	8,48	0,70	
	Condiciones maternas	1,21	1,18	4,51	5,20	4,42	6,04	4,20	3,51	2,61	2,75	0,14	
	Enfermedades no transmisibles	73,43	69,39	63,61	68,02	70,26	65,51	65,91	69,71	69,36	70,43	1,07	
	Lesiones	6,98	11,65	8,09	6,99	5,52	5,52	7,68	5,06	6,40	5,53	-0,87	
	Condiciones mal clasificadas	10,91	10,89	14,43	14,08	12,70	16,37	16,47	14,55	13,85	12,81	-1,03	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	3,14	4,94	5,67	4,72	5,89	6,66	3,51	3,44	4,45	4,97	0,52	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,01	0,02	0,01	
	Enfermedades no transmisibles	88,17	82,55	77,33	78,23	80,73	73,41	80,00	83,76	82,03	81,77	-0,25	
	Lesiones	2,82	6,61	5,64	5,66	4,06	6,03	5,32	4,07	4,85	4,04	-0,81	
	Condiciones mal clasificadas	5,88	5,90	11,36	11,39	9,31	13,90	11,17	8,70	8,66	9,20	0,54	

Fuente: Reporte ASIS. SISPRO RIPS. Ministerio de Salud y Protección Social

Subcausas de morbilidad

Condiciones transmisibles y nutricionales

A continuación, se describe el comportamiento de la morbilidad del subgrupo de enfermedades transmisibles y nutricionales, encontrando que el mayor porcentaje de consultas se concentra en las enfermedades infecciosas y parasitarias con 55,21% del total de las atenciones en el año 2024 presentando un incremento de 10,42 puntos porcentuales; la segunda causa de consultas es por las infecciones respiratorias con 41,68%.

El mismo comportamiento se presenta en la distribución por sexo, son las enfermedades infecciosas y parasitarias las que ocupan el primer lugar de consultas siendo los hombres los que más requieren el servicio por esta causa, con un total de 19.164 atenciones, de igual forma para los hombres presentan un incremento de 12,71 puntos porcentuales para el año 2024.

(Ver anexo 1C. Tabla. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.)

Condiciones materno-perinatales

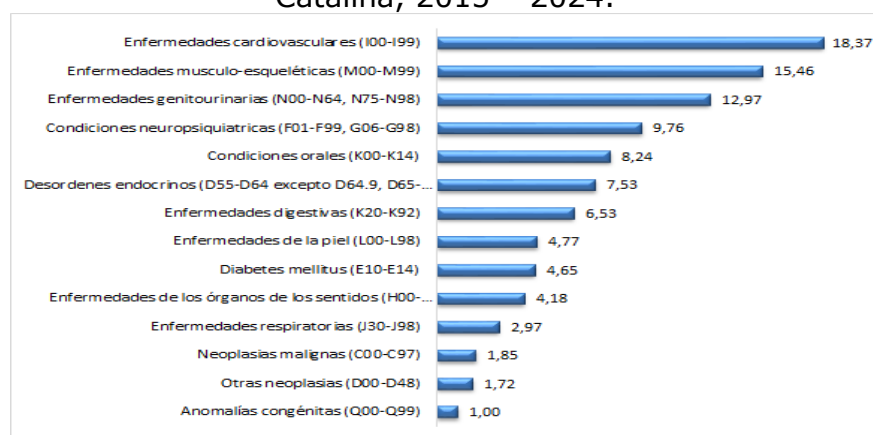
Son las condiciones maternas perinatales la subcausa con mayor proporción de atención en las condiciones maternas perinatales para los años estudiados, con el 96,39%, presentando un leve incremento de 0,79 puntos porcentuales en comparación con el año anterior. Las condiciones perinatales tienen un pequeño porcentaje en este subgrupo, con 3,61%, con un leve descenso de -0,79 puntos porcentuales para el año 2024 en comparación con el año 2023.

(Ver Anexo 2C. Tabla. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.)

Enfermedades no transmisibles

Al respecto de las consultas por enfermedades no transmisibles en el Departamento, se evidencia que para los años evaluados durante el periodo 2015-2024, las enfermedades cardiovasculares lideran el mayor porcentaje de consultas con el 18,37% de las atenciones, las cuales presentan un aumento de 1,26 puntos porcentuales con respecto al año 2023. Seguido de las enfermedades musculo-esqueléticas con el 15,46% de las atenciones, luego las enfermedades genitourinarias con el 12,97%, las condiciones neuropsiquiátricas con 9,76%, las condiciones orales con el 8,24% y los desórdenes endocrinos con el 7,53% de las atenciones, mencionando las principales causas. El número de atenciones aumenta cada año; esto también posiblemente está relacionado con el aumento de la población adulta y adulta mayor, en donde se presentan más las enfermedades crónicas no transmisibles.

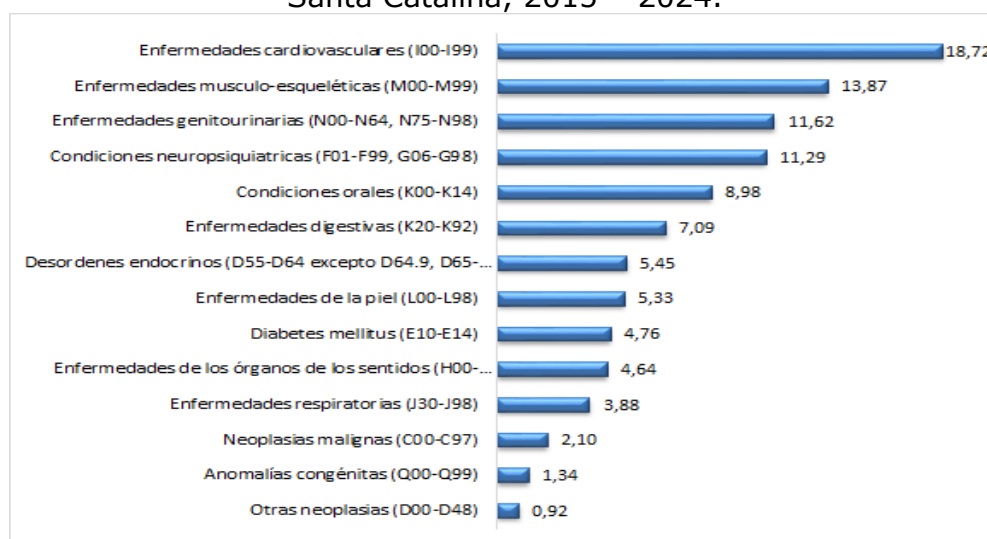
Figura 35. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles total del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS MSPS 2015 – 2024.

En hombres, la subcausa de enfermedades cardiovasculares presentó la mayor proporción con 18,72% del total de consultas del grupo de no transmisibles, que, en comparación con el año anterior, presenta un incremento de 2,20 puntos porcentuales. La segunda subcausa durante el periodo de estudio correspondió a las enfermedades musculo-esqueléticas con una proporción de 13,87%, y la tercera subcausa para hombres corresponde a las condiciones genitourinarias con una proporción de 11,62%.

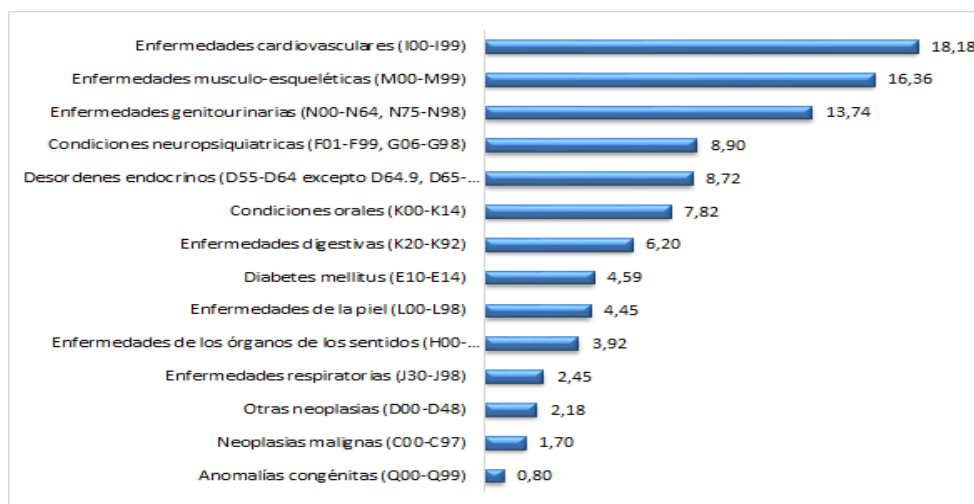
Figura 36. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS MSPS 2015 - 2024

En mujeres para el período de estudio 2015 – 2024, la subcausa enfermedades cardiovasculares presentó la mayor proporción con 18,18% del total de consultas del grupo de no transmisibles, presentando un leve aumento de 0,70 puntos porcentuales respecto al año anterior. La segunda subcausa durante el periodo de estudio correspondió a las enfermedades musculo-esqueléticas con una proporción de 16,36%, y la tercera subcausa para mujeres corresponde a enfermedades genitourinarias con una proporción de 13,74%.

Figura 37. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS MSPS 2015 – 2024

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

Lesiones

Esta gran causa la conforman las subcausas: lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89), lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871), lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872), traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98). La distribución del comportamiento de la gran causa de morbilidad, lesiones, para el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, arrojó que durante el periodo 2015-2024, la subcausa de Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas alcanzó la proporción más alta con un 93,95% de consultas. En segundo lugar, se ubicaron las Lesiones no intencionales con 4,78% del total de

las consultas para este grupo de subcausa. Asimismo, en ambos sexos se presenta igual comportamiento.

(Ver Anexo 3C. Tabla. Morbilidad específica en las lesiones del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.)

3.1.2. Morbilidad por salud mental

De acuerdo a la distribución por curso de vida, la adultez ocupa el primer lugar con el 35,45%, en segundo lugar, está el curso de infancia con el 22,75% y en tercer lugar el curso de vida de la juventud contribuye con un 13,85% del total de consultas.

Para el curso de vida de la adultez, la principal causa que tiene el mayor porcentaje es la ansiedad, con un 52,22% para el año 2024, que, en comparación con el año anterior, presenta una disminución de 4,56 puntos porcentuales. Como segunda causa se encuentra la depresión con el 19,75%, presentando un incremento de 2,10 puntos porcentuales con respecto al año anterior; le sigue la epilepsia con el 17,02%, ocupando el tercer lugar de las atenciones, presentando un aumento de 2,38 puntos porcentuales con respecto al año 2023.

El curso de vida de la Infancia que ocupa el segundo lugar presenta como primera causa de consulta la epilepsia, que abarcan el 43,30% de las consultas, en este grupo con un incremento de 1,74 puntos porcentuales en comparación con al año 2023; se ubica como segunda causa la ansiedad con una carga porcentual de 43,30% y un descenso de -9,30 puntos porcentuales para el año 2024 y como tercera causa esta la depresión con un incremento de 8,51 puntos porcentuales respecto al año anterior.

El curso de vida de la Juventud que se encuentra en tercer lugar, presenta en su primera causa de consulta la ansiedad con un incremento de 0,20 puntos porcentuales para el año 2024, la segunda causa de consulta es la depresión con el 32,39%, con un incremento de 9,20 puntos porcentuales con respecto al año anterior y en tercer lugar se ubica la epilepsia con el 20,58% y una leve disminución de 0,07 puntos porcentuales con respecto al año 2023.

En cuarto lugar, está el curso de vida de la adolescencia, evidenciándose como primera causa la ansiedad, con un aumento de 9,58 puntos porcentuales para el año 2024 con respecto al año anterior; la segunda causa es la epilepsia, la cual incrementó 14,19 puntos porcentuales en el 2024; y en tercer lugar está la

depresión, con el 22,83% y un descenso de 13,04 puntos porcentuales con respecto al año 2023.

El quinto lugar lo ocupa el curso de vida de la primera infancia, el cual presenta la epilepsia como la primera causa con el 59,70%, con un destacado incremento de 24,85 puntos porcentuales para el año 2024; la ansiedad es la segunda causa de consulta con el 32,34% que aumenta para el año 2024 en 12,64 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

En el curso de vida de la vejez, la ansiedad es la causa predominante, acaparando el mayor número de atenciones con una proporción del 59,04%, que, en comparación con el año 2023, se ve incrementada en 1,10 puntos porcentuales. En el segundo lugar durante el mismo período de estudio, se encuentra la depresión, representando el 29,78%.

(Ver Anexo 4C. Tabla. Morbilidad de salud mental por curso de vida en población total. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.)

(Ver Anexo 5C. Tabla. Morbilidad de salud mental por curso de vida en población hombres. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.)

(Ver Anexo 6C. Tabla. Morbilidad de salud mental por curso de vida en población mujeres. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.)

Comportamiento de la notificación del evento Intento de Suicidio

El Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ha reportado 37 casos de intento de suicidio hasta la semana epidemiológica 52 del año 2024.

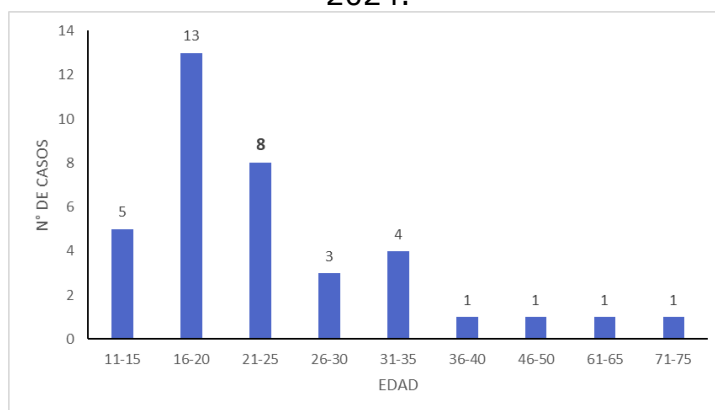
Tabla 31. Distribución de las características generales de los casos de Intento de Suicidio en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		CASOS	%
GÉNERO	MASCULINO	10	27
	FEMENINO	27	73
	TOTAL	37	100
ÁREA DE RESIDENCIA	CABECERA MUNICIPAL	11	30
	CENTRO POBLADO	19	51
	RURAL DISPERSO	7	19
	TOTAL	37	100
PERTENENCIA ÉTNICA	INDIGENA	0	0
	ROM GITANO	0	0
	RAIZAL	9	24
	PALANQUERO	0	0
	NEGRO, MULATO, AFROCOLM	0	0
	OTRO	28	76
	TOTAL	37	100
GRUPO POBLACIONAL	OTROS GRUPOS	35	94
	DISCAPACITADOS	0	0
	DESPLAZADOS	0	0
	MIGRANTES	0	0

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	CARCELARIOS	1	3
	GESTANTES	1	3
	TOTAL	37	100
	EXCEPCIÓN	2	5
	ESPECIAL	2	5
	CONTRIBUTIVO	16	43
	SUBSIDIADO	14	38
	INDETERMINADO	1	3
	NO AFILIADO	2	6
	TOTAL	37	100

Fuente: SIVIGILA individual 2024

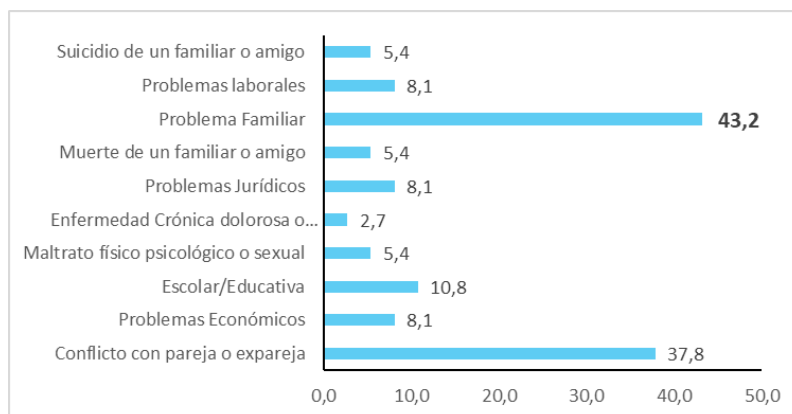
Figura 38. Casos de Intento de Suicidio por grupos de edad y sexo en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.



Fuente: SIVIGILA individual 2024

Se observa que la mayor frecuencia de los casos de intento de suicidio en el departamento por grupo de edades corresponde a un 30,8% en personas de 16 a 20 años de edad, según lo notificado hasta la semana epidemiológica 52 del 2024.

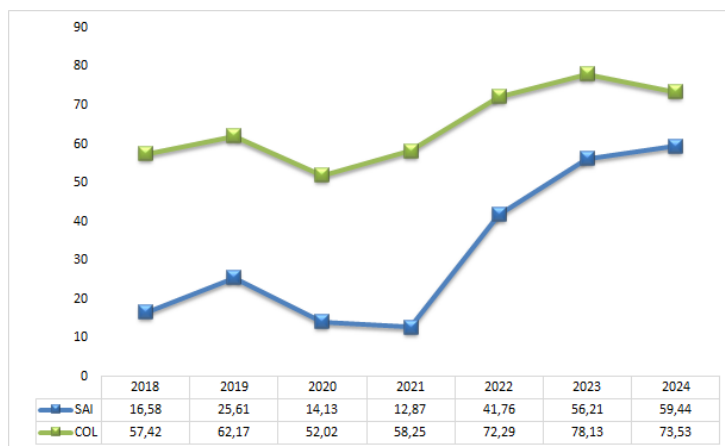
Figura 39. Notificación de casos de intento de suicidio según el factor desencadenante en San Andrés, Providencia y Santa Catalina de la semana epidemiológica 52 del año 2024.



Fuente: SIVIGILA individual 2024

Se evidencia que el mayor factor desencadenante del intento de suicidio se relaciona con los problemas familiares con un 43,2% y con el conflicto con pareja o expareja con un 37,8% en el departamento hasta la semana 52 de 2024.

Figura 40. Comportamientos tasa de incidencia Intento de suicidio, Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2024.



Fuente: Sivigila INS, 2024.

La ENSM señala que la conducta suicida en menores suele estar asociada a trastornos depresivos y a eventos estresantes como conflictos familiares, rupturas afectivas, cambios de vivienda, estigma o discriminación. Los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal muestran que el 29,11% de los suicidios está relacionado con enfermedades mentales, especialmente en mujeres.

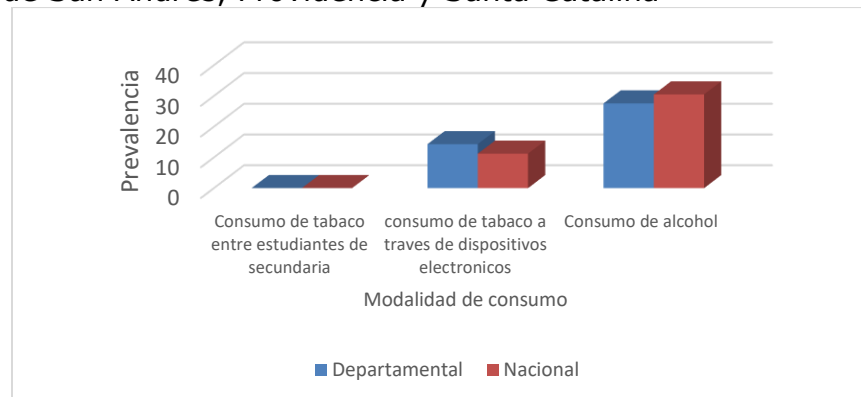
El conflicto con la pareja o expareja aparece como la segunda causa más frecuente, evidenciando la necesidad de atención temprana en salud mental y de intervenciones oportunas ante situaciones emocionales críticas tanto en adolescentes como en adultos.

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

Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2022, San Andrés registra una prevalencia de consumo de tabaco del 1,1%, la más baja del país y con una disminución frente al 3,6% reportado en 2016. Sin embargo, el consumo mediante dispositivos electrónicos alcanza el 14,3%, ligeramente por encima del promedio nacional.

En cuanto al alcohol, el Departamento presenta una prevalencia del 27,56%, inferior al promedio nacional (30,49%) y con una reducción respecto a 2016 (32%). Estos datos muestran una tendencia general a la disminución del consumo tradicional, pero un aumento en el uso de dispositivos electrónicos para fumar.

Figura 41. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina



Fuente: Elaboración propia a partir del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, 2022

Tabla 32. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

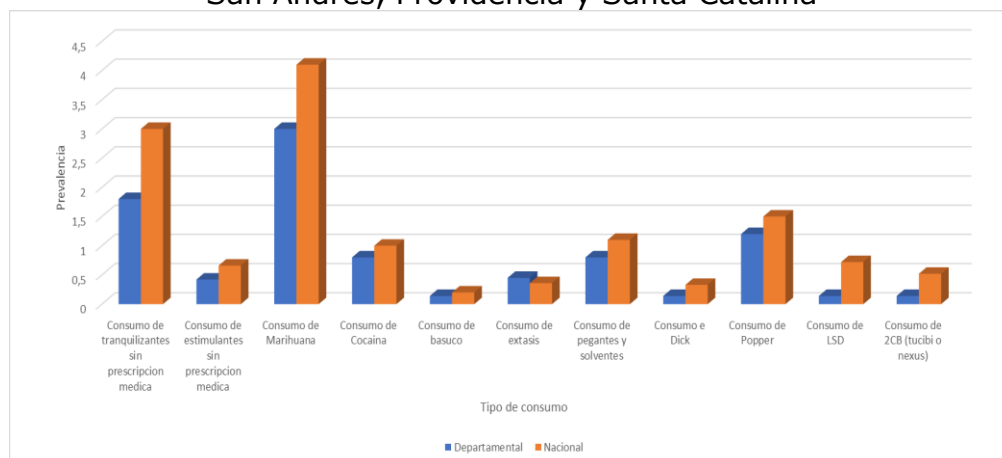
Tipo de consumo	Departamental	Nacional
Consumo de tabaco entre estudiantes de secundaria	1.1	4.5
consumo de tabaco a través de dispositivos electrónicos	14,3	11,2
Consumo de Alcohol	27,56	30,49

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, 2022

El Departamento registra prevalencias de consumo de tranquilizantes (1,8%) y estimulantes sin prescripción (0,42%), ambas por debajo de la media nacional y en descenso frente a 2016. El consumo de marihuana es del 3,0%, también menor que el promedio del país y con reducción respecto a 2016. Para cocaína, la prevalencia es de 0,8%, igualmente en tendencia descendente.

El consumo de éxtasis es de 0,45%, ligeramente superior al promedio nacional, aunque menor que en 2016. Basuco y Dick presentan prevalencias muy bajas (0,14%), con disminución significativa frente al estudio anterior. El consumo de popper alcanza 1,2%, por debajo del promedio nacional y con reducción respecto a 2016.

Figura 42. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina



Fuente: Elaboración propia a partir del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, 2022

Tabla 33. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en escolares de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Tipo de consumo	Departamental	Nacional
Consumo de tranquilizantes sin prescripción medica	1,8	3,0
Consumo de estimulantes sin prescripción medica	0,42	0,66
Consumo de Marihuana	3,0	4,1
Consumo de Cocaína	0,8	1,0
Consumo de basuco	0,14	0,2
Consumo de Éxtasis	0,45	0,4
Consumo de pegantes y solventes	0,8	1,1
Consumo e Dick	0,14	0,3
Consumo de Popper	1,2	1,5
Consumo de LSD	0,14	0,7
Consumo de 2CB (Tucibi o Nexus)	0,14	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, 2022

(Ver Anexo 7C. Comportamiento de la notificación del evento Intento de suicidio y el apartado de consumo de sustancias psicoactivas)

3.1.3. Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

En todos los eventos considerados de alto costo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la comparación con el país. Para el año 2024, los indicadores de enfermedad renal crónica tuvieron un comportamiento hacia el incremento; mientras la tasa de incidencia de VIH tuvo un comportamiento descendente; y la tasa de incidencia de leucemia se mantuvo en cero casos.

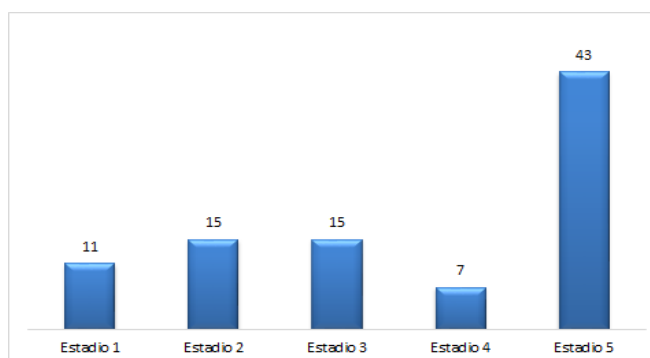
Tabla 34. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Colombia, 2024.

Evento	Colombia	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	82,0	69,1	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	76,1	48,2	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗
de incidencia de VIH notificada	27,9	12,9	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,4	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	3,2	0,0	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-

Fuente: Reportes CAC-INS

Por otra parte, en cuanto a las frecuencias de la ERC según estadio, se registra un total de 91 personas en progresión de la enfermedad renal crónica, de las cuales el 12,1% se encuentran en estadio 1; en estadio 2 se encuentra el 16,5%; en estadio 3 el 16,5%; en estadio 4 el 7,7%, en estadio 5 con 47,3%.

Figura 43. Número de personas con Enfermedad Renal Crónica según Estadio. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.



Fuente: Reportes CAC-INS

A nivel nacional, la prevalencia identificada para la Diabetes Mellitus está en 40,9, siendo superior a la prevalencia departamental de 36,1. Por el contrario, en la hipertensión arterial, la prevalencia nacional (11,2) es inferior a la departamental (12,5). En ambos eventos las diferencias de las prevalencias no se consideran estadísticamente significativas.

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

Tabla 35. Eventos precursores. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2024.

Evento	Colombia	Archipiélago de San Andrés, Providencia	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
evalencia de diabetes mellitus	40,9	36,1	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗
evalencia de hipertensión arterial	11,2	12,5	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘

Fuente: CAC

3.1.4.Morbilidad población migrante

Atenciones por tipo de servicio

En el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Colombia, el 31% de la atención en salud de la población migrante fue realizada por el servicio de consulta externa, seguido de procedimientos y medicamentos con 18.

Tabla 36. Atenciones a la población migrante por tipo de servicio en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Colombia, 2024.

Tipo de atención	Total Migrantes atendidos Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina		Total Migrantes atendidos Colombia		Concentración Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	2024	Distribución	2024	Distribución	Año
Consulta Externa	757	31%	410.711	37%	0,2%
Servicios de urgencias	393	16%	57.996	5%	0,7%
Hospitalización	413	17%	49.076	4%	0,8%
Procedimientos	436	18%	388.310	35%	0,1%
Medicamentos	453	18%	202.014	18%	0,2%
Nacimientos	4	0%	8.073	1%	0,0%
Total	2.456	100%	1.116.180	100%	0,2%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO

Atenciones por país de procedencia

El 95% de las atenciones realizadas en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina a la población migrante en el año 2024 fue de procedencia de otros. El 4% corresponde a la procedencia venezolana.

Tabla 37. Atenciones a la población migrante por país de procedencia en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2024.

País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia	
	Año	Proporción
Brasil	0	0%
Ecuador	1	0%
Nicaragua	1	0%
Otros	761	95%
Panamá	5	1%
Perú	0	0%
República Bolivariana de Venezuela	34	4%
Sin identificador de país	0	0%
Total	802	100%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO

Atenciones por tipo de afiliación

Durante el año 2024, del total de atenciones realizadas a la población migrante, el 55,5% se realizó en población con afiliación al régimen subsidiado; seguido del régimen contributivo con el 43,4%.

Tabla 38. Atenciones a la población migrante por tipo de afiliación en el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Colombia, 2024.

Regimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud (Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina)	%	Total de migrantes con atenciones en salud en Colombia	%	Concentración
Contributivo	350	43,4	116777	20,7	0,3%
Subsidiado	448	55,5	174138	30,9	0,3%
No afiliada	0	0,0	89422	15,9	0,0%
Particular	2	0,2	93220	16,5	0,0%
Otro	6	0,7	87073	15,4	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen	1	0,1	793	0,1	0,1%
En desplazamiento con afiliación al régimen	0	0,0	400	0,1	0,0%
En desplazamiento no asegurado	0	0,0	1993	0,4	0,0%
Total de migrantes atendidos	807	100	563816	100	0,1%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO

3.1.5. Morbilidad por pertenencia étnica

Raizal

En 2024 se registraron 2.679 consultas en población raizal del Archipiélago. Las principales causas fueron: enfermedades del sistema osteomuscular (15,86%), síntomas y signos mal definidos (15,64%), enfermedades del sistema circulatorio (15,60%), endocrinas y metabólicas (11,12%) y genitourinarias (7,54%).

Tabla 39. Diagnóstico principal de atención (número de atenciones) población Raizal, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.

Diagnóstico principal de atención RAIZAL												Δ 2024-2023
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,00	4,00	2,93	1,15	1,06	2,28	2,71	3,28	2,40	2,24	-0,88	
C02 - TUMORES	2,36	0,00	2,13	4,60	3,30	7,24	3,80	4,74	3,27	1,87	-1,48	
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORG. HEMATOP., Y OTROS TRAST. QUE AFECTAN LA INMUNIDAD	0,00	0,00	0,80	0,00	1,17	0,94	0,70	0,83	1,44	0,26	0,61	
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1,97	0,00	1,33	6,90	10,43	5,03	3,87	3,52	8,36	11,12	4,84	
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1,57	2,67	2,13	8,05	7,23	11,13	4,26	6,63	3,75	4,67	2,89	
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	59,45	0,00	0,80	1,15	1,49	1,21	3,18	1,29	1,06	1,16	-0,24	
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	7,09	0,00	2,93	8,05	4,57	1,41	1,94	0,53	1,83	0,75	1,29	
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	1,57	0,00	0,27	0,00	1,28	0,87	0,77	0,63	0,38	3,84	-0,25	
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	3,15	0,00	6,93	3,45	14,26	14,35	16,81	22,12	24,30	15,60	2,18	
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1,97	4,00	6,40	2,30	4,36	4,43	5,19	4,05	2,02	1,79	-2,03	
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0,00	0,00	12,27	2,30	7,55	3,96	6,04	12,60	5,28	4,74	-7,32	
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	2,76	0,00	3,73	3,45	1,91	4,16	1,55	2,32	2,31	0,86	-0,02	
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0,00	2,67	1,60	3,45	8,09	5,90	8,91	4,15	8,36	15,86	4,21	
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1,18	1,33	4,53	17,24	5,21	11,13	4,65	6,90	8,36	7,54	1,46	
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0,00	0,00	1,33	1,15	3,09	3,69	3,18	2,26	2,69	5,94	0,43	
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	0,79	0,00	0,80	0,00	0,00	0,20	0,39	0,07	1,15	0,19	0,09	
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES MAL DEFINIDOS	1,97	10,67	32,53	22,99	10,74	12,01	20,37	17,25	17,39	15,64	0,14	
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CAUSA EXTERNAS	14,17	73,33	16,53	13,79	13,09	9,52	11,70	6,57	5,67	5,67	-0,90	
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0,00	1,33	0,00	0,00	1,17	0,54	0,00	0,27	0,00	0,26	-0,27	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS MSPS 2015 – 2024

Tabla 40. Diagnóstico principal de atención (número de atenciones) población Afrodescendiente, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.

Diagnóstico principal de atención NARP												Δ 2024-2023
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023	
Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	1,03	0,00	0,93	0,00	0,00	3,37	8,41	2,93	1,94	2,13	0,20	
Tumores	0,00	0,00	0,93	2,27	0,94	12,73	3,60	2,50	0,00	1,46	1,46	
Enf. de la Sangre y de Org. Hematop. y Trast. que afectan la Inmunidad	0,00	0,00	0,00	0,00	2,19	0,75	1,20	0,00	0,00	0,20	0,20	
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	0,00	0,00	6,48	2,27	14,06	5,24	2,10	1,52	4,52	11,45	6,93	
Trastornos Mentales y del Comportamiento	0,00	0,00	0,00	2,27	1,25	3,37	1,20	1,41	1,29	3,83	2,54	
Enfermedades del Sistema Nervioso	77,84	0,00	0,93	0,00	1,25	0,75	3,30	0,54	7,10	3,10	-4,00	
Enfermedades del Ojo y Sus Anexos	5,67	0,00	7,41	13,64	5,31	0,75	0,60	0,87	0,00	0,76	0,76	
Enfermedades del oído y Apófisis Mastoides	0,00	0,00	1,85	0,00	1,56	0,37	0,60	0,65	0,00	3,13	3,13	
Enfermedades Del Sistema Circulatorio	6,19	9,09	5,56	2,27	14,38	10,49	6,61	13,37	10,32	13,41	3,08	
Enfermedades del Sistema Respiratorio	1,55	18,18	6,48	0,00	3,13	7,49	1,50	0,11	3,87	1,69	2,18	
Enfermedades del Sistema Digestivo	0,00	0,00	1,85	2,27	3,75	3,00	6,31	35,43	11,61	4,47	7,14	
Enfermedades de La Piel y del Tejido Subcutáneo	0,00	18,18	1,85	0,00	0,00	0,00	0,90	2,28	0,00	1,02	1,02	
Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	0,00	0,00	5,56	0,00	17,19	5,99	3,30	4,78	9,03	15,36	6,33	
Enfermedades del Sistema Genitourinario	0,52	9,09	9,26	34,09	5,31	9,74	11,11	6,85	11,61	7,18	4,43	
Embarazo, Parto y Puerperio	0,00	9,09	0,00	2,27	7,19	14,23	2,70	3,91	0,00	7,83	7,83	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Malformaciones Congénitas y Anomalías Cromosómicas	0,00	0,00	0,93	0,00	0,63	0,37	0,90	0,22	1,94	0,18	1,76	
Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales mal clasificados	1,03	18,18	46,30	15,91	6,25	19,10	29,13	13,91	30,32	17,26	-3,06	
Traumatismos, Envenenamientos y Otras Causa Externas	6,19	18,18	3,70	11,36	15,31	2,25	16,52	8,59	6,45	5,29	-1,17	
Causas Externas de Morbilidad y de Mortalidad	0,00	0,00	0,00	11,36	0,31	0,00	0,00	0,11	0,00	0,26	0,26	

Fuente: Bodega de Datos d SISPRO (SGD) – RIPS MSPS 2015 – 2024

Indígena

En el análisis de morbilidad en población indígena se encontraron 99 consultas; de acuerdo con el motivo de consulta, en primer lugar, se encuentran las

enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo con la proporción más alta de 29,29% (29 consultas); seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio con 18,18% (18 consultas); le siguen las enfermedades del sistema digestivo con 13,13%.

Tabla 41. Diagnóstico principal de atención (número de atenciones) población indígena, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024.

Diagnóstico principal de atención Indígena	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ 2024-2023
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,02	2,63	1,01	-1,62
C02 - TUMORES	0,00	0,00	0,00	41,38	45,65	21,57	6,25	0,40	0,00	0,00	0,00
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORG. HEMATOP., Y OTROS TRAST. QUE AFECTAN LA INMUNIDAD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00	0,00
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0,00	0,00	0,00	3,45	2,17	1,96	0,00	1,61	5,26	0,00	-5,26
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0,00	0,00	0,00	48,28	28,26	58,82	6,25	0,81	0,00	6,06	6,06
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00	11,25	0,40	5,26	0,00	-5,26
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	0,00	3,23	0,00	0,00	0,00
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	0,00	7,66	10,53	18,18	7,66
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	46,25	8,06	7,89	7,07	-0,82
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0,00	0,00	33,33	6,90	6,52	0,00	3,75	5,24	10,53	13,13	2,60
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,75	2,42	2,63	29,29	26,66
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	7,84	0,00	10,08	7,89	6,06	-1,83
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0,00	0,00	22,22	0,00	0,00	1,96	2,50	14,11	2,63	1,01	-1,62
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,87	0,00	0,00	0,00
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,25	1,21	10,53	8,08	-2,45
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES MAL DEFINIDOS	0,00	0,00	11,11	0,00	13,04	1,96	18,75	25,40	13,16	2,02	-11,14
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CAUSA EXTERNAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,88	0,00	4,44	21,05	8,08	-12,97
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS MSPS 2015 – 2024

3.1.6. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

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

Tabla 42. Eventos de interés en Salud Pública Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.

Evento	Comportamiento									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	
210 - DENGUE	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	
342 - ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	↗	↘	-	-	-	↗	↘	↗	↘	
356 - INTENTO DE SUICIDIO	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	↘	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	↗	↗	↘	↘	↘	-	↗	↘	↗	
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	
831 - VARICELA INDIVIDUAL	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
875 - VCM, VIF, VSX	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	

Fuente: SIVIGILA individual 2024

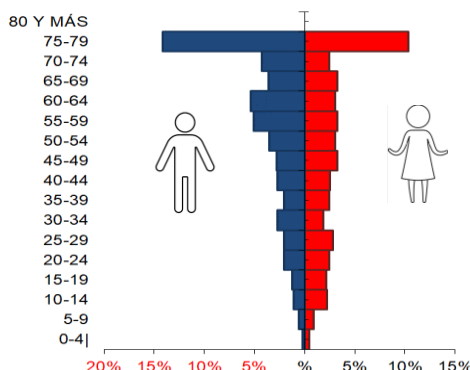
(Ver Anexo 8C. Comportamiento de eventos de interés en Salud Pública Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.)

3.1.7. Análisis de la población con discapacidad

La Convención Interamericana define la discapacidad como una limitación física, mental o sensorial que afecta actividades esenciales y puede verse agravada por el entorno. En Colombia, el registro oficial se realiza a través del RLCPD, donde las personas son valoradas por equipos multidisciplinarios en IPS autorizadas, obteniendo un certificado que permite su inclusión en programas y beneficios.

Para 2024, el Archipiélago registra 281 personas con discapacidad, de las cuales el 54% son mujeres, con presencia notable en adolescentes y adultos jóvenes. Se requiere fortalecer las acciones de valoración e ingreso al RLCPD para garantizar el acceso efectivo a servicios y programas que mejoren su calidad de vida.

Figura 44. Pirámide de la población en condición de discapacidad. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad

Tabla 43. Población total de discapacidad por grupo de edad. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.

Grupo de edad	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
De 05 a 09 años	3	6	9
De 10 a 14 años	7	19	26
De 15 a 19 años	14	17	31
De 20 a 24 años	7	18	25
De 25 a 29 años	7	9	16
De 30 a 34 años	7	10	17
De 35 a 39 años	14	13	27
De 40 a 44 años	11	6	17
De 45 a 49 años	8	8	16
De 50 a 54 años	4	8	12
De 55 a 59 años	3	12	15
De 60 a 64 años	6	9	15
De 65 a 69 años	5	7	12
De 70 a 74 años	4	8	12
De 75 a 79 años	2	7	9
De 80 años o más	3	7	10
No reportado	4	8	12
Total general	109	172	281

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad

Las principales alteraciones permanentes en la población con discapacidad del Departamento son: discapacidad intelectual (25%), seguida de discapacidad múltiple (23%) y discapacidad física (22%).

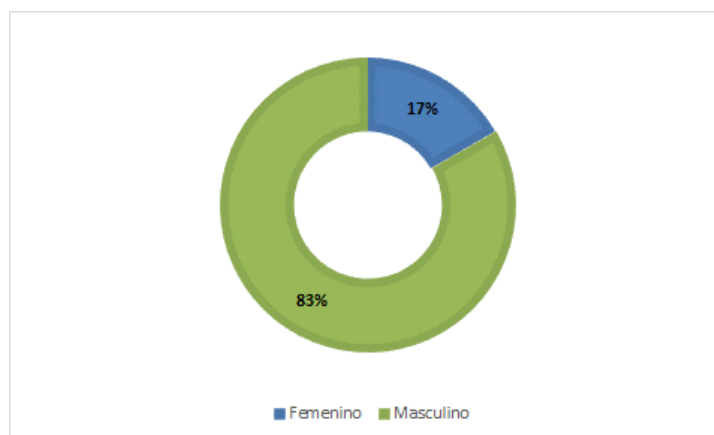
Tabla 44. Población total en condición de discapacidad por tipo de discapacidad y sexo. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	83	23,6	47	20,5
Víslual	19	5,4	14	6,1
Auditiva	8	2,3	10	4,4
Intelectual	87	24,8	59	25,8
Psicosocial (Mental)	72	20,5	46	20,1
Sordoceguera	1	0,3	1	0,4
Múltiple	81	23,1	52	22,7
Total	351	100,0	229	100,0

** Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%.

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad

Figura 45. Población raizal en condición de discapacidad por tipo de sexo. Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2024.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad

3.1.8. Análisis de la población étnica con discapacidad

En cuanto a la población con pertenencia étnica, se observa que el 83% pertenece al sexo masculino. Además, el 83% residen en la cabecera del territorio.

3.1.9. Identificación de prioridades en la morbilidad

Tabla 45. identificación de prioridades en la morbilidad

Morbilidad	Prioridad	Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Colombia	Tendencia
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	64,0	71,20	Aumento
	2. Condiciones mal clasificadas	13,6	14,76	Aumento
	3. Lesiones	9,3	5,30	Aumento
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Transmisibles y nutricionales: Enfermedades infecciosas y parasitarias	55,21	52,06	Aumento
	2. No transmisibles: Enfermedades cardiovasculares	41,68	17,96	Aumento
Alto Costo	1. Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	69,1	82,0	Aumento
	2. Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	48,2	76,1	Aumento
	3. Tasa de incidencia de VIH notificada	12,9	27,9	Disminución
Precusores	1. Prevalencia de hipertensión arterial	12,5	11,2	Disminución
	2. Prevalencia de diabetes mellitus	36,1	40,9	Aumento
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia	735,8	342,0	Aumento
	2. Violencia de género e Intrafamiliar	86,72	45,06	Aumento
	3. Dengue	979,9	937,4	Aumento
	4. Morbilidad Materna Extrema	36,9	74,5	Aumento
	5. Intento de Suicidio	59,4	73,5	Aumento
Discapacidad	1. Intelectual	25	21	Aumento
	2. Múltiple	23	21	Aumento
	3. Física	22	28	Aumento

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

Conclusiones de morbilidad

El análisis de los eventos mórbidos del departamento evidencia un escenario de transición epidemiológica, caracterizado por la coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles, eventos transmisibles asociados a determinantes sociales y ambientales, y una carga relevante de lesiones y causas externas que afectan de manera diferencial a los grupos poblacionales según el curso de vida y el sexo.

La morbilidad general por grandes causas expone la predominancia de las enfermedades no transmisibles, principalmente en los cursos de vida adultez y adulta mayor, lo que conlleva a la necesidad de potenciar programas de prevención de enfermedades crónicas y garantizar la atención integral al adulto mayor mediante la promoción del envejecimiento activo desde la Atención Primaria en Salud.

El proceso del análisis territorial, fue desarrollado de forma participativa en espacios comunitarios, complementando los hallazgos cuantitativos previos sobre morbilidad y mortalidad, y subraya con claridad fortalecer las intervenciones integrales, diferenciales y multisectoriales para reducir las brechas presentes en el territorio.

Se destaca la necesidad de robustecer la gobernanza y la coordinación entre actores institucionales, así como de ampliar la participación comunitaria como componente central de la respuesta, para orientar acciones que incidan en los determinantes sociales de la salud y mejoren la resiliencia local.

En este marco, se garantiza la base para una planeación integral en salud orientada a transformar las condiciones que generan inequidades y contribuir a un territorio sostenible.

3.2. Análisis de la mortalidad

3.2.1. Mortalidad general

Ajuste de tasas por edad

Para el análisis de la mortalidad por grandes causas, especifica por subgrupo, materno infantil y de la niñez se tomó como referencia la lista de agrupación para mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, Este análisis se desagregará por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2015 al 2024p, analizando e interpretando la magnitud y tendencia de las tasas ajustadas, en orden de frecuencia presentó el siguiente comportamiento:

Para el año 2024p las Enfermedades del sistema circulatorio lideraron las causas mortalidad general del departamento mostrando una tasa de mortalidad ajustada (TMA) de 193,1 x 100.000 habitantes, mostrando una tendencia hacia el aumento hasta el año 2023, y encontrando un leve descenso en 14,4 x 100.000 habitantes para el año 2024p con respecto al año anterior.

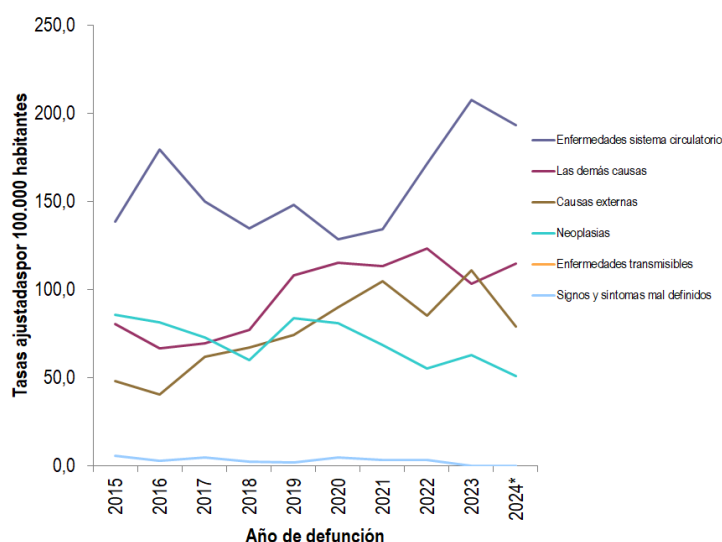
En segundo lugar, se ubican Las demás causas que es un grupo residual de la clasificación, compuesto en su mayoría por enfermedades crónicas no transmisibles con una tasa de mortalidad ajustada de 114,5 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento presentó una tendencia hacia el aumento hasta el año 2022, para el 2023 presentó una reducción de tasas de 15,3 x 100.000 habitantes y presenta un aumento de tasas de 11,24 x 100.000 habitantes para el año 2024p con respecto al año anterior.

En tercer lugar, se encuentra la mortalidad por causas externas, durante el periodo objeto de análisis la mortalidad por este evento presenta una tendencia hacia el descenso, cerrando el año 2024p con una tasa de mortalidad ajustada de 78,7 x 100.000 habitantes, mostrando una reducción de tasas de 32,1 x 100.000 habitantes con respecto al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se encuentra la mortalidad por Neoplasias, con una tasa de mortalidad ajustada de 51,0 x 100.000 habitantes, presento su pico máximo durante el año 2015 con una tasa de mortalidad ajustada de 85,6 x 100.000 habitantes, entre el 2020 y el 2022 la mortalidad por este evento presentó una tendencia hacia la disminución, pero para el 2023p presentó un incremento de tasas de 7,2 x 100.000 habitantes y para el 2024 p se presenta una reducción de tasas de 23,2 x 100.000 habitantes con respecto al año 2023.

En quinto lugar, se ubica la mortalidad por enfermedades transmisibles con una TMA de 33,8 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento había mostrado una tendencia hacia el aumento hasta el año 2022, siendo este el año con el pico más alto (TMA de 38,6 x 100.000 habitantes); presentando un descenso de tasas de 4,8 x 100.000 habitantes con respecto al año 2023. En sexto lugar se encuentran los signos y síntomas mal definidos, la mortalidad por este evento se ha mantenido dentro de un rango de tasas de 1,5 x 100.000 habitantes a 4,8 x 100.000 habitantes, para el año 2024p no se reportaron muertes por este evento.

Figura 46. Tasa de mortalidad ajustada general del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 1D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada general del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad General por grandes causas en hombres

El análisis de tendencia de la tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad para hombres en el período comprendido entre 2014 y 2024p en el departamento de del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, es el siguiente:

En primer lugar, se encuentra la mortalidad a causa de enfermedades del sistema circulatorio con una TMA de 204,3 x 100.000 hombres, siendo el 2024p el año con la tasa de mortalidad más elevada, durante los últimos 4 años la mortalidad por este evento ha mostrado una tendencia hacia el aumento.

En segundo lugar, se ubica la mortalidad por causas externas, con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 147,5 x 100.000 hombres, mostrando una tendencia hacia el descenso de tasas de 64,7 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentran las demás causas con una TMA de 122,0 x 100.000 hombres, a pesar de que su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, entre 2021 y 2023p ha mostrado una tendencia hacia el aumento, para el 2024p se observa un leve descenso de tasas de 0,6 x 100.000 hombres frente al 2023.

En cuarto lugar, se ubica la mortalidad por neoplasias, con una TMA de 71,2 x 100.000 hombres. Su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo analizada. Para el año 2024p se observa una reducción de tasas de 9,3 x 100.000 hombres frente al año inmediatamente anterior.

En quinto lugar, se ubican las enfermedades transmisibles con una TMA de 39,5 x 100.000 hombres, se observa un descenso de tasas de 15,2 x 100.000 hombres frente al año 2023.

Le siguen los signos y síntomas mal definidos. La mortalidad por este evento ha mantenido sus tasas de mortalidad entre 31,1 y 11,2 x 100.000 hombres y para el año 2024p no se reportaron muertes por este evento.

(Ver Anexo 2D. Figura. Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

(Ver Anexo 3D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad General por grandes causas en mujeres

La mortalidad general por grandes causas en mujeres del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presentó el siguiente comportamiento para el año 2024p:

En primer lugar, se ubica la mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) para el 2024p de 152,5 x 100.000 mujeres, ha mostrado un comportamiento variable en la línea de tiempo, pero ha mostrado una tendencia hacia el aumento a partir del año 2022, siendo el año 2023 el año con la tasa de mortalidad más elevada.

En segundo lugar, se ubican las demás causas, con una tasa de mortalidad ajustada de 107,5 x 100.000 mujeres, mostrando un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada, su pico más alto se reporta durante el año 2022 con una tasa de mortalidad ajustada por 100.000 mujeres de 127,7, para el 2024p se observa un descenso de tasas de 18,5x 100.000 mujeres respecto al año 2023.

El tercer lugar de la mortalidad por grandes causas en mujeres lo ocupan las neoplasias con una TMA de 33,8 x 100.000 mujeres. Su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo; su pico más alto se reportó durante el año 2019 con una TMA de 77,9 x 100.000 mujeres. Para el 2024p se observa una reducción de tasas de 15,2 x 100.000 mujeres respecto al año 2023.

En el cuarto lugar se encuentra la mortalidad por enfermedades transmisibles con una TMA de 28,3 x 100.000 mujeres, mostrando una tendencia hacia el aumento durante el periodo evaluado hasta el año 2023, presentando para el 2024p un descenso de tasas de 5,3 x 100.000 mujeres respecto al año anterior.

En quinto lugar, se ubica la mortalidad debido a causas externas con una TMA de 10,7 x 100.000 mujeres, la mortalidad por este evento se ha mantenido dentro de un rango de tasas de 5,6 y 20,4 x 100.000 mujeres.

(Ver Anexo 4D. Figura. Tasa de mortalidad ajustada para las mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

(Ver anexo 5D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada para las mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

3.2.1.1. Mortalidad por AVPP total

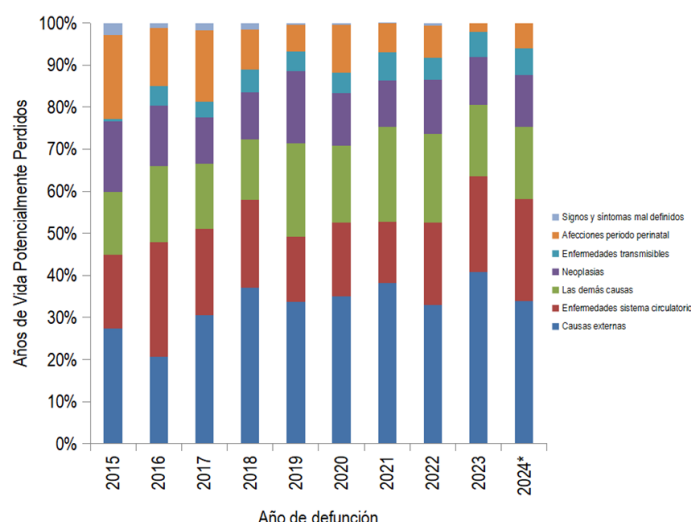
Se realizó el cálculo del indicador Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, el cual ilustra la pérdida de años como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Este indicador permite priorizar y determinar cuáles son las causas de muerte que generan la mayor pérdida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

Durante el año 2024p se perdieron un total de 6.718 años, observando una disminución de 1.040 años de vida perdidos con respecto al año inmediatamente anterior. Siendo las causas externas el mayor generador de años de vida perdidos con 2.279 AVPP por cada 100.000 habitantes, representando el 33,9% de los años de vida perdidos del 2024p, resaltando que el 2021 fue el año con mayor número de años de vida potencialmente perdidos por este evento.

En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con un total de 1.625 años de vida potencialmente perdidos, representando un 24,2% de AVPP, siendo 2023p el año con mayor número de AVPP por este evento, registrando una disminución de 132 años, con respecto al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentra la mortalidad prematura por las demás causas, con 1.159 AVPP (17.3%), para el 2024p se observó una reducción de 184 años de vida potencialmente perdidos con respecto al 2023, el año con mayor número de muertes prematuras por este evento se registró en el 2021 con 1.862 AVPP; en cuarto lugar se encuentran la mortalidad por Neoplasias con 828 AVPP(12,3%), siendo el 2019 el año con mayor número de muertes tempranas por este evento; en quinto lugar se encuentran las enfermedades transmisibles afecciones originadas en el periodo perinatal con un total de 417 AVPP(6.2%), para el 2024p se observó una disminución de 61 AVPP con respecto al año inmediatamente anterior.

Figura 47. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP para el hombre

Durante el 2024p los hombres del departamento de San Andrés Providencia y Santa Catalina acumularon un total 4.383 años de vida potencialmente perdidos, siendo el 2017 el año con mayor número de pérdida de años de vida en forma prematura con un acumulado de 5.554 AVPP. El aporte más alto de pérdida de años de AVPP es debido las causas externas con 2.123 AVPP, se observa una disminución de 843 AVPP con respecto a 2023, el 2021 es el año con el mayor número de muertes prematuras por este evento; en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con 929 AVPP, este grupo de enfermedades muestra un aumento de 96 AVPP con respecto al año inmediatamente anterior; en tercer lugar se ubican las demás causas con 477 AVPP, observando una disminución de 179 AVPP con respecto al 2023; le siguen las Neoplasias con 477 AVPP, mostrando un incremento de 26 AVPP frente al 2023.

(Ver Anexo 6D. Figura. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024p.).

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP para la mujer

Para las mujeres del departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se reportaron un total de 2.333 años de vida potencialmente perdidos, siendo el

2021 el año con mayor registro de muertes prematuras en este grupo, en orden de frecuencia en primer lugar, se ubica la mortalidad debido a las Enfermedades del sistema circulatorio como las mayores generadoras de muertes prematuras con 696 AVPP, con una tendencia a la disminución, se observa una disminución de 228 AVPP frente al año inmediatamente anterior; en segundo lugar se encuentran las demás causas, responsables de 682 AVPP, con un incremento de 59 AVPP con respecto al 2023; en tercer lugar se ubican las Neoplasias con 350 AVPP, observando una disminución de 91 años de vida potencialmente perdidos con respecto al reporte del año anterior; en cuarto lugar se encuentran las Muertes prematuras debido a las afecciones originadas en el periodo perinatal con 330 AVPP, el mayor número de muertes prematuras por este evento se presentó durante el año 2014; en quinto lugar se ubican las causas externas, con un acumulado de 156 AVPP, reportando una disminución de 23 años con respecto al 2023.

(Ver Anexo 7D. Figura. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024p.)

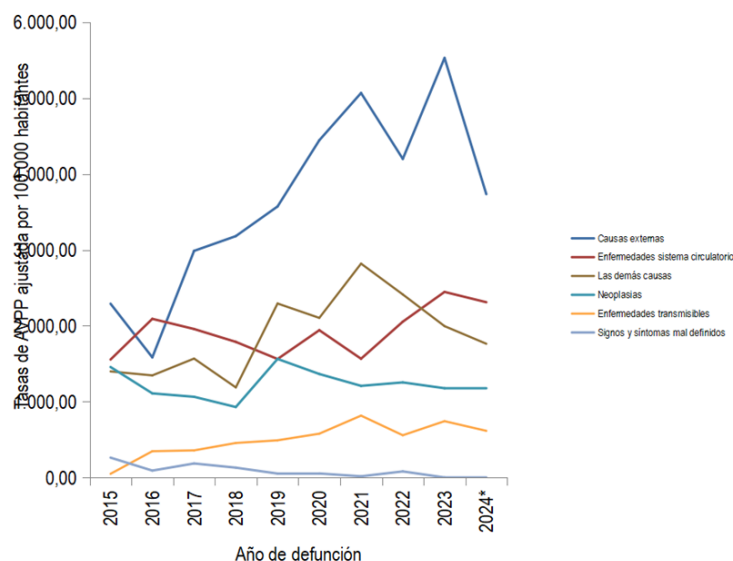
3.2.1.2. Mortalidad por Tasas ajustadas de AVPP total

Se realizó el cálculo de las tasas ajustadas de años de vida potencialmente perdidos según las grandes causas de mortalidad de la lista 6/67, permitiendo conocer la tendencia de las diferentes causas de mortalidad en el periodo 2014-2024p.

Para el año 2024p en el Departamento insular, las causas externas fueron responsables de la mayor tasa ajustada de AVPP con 3.735×100.000 habitantes con una disminución de tasas de 122,26, frente al 2023, presentando su pico máximo durante el año 2021; en segundo lugar, se ubican Las Enfermedades de sistema circulatorio con una tasa ajustada de AVPP de $2.309.96 \times 100.000$ habitantes, observando una reducción de tasas de 195.05 frente al año inmediatamente anterior, su pico más alto se registró durante el año 2021 con una tasa de AVPP de $1.923.62 \times 100.000$ habitantes, durante los últimos tres años las tasas ajustadas de mortalidad prematura por este evento han mostrado una tendencia hacia la disminución; en tercer lugar se ubican las demás causas con una tasa ajustada de AVPP de $1.762.32 \times 100.000$ habitantes, reportando una reducción de tasas de 170,93 frente al 2023, manteniéndose en un rango de tasas entre $1.762.32$ y $2.042.20 \times 100.000$ habitantes; en cuarto lugar se ubican las Neoplasias con una tasa ajustada de AVPP de $1.181.39 \times 100.000$ habitantes, presentando una disminución de tasas de 21.78 frente al 2023, mostrando una tendencia hacia la disminución frente al año 2014; en quinto

lugar se ubican las Enfermedades transmisibles con una tasa ajustada de AVPP de 614,54 x 100.000 habitantes, presentando su pico máximo durante el año 2021 con una tasa ajustada de AVPP x 100.000 habitantes de 1.051.0.

Figura 48. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

Tasa de AVPP ajustada por edad en mujeres

Al analizar las tasas de años de vida potencialmente perdidos de la población femenina del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se observa que las demás enfermedades lideran el grupo con una tasa ajustada de AVPP de 1.992.02 x 100.000 mujeres, se observa un incremento de tasas 159.22 AVPP frente al año inmediatamente anterior, durante los últimos 3 años las tasas ajustadas de mortalidad por este evento han mostrado una tendencia hacia la disminución; en segundo lugar se ubican las Enfermedades del sistema circulatorio con una tasa ajustada de AVPP de 1.851.52x 100.000 mujeres, con un incremento de tasas ajustadas de AVPP de 135.39 frente al 2023; en tercer lugar se encuentran las Neoplasias con una tasa ajustada de AVPP de 950,30 reflejando una reducción de tasas frente al año inmediatamente anterior de 21.36 x 100.000 mujeres, la mortalidad por este evento muestra una tendencia hacia la disminución frente al 2014; en cuarto lugar se encuentran las Causas externas con una tasa ajustada de AVPP de 436.93 x 100.000 mujeres, mostrando una reducción de tasas de 53.84 frente al año inmediatamente anterior; en quinto lugar se encuentran las Enfermedades

transmisibles con una tasa ajustada de AVPP de 310.11×100.000 mujeres, las tasas de AVPP por este evento se han mantenido en un rango de tasas entre 310.11 y 486.75×100.000 mujeres.

(**Ver Anexo 8D.** Figura. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024p.)

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

Al analizar las tasas ajustadas por edad en hombres del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se observa que para el año 2024p las causas externas ocuparon el primer lugar con una tasa ajustada de $6.999.40$ AVPP $\times 100.000$ hombres, evidenciando una reducción de tasas de 196.10 AVPP respecto al año inmediatamente anterior; en segundo lugar se ubican las Enfermedades del sistema circulatorio con una tasa ajustada de $2.843.68$ AVPP, se observa un incremento de tasas de 163.55 AVPP frente al 2023; en tercer lugar se ubican las demás causas con una tasa ajustada de AVPP de $1.502.58 \times 100.000$ hombres, observando una reducción de tasas de 184.11 con respecto al 2023; en cuarto lugar se encuentran las Neoplasias con una tasa ajustada de AVPP de $1.454.42$, se ubican las Enfermedades transmisibles con una tasa ajustada de 940.06 AVPP, durante los últimos 3 años objeto de análisis ha mostrado una tendencia hacia la disminución.

(**Ver Anexo 9D.** Figura. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2014 – 2024p.)

3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo

3.2.2.1. Tasas ajustadas por la edad

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

3.2.2.1.1. Enfermedades transmisibles

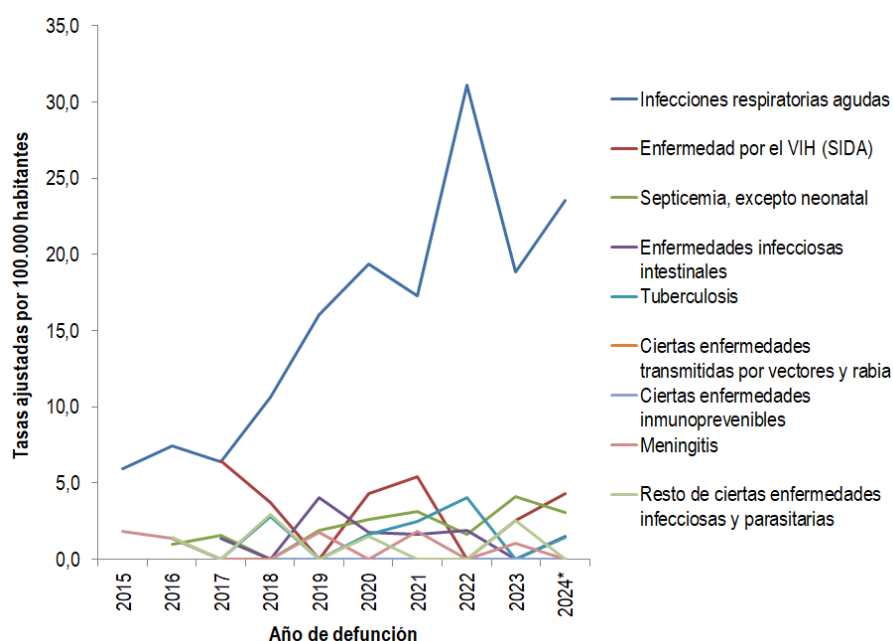
Las Enfermedades transmisibles son aquellas causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, Para el año 2024p en el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa

Catalina, en todos los grupos de edad, en orden de frecuencia, presentaron el siguiente comportamiento:

El primer lugar, lo ocupan las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de mortalidad ajustada (TMA) de $23,5 \times 100.000$ habitantes, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, para el 2024p se observó un incremento de tasas de 4,7 con respecto al año inmediatamente anterior, siendo el 2022 el año con el pico más alto, (TMA de $31,07 \times 100.000$ habitantes); En segundo lugar se encuentra la Enfermedad por el VIH (SIDA) con una TMA de $4,3 \times 100.000$ habitantes, la mortalidad por este evento ha presentado un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada, observando un aumento de tasas de $1,8 \times 100.000$ habitantes frente al 2023; En tercer lugar, se ubica la Septicemia excepto la neonatal con una TMA de $3,1 \times 100.000$ habitantes, siendo el 2023p el año con el pico más alto.

En cuarto lugar, se ubica el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, presentando una TMA de $1,5 \times 100.000$ habitantes, la mortalidad por este evento se ha presentado de manera esporádica en la línea de tiempo analizada; en quinto lugar, se encuentra la Tuberculosis, con una TMA de $1,4 \times 100.000$ habitantes.

Figura 49. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



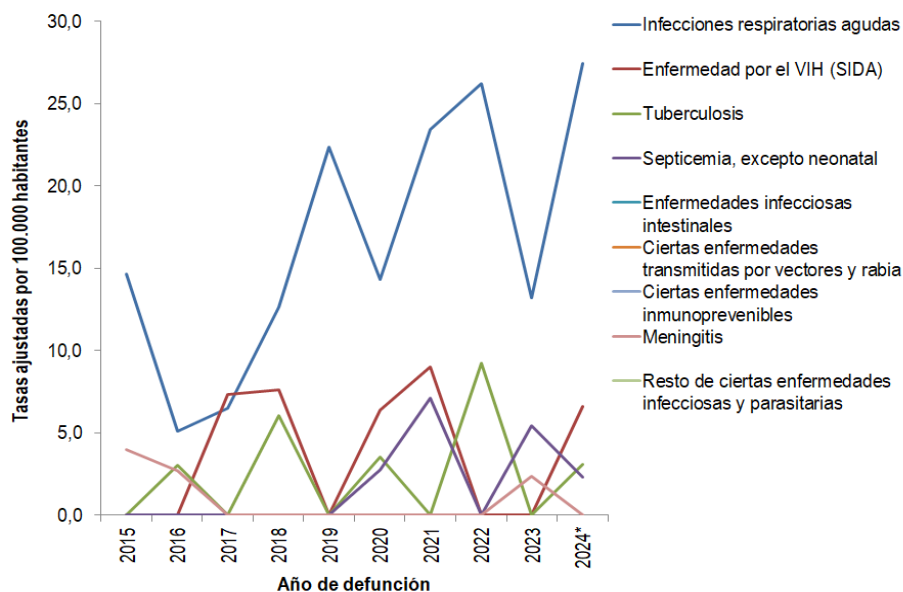
Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 10D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p)

Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres

En los hombres la mortalidad por enfermedades transmisibles en orden de frecuencia para el año 2024p presento el siguiente comportamiento: En primer lugar, se encuentran las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 27,5 x 100.000 hombres, este evento ha mostrado un comportamiento variable durante el periodo evaluado, se observa un aumento de tasas de 14,3 con respecto al año inmediatamente anterior; en segundo lugar, se ubica la Enfermedad por el VIH (SIDA), con una tasa de mortalidad ajustada de 6,6 x 100.000 hombres, mortalidad por este evento se presentó de manera esporádica en la línea de tiempo analizada; en tercer lugar se encuentra Tuberculosis con una TMA de 3,1 x 100.000 hombres, en cuarto lugar se ubica la mortalidad por Septicemia, excepto neonatal con una TMA de 2,3 x 100.000 hombres.

Figura 50. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



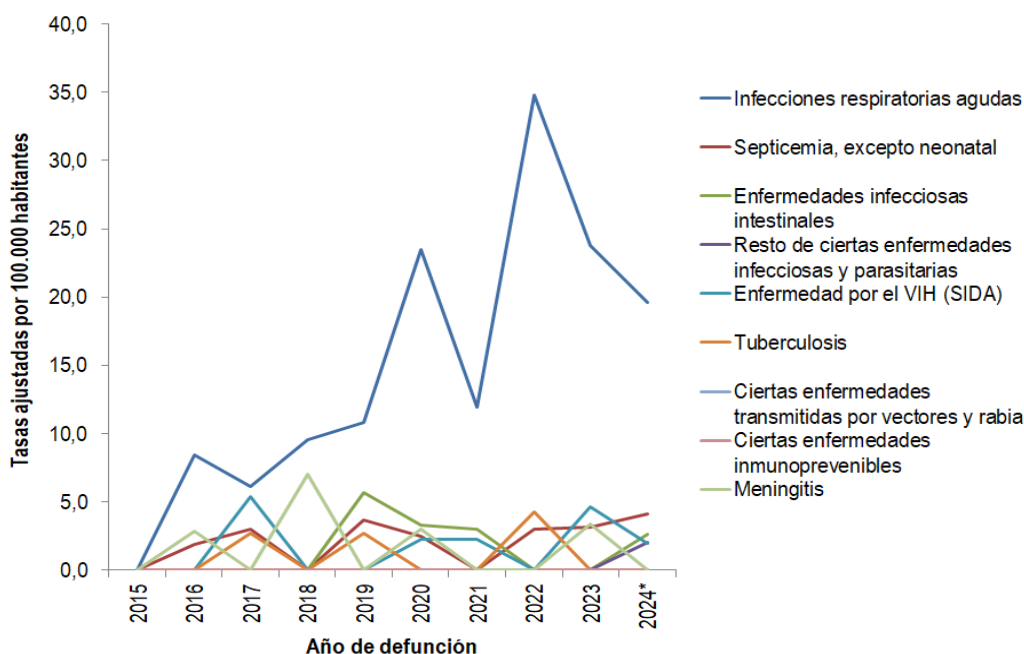
Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Anexo 11D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres

Al estudiar las enfermedades transmisibles en el sexo femenino se observa que las principales causas de mortalidad son debidas a las infecciones respiratorias agudas, presentando una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de $19,6 \times 100.000$ mujeres, la mortalidad por este evento en el grupo de mujeres ha mostrado un comportamiento variable, para el 2024p se observa una reducción de tasas de 4,2 frente al 2023; En segundo lugar, se ubica la Septicemia, excepto neonatal, la mortalidad por este evento en el sub grupo de mujeres se ha presentado de forma esporádica durante el periodo evaluado, reportando casos durante los años 2017 (TMA de $3,0 \times 100.000$ mujeres), 2020 ($2,4 \times 100.000$ mujeres) , 2022 ($3,0 \times 100.000$ mujeres) y 2024p TMA de $4,1 \times 100.000$ mujeres); En tercer lugar se ubica la mortalidad por las Enfermedades infecciosas intestinales con una TMA de $2,6 \times 100.000$ mujeres; en cuarto lugar se ubica la mortalidad debido al Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, con una tasa de $2,00 \times 100.000$ mujeres.

Figura 51. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2014 – 2023p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 12D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2014 – 2023p.)

3.2.2.1.2. Neoplasias

Las Neoplasias son un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, una de sus características definitorias es el crecimiento y multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos. Por orden de frecuencia que para el año 2024p la mortalidad por este evento presenta el siguiente comportamiento:

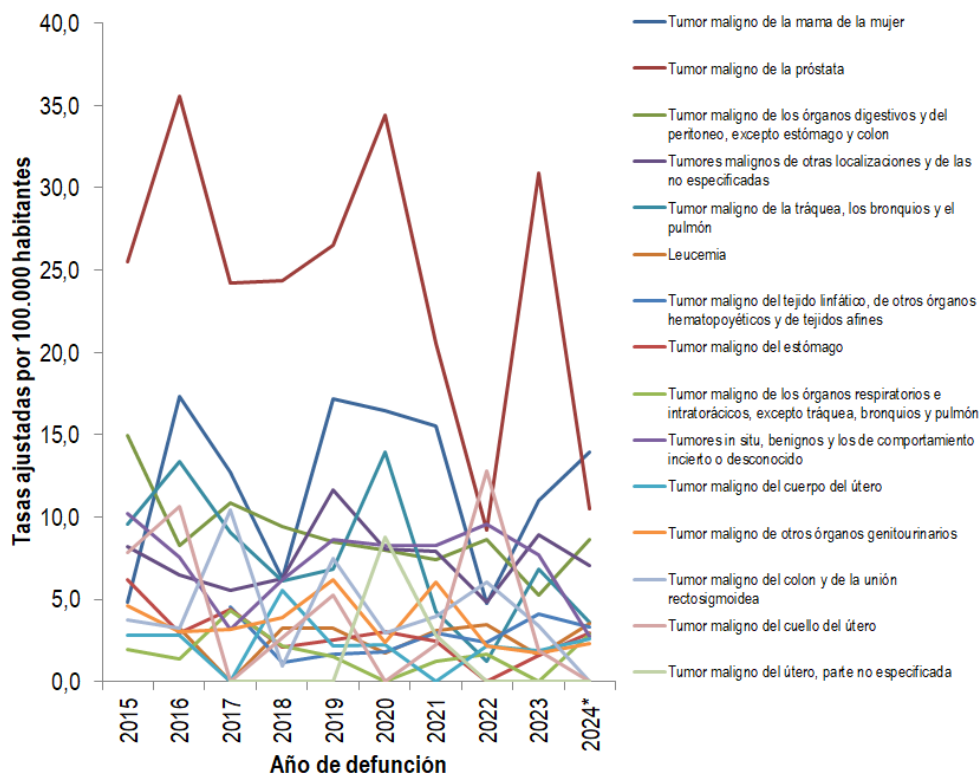
En primer lugar, se encuentra el tumor maligno de la mama de la mujer con una TMA de 13,9 x 100.000 habitantes; ha presentado un comportamiento fluctuante durante los últimos 4 años mostrando una tendencia hacia el aumento, para el 2024p se observa un aumento de tasas de 2,9 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En segundo lugar, se ubica el tumor maligno de la próstata que representa una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 10,5 x 1000.000 habitantes, se observa una reducción de tasas de 20,4 x 100.000 habitantes frente al año 2023, presentando sus picos máximos en los años 2016 y 2020, exponiendo TMA de 35,55 y 34,42 x 100.000 habitantes respectivamente.

En tercer lugar, se ubica la mortalidad debida al Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una TMA de 8,6 x 100.000 habitantes, se observa un aumento de tasas de 3,4 frente al año 2023, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo.

En cuarto lugar, se ubica la mortalidad debido a los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una TMA de 7,0 x 100.000 habitantes; En quinto lugar, se encuentran los Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con una TMA de 3,6 x 100.000 habitantes, el comportamiento de este evento ha sido variable durante el periodo analizado, se observa una reducción de tasas de 3,3 frente al 2023.

Figura 52. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p

(Ver Anexo 13D. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por neoplasias en hombres

La mortalidad en el grupo de hombres en orden de frecuencia presenta el siguiente comportamiento: En primer lugar, se encuentra la mortalidad debido a los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una tasa de 14,8 x 100.000 hombres, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, para el 2024p se observa un descenso de tasas de 1,8 x 100.000 hombres frente al año 2023.

En segundo lugar, se encuentra la mortalidad debida al Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, con una tasa de mortalidad ajustada de 11,9 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento ha mostrado un comportamiento variable, para el 2024p se observa un

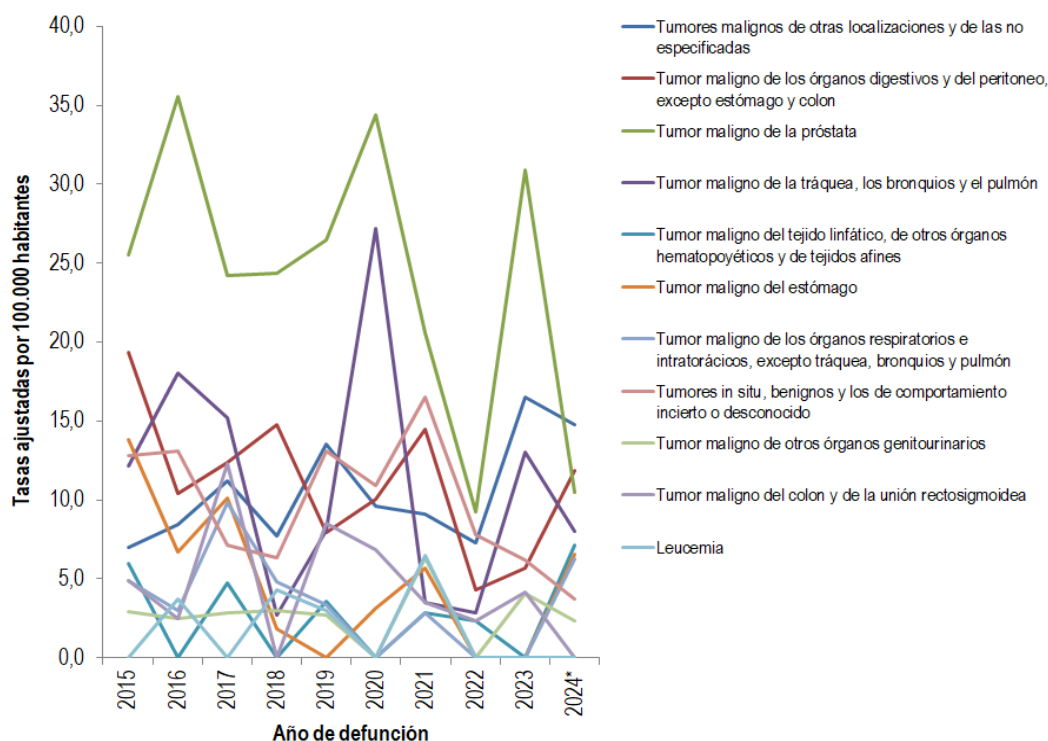
incremento de tasas de 6,2 x 100.000 hombres frente al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentra el Tumor maligno de la próstata (TMA 10,5 x 100.000 hombres), este evento ha mostrado un comportamiento variable durante el periodo evaluado, para el 2024p se observa una disminución de tasas de 20,4 x 100.000 hombres frente al 2023.

En cuarto lugar, se encuentra el Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con una TMA de 8,0 x 100.000 hombres, la mortalidad por esta sub causa ha presentado un comportamiento variable, para el 2024p se observa un descenso de tasas de 5,0 frente al año inmediatamente anterior.

En quinto lugar, se ubica la mortalidad debida Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, con una TMA de 7,1 x 100.000 hombres.

Figura 53. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en Hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 14D. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por neoplasias en mujeres

Para el 2024p en orden de frecuencia, el sexo femenino presentó el siguiente comportamiento frente a la mortalidad por Neoplasias: En primer lugar, se ubicó la mortalidad debida al tumor maligno de la mama de la mujer con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de $13,9 \times 100.000$ mujeres, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo analizada, durante el 2024p mostró un aumento de tasas de 3,0 frente al 2023.

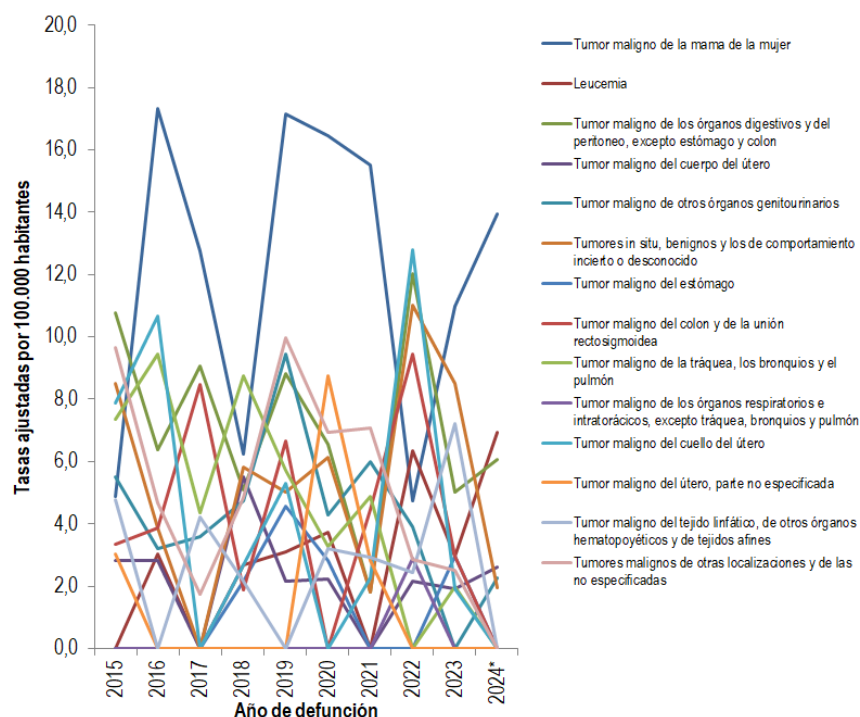
En segundo lugar, se ubica la Leucemia, con una TMA de $6,9 \times 100.000$ mujeres, para el 2024p se observa un incremento de tasas de 4,0 frente al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se ubica el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una TMA de $6,1 \times 100.000$ mujeres, su pico más alto se presentó durante el año 2022 con una TMA de $12,0 \times 100.000$ mujeres, para el 2024p se observa un leve crecimiento de tasas de 1,0 frente al 2023.

En cuarto lugar, se ubica el Tumor maligno del cuerpo del útero, con una TMA de $2,6 \times 100.000$ mujeres, mostrando un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada, se observó un leve incremento de tasas de $0,8 \times 100.000$ mujeres con respecto al año inmediatamente anterior.

En quinto lugar, se ubica el Tumor maligno de otros órganos genitourinarios con una TMA de $2,3 \times 100.000$ mujeres, su comportamiento ha sido variable, presentando la TMA más alta del periodo analizado para el año 2019 (TMA $9,4 \times 100.000$ mujeres).

Figura 54. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 15D. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

3.2.2.1.3. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

En el departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, las tasas de mortalidad de las enfermedades del sistema circulatorio en orden de frecuencia para el año 2024p, presentó el siguiente comportamiento: La principal causa de mortalidad de este sub grupo es debido a las Enfermedades isquémicas del corazón con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 114,3 x 100.000 habitantes, su comportamiento ha sido variable con tendencia hacia el aumento, su pico más alto se reportó durante el 2023, y para el 2024p se observa una disminución de tasas de 8,5 x 100.000 habitantes con respecto al 2023.

En segundo lugar, se ubican las Enfermedades hipertensivas con una tasa de mortalidad ajustada de 38,4 x 100.000 habitantes, la mortalidad por esta sub causa ha mostrado un comportamiento voluble en la línea de tiempo, pero para

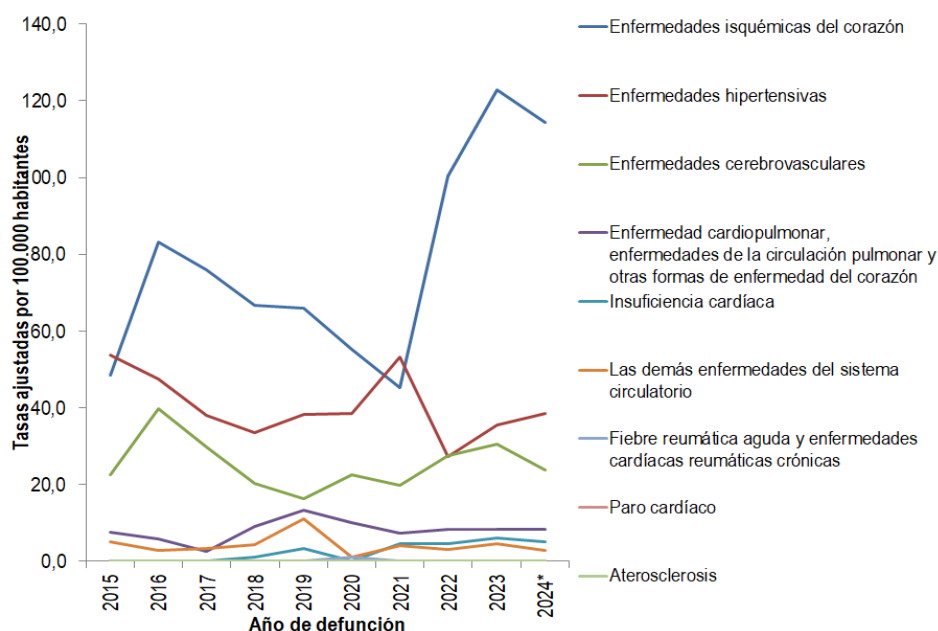
el 2024p se observa un incremento de tasas de 3,0 x 100.000 habitantes frente al 2023.

En tercer lugar, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con TMA de 23,8 x 100.000 habitantes, mostrando un comportamiento variable con tendencia hacia el descenso, su pico más elevado se presentó durante el 2016 con una TMA de 39,7 x 100.000 habitantes, para el 2024p se observó un descenso de tasas de 6,7 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se ubica la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón con una TMA de 8,4 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento se ha mantenido dentro de un rango de tasas entre 2,6 y 13,3 x 100.000 habitantes, siendo el 2019 el año con el pico más elevado.

En quinto lugar, se encuentra la insuficiencia cardíaca con una TMA de 5,1 x 100.000 habitantes. La mortalidad por este evento no se ha presentado de forma continua en la línea de tiempo analizada. Para el 2024p se observa una reducción de tasas de 0,9 x 100.000 habitantes.

Figura 55. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 16D. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres

Para el año 2024p las Enfermedades isquémicas del corazón en el grupo de hombres presentan el siguiente comportamiento: una TMA de 136,0 x 100.000 hombres, a pesar de que su comportamiento ha sido variable con tendencia hacia el aumento en la línea de tiempo, para el 2024p se observa un aumento de tasas de 25,9 x 100.000 hombres frente al año inmediatamente anterior.

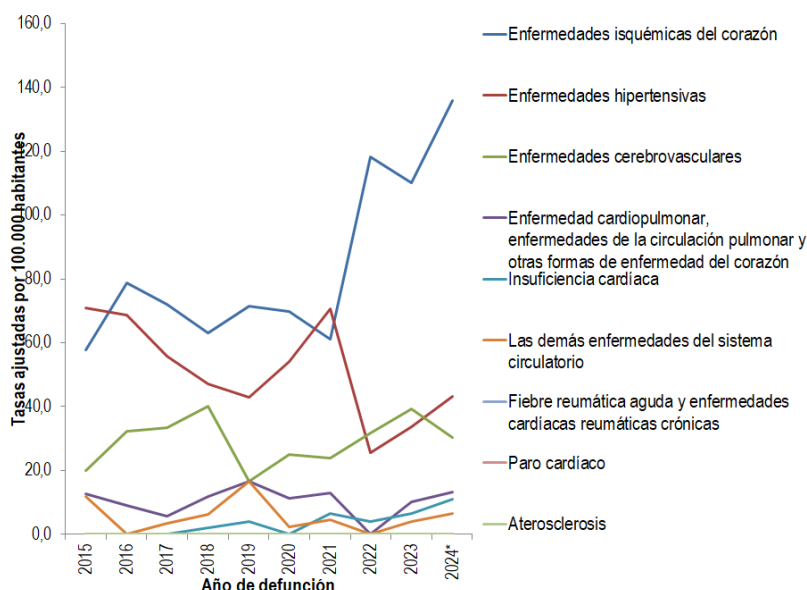
En segundo lugar, se encuentran las Enfermedades hipertensiva con una TMA de 43,3 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento había mostrado un comportamiento variable hasta el año 2019 donde empieza a proyectar una tendencia hacia el aumento, su pico más alto se reportó durante el año 2021 con una tasa de mortalidad ajustada de 70,6 x 100.000 hombres, para el 2024p se observó un incremento de tasas de 9,6 con respecto al 2023.

En tercer lugar, se ubican las enfermedades cerebrovasculares con una TMA de 30,3 x 100.000 hombres. La mortalidad por este evento ha mostrado un comportamiento fluctuante, evidenciándose una tendencia hacia el descenso hasta el 2019. Su pico más alto se reportó durante el año 2018 con una TMA de 40,1 x 100.000 hombres. Para el 2024p se observó un incremento de tasas de 8,9 x 100.000 con respecto al año 2023.

En cuarto lugar, se encuentra enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, con una TMA de 13,2 x 100.000 hombres, su pico máximo se presenta durante el año 2019 con una TMA de 16,6 x 100.000 hombres; para el 2024p se aprecia un aumento de tasas de 2,9 x 100.000 hombres respecto al año anterior.

En quinto lugar, se encuentra la insuficiencia cardíaca con una TMA de 10,9 x 100.000 hombres; la mortalidad por esta subcasusa se presentó en forma esporádica durante el periodo evaluado; para el 2024p se observa un incremento de tasas de 4,3 frente al año inmediatamente anterior.

Figura 56. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 17D. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres

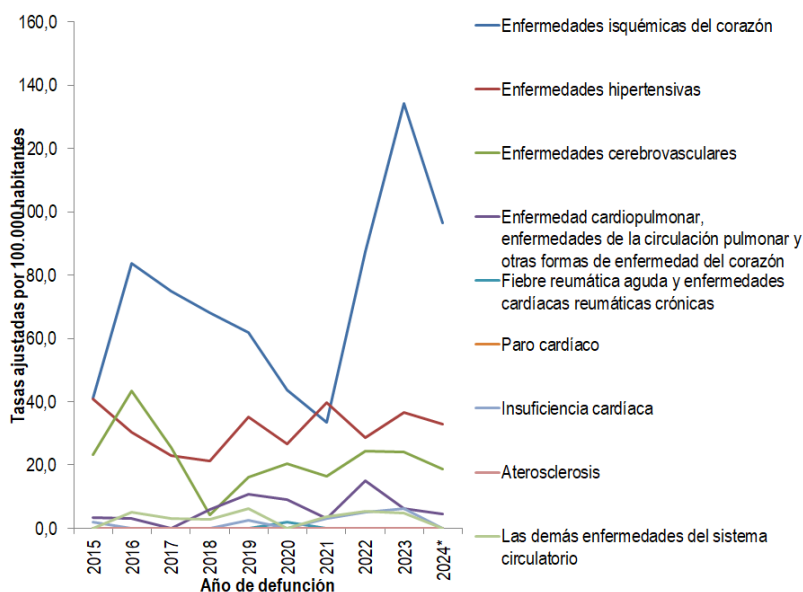
En el grupo de mujeres, en orden de frecuencia para el año 2024p, la mortalidad ha sido liderada por las enfermedades isquémicas del corazón con una TMA de 96,4 x 100.000 mujeres, a partir del año 2021 la mortalidad por este evento se proyectó hacia el aumento, siendo el 2023 el año con la tasa reportada más elevada, para el año 2024p se evidenció un descenso de tasas de 37,9 x 100.000 mujeres frente al año anterior.

En segundo lugar, se ubica la mortalidad debido a las Enfermedades hipertensivas con una TMA de 32,9 x 100.000 mujeres, su comportamiento ha sido variable, para el 2024p se observa una disminución de tasas de 3,6 x 100.000 mujeres con respecto al 2023.

En tercer lugar, se ubica la mortalidad debido a las Enfermedades cerebrovasculares con una TMA de 18,6 x 100.000 mujeres, observándose una reducción de tasas de 5,4 x 100.000 mujeres frente al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se ubica la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón; con una TMA de 4,6 muertes x 100.000 mujeres, mostrando un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada.

Figura 57. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

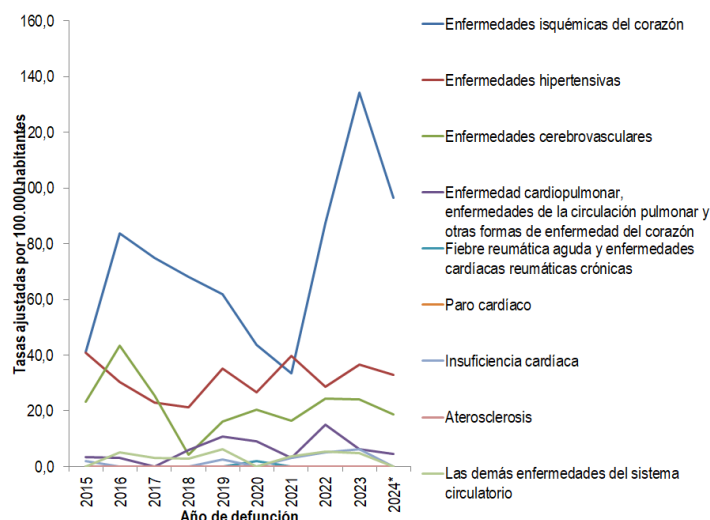
(Ver Anexo 18D. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

3.2.2.1.4. Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Son un tipo de afectaciones propias del periodo gestacional o congénito que involucra al binomio madre-hijo. El análisis de esta subcausa se realiza con base en el número de muertes presentadas por este evento. En orden de frecuencia para el año el 2024p presenta el siguiente comportamiento:

Durante el 2024p el primer lugar se encuentra feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento; seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido con el 40% de la mortalidad de este subgrupo y en tercer lugar se ubica resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Figura 58. Mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



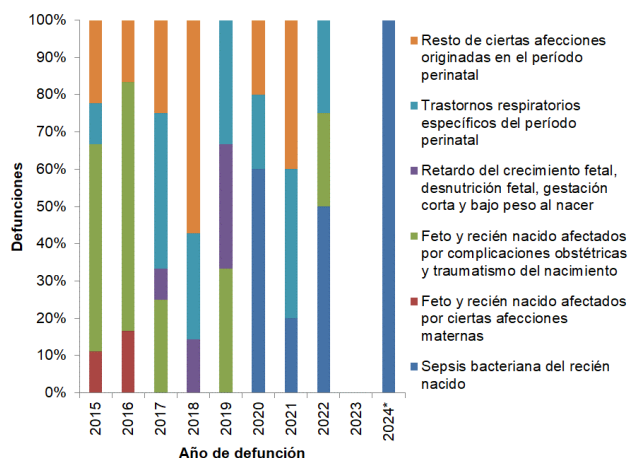
Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver anexo 19D. Tabla. Mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal hombres

Para el sexo masculino durante el 2024p las muertes en el sexo masculino fue debido a la sepsis bacteriana del recién nacido.

Figura 59. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



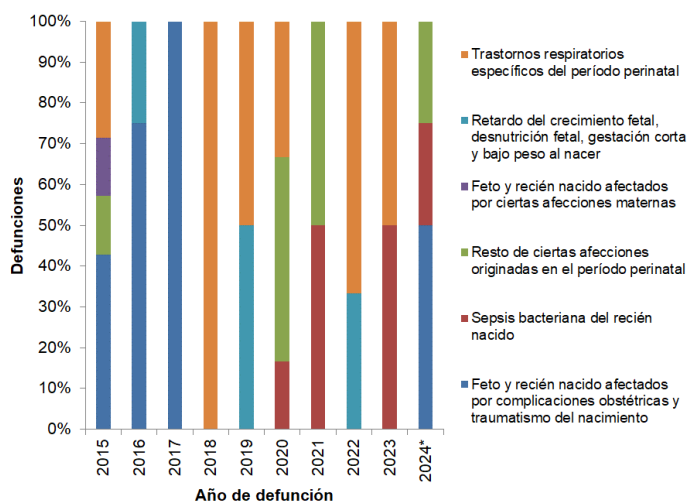
Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 20D. Tabla. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal mujeres

Para el grupo de mujeres en orden de frecuencia para el año 2024p, la principal causa de mortalidad fue debido a feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, presentando una muerte durante el año, representando el 60% de la mortalidad por esta causa en el sexo femenino, durante el año inmediatamente anterior no se presentaron muertes por esta sub causa en el sexo femenino. El segundo lugar lo se debe a sepsis bacteriana del recién nacido y en tercer lugar se ubica por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Figura 60. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo21D.. Tabla. Mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

3.2.2.1.5. Causas externas

En cuanto a las causas externas en el Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el año 2024p la primera causa de mortalidad fue debido a

las agresiones y homicidios con una Tasa de Mortalidad Ajustada (TMA) de 42,1 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento ha mostrado tendencia al descenso, para el año 2024p se observó una reducción de tasas de 37,1 con respecto al año inmediatamente anterior.

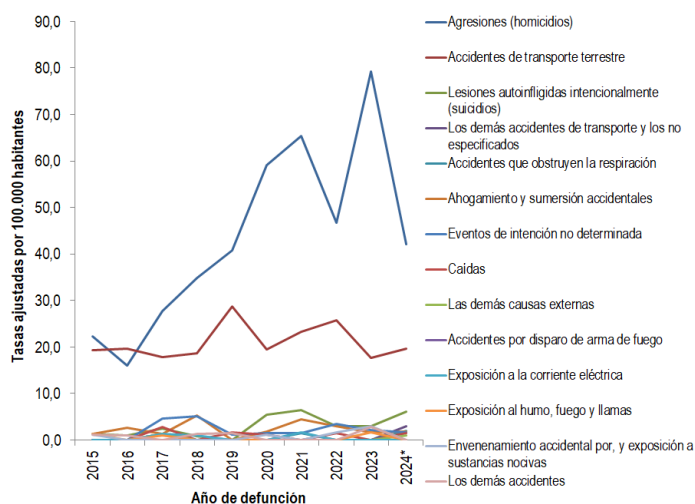
En segundo lugar, se ubican los accidentes de transporte terrestre con una TMA de 19,6 x 100.000 habitantes, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, para el 2024p se observa un leve incremento de tasas de 1,9 x 100.000 habitantes frente al 2023.

En tercer lugar, se encuentran las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una TMA de 6,2 x 100.000 habitantes. La mortalidad por este evento se ha presentado de manera esporádica durante la línea de tiempo. Para el 2024p se observa un incremento de tasas de 3,2 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se ubica la mortalidad debida los demás accidentes de transporte y los no especificados con una TMA de 3,0 x 100.000 habitantes, mostrando un comportamiento ocasional en la línea de tiempo analizada.

En quinto lugar, se encuentra la mortalidad debido a accidentes que obstruyen la respiración con una TMA de 2,0 x 100.000 habitantes.

Figura 61. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 22D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.

Mortalidad por causas externas en hombres

En cuanto a la mortalidad por causas externas en los hombres en orden de frecuencia, para el 2024p la principal causa de mortalidad fue debido a las agresiones y homicidios, con una TMA de 82,1 x 100.000 habitantes, con una tendencia hacia el descenso, evidenciando una disminución de tasas de 73,5 frente al año inmediatamente anterior, presentándose para el periodo evaluado que la tasa de mortalidad más alta reportada por este evento ocurrió en el año 2023.

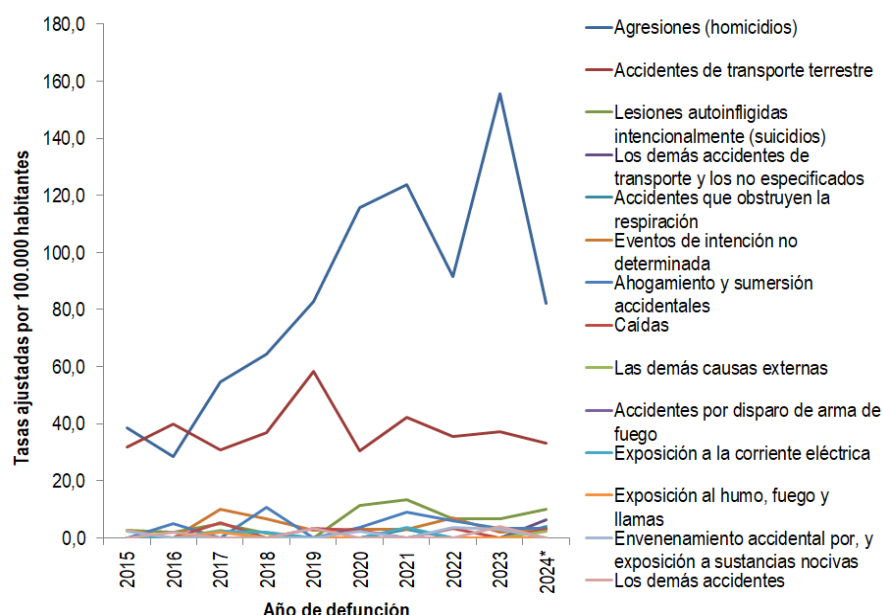
En segundo lugar, se ubican los accidentes de transporte terrestre con una TMA de 33,0 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento ha sido variable en la línea de tiempo objeto de análisis, sus picos mal altos se presentaron durante los años 2019 (TMA de 58,4 x 100.000 hombres) y 2021 (TMA de 42,2 x 100.000 hombres), para el 2024p se observó una reducción de tasas de 4,2 x 100.000 hombres, frente al año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentran las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una TMA de 6,68 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento ha mostrado un comportamiento fluctuante en el periodo analizado, evidenciándose un aumento de tasas de 3,2 x 100.000 hombres respecto al 2023.

En cuarto lugar, se ubica los demás accidentes de transporte y los no especificados con una TMA de 6,4 x 100.000 hombres, observándose que en la línea del tiempo no se habían presentado muertes por esta causa hasta el año 2024p.

En quinto lugar, se encuentra la mortalidad debida a los accidentes que obstruyen la respiración con una TMA de 3,9 x 100.000 hombres, evidenciando un comportamiento ocasional, presentándose muertes por esta causa en el año 2021 con una TMA de 3,1 x 100.000 hombres.

Figura 62 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



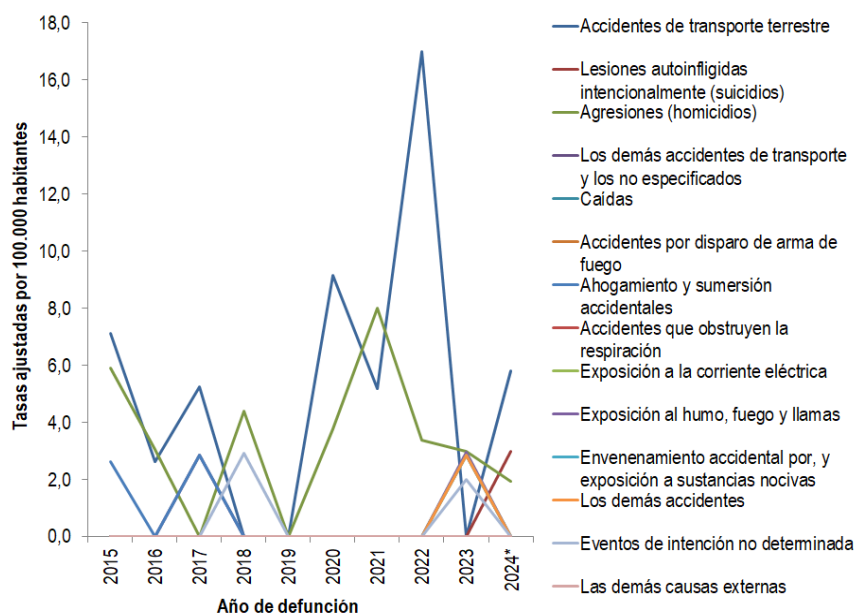
Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024pp.

(Ver Anexo 23D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por causas externas en mujeres

Al analizar la mortalidad por causas externas en el grupo de mujeres, en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se evidencia que la principal causa de mortalidad fue debido a los accidentes de transporte terrestre con una TMA de 5,8 x 100.000 mujeres, su comportamiento ha sido variable en la línea de tiempo, presentando el pico más alto en el año 2022 con una TMA de 17,0 x 100.000 mujeres, respecto al año anterior no se presentaron muertes por esta causa; en segundo lugar se ubica la mortalidad debido a lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una TMA de 3,0 x 100.000 mujeres, no se habían reportado casos de mortalidad por esta sub causa en el periodo estudiado; en tercer lugar se ubica la mortalidad debida a agresiones (homicidios) con una TMA de 1,9 x 100.000 mujeres, presentando un descenso de tasas de 1,0 x 100.000 mujeres respecto al año 2023.

Figura 63. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 24D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

3.2.2.1.6. Mortalidad por las demás causas

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

Para el año 2024p en orden de frecuencia, en primer lugar, se ubica la mortalidad por el resto de enfermedades del sistema digestivo con una TMA de 21,5 x 100.000 habitantes, se observa una reducción de tasas de 9,2 x 100.000 habitantes respecto al 2023.

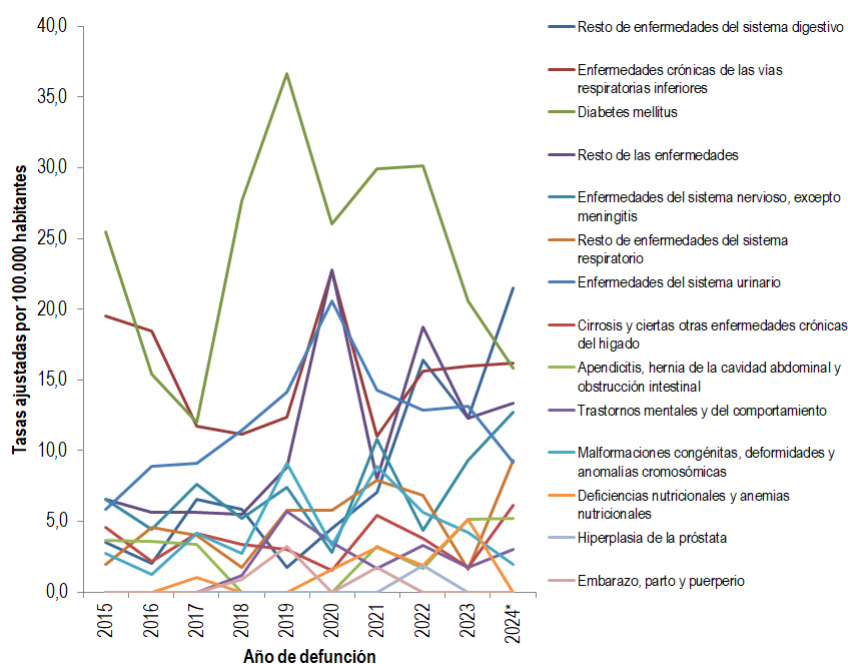
En segundo lugar, se ubica la mortalidad las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una TMA de 16,2 x 100.000 habitantes, la mortalidad por este evento ha mostrado un comportamiento variable, sus picos más alto se registran durante los años 2015 y 2020 con tasas de mortalidad ajustada de 19,5 y 22,7 x 100.000 habitantes respectivamente, durante el 2024p la mortalidad por este evento mostro el mismo comportamiento que el año inmediatamente anterior.

En tercer lugar, se encuentra la diabetes mellitus, con una tasa de mortalidad ajustada (TMA) de 15,9 x 100.000 habitantes. Sus picos más elevados se reportaron durante los años 2019 y 2022, con tasas de mortalidad ajustada de 36,6 y 30,1 x 100.000 habitantes, respectivamente. Su comportamiento ha sido variable; para el 2024p se observó una disminución de tasas de 4,7 x 100.000 habitantes frente al año inmediatamente anterior.

En cuarto lugar, se encuentra el resto de enfermedades con una TMA de 13,4 x 100.000 habitantes, su comportamiento ha sido variable; sus picos más altos se reportaron durante los años 2020 (TMA de 22,8 x 100.000 habitantes) y 2022 (TMA de 18,7 x 100.000 habitantes); para el 2024p se observa un comportamiento similar frente al año inmediatamente anterior.

El quinto lugar de este grupo lo ocupa la mortalidad debida a las enfermedades del sistema nervioso, excepto la meningitis, con una TMA de 12,7 x 100.000 habitantes; la mortalidad por este evento presenta una tendencia hacia el aumento; para el 2024p se observó un incremento mínimo de tasas de 3,4 x 100.000 habitantes frente al 2023.

Figura 64. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en el Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 25D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás causas del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015– 2024p.)

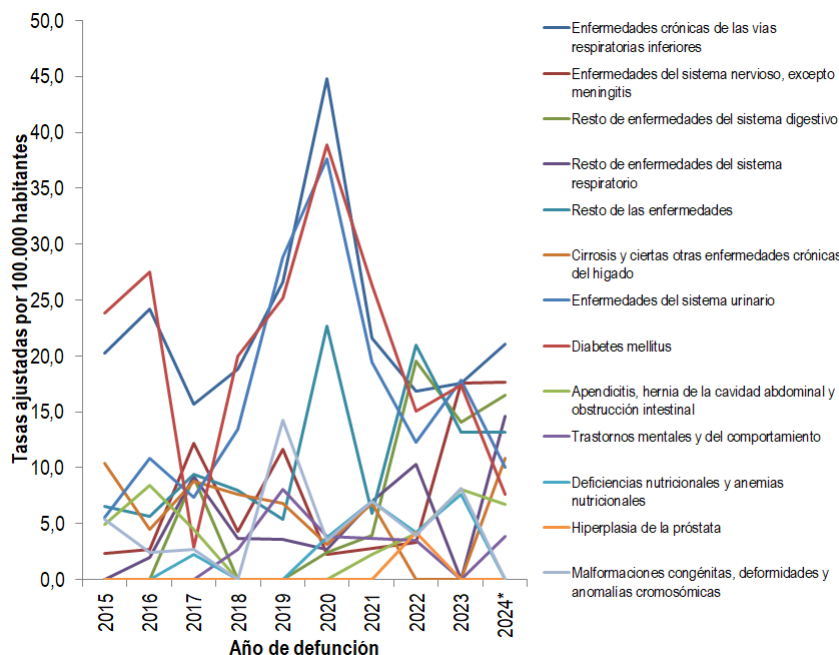
Mortalidad por demás causas en hombres

Al analizar la mortalidad por las demás causas en la población masculina en orden de frecuencia para el año 2024p presenta el siguiente comportamiento: En primer lugar, se ubica la mortalidad por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una TMA de 21,0 x 100.000 hombres, la mortalidad por este evento ha mostrado un comportamiento variable en la línea de tiempo analizada, entre 2019 y 2020 la mortalidad por este evento había mostrado una tendencia hacia el aumento, para el 2024p se observa un incremento de tasas de 3,5 x 100.000 hombres con respecto al año inmediatamente anterior.

En segundo lugar, se encuentra la mortalidad debido a enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis con una TMA de 17,6 x 100.000 hombres, presentando igual comportamiento respecto al año anterior; en tercer lugar se ubica la mortalidad debido a resto de enfermedades del sistema digestivo con una TMA de 16,5 x 100.000 hombres, durante el último año evaluado se observa un incremento de tasas de 2,5 frente al 2023; en cuarto lugar, se encuentra la mortalidad debido a resto de enfermedades del sistema respiratorio con una TMA de 14,6 x 100.000 hombres, siendo la tasa más alta del periodo analizado, para el año 2023 no se presentaron muertes por esta causa.

En quinto lugar, se ubica la mortalidad por el resto de las enfermedades con una TMA de 13,2 x 100.000 hombres. La mortalidad por este evento muestra un comportamiento variable; sus picos más altos se reportaron durante los años 2020 y 2022 con TMA de 22,6 y 21,0 x 100.000 habitantes, respectivamente. Para el 2024p se observa un comportamiento similar frente al año inmediatamente anterior.

Figura 65. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en Hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p

(Ver Anexo 26D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en Hombres del Departamento del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Mortalidad por las demás causas en mujeres

En cuanto a la mortalidad en el subgrupo de las demás causas para el sexo femenino, en orden de frecuencia, la principal causa de mortalidad se debió al resto de enfermedades del sistema digestivo, con una TMA de 25,8 x 100.000 mujeres, mostrando un comportamiento variable durante el periodo evaluado, siendo el pico más alto del periodo evaluado; además, se observa un aumento de tasas de 14,5 frente a 2023.

En segundo lugar, se ubica la mortalidad debido a la diabetes mellitus con una TMA de 23,3 x 100.000 mujeres, presentando un leve incremento de tasas de 0,6 x 100.000 mujeres frente al 2023, el comportamiento de este evento ha sido variable durante el periodo evaluado, exponiendo su tasa más alta durante el año 2022 (TMA de 42,8 x 100.000 mujeres).

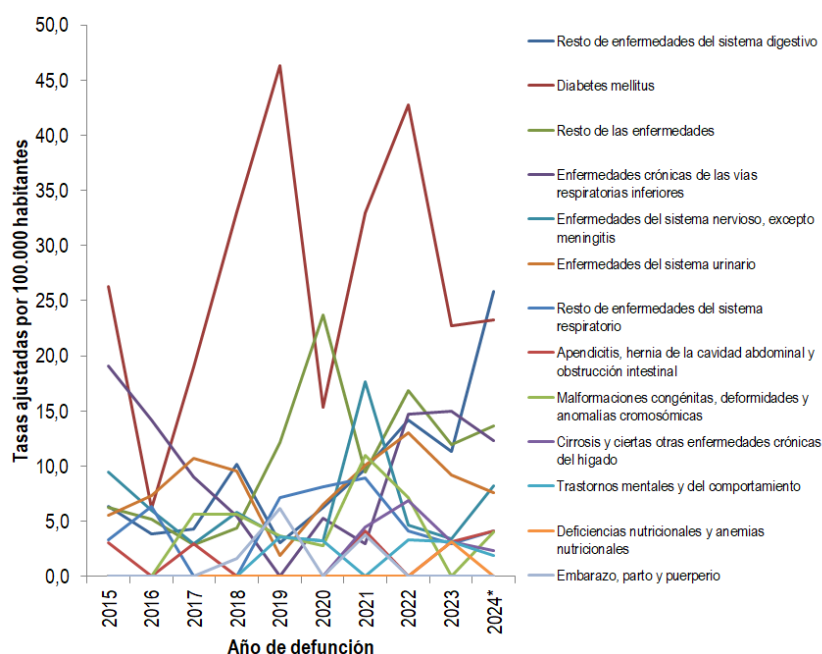
En tercer lugar, se ubica la mortalidad debido al resto de las enfermedades con una TMA de 13,7 x 100.000 mujeres, exponiendo su pico más alto durante el

año 2022 (TMA de 16,9 x 100.000 mujeres), para el 2024p se observó un aumento de tasas de 1,7 frente al 2023.

En cuarto lugar, se encuentran las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con una TMA de 12,3 x 100.000 mujeres, su comportamiento ha sido variable, presentando su pico más alto durante el año 2015 con una TMA de 19,1 x 100.000 mujeres, para el año 2024p se observa una reducción de tasas de 2,6 100.000 mujeres respecto al año anterior.

En quinto lugar, se ubica la mortalidad debido a las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, con una TMA de 8,2 x 100.000 mujeres, para el 2024p se observa un incremento de tasas de 4,8 frente al 2023.

Figura 66. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.



Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

(Ver Anexo 27D. Tabla. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Semaforización de mortalidad

Tabla 46. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.

Causa de muerte	Colombia	Archipiélago San Andrés, Providencia y santa Catalina	Comportamiento										
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024p	
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles	29,78	33,76	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	
de mortalidad ajustada por neoplasias	85,79	50,96	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio	127,77	193,05	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
de mortalidad ajustada por causas externas	60,76	78,75	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por las demás enfermedades	117,63	114,53	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por Infecciones respiratorias agudas	16,01	23,92	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de mama	11,90	13,93	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de la próstata	12,55	10,51	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	14,27	8,64	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por Enfermedades isquémicas del corazón	69,79	114,34	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por agresiones (homicidios)	26,16	42,14	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por accidentes de transporte terrestre	15,58	19,60	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	5,60	6,16	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por resto de enfermedades del sistema digestivo	14,53	21,49	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	
de mortalidad ajustada por diabetes mellitus	12,82	15,86	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	

Fuente: Elaboración propia a partir de los cubos de estadísticas vitales del SISPRO 2015 a 2024p.

3.2.3. Mortalidad materno-infantil y en la niñez

Tasas específicas de mortalidad en población menores de 1 año

Para el análisis de la mortalidad infantil y de la niñez se toma la lista de los 16 grandes grupos desde el año 2015 hasta el 2024p. En los menores de 1 año, se evidencia que la más alta tasa de mortalidad por subgrupo de causas se presenta por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, donde se observa un comportamiento fluctuante con una tasa de mortalidad para el año 2015 de 19,28 casos por 1.000 nacidos vivos, y finaliza el período (2024p) con 8,32 muertes por 1.000 nacidos vivos, con una tendencia al aumento. Le siguen las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 1,66 muertes por 1.000 nacidos con tendencia al descenso.

Tabla 47. Tasas específicas de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	1,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	1,14	1,17	0,00	0,00	0,00	1,48	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	1,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,48	2,94	1,64	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19,28	11,36	18,74	10,23	6,50	14,49	10,34	10,28	3,29	8,32
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,41	0,00	2,34	1,28	3,90	1,32	7,39	2,94	3,29	1,66
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,20	0,00	1,17	1,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	1,17	1,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

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

En el año 2024p, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal aportaron el total de muertes en este grupo poblacional, con una tasa de 3,18 muertes por 1.000 nacidos vivos hombres.

(Ver Anexo 28D. Tabla. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

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

A 2024p. en primer lugar, se encuentra ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa específica de 13,94 muertes por 1.000 nacidos vivos mostrando una tendencia al aumento; le siguen las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas que aportaron tasas de 3,48 muertes por 1.000 nacidos vivos mujeres con tendencia al descenso.

(Ver Anexo 29D. Tabla. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Tasa de mortalidad en menores entre 1-4 años

En 2024p, en primer lugar, se encuentran ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con una tasa específica de 13,94 muertes por 1.000 nacidos vivos, mostrando una tendencia al aumento; le siguen las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que aportaron tasas de 3,48 muertes por 1.000 nacidos vivos, mujeres, con tendencia al descenso.

Tabla 48. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres por mil nacidos vivos, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	19,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	19,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	19,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	19,46	25,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,18	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	19,55	19,46	51,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	19,57	19,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

(Ver Anexo 30D. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en hombres entre 1 y 4 años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

(Ver Anexo 31D. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en mujeres menores entre 1 y 4 años por cada cien mil menores entre 1 y 4 años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

Tasa de mortalidad en menores de cinco años

En el año 2024p, la primera causa de mortalidad en menores de 5 años fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal (111,33 muertes por cada 100.000 menores de 5 años), con tendencia marcada al incremento, con un aumento de tasas de 63,96 muertes por cada 100.000 menores de 5 años; en segundo lugar, se ubican las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (22,27 muertes por cada 100.000 menores de 5 años) con tendencia al descenso.

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

Tabla 49. Tasas específicas de mortalidad en la niñez por cien mil menores de cinco años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	19,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	19,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	19,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	19,46	25,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,18	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	19,55	19,46	51,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	19,57	19,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

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

Para el año 2024p, en el género masculino, se encuentra como causa principal ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa específica de 43,59 por cien mil hombres menores de cinco años, mostrando un incremento significativo frente al año anterior.

(Ver Anexo 32D. Tasas específicas de mortalidad en la niñez en hombres por cien mil menores de cinco años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

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

Para el año 2024p. se encontró que las muertes están asociadas a ciertas afecciones originadas en el período perinatal se ubican en el primer lugar con una tasa de 182,07 muertes por 100.000 menores de 5 años, con un comportamiento con tendencia al incremento con respecto al año anterior,

presentando un aumento de tasas de 84,74 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. En segundo lugar, se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas las cuales generaron una tasa de 45,52 muertes por 100.000 menores de 5 años con tendencia al aumento.

(Ver **Anexo33D**. Tabla. Tasas específicas de mortalidad en la niñez en mujeres por cien mil menores de cinco años, según la lista del grupo niñez. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015 – 2024p.)

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

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

Tasa de mortalidad neonatal a 2024p: Se observa que la tasa de muertes neonatales en el Departamento se encuentra por debajo del nivel nacional, presentando una tasa de 6,46 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la nacional se encuentra en 6,47.

Tasa de mortalidad infantil a 2024p: Se observa la tasa de mortalidad infantil en el Departamento es de 8,32 por 1.000 nacidos vivos, encontrándose por debajo de la nación, la cual presenta una tasa de 10,37 por 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad en la niñez a 2024p: Se observa que el nivel de mortalidad en la niñez es más bajo con respecto al nivel nacional, el Departamento presenta una tasa de 8,32 por 100.000 menores de 5 años, mientras que en Colombia la tasa de mortalidad en la niñez es de 13,11 por 100.000 menores de 5 años.

Tabla 50. Semaforización y tendencia de la Mortalidad Materno – Infantil y Niñez, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015- 2024p.

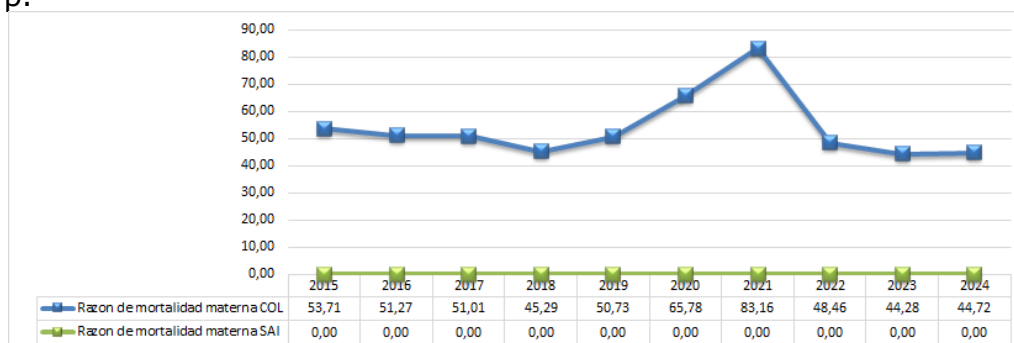
Causa de muerte	Colombia	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Comportamiento											
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*		
Razón de mortalidad materna	44,72	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad neonatal	6,47	6,66	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad infantil	10,37	8,32	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘		
Tasa de mortalidad en la niñez	13,11	8,32	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,49	0,00	↘	-	-	↗	↘	-	-	-	↗	↘		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,37	0,00	↘	-	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,16	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales

Mortalidad Materna

En el Departamento durante el período 2015-2024p. se observa que el indicador se mantiene en 0,0 muertes hasta el 2024p.

Figura 67. Razón de mortalidad materna por 100.000 mil nacidos vivos. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

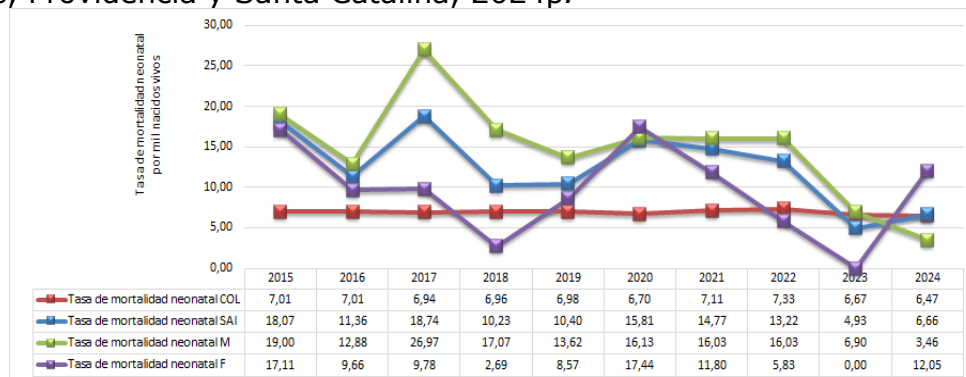
Mortalidad Materna por Etnia

De acuerdo con la información disponible 2015 – 2024p, se puede observar que el indicador se mantiene en 0,0 muertes.

Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal en el Departamento presenta un comportamiento fluctuante con tendencia descendente en la serie temporal observada. En 2015, se registró una mortalidad de 18,07 casos por 1.000 nacidos vivos, alcanzando su punto más alto en 2017 con 18,74 muertes por 1.000 nacidos vivos, registrando para el año 2023 la tasa más baja del período 4,93 por 1.000 nacidos vivos. Se resalta que, para todos los años de la serie observada, el indicador Departamental ha sido superior al indicador nacional, con excepción del año 2023 (4,93 por 1.000 nacidos vivos).

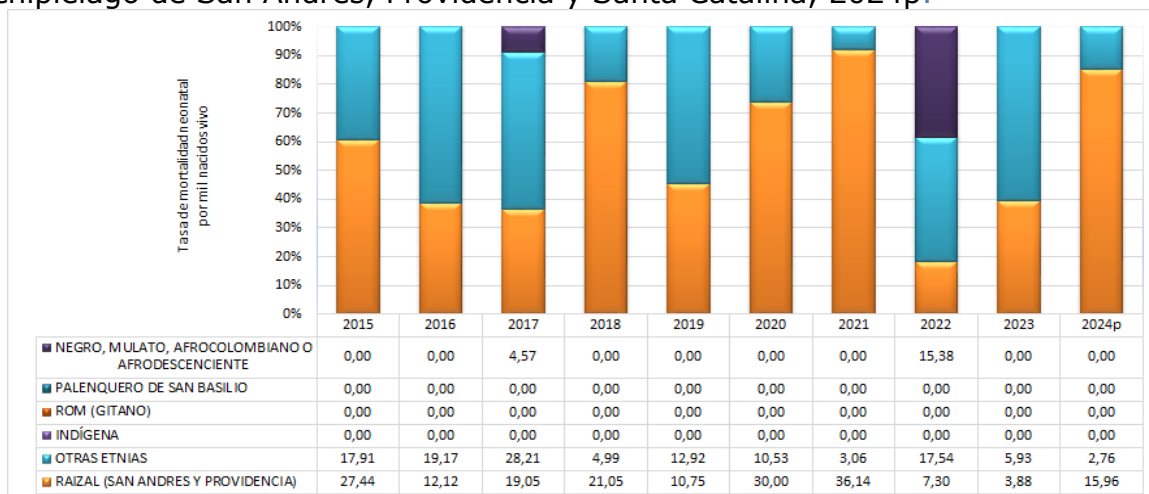
Figura 68. Tasa de mortalidad neonatal. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

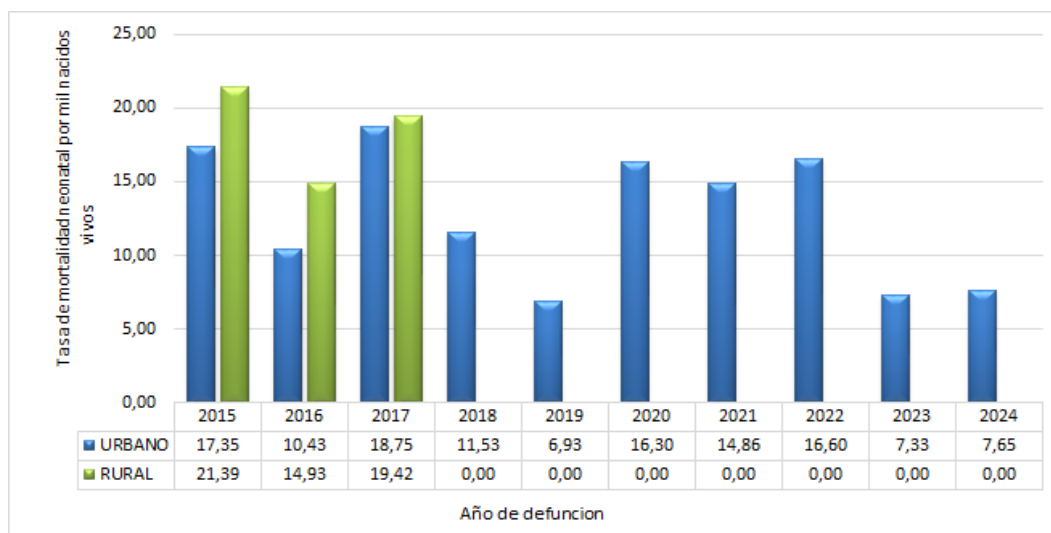
En la mortalidad neonatal, para los casos que pertenecen al grupo étnico raizal, este indicador presenta un comportamiento variable con tendencia al aumento (15,96 por 1.000 nacidos vivos). Igualmente, se encuentran los grupos de otras etnias, que presentan un comportamiento fluctuante con tendencia a la disminución, con una tasa de 2,76 por 1.000 nacidos vivos. Se observa que para estos dos grupos se han presentado casos en todos los años analizados.

Figura 69. Tasa de mortalidad neonatal según etnia, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.



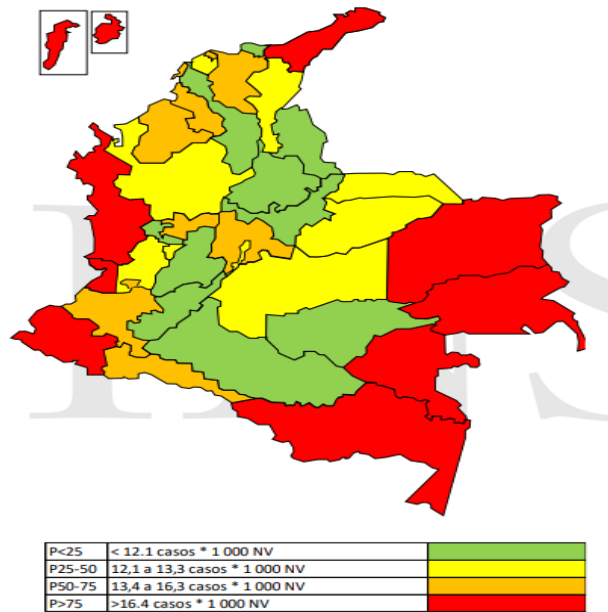
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 – 2023p.

Figura 70. Tasa de mortalidad neonatal según área de residencia, Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

MAPA 10. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, 2024p.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024p.

Tabla 51. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía según períodos perinatales de riesgo, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2024p.

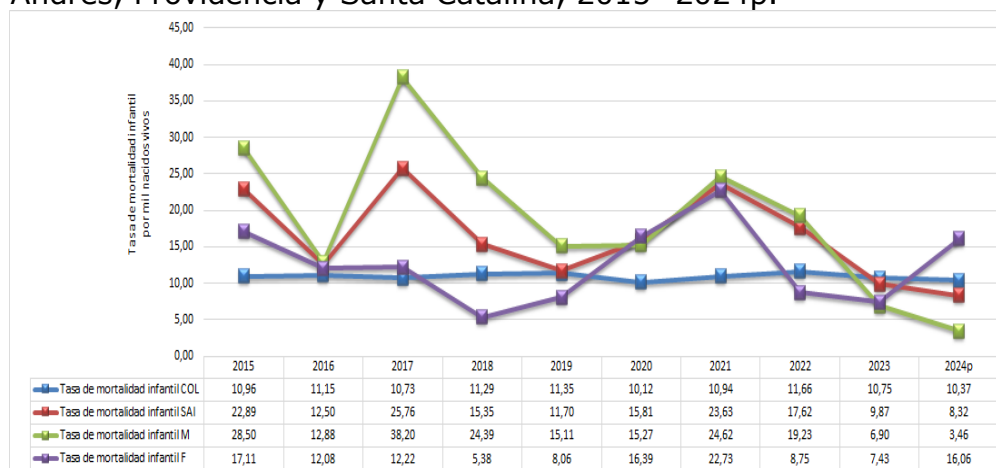
Entidad territorial de residencia	SALUD MATERNA		CUIDADOS PRENATALES		ATENCIÓN DEL PARTO		ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO		ATENCIÓN DEL NEONATO-AIEPI	
	Tasa 2024	Poisson	Tasa 2024	Poisson	Tasa 2024	Poisson	Tasa 2024	Poisson	Tasa 2024	Poisson
San Andrés y Providencia	17,97	0,05	-	0,18	6,61	0,00	1,66	0,28	-	0,18
Colombia	7,30	0,14	2,40	0,21	0,52	0,53	1,75	0,28	1,15	0,36

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024.

Mortalidad Infantil

El comportamiento de la mortalidad infantil durante el período 2015 a 2024p es variable, con tendencia al descenso. La tasa más elevada del período se presentó en el año 2017 con 25,76 muertes por 1.000 nacidos vivos. Este indicador ha permanecido por encima del valor nacional en los años del período analizado, excepto en el 2023 y 2024p.

Figura 71. Tasa de mortalidad infantil por sexo. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2015- 2024p.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

Tabla 52. Tasa de mortalidad infantil por EAPB. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2023p.

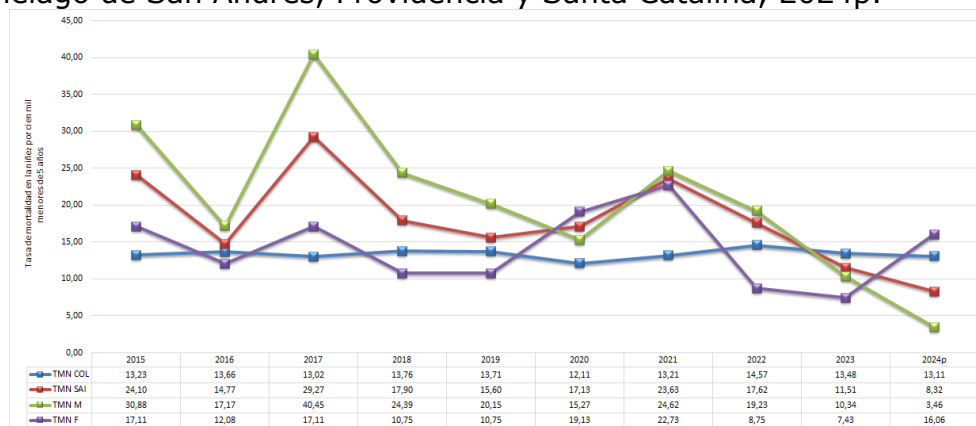
Régimen	Administradora	Indicador	Grupo	Valor
SALUD: CONTRIBUTIVO	EPS005 - SANITAS	Tasa de mortalidad infantil por (grupos lista niñez)	08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	5,08
SALUD: CONTRIBUTIVO	EPS005 - SANITAS	Tasa de mortalidad infantil por (grupos lista niñez)	11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	5,08
SALUD: CONTRIBUTIVO	EPS037 - NUEVA EPS	Tasa de mortalidad infantil por (grupos lista niñez)	11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	9,17
SALUD: SUBSIDIADO	EPSS37 - NUEVA EPS SA - CM	Tasa de mortalidad infantil por (grupos lista niñez)	12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	23,26
SALUD: SUBSIDIADO	EPSS41 - NUEVA EPS SA	Tasa de mortalidad infantil por (grupos lista niñez)	12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	20,41

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

Mortalidad en la niñez

La Tasa de mortalidad en la niñez está muy determinada por la mortalidad infantil, dado que las muertes en menores de 1 año aportan cerca del 80% de las muertes en menores de 5 años, por tal motivo la tendencia es muy similar a la observada en este indicador. Para el año 2024p se alcanzó una tasa de 8,32 muertes por 1.000 nacidos vivos, inferior a la tasa nacional. La tasa más elevada del período se presentó en el año 2017 con 29,27 muertes por 1.000 nacidos vivos. Este indicador ha permanecido por encima del valor nacional en los años del período analizado, excepto en el 2023 y 2024p.

Figura 72. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años), Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

Tabla 53. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años), Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por EAPB, 2023p.

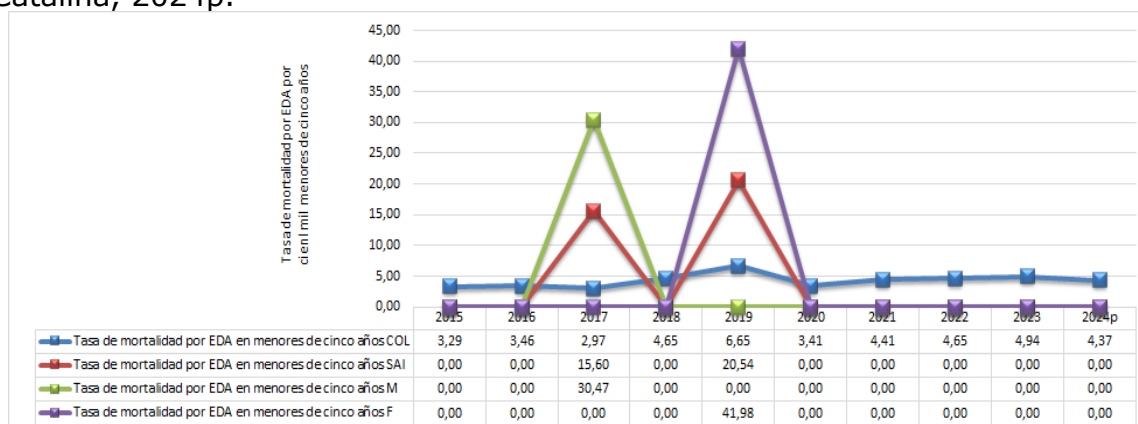
Régimen	Administradora	Indicador	Grupo	Valor
SALUD: CONTRIBUTIVO	EPS005 - SANITAS	Tasa de mortalidad en la niñez por (grupos lista niñez)	08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	76,34
SALUD: CONTRIBUTIVO	EPS005 - SANITAS	Tasa de mortalidad en la niñez por (grupos lista niñez)	11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	76,34
SALUD: CONTRIBUTIVO	EPS037 - NUEVA EPS	Tasa de mortalidad en la niñez por (grupos lista niñez)	11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	151,06
SALUD: SUBSIDIADO	EPSS37 - NUEVA EPS SA - CM	Tasa de mortalidad en la niñez por (grupos lista niñez)	12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	328,95
SALUD: SUBSIDIADO	EPSS41 - NUEVA EPS SA	Tasa de mortalidad en la niñez por (grupos lista niñez)	12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	235,85

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

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menor de cinco años

En el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el período 2015-2024p las tasas de mortalidad presenta cero muertes con excepción, de los años 2017 que registró la una tasa (TM EDA 15,6 por cien mil menores de cinco años) y para el 2019 una tasa (TM EDA 20,5 por cien mil menores de cinco años), indicando el mayor pico epidemiológico del período estudiado, para el año 2024p no se presentaron mortalidades por este evento.

Figura 73. Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.

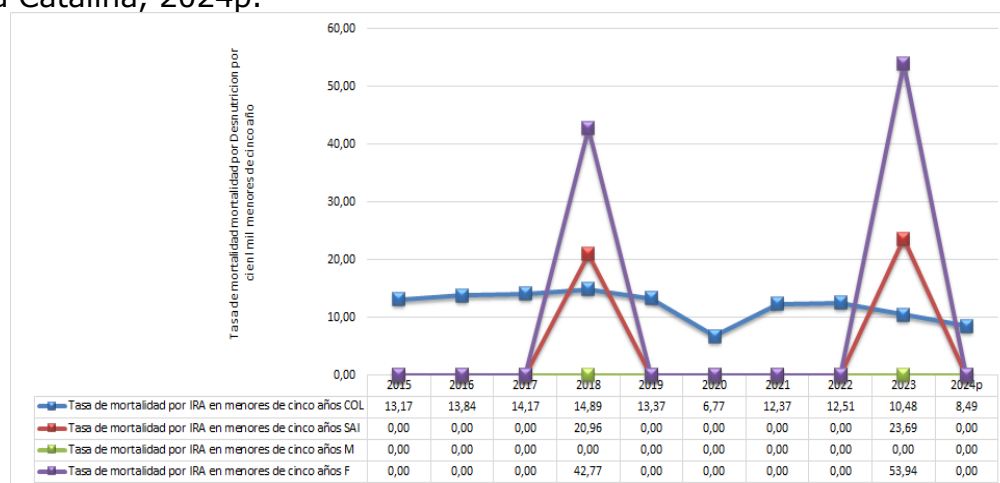


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menor de cinco años

En el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el período 2015-2024p se evidencia que, para el año 2018 se registró una tasa (TM IRA 20,96 por cien mil menores de cinco años), desciende cero muertes y para el año 2024p se registró la mayor tasa (TM IRA 23,69 por cien mil menores de cinco años) y lo que representa en número de muertes (1 muerte por IRA en menores de cinco años).

Figura 74. Tasa de mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.

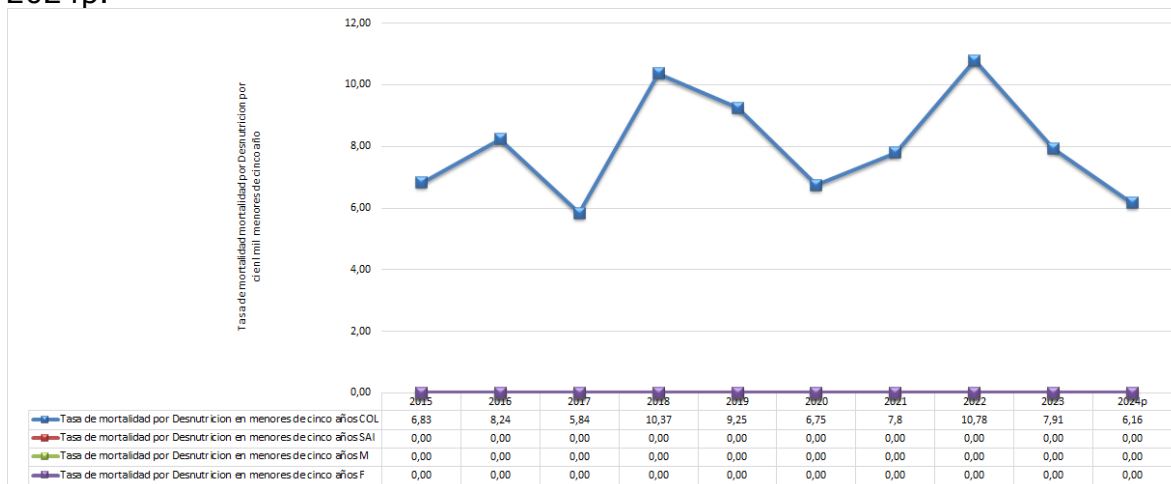


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

Mortalidad por Desnutrición en menor de cinco años

En el Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina durante el período 2015 a 2024p no se han presentado muertes por esta causa.

Figura 75. Tasa de mortalidad por Desnutrición en menor de cinco años. Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 – 2024p.

Tabla 54. Identificación de prioridades en salud del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024p.

Mortalidad	Prioridad	Colombia	Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Tendencia
General por grandes causas*	Enfermedades sistema circulatorio	127,8	193,1	Disminución
	Las demás causas	117,6	114,5	Aumento
	Causas externas	60,8	78,7	Disminución
	Neoplasias	85,8	51,0	Disminución
Específica por Subcausas o subgrupos	ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO			
	Enfermedades isquémicas del corazón	69,8	114,3	Disminución
	CAUSAS EXTERNAS:			
	Agresiones (homicidios)	26,2	42,1	Disminución
	Accidentes de transporte terrestre	15,6	19,6	Aumento
	Tasa de mortalidad ajustada por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,6	6,2	Aumento
	LAS DEMAS ENFERMEDADES			
	Tasa de mortalidad ajustada por resto de enfermedades del sistema digestivo	14,53	21,5	Aumento
	Diabetes mellitus	12,82	15,9	Disminución
	NEOPLASIAS			
	Tumor maligno de la mama de la mujer	11,9	13,9	Aumento

	Tumor maligno de la próstata	12,5	10,5	Disminución
	Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	14,3	8,6	Aumento
	ENFERMEDADES TRASMISIBLES			
	Infecciones respiratorias agudas	16,0	23,5	Aumento
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, en menores de cinco años	70,3	111,3	Disminución
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en menores de cinco años	34,8	22,3	Aumento
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Tasa de mortalidad neonatal	6,47	6,66	Aumento
	2. Tasa de mortalidad infantil	10,37	8,32	Aumento
	3. Tasa de mortalidad en la niñez	13,11	8,32	Disminución

Conclusiones Mortalidad

Como resultado del análisis de la mortalidad general en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se observa una tendencia descendente para el 2024p respecto al año anterior, lo que sugiere avances en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas se consolidan como las causas principales de mortalidad por enfermedades no transmisibles. Las causas externas, por su parte, representan uno de los principales problemas de salud pública, dada su alta contribución a la mortalidad prematura y a la pérdida de años de vida, especialmente en población masculina.

El comportamiento de la mortalidad en el departamento durante el período analizado aporta evidencia para respaldar diversas estrategias de fortalecimiento, orientadas a influir positivamente en los determinantes sociales de la salud y en los estilos de vida, con el objetivo de reducir la creciente carga de enfermedades crónicas.

El análisis de la mortalidad materno-infantil y de la niñez revela avances significativos en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y de menores de cinco años. Es importante mencionar que el departamento no registra casos de mortalidad materna. Esta ausencia podría atribuirse a factores como: cobertura de atención prenatal adecuada, acceso oportuno a servicios de parto institucionalizados, calidad de la atención obstétrica, trazabilidad y monitoreo efectivo, así como condiciones sociodemográficas y de salud materna relativamente favorables. No obstante, sigue siendo fundamental fortalecer la

vigilancia y la continuidad de la atención para mantener y consolidar estos resultados.

3.3. Cartografía Social y su respectivo análisis

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

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

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

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

Considerando los datos cuantitativos de los análisis realizados en los capítulos anteriores, se procede a presentar los resultados del ejercicio participativo realizado en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina durante la presente actualización. Este proceso contó con participación comunitaria a través de encuentros en diferentes sectores; permitiendo identificar las realidades del territorio y los principales determinantes sociales en salud asociados a cada uno de ellos.

Los encuentros participativos aportaron en la identificación de realidades en situaciones de salud, así como otros aspectos que se mantienen a lo largo del tiempo, y como el trabajo articulado e interinstitucional entre actores clave

fortalece la acción coordinada para abordar estos determinantes, lo que facilita la priorización y el seguimiento a lo largo del tiempo, con efectos positivos en la equidad y la calidad de la atención.

Tomando los resultados obtenidos en el proceso participativo, se describen los 5 núcleos de inequidad sociosanitaria los cuales reúnen un conjunto de elementos, el determinante social de la salud, con las características propias que este tiene en el territorio, así como las relaciones que se establecen, entre el determinante social de la salud y el proceso de salud-enfermedad-atención, respecto a los eventos en salud pública identificados, que, a la vez, generan impactos en la vida de las personas, las familias y las comunidades.

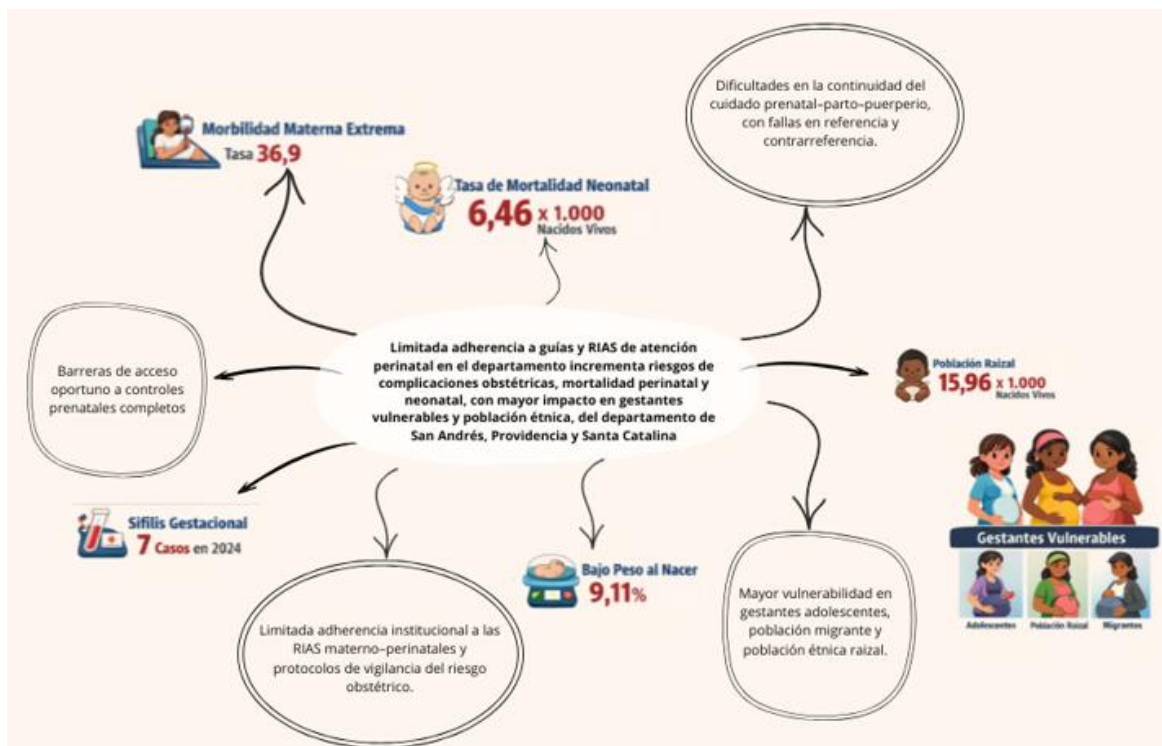
Para el desarrollo de la cartografía social en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se realizó la división del territorio en tres sectores principales: Centro, Loma y San Luis. En cada uno de estos se abarcaron los diferentes barrios con el apoyo de líderes comunitarios, lo que permitió identificar las principales problemáticas de salud, factores de riesgo, condiciones ambientales y el acceso a los servicios de salud.

La información recolectada fue georreferenciada, permitiendo ubicar en el mapa los eventos en salud, riesgos y recursos existentes en cada sector. Posteriormente, los resultados fueron socializados con la comunidad y los diferentes actores institucionales, con el fin de validar y ajustar la información obtenida.

Finalmente, con base en la cartografía elaborada, se identificaron y priorizaron los principales problemas de salud por sectores, constituyéndose en un insumo clave para la toma de decisiones en salud pública.

Núcleos de inequidad sociosanitaria

Núcleo de inequidad socio-sanitaria del territorio – Limitada adherencia a guías y RIAS de atención perinatal en el departamento incrementa riesgos de complicaciones obstétricas, mortalidad perinatal y neonatal, con mayor impacto en gestantes vulnerables y población étnica.



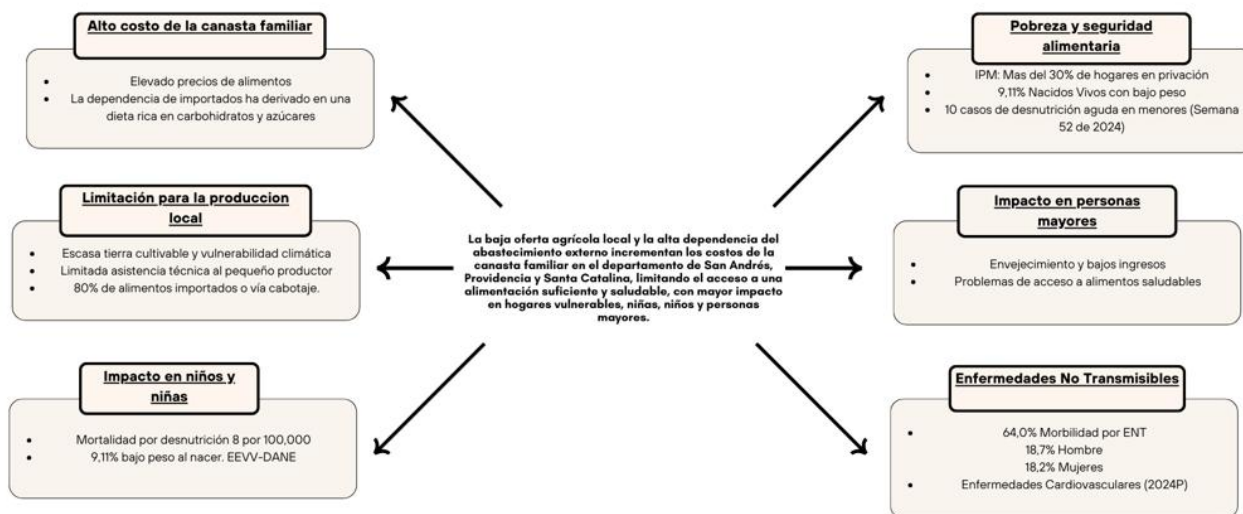
Fuente: Elaboración Propia

Para garantizar el bienestar materno-infantil y una adecuada calidad de vida desde el inicio del curso de vida, es fundamental la aplicación integral y oportuna de las guías clínicas, protocolos y Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) materno-perinatales. Sin embargo, en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, este derecho se ve afectado por la limitada adherencia a las guías de atención perinatal, asociada a brechas en la continuidad del cuidado, dificultades en la referencia y contrarreferencia, debilidades en el seguimiento prenatal y barreras geográficas propias del territorio insular.

Estas condiciones incrementan el riesgo de complicaciones obstétricas, eventos adversos prevenibles, mortalidad perinatal y neonatal, así como la ocurrencia de bajo peso al nacer y partos con atención tardía o no estandarizada. La situación impacta con mayor intensidad a mujeres gestantes en condiciones de vulnerabilidad social, población étnica raizal, migrantes y gestantes con

comorbilidades, profundizando las inequidades en salud materna e infantil en el territorio.

Núcleo de inequidad socio-sanitaria del territorio - La baja oferta agrícola local y la alta dependencia del abastecimiento externo incrementan los costos de la canasta familiar en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, limitando el acceso a una alimentación suficiente y saludable, con mayor impacto en hogares vulnerables, niñas, niños y personas mayores.



Fuente: Elaboración Propia

Para garantizar el bienestar, la seguridad alimentaria y una adecuada calidad de vida de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, es fundamental contar con una disponibilidad suficiente y estable de alimentos, así como con condiciones que permitan el acceso económico a una alimentación saludable, variada y culturalmente adecuada. Sin embargo, en el departamento, este derecho se ve comprometido por la baja oferta agrícola local, asociada a las limitaciones propias del territorio insular, como la escasa disponibilidad de suelo cultivable, la vulnerabilidad climática y las debilidades en el fortalecimiento de la producción agropecuaria local.

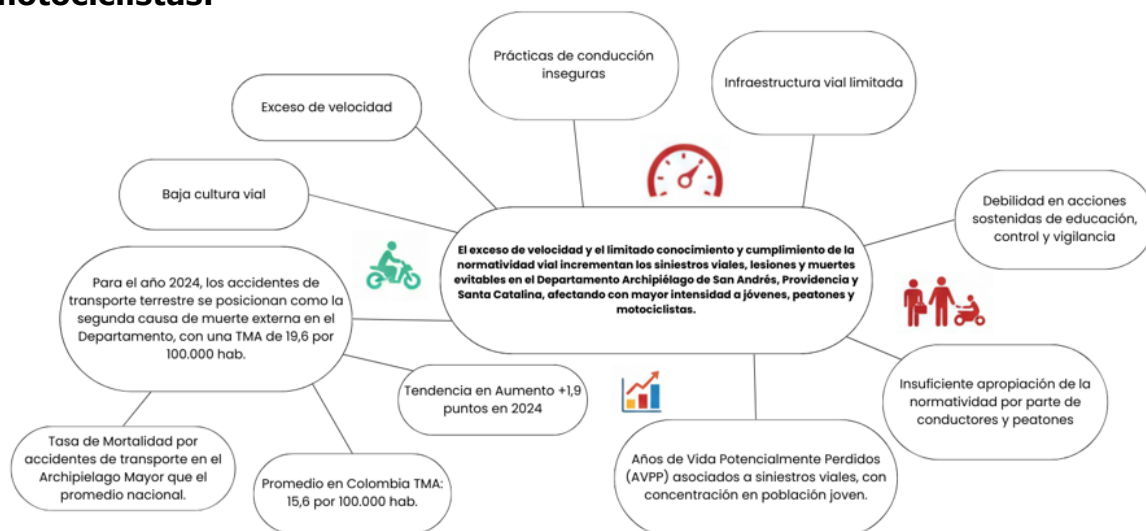
La limitada producción agrícola interna ha generado una alta dependencia del abastecimiento externo de alimentos, principalmente por vía marítima y aérea, lo que incrementa de manera significativa los costos de transporte, almacenamiento y comercialización, reflejándose en elevados precios de los productos que conforman la canasta familiar. Esta situación afecta de forma directa la capacidad adquisitiva de los hogares, especialmente aquellos en

condición de vulnerabilidad socioeconómica, restringiendo el acceso regular a alimentos frescos como frutas, verduras y proteínas de alto valor nutricional.

Adicionalmente, la dependencia de alimentos importados y la limitada disponibilidad de productos frescos favorecen el consumo de alimentos ultraprocesados, con menor calidad nutricional y mayor contenido de azúcares, grasas y sodio, lo que incrementa el riesgo de malnutrición por déficit y por exceso, así como la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Estas condiciones impactan con mayor intensidad a niñas, niños, personas mayores y hogares de bajos ingresos, profundizando las inequidades en salud y nutrición en el departamento.

En este contexto, la baja oferta agrícola local y los altos costos de la canasta familiar se configuran como un núcleo de inequidad sociosanitaria, al limitar el ejercicio efectivo del derecho a la alimentación adecuada y afectar los determinantes sociales de la salud, evidenciando la necesidad de fortalecer los sistemas alimentarios locales, promover la producción agrícola sostenible, las huertas comunitarias y familiares, y las estrategias intersectoriales orientadas a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de la población del Archipiélago.

Núcleo de inequidad socio-sanitaria del territorio – El exceso de velocidad y el limitado conocimiento y cumplimiento de la normatividad vial incrementan los siniestros viales, lesiones y muertes evitables en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, afectando con mayor intensidad a jóvenes, peatones y motociclistas.



Fuente: Elaboración Propia

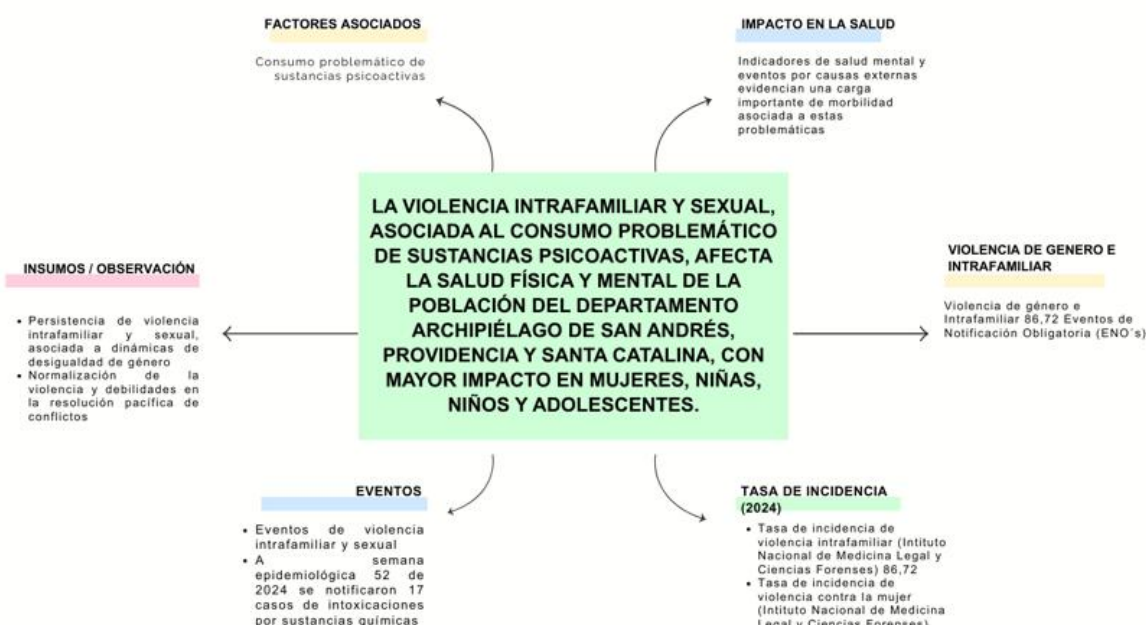
Para garantizar el bienestar, la seguridad y una adecuada calidad de vida de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, es fundamental contar con entornos de movilidad seguros que reduzcan los riesgos asociados al tránsito y la circulación vial. Sin embargo, en el departamento, este derecho se ve comprometido por prácticas inadecuadas de conducción, particularmente el exceso de velocidad, así como por el limitado conocimiento y cumplimiento de la normatividad vial por parte de conductores, motociclistas, ciclistas y peatones.

Estas conductas de riesgo se ven favorecidas por una baja cultura de seguridad vial, la percepción de trayectos cortos, el uso intensivo de motocicletas y la convivencia de diferentes actores viales en infraestructuras limitadas, especialmente en zonas urbanas y turísticas. La circulación a velocidades superiores a las permitidas, el incumplimiento de señales de tránsito y el no uso de elementos de protección personal incrementan la probabilidad de siniestros viales, generando lesiones, discapacidades temporales o permanentes y muertes evitables.

Adicionalmente, la debilidad en las acciones de educación, control y vigilancia vial, junto con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas asociado a la conducción, contribuyen al aumento de eventos por causas externas y a una mayor presión sobre los servicios de urgencias del sistema de salud. Estas situaciones impactan de manera diferenciada a jóvenes y hombres en edad productiva, así como a peatones y motociclistas, quienes concentran una mayor proporción de lesiones graves y fallecimientos por eventos de tránsito.

En este contexto, el exceso de velocidad y la limitada aplicabilidad de la normatividad vial se configuran como un núcleo de inequidad sociosanitaria en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, al generar riesgos prevenibles que afectan de forma desigual a la población y profundizan las brechas en salud, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias integrales de educación vial, control, vigilancia, promoción de comportamientos seguros y articulación intersectorial, como componentes esenciales de la salud pública y la planeación territorial.

Núcleos de inequidad socio-sanitaria del territorio – La violencia intrafamiliar y sexual, asociada al consumo problemático de sustancias psicoactivas, afecta la salud física y mental de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con mayor impacto en mujeres, niñas, niños y adolescentes.



Fuente: Elaboración Propia

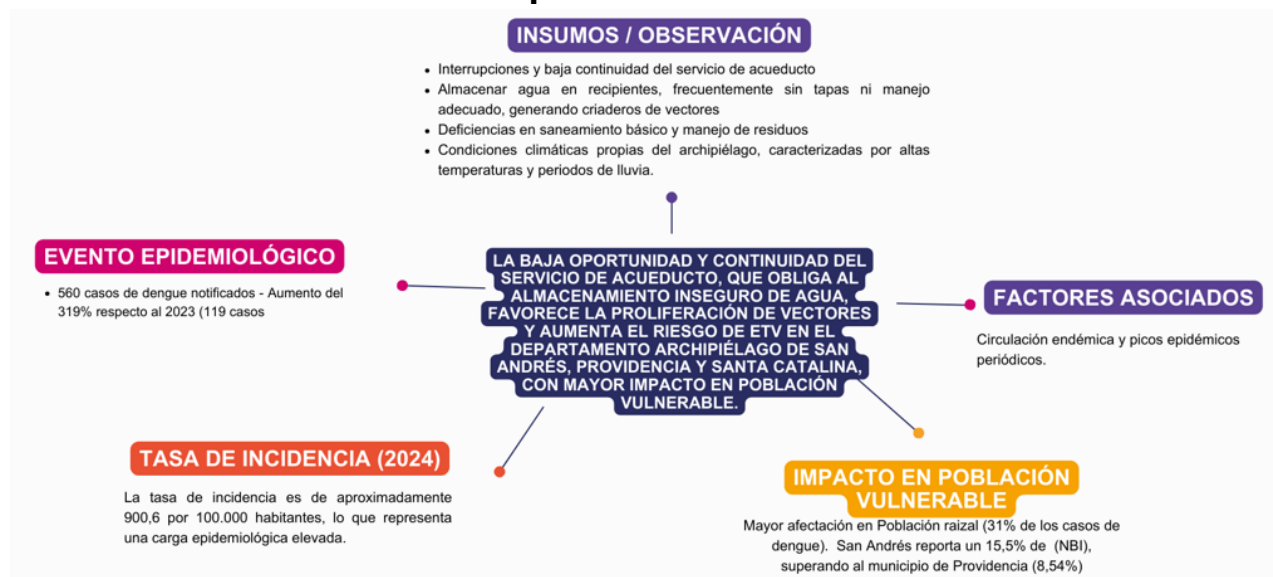
Para garantizar el bienestar, la convivencia pacífica y una adecuada calidad de vida de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, es fundamental promover entornos familiares y comunitarios seguros, protectores y libres de violencias. Sin embargo, en el departamento, este derecho se ve comprometido por la persistencia de la violencia intrafamiliar y sexual, asociada a dinámicas de desigualdad de género, relaciones de poder, normalización de la violencia y consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente alcohol.

La violencia intrafamiliar y sexual se manifiesta en agresiones físicas, psicológicas y sexuales que afectan de manera particular a mujeres, niñas, niños y adolescentes, generando consecuencias negativas sobre la salud física, mental y emocional, así como ruptura del tejido social y familiar. Estas situaciones se ven agravadas por barreras para la denuncia, el subregistro de los casos, el miedo a represalias y la limitada articulación intersectorial para la atención integral y la protección de las víctimas.

Adicionalmente, el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente alcohol, constituye un factor de riesgo que incrementa la ocurrencia y severidad de los hechos de violencia, al afectar el autocontrol, la convivencia familiar y comunitaria y la capacidad de resolución pacífica de conflictos. El consumo problemático de SPA se asocia, además, a trastornos de salud mental, conductas de riesgo, accidentes y eventos por causas externas, aumentando la carga de enfermedad y la demanda de servicios de urgencias y atención psicosocial.

En este contexto, la violencia intrafamiliar y sexual, en interacción con el consumo de sustancias psicoactivas, se configura como un núcleo de inequidad sociosanitaria en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, al afectar de manera desproporcionada a poblaciones en situación de vulnerabilidad y profundizar las desigualdades en salud mental, bienestar y seguridad. Este núcleo evidencia la necesidad de fortalecer acciones integrales de prevención, atención, protección y rehabilitación, desde un enfoque de derechos, género, ciclo de vida y articulación intersectorial, como componentes esenciales de la planeación territorial en salud.

Núcleo de inequidad socio-sanitaria del territorio - Indicadores de salud mental y eventos por causas externas evidencian una carga importante de morbilidad asociada a estas problemáticas



Fuente: Elaboración Propia

Para garantizar el bienestar y una adecuada calidad de vida de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, es fundamental asegurar el acceso oportuno, continuo y seguro al agua potable,

como determinante esencial de la salud y la prevención de enfermedades. Sin embargo, en el departamento, este derecho se ve comprometido por la baja oportunidad y continuidad en la prestación del servicio de acueducto, asociada a limitaciones en la infraestructura, condiciones operativas del sistema y vulnerabilidad frente a fenómenos climáticos.

La insuficiencia en el suministro de agua potable obliga a la población a recurrir al almacenamiento de agua en recipientes, muchas veces sin las condiciones adecuadas de protección, lo que favorece la proliferación de vectores como *Aedes aegypti*. Esta situación incrementa el riesgo de transmisión de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), como dengue, chikunguña y zika, las cuales representan eventos de interés en salud pública en el territorio. Adicionalmente, las condiciones climáticas propias del archipiélago, caracterizadas por altas temperaturas y periodos de lluvia, sumadas a deficiencias en el saneamiento básico y en el manejo de residuos sólidos, generan entornos propicios para la reproducción de vectores. Estas condiciones afectan de manera desproporcionada a niñas, niños, personas mayores y hogares en condición de vulnerabilidad, quienes presentan mayor riesgo de enfermar y de desarrollar complicaciones asociadas a las ETV.

En este contexto, la baja oportunidad en el acceso al servicio de acueducto y la proliferación de ETV se configuran como un núcleo de inequidad sociosanitaria en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, al evidenciar la interacción entre deficiencias en los servicios básicos, factores ambientales y riesgos sanitarios prevenibles. Este núcleo resalta la necesidad de fortalecer la gestión integral del recurso hídrico, la continuidad del servicio de acueducto, las acciones de control vectorial, la vigilancia epidemiológica y la articulación intersectorial, como componentes clave para proteger la salud de la población y reducir las inequidades en el territorio.

4. CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.

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

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

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

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

El presente capítulo analiza la capacidad de respuesta institucional, intersectorial y social frente a los núcleos de inequidad identificados. Se evalúa cómo los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sectores externos interactúan para mitigar los determinantes sociales que impactan la salud de la población isleña y raizal.

(Ver Anexo 1F. Tabla. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2025.)

Núcleo materno-perinatal y adherencia a guías/RIAS

- Problema: limitada adherencia a guías y a las RIAS perinatales, con aumento de complicaciones obstétricas y de la mortalidad perinatal/neonatal, especialmente en gestantes vulnerables y población étnica.
- Respuesta institucional (sectorial): IVC a la ESE Hospital Local de Providencia y Santa Catalina y EAPB, seguimiento desde APS (SSR, equipos extramurales y EBS) y acciones de continuidad/capacitación del talento humano.
- Fortaleza: combina control (IVC) con captación y seguimiento comunitario (APS/EBS).
- Actores: autoridad sanitaria (SSD), EAPB/IPS y ESE; veedurías, usuarios y líderes raizales; colegios y sindicatos del personal asistencial.
- Conflictos: barreras de acceso (geográficas/administrativas/culturales), fragmentación de información IPS-EAPB, desconfianza de gestantes jóvenes y rotación de especialistas por contratación/costo de vida.
- Implicación operativa: pérdida de oportunidad del control prenatal y fallas de continuidad en la ruta (referencia-contrarreferencia).
- Acciones prioritarias: SSD-ESE auditar adherencia RIAS y evidencias IVC; EBS activar búsqueda y captación comunitaria; Gobernación definir incentivos para retención de especialistas.

Núcleo seguridad alimentaria y nutricional

- Problema: baja oferta agrícola local y dependencia del abastecimiento externo, con aumento del costo de canasta familiar y menor acceso a alimentación saludable en hogares vulnerables, niñas/niños y personas mayores.
- Respuesta institucional (intersectorial): agricultura/pesca y salud proponen incentivos a producción limpia, vigilancia SAN y mercados/bancos de semillas; educación y salud articulan PAE con productos locales y educación alimentaria. Fortaleza: integra medidas de oferta y demanda e incluye PIC para promoción de hábitos. El PIC se define como plan de beneficios con intervenciones de promoción y gestión del riesgo enmarcadas en el PTS, orientadas a incidir en determinantes y resultados.

- Actores: secretarías sectoriales, cooperativas de agricultores/pescadores, fundaciones ambientales, líderes comunitarios y promotores de dieta tradicional. Conflictos: competencia con importados baratos, limitación de tierras y altos costos de insumos, entrada de ultraprocesados y pérdida de tradiciones culinarias.
- Implicación operativa: sin acuerdos de precio/abastecimiento, la educación y el PAE pierden efectividad por disponibilidad limitada.
- Acciones prioritarias: Mesa SAN con acuerdos de abastecimiento y compras públicas locales; ajuste de menús institucionales; PIC con talleres y vigilancia SAN.

Núcleo seguridad vial

- Problema: exceso de velocidad y bajo cumplimiento de la norma vial, con siniestros, lesiones y muertes evitables, afectando más a jóvenes, peatones y motociclistas.
- Respuesta institucional (intersectorial): movilidad y educación ejecutan señalización/cultura ciudadana y educación vial; movilidad y salud realizan control operativo, vigilancia de lesiones y respuesta de urgencias (CRUE), y proyectan observatorio de seguridad vial.
- Fortaleza: combina prevención, control y vigilancia para gestión del riesgo.
- Actores: movilidad, educación, salud, Policía Nacional de Colombia (tránsito); gremios de transporte/mototaxismo; veedurías, fundaciones de víctimas y líderes comunales.
- Conflictos: resistencia al casco y a límites de velocidad, falta de presupuesto compartido para campañas, prioridades divergentes tránsito-salud y crecimiento del parque automotor frente a capacidad vial limitada.
- Implicación operativa: control y campañas pierden continuidad y legitimidad social, dificultando reducción sostenida de lesiones.
- Acciones prioritarias: Consejo Territorial de Seguridad Vial acordar metas y presupuesto; Mesa Técnica Salud-Movilidad definir operativos basados en datos; Secretaría de Gobierno mediar con gremios.

Núcleo violencias intrafamiliar/sexual y consumo de SPA

- Problema: violencia intrafamiliar y sexual asociada a consumo problemático de SPA, con mayor impacto en mujeres, niñas, niños y adolescentes.
- Respuesta institucional: acciones intersectoriales (salud, desarrollo social, gobierno/justicia) para fortalecer RIAS y rutas (comisarías, centros de

escucha, Casa de Justicia/Oficina de la Mujer) y acciones sectoriales de APS en salud mental con EBS y psicólogos.

- Fortaleza: combina protección/ruta con prevención comunitaria y apoyo psicosocial de organizaciones de mujeres y líderes religiosos. Las RIAS ordenan la gestión sectorial e intersectorial para asegurar integralidad y resultados esperados en salud, lo que es coherente con el enfoque descrito en la tabla.
- Actores: SSD/ESE, desarrollo social/juventud, gobierno/justicia; organizaciones de mujeres y redes comunitarias
- Conflictos: fragmentación de la atención, estigma, falta de privacidad en hogares multifamiliares, normalización del alcohol y revictimización por demoras con miedo a represalias.
- Implicación operativa: baja denuncia, detección tardía y discontinuidad del caso, con pérdida de confianza.
- Acciones prioritarias: Mesas de Salud Mental y Erradicación unificar protocolos y tiempos (Código Rosa/Púrpura); EBS aplicar confidencialidad y espacios seguros; campañas con enfoque étnico (indicadores 2025 no especificados).

Núcleo agua, acueducto y ETV

- Problema: baja oportunidad y continuidad del acueducto obliga al almacenamiento inseguro, favorece vectores y eleva el riesgo de ETV, con mayor impacto en población vulnerable.
- Respuesta institucional: intersectorial (servicios públicos/infraestructura y salud) para ampliar plantas y redes e inspeccionar calidad del agua; gobernanza intersectorial (gobernación) vía comité PISA y COTSA; y respuesta sectorial (salud) con PIC, vigilancia entomológica y recolección de inservibles.
- Fortaleza: vincula determinante estructural (agua) con prevención sanitaria y control vectorial.
- Actores: sector servicios públicos, salud, gobernación, autoridad ambiental CORALINA, JAC/fundaciones, veedurías y líderes raizales.
- Conflictos: intermitencia que genera criaderos, tensión turismo-población local por demanda de agua y resistencia a ingreso de equipos de fumigación/inspección.
- Implicación operativa: control intradomiciliario irregular y menor efectividad de las jornadas, con riesgo de rebrotes.
- Acciones prioritarias: Mesa de Agua y Saneamiento acordar cronograma y prácticas seguras de almacenamiento; COTSA unificar decisiones agua-ambiente-salud; EBS liderar sensibilización y diálogo de saberes.

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

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

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

Para realizar el proceso de priorización de las problemáticas del territorio a partir del análisis de situación de salud con la finalidad de orientar la planeación de estrategias y acciones que aporten a las soluciones integrales en un periodo de cuatro años, es necesario el abordaje con el equipo de salud pública y de planeación de la entidad territorial de salud.

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

Magnitud

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

Se va a definir por cuartiles:

Bajo: 1 cuartil (0 a 25%).

Medio: 2 cuartil (26 a 50%).

Alto: 3 cuartil (51 a 75%)

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

Pertinencia social e intercultural

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

En este caso, la pregunta a responder es: ¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?

Ponderaciones: Bajo–Medio–Alto–Muy alto

Transcendencia

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

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

Se va a definir por cuartiles:

Bajo:1 cuartil (0 a 25%).

Medio:2 cuartil (26 a 50%).

Alto:3 cuartil (51 a 75%)

MuyAlto:4 cuartil (mayor a 75%).

Capacidad de intervención

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

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

Ponderaciones: Bajo–Medio–Alto–Muy alto

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

Ponderaciones: Bajo–Medio–Alto–Muy alto

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

Grandes causas de Morbilidad	2022 (Consultas)	Valoración
1. Enfermedades no transmisibles	54,5	Muy Alto
2. Signos y síntomas mal definidos	19,8	Alto
3. Condiciones transmisibles y nutricionales	13,3	Medio
4. Lesiones	9,7	Bajo
5. Condiciones maternas y perinatales	2,7	Bajo

Grandes causas de Mortalidad	2021 (Tasas)	Valoración
1. Enfermedades del sistema circulatorio	134,2	Muy Alto
2. Las demás causas	113,2	Alto
3. Causas Externas	104,4	Medio
4. Enfermedades Transmisibles	31,8	Bajo
5. Signos y síntomas mal definidos	3,3	Bajo

	Rango
Muy alto	19,9 - 54,5
Alto	13,4 - 19,8
Medio	9,8 - 13,3
Bajo	2,7 - 9,7

	Rango
Muy alto	113,3 - 134,2
Alto	104,5 - 113,2
Medio	31,9 - 104,4
Bajo	3,3 - 31,8

Fuente: Elaboración Pro

Tabla 55. Matriz priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2024.

Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización
Limitada adherencia a guías y RIAS de atención perinatal en el departamento incrementa riesgos de complicaciones obstétricas, mortalidad perinatal y neonatal, con mayor impacto en gestantes vulnerables y población étnica.	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Alto
La baja oferta agrícola local y la alta dependencia del abastecimiento externo incrementan los costos de la canasta familiar en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, limitando el acceso a una alimentación suficiente y saludable, con mayor impacto en hogares vulnerables, niñas, niños y personas mayores.	Muy alto	Baja	Muy alto	Medio	Bajo	Muy alto
El exceso de velocidad y el limitado conocimiento y cumplimiento de la normatividad vial incrementan los siniestros viales, lesiones y muertes evitables en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, afectando con mayor intensidad a jóvenes, peatones y motociclistas.	Muy alto	Baja	Muy alto	Bajo	Medio	Muy alto
La violencia intrafamiliar y sexual, asociada al consumo problemático de sustancias psicoactivas, afecta la salud física y mental de la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con mayor impacto en mujeres, niñas, niños y adolescentes.	Muy alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
La baja oportunidad y continuidad del servicio de acueducto, que obliga al almacenamiento inseguro de agua, favorece la proliferación de vectores y aumenta el riesgo de ETV en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con mayor impacto en población vulnerable.	Medio	Baja	Medio	Alto	Alto	Medio

Los núcleos de inequidad sociosanitaria se mantienen a lo largo del tiempo, constituyendo la respuesta ante las situaciones de salud identificadas en el territorio. No obstante, resulta necesario seguir priorizando estas áreas para avanzar en la solución de los problemas identificados y continuar fortaleciendo las intervenciones necesarias para impactar positivamente los indicadores en salud.

Estos hallazgos permiten definir un orden estratégico de intervención y facilitar la integración con la planeación integral en salud, orientando la formulación de acciones globales. La priorización destaca la necesidad de fortalecer la gobernanza local, incrementar la capacidad de resolución del sistema de salud y fomentar acciones intersectoriales que afronten de manera efectiva las problemáticas que más impactan la salud y la calidad de vida de la población del departamento.

Adherencia a guías y RIAS de atención perinatal: Puntaje: Alto

Este problema presenta una valoración muy alta en pertinencia social, trascendencia, factibilidad y viabilidad, con magnitud alta, lo que lo posiciona como una prioridad de intervención técnica con alta capacidad de respuesta institucional. La limitada adherencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) perinatales en el departamento genera un riesgo aumentado de complicaciones obstétricas, mortalidad perinatal y neonatal, con afectación diferenciada en gestantes pertenecientes a poblaciones vulnerables y comunidades étnicas raizales.

Desde la perspectiva del análisis territorial, este problema refleja no solo una brecha en la calidad técnica de la atención, sino también barreras de acceso cultural, geográfico y de disponibilidad de recurso humano especializado en obstetricia y neonatología. La alta factibilidad y viabilidad señaladas en la matriz indican que existen mecanismos normativos, programáticos y financieros disponibles para intervenir esta problemática, lo que la convierte en una oportunidad concreta de mejora de los indicadores de salud materna e infantil del departamento. Su intervención debe articularse con el aseguramiento, las IPS públicas y privadas, y las autoridades étnicas del territorio.

Seguridad alimentaria y nutricional: Puntaje: Muy Alto

A pesar de presentar una pertinencia social baja y una viabilidad baja, este problema alcanza el puntaje total más alto de la matriz, impulsado por sus valoraciones muy altas en magnitud y trascendencia. Esto revela una tensión

analítica de gran relevancia para la planeación: se trata de un problema de alta carga social y sanitaria, pero cuya solución escapa en gran medida a la capacidad de respuesta del sector salud de manera unilateral, requiriendo una intervención genuinamente intersectorial que involucre al sector agropecuario, comercio, educación y las autoridades insulares.

La dependencia casi total del abastecimiento externo de alimentos, las limitaciones físicas del territorio para la producción agrícola local y el encarecimiento sistemático de la canasta familiar configuran un determinante social de la salud de primera línea, con efectos directos sobre la malnutrición en niñas, niños, personas mayores y hogares en condición de pobreza. La baja viabilidad registrada en la matriz debe interpretarse como una señal de alerta para la gestión pública: sin una agenda de coordinación interinstitucional robusta y sostenida, este problema continuará deteriorando los indicadores nutricionales y de desarrollo infantil del departamento. Su abordaje demanda la activación de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) a nivel territorial y la formulación de un plan de acción específico en el marco del Plan Territorial de Salud.

Siniestralidad vial: Puntaje: Muy Alto

Al igual que el anterior, la siniestralidad vial alcanza un puntaje muy alto, pese a registrar valores bajos en factibilidad y medios en viabilidad, sustentado en magnitudes y trascendencias muy altas. Este problema tiene una dimensión de salud pública clara: las lesiones de causa externa por siniestros viales representan una de las principales causas de mortalidad prematura y discapacidad evitable en el departamento, con afectación desproporcionada en jóvenes, motociclistas y peatones.

La baja factibilidad reflejada en la matriz obedece probablemente a la complejidad normativa y de infraestructura vial del archipiélago, donde la densidad vehicular especialmente de motocicletas supera la capacidad de la malla vial existente y donde los mecanismos de control y sanción tienen alcance limitado. Desde la planeación en salud, este problema requiere una respuesta articulada con el sector de tránsito y transporte, las autoridades de policía, la Secretaría de Educación y los medios de comunicación locales, bajo el enfoque de la Estrategia de Seguridad Vial del Ministerio de Transporte y los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública en el componente de lesiones de causa externa.

Violencia intrafamiliar, sexual y consumo de SPA: Puntaje: Alto

Este problema presenta una valoración consistentemente alta en todos los criterios, lo que lo convierte en la prioridad de mayor equilibrio entre urgencia, pertinencia, trascendencia y capacidad de respuesta. La co-ocurrencia de violencia intrafamiliar, violencia sexual y consumo problemático de sustancias psicoactivas configura un nudo crítico de salud mental y convivencia con profundas consecuencias sobre la salud física y psicológica de las víctimas, particularmente mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Desde la planeación integral, la alta pertinencia social de este problema refleja que la comunidad lo reconoce y lo demanda como prioritario, lo cual es un activo fundamental para la movilización social y la corresponsabilidad ciudadana. La alta factibilidad y viabilidad indican que existen rutas de atención, protocolos, oferta institucional y marcos normativos —incluyendo la Ruta de Atención Integral a Víctimas de Violencias de Género y el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente que permiten estructurar respuestas concretas. La coordinación con el ICBF, la Fiscalía, la Secretaría de Salud y las organizaciones comunitarias del departamento es indispensable para articular la respuesta intersectorial requerida.

Enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y calidad del agua:
Puntaje: Medio

Este problema obtiene el puntaje más bajo de la matriz, con magnitud media, pertinencia social baja y trascendencia media, aunque con alta factibilidad y viabilidad. Sin embargo, su inclusión en el ASIS reviste importancia estratégica particular para el Archipiélago: la condición insular y tropical del territorio, combinada con las deficiencias estructurales del servicio de acueducto, que obliga al almacenamiento doméstico inseguro de agua, genera condiciones propicias para la proliferación de vectores transmisores de dengue, chikungunya y zika, enfermedades de alta relevancia en este ecosistema.

La baja pertinencia social registrada podría indicar que la comunidad no percibe aún la magnitud del riesgo asociado al almacenamiento inseguro de agua, lo que constituye en sí mismo un hallazgo relevante para orientar estrategias de comunicación en salud y gestión del riesgo. La alta viabilidad del problema sugiere que existen competencias institucionales claras y recursos técnicos disponibles para intervenir, particularmente desde los programas de vigilancia entomológica, saneamiento básico y promoción de la salud a cargo de la Secretaría de Salud Departamental.

Visto en conjunto, la matriz evidencia tres patrones analíticos de alta relevancia para la salud del departamento:

El primero es la concentración del puntaje más alto en problemas de determinación social estructural, seguridad alimentaria y siniestralidad vial que exceden la capacidad de respuesta unilateral del sector salud. Esto señala con claridad que el Plan Territorial de Salud debe fortalecer su componente de acción intersectorial y sobre determinantes sociales, más allá de las intervenciones clínicas y asistenciales tradicionales.

El segundo patrón es la brecha entre trascendencia y viabilidad, especialmente visible en los problemas de seguridad alimentaria y siniestralidad vial, donde la magnitud del daño es muy alta pero la capacidad de respuesta es limitada. Esta brecha debe ser reconocida explícitamente en la formulación del Plan Territorial de Salud como un argumento para la gestión de recursos adicionales, la abogacía en política pública y el fortalecimiento de la gobernanza local en salud.

El tercer patrón es que todos los problemas priorizados tienen un componente de inequidad étnica, de género o generacional, afectando de manera diferenciada a población raizal, mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas mayores. Esto exige que las intervenciones formuladas incorporen enfoque diferencial étnico, de género y de ciclo vital, en coherencia con el marco normativo de la Política Pública de Equidad en Salud y los compromisos del Estado colombiano con los pueblos étnicos del archipiélago.

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

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

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

(Ver Anexo 1G. Tabla. Recomendaciones en el marco del PDSP 2022 2031 y el modelo de salud preventivo predictivo fundamentado en la atención primaria en salud del Departamento del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2025.)

1. Núcleo: limitada adherencia a guías y RIAS de atención perinatal.

El primer núcleo identifica que la limitada adherencia a guías y RIAS de atención perinatal incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas, mortalidad perinatal y neonatal, con mayor impacto en gestantes vulnerables y población étnica. La tabla propone tres transformaciones esperadas: garantizar la adherencia y calidad de la RIAS materno-perinatal mediante IVC y fortalecimiento local; mejorar el seguimiento materno-perinatal desde la APS; y garantizar continuidad y capacitación del talento humano en salud. Estas acciones aparecen distribuidas entre el Eje 4 de Atención Primaria en Salud y el Eje 2 de pueblos y comunidades étnicas y otras poblaciones por condición y situación.

La transformación aquí no se limita a “cumplir” la RIAS. En realidad, apunta a reorganizar la respuesta materno-perinatal del territorio en tres planos. El primero es el plano de la calidad y la rectoría, a través de la IVC y del fortalecimiento local de la RIAS. El segundo es el plano operativo del cuidado continuo, mediante seguimiento desde APS, lo cual busca asegurar longitudinalidad y oportunidad. El tercero es el plano de sostenibilidad institucional, garantizando talento humano capacitado y continuo. En conjunto, la transformación esperada persigue pasar de una atención fragmentada y reactiva a una atención organizada, continua, territorial y culturalmente pertinente.

Este núcleo apunta principalmente al Eje 4 – Atención Primaria en Salud, porque el corazón de la respuesta está en la organización de acciones sectoriales e intersectoriales para promover, prevenir y recuperar la salud en los territorios cotidianos. Sin embargo, el componente de continuidad y capacitación del talento humano se enlaza además con el Eje 2, evidenciando que no basta con una respuesta clínica estándar, sino que se requiere reconocimiento de particularidades poblacionales, especialmente étnicas y diferenciales.

Los resultados esperados son dos, principalmente. Por una parte, que las entidades territoriales organicen la prestación en redes integrales e integradas territoriales, bajo un modelo preventivo, predictivo y resolutivo fundamentado en APS. Por otra parte, que exista un nivel primario de atención fortalecido con

equipos territoriales, infraestructura, insumos, dotación y personal como puerta de entrada del sistema. Adicionalmente, el componente de talento humano se vincula al resultado de reconocimiento y fortalecimiento de prácticas, saberes y conocimientos de salud pública para distintos grupos poblacionales.

Este núcleo se articula sobre todo con el pilar ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS, porque busca que la respuesta materno-perinatal opere a través de redes organizadas y de un primer nivel resolutivo. El componente de talento humano y enfoque diferencial se enlaza además con el pilar i) Gobernabilidad, gobernanza y territorialización, pues exige capacidades territoriales para adecuar la respuesta a contextos poblacionales específicos.

En términos estratégicos, este es uno de los núcleos más coherentes de la matriz, porque alinea problema, solución y modelo. La inequidad materno-perinatal no se trata como falla individual de las usuarias ni como insuficiencia exclusivamente hospitalaria, sino como una falla de organización territorial del cuidado. Esa lectura es consistente con APS y con RIITS. Su principal reto no está en la formulación, sino en la implementación: el anexo no incorpora metas, trazadores ni indicadores específicos de adherencia, oportunidad del control prenatal, referencia o seguimiento posparto.

2. Núcleo: baja oferta agrícola local y alta dependencia del abastecimiento externo

El segundo núcleo plantea que la baja oferta agrícola local y la alta dependencia del abastecimiento externo incrementan los costos de la canasta familiar y limitan el acceso a una alimentación suficiente y saludable, con mayor impacto en hogares vulnerables, niñas, niños y personas mayores. Las transformaciones propuestas son promover la producción agrícola local y huertas comunitarias y fortalecer los programas de alimentación saludable con enfoque diferencial. Estas acciones se ubican en el Eje 3 – Determinantes sociales de la salud y en el Eje 2 – Pueblos y comunidades étnicas y otras poblaciones, y ambas son de carácter intersectorial.

La transformación esperada aquí no consiste únicamente en mejorar la disponibilidad de alimentos, sino en modificar una condición estructural de vulnerabilidad territorial. La producción agrícola local y las huertas comunitarias buscan reducir la dependencia externa, fortalecer la resiliencia y mejorar el acceso físico y económico a alimentos. El fortalecimiento de programas de alimentación saludable con enfoque diferencial introduce una segunda capa: no solo producir más, sino garantizar que la respuesta sea culturalmente pertinente

y adaptada a grupos poblacionales específicos. La transformación, por tanto, es tanto económico-territorial como socioalimentaria y cultural.

El eje principal es el Eje 3 – Determinantes sociales de la salud, porque el problema se reconoce como consecuencia de circunstancias injustas que producen peores resultados en salud. El segundo eje, Eje 2, fortalece el enfoque poblacional y diferencial, evitando que la respuesta alimentaria sea homogénea o desconectada de prácticas y saberes territoriales.

Los resultados esperados son, en primer lugar, territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia. En segundo lugar, espacios e instancias intersectoriales que transversalizan los enfoques de pueblos, comunidades, género y diferencial e integran sistemas de conocimiento propio. Esto indica que la seguridad alimentaria no es concebida como un programa asistencial, sino como una construcción de resiliencia territorial e integración intersectorial.

Ambas transformaciones se articulan con el pilar i) Gobernabilidad, gobernanza y territorialización. Esto es técnicamente relevante: aunque se trata de un problema alimentario, el anexo no lo ubica en un pilar clínico-asistencial, sino en el pilar de gestión territorial. El mensaje de fondo es que la inequidad alimentaria se reduce fortaleciendo la capacidad de gobierno, la articulación institucional y la territorialización de la respuesta.

Este núcleo evidencia con claridad que el anexo adopta una visión amplia de salud pública. La canasta familiar y el abastecimiento no son tratados como asuntos externos a la salud, sino como condicionantes directos del bienestar. El punto fuerte es que incorpora intersectorialidad y enfoque diferencial; el punto débil es que no precisa cómo se conectará esta transformación con resultados sanitarios medibles, como malnutrición, anemia, inseguridad alimentaria o consumo de ultraprocesados.

3. Núcleo: exceso de velocidad y limitado conocimiento y cumplimiento de la normatividad vial

El tercer núcleo señala que el exceso de velocidad y el limitado conocimiento y cumplimiento de la normatividad vial incrementan los siniestros viales, lesiones y muertes evitables, afectando especialmente a jóvenes, peatones y motociclistas. Se plantean tres transformaciones: implementar educación vial desde el curso de vida; articular salud, tránsito y educación en prevención de

lesiones; y reducir mortalidad/morbilidad por accidentes de tránsito mediante educación, control y gestión del riesgo. Estas se vinculan con el Eje 4, el Eje 6 y el Eje 1, respectivamente.

Este es uno de los núcleos más completos del anexo, porque reconoce que la seguridad vial exige una transformación múltiple. La educación vial desde el curso de vida busca modificar conductas y competencias ciudadanas de manera sostenida. La articulación entre salud, tránsito y educación introduce una transformación institucional basada en gestión del conocimiento y coordinación. Finalmente, la reducción de mortalidad y morbilidad mediante control y gestión del riesgo incorpora el componente de autoridad y gobernanza. En conjunto, la transformación va desde el cambio cultural individual y colectivo hasta la gestión pública del riesgo vial.

El núcleo es marcadamente multieje. El Eje 4 – APS se activa cuando la prevención de lesiones se entiende como acción promocional y preventiva en los entornos de vida. El Eje 6 – Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria aparece cuando la articulación intersectorial se concibe como capacidad de producción y uso de conocimiento para la prevención. El Eje 1 – Gobernabilidad y gobernanza se expresa cuando el problema se aborda desde el liderazgo institucional, las alianzas y la gestión integrada del riesgo.

Los resultados esperados son tres. Primero, agentes del sistema de salud que garantizan el acceso con longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada y enfoques familiares y comunitarios, mostrando que la prevención vial también puede ser incorporada en APS. Segundo, capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública, lo que da sustento técnico a la articulación entre sectores. Tercero, entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la gobernanza en salud pública.

El núcleo se articula con tres pilares, aunque con diferente peso. La educación vial desde el curso de vida se conecta con ii) RIITS, porque se inserta en un enfoque APS y comunitario. La articulación salud-tránsito-educación se conecta con iv) Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento, que es un hallazgo importante del anexo. Y la reducción de mortalidad/morbilidad mediante control y gestión del riesgo se alinea con i) Gobernabilidad, gobernanza y territorialización.

Este núcleo muestra una comprensión sofisticada del problema vial. No lo limita a la policía de tránsito ni lo ubica solo como una causa externa. Lo integra al

modelo de salud pública a través de la prevención, el conocimiento y la gobernanza. Es uno de los ejemplos más claros de cómo el anexo propone una respuesta territorial compleja. Su desafío está en convertir esta buena articulación conceptual en acciones coordinadas entre secretarías y actores con responsabilidades concretas.

4. Núcleo: violencia intrafamiliar y sexual asociada al consumo problemático de SPA

El cuarto núcleo reconoce que la violencia intrafamiliar y sexual, asociada al consumo problemático de sustancias psicoactivas, afecta la salud física y mental de la población, con mayor impacto en mujeres, niñas, niños y adolescentes. La tabla plantea cuatro transformaciones: fortalecer RIAS para violencia y programas de promoción de salud mental y prevención de SPA; fortalecer la atención primaria en salud mental con enfoque familiar; implementar programas comunitarios de prevención del consumo de alcohol y SPA; y garantizar la operación efectiva de las rutas integrales de atención a víctimas. Estas se asocian con los Ejes 4, 3, 2 y 1, respectivamente.

Este núcleo plantea una transformación integral de alta complejidad. No aborda violencia y SPA como fenómenos separados, sino como problemas interdependientes que impactan la salud física, mental y tejido social. La primera transformación fortalece la respuesta sanitaria institucional mediante RIAS y acciones preventivas. La segunda traslada el problema al primer nivel, con enfoque familiar, lo que busca prevenir la cronificación y captar tempranamente riesgos. La tercera incorpora una dimensión comunitaria y diferencial para prevenir el consumo. La cuarta asegura que las víctimas efectivamente recorran rutas integrales de atención. Técnicamente, la transformación esperada es pasar de respuestas fragmentadas y reactivas a una red de cuidado, prevención, detección y protección integral.

Este núcleo también es multieje. El Eje 4 – APS organiza la promoción, prevención y recuperación desde el sistema de salud. El Eje 3 – Determinantes sociales evidencia que las violencias y el SPA están anclados en circunstancias sociales injustas que requieren transformación cultural y social. El Eje 2 introduce el reconocimiento de inequidades sociales, étnicas y de género. El Eje 1 aparece en la garantía de operación de rutas, que depende de liderazgo, articulación y gobernanza institucional.

Los resultados esperados abarcan: un nivel primario de atención fortalecido con equipos territoriales; la transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y equidad; gobiernos territoriales que lideran estrategias de reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y generan respuestas intersectoriales; y entidades territoriales fortalecidas como autoridad sanitaria local. Es decir, el resultado esperado no es solo disminuir casos, sino producir una respuesta institucional y comunitaria más robusta.

La primera transformación apunta a ii) RIITS, mientras las demás se orientan al pilar i) Gobernabilidad, gobernanza y territorialización. Esto indica que el modelo entiende las violencias y el consumo de SPA como asuntos que requieren tanto capacidad de red de servicios como capacidad territorial de articulación y respuesta social.

Este núcleo tiene una gran fortaleza conceptual porque reconoce el carácter multidimensional de las violencias y del consumo problemático. Su ventaja es que combina atención, prevención, comunidad y rutas. Su debilidad es similar a la de otros núcleos: el anexo no define mecanismos operativos para medir la efectividad de las rutas, la oportunidad de atención, la captación comunitaria o el cambio en patrones de consumo y revictimización.

5. Núcleo: baja oportunidad y continuidad del servicio de acueducto y riesgo de ETV

El quinto núcleo plantea que la baja oportunidad y continuidad del servicio de acueducto, que obliga al almacenamiento inseguro de agua, favorece la proliferación de vectores y aumenta el riesgo de ETV, con mayor impacto en población vulnerable. Las transformaciones propuestas son mejorar coberturas y calidad del servicio de agua, y gestión del riesgo de ETV; fortalecer la gobernanza intersectorial agua-salud-ambiente; e implementar estrategias comunitarias permanentes de control vectorial. Estas se articulan con el Eje 3 y el Eje 2.

Aquí la transformación esperada es particularmente estructural. No se propone únicamente intensificar el control vectorial, sino intervenir en la causa territorial del riesgo: la discontinuidad del agua y el almacenamiento inseguro. La mejora en coberturas y calidad del agua ataca el determinante; la gobernanza agua-salud-ambiente organiza la respuesta institucional; y las estrategias comunitarias de control vectorial operan como componente de sostenibilidad cotidiana. La transformación, por tanto, busca pasar de un control vectorial

episódico a una gestión integral del riesgo sanitario asociada al acceso al agua y al cuidado ambiental.

El eje predominante es el Eje 3 – Determinantes sociales de la salud, porque el problema surge de una condición estructural del territorio que genera peores resultados en salud. El componente de control vectorial comunitario se conecta con el Eje 2, ya que requiere aproximación a particularidades territoriales, participación social y diálogo con saberes y prácticas comunitarias.

Los resultados esperados son la transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y equidad en salud; la integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático; y la existencia de espacios e instancias intersectoriales que transversalizan enfoques diferenciales e integran sistemas de conocimiento propio. El énfasis de estos resultados muestra que el anexo no entiende las ETV solo como asunto entomológico, sino como expresión de una relación entre infraestructura, ambiente, cultura y gobernanza.

Las tres transformaciones se alinean con el pilar i) Gobernabilidad, gobernanza y territorialización. Esto confirma que, en el enfoque del anexo, la respuesta al riesgo de ETV depende menos de una expansión de servicios clínicos y más de la capacidad territorial para articular agua, ambiente, salud y comunidad.

Este núcleo es uno de los más sólidos desde la perspectiva de determinantes sociales. Su mayor virtud es reconocer la causalidad estructural del riesgo vectorial. Además, la referencia a adaptación al cambio climático le da una proyección más estratégica. Su vacío principal está en que no precisa umbrales de cobertura, calidad del agua, indicadores de infestación o capacidad comunitaria, lo cual será indispensable en la fase de operacionalización.

ANEXOS

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Santa Catalina.

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

breve recorrido por su historia y cultura. Secretaría de Educación del Distrito; Centro Regional para el

Fomento del Libro en América Latina y el Caribe – CERLALC.

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

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

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

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