



Situación salud  
**materno  
infantil**

CAPÍTULO V



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO V SITUACIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL.

### 5.1. Comportamiento de la mortalidad materna en el departamento de Antioquia durante el periodo 2019 a 2021.

La mortalidad materna es un problema de salud pública, resultado de una serie de factores determinantes entre los cuales se destaca la situación de desventaja económica, la educación, el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar que refleja las brechas en el territorio expresadas en un mayor riesgo de morir.

Factores como la inequidad y la desigualdad, la lejanía entre las viviendas y los centros de salud, no disponer de información suficiente y veraz además de algunas prácticas culturales inciden en que las gestantes retrasen o no accedan a la atención en salud materna de manera oportuna lo que representa un mayor riesgo de complicaciones que potencialmente amenazan la vida y pueden generar un desenlace fatal si no se intervienen<sup>51</sup>.

La pandemia por el COVID-19 ha tenido un impacto socioeconómico que ha derivado en una crisis sanitaria a nivel Mundial, Nacional, Departamental y Municipal. La maternidad segura ha sufrido el impacto de diversas maneras, ejemplo de esto es el desconocimiento de la vulnerabilidad de las mujeres gestantes frente a la infección respiratoria por el Sars-CoV-2.<sup>52</sup>

Para el caso de las Américas, con corte a mayo de 2021, se reportaron más de 200 mil mujeres embarazadas que enfermaron por COVID-19 y al menos mil fallecimientos por complicaciones de la enfermedad.<sup>53</sup> Para esta misma fecha, el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) informó de 210 muertes maternas en el país: 162 de tipo mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 35 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 13 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

En cuanto a las causas de muerte materna temprana con corte a mayo 2021 en el país se registró un aumento del 39,6 % respecto a mayo de 2020. El 26,5 % se asoció a causas directas y el 24, % a causas indirectas. Las principales causas de muerte materna directa fueron el trastorno

<sup>51</sup> Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Consultado 28 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

<sup>52</sup> Equipo de Maternidad Segura. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad Materna. Instituto Nacional de Salud. [Consultado 05 May 2021]. Disponible en: [http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Mortalidad%20materna.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20materna.pdf)

<sup>53</sup> Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 ocasiona impactos “devastadores” en las mujeres, afirma la directora de la OPS. [Consultado 28 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-5-2021-COVID-19-ocasiona-impactos-devastadores-mujeres-afirma-directora-ops>

hipertensivo asociado al embarazo con el 12,3 % y la hemorragia obstétrica con el 7,4 %; la principal causa de muerte indirecta fue la neumonía por COVID-19 con el 8,0 %.

En el departamento de Antioquia 61 mujeres gestantes fallecieron entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2021, 15 de ellas por causas asociadas a COVID-19, enfermedad que, en primera instancia, incrementó las tasas de cesárea, complicaciones como la insuficiencia respiratoria en el tercer trimestre, el parto prematuro hasta en el 41% de los casos y defunción perinatal hasta en el 7% de los casos. En segunda instancia, la atención en salud se limitó porque algunos servicios de salud se cerraron u orientaron hacia la atención respiratoria. Así mismo, el acceso a los servicios de salud se vio afectado además de las barreras económicas o geográficas históricamente reconocidas, por el temor al contagio favoreció que algunas mujeres interrumpieran por ejemplo sus controles prenatales.

En Antioquia, similar a lo que aconteció en el resto del país, la atención de los casos por COVID-19, presentó una alta demanda con relación a la capacidad para la atención que conllevó a que se implementaran estrategias como la atención virtual-telemedicina, la atención presencial con zonas demarcadas para atención respiratoria, expansión de áreas COVID-19, e incremento del talento humano en salud para la atención de los pacientes con infección respiratoria.

Durante la pandemia por COVID-19, los retos para superar la mortalidad materna en Antioquia se incrementaron y es mandatorio propender por la protección de la salud materno-infantil desde una mirada colectiva. Para esto se requiere analizar el comportamiento de la mortalidad materna y de sus causas de manera descriptiva, los principales hallazgos del análisis del comportamiento de la mortalidad materna en el departamento durante el periodo 2019-2021, se presenta la caracterización de las mujeres fallecidas y los factores que contribuyeron en la presentación del evento para que esta información pueda ser utilizada como una herramienta de mejora de la atención de las gestantes por los actores del sistema general de seguridad social.

### 5.1.1. Aumento en la mortalidad materna en Antioquia.

En el Departamento, para el año 2019 se presentaron 25 muertes maternas tempranas lo que significa una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 34.2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. El año 2020 hubo 34 decesos maternos tempranos para una RMM de 47.4 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que para el año 2021 de acuerdo con el comportamiento de la mortalidad en el último quinquenio, se esperaba que se presentaran máximo 15 muertes maternas tempranas en todo el Departamento, sin embargo, se confirmaron 41 casos y una RMM de 58.6 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Así entonces, en el período comprendido entre el 2019 y el año 2021, se presentaron en el Departamento 100 muertes maternas tempranas.



543

Tabla 112. Mortalidad materna según tipo de muerte, Antioquia. 2019 a 2021

TIPO DE MUERTE				
Año	TEMPRANA	TARDÍA	COINCIDENTE	Total
2019	25	18	11	54
2020	34	18	3	55
2021	41	16	4	61

Fuente: SIVIGILA departamental - RUAF, Antioquia, 2021.

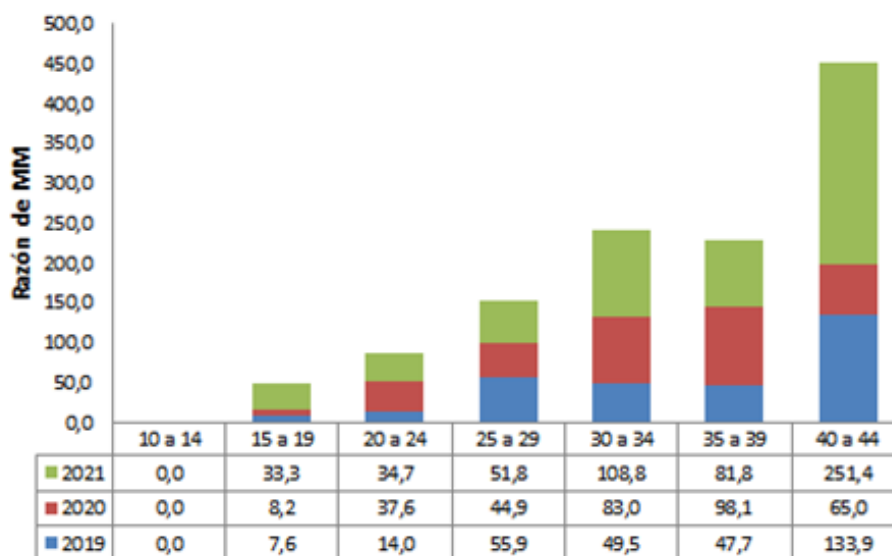
### 5.1.1.1. Caracterización de las gestantes fallecidas.

#### Características demográficas.

En el análisis también cabe resaltar que el riesgo de fallecer fue superior en las mujeres de 40 a 44 años, observándose la RMM más alta en este grupo etario durante los años 2019 y 2021, seguidas por las mujeres entre 30 a 34 años, grupo en el cual se observó la RMM más alta en el año 2020.

De igual manera se observó que no se han presentado fallecimientos durante los años de estudio en mujeres menores de 15 años. Así mismo, al comparar el indicador en los años 2019 y 2020, la mortalidad en los grupos de edad 15 a 19 años, 30 a 34 años y 40 a 44 años se incrementó de manera importante en el año 2021.

Figura 210. Tendencia de la razón de mortalidad materna por grupos etarios. Antioquia, 2019 – 2021



Fuente. DANE. procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

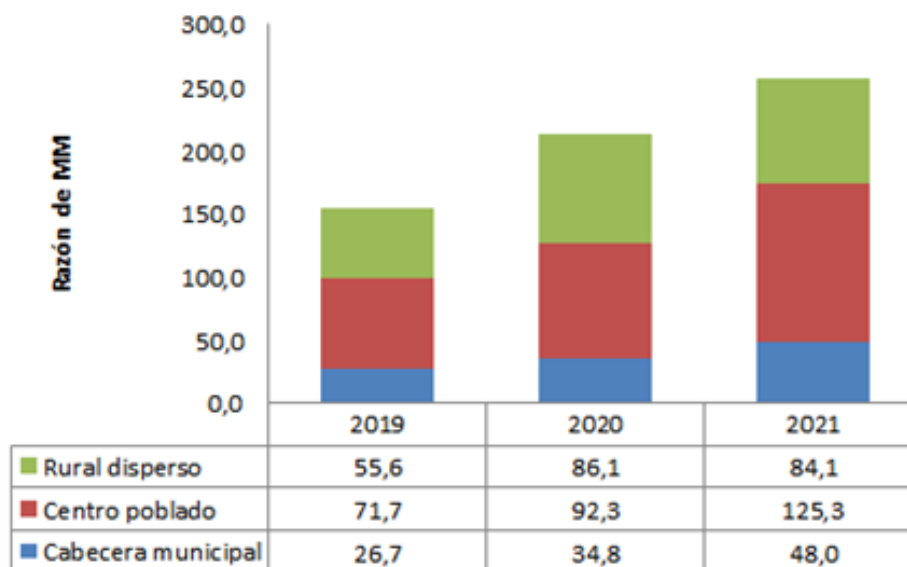


## Características sociales.

En cuanto al riesgo de morir relacionado al máximo nivel de educación alcanzado por las mujeres fallecidas, se debe aclarar, que no todos los registros de defunción contaban con esta información, hecha esta salvedad, se resalta que para las mujeres fallecidas a las cuales se le conoce su nivel educativo, de manera importante presentan más riesgos aquellas gestantes que no accedieron a educación (RMM entre 180 y 182 casos por 100.000 nacidos vivos) seguido de aquellas que su máximo nivel fue la primaria (RMM entre 103 y 65 casos por 100.000 nacidos vivos).

El análisis de asociación entre variables como la relación entre la RMM y el área de residencia estima que el riesgo de morir es más bajo en aquellas gestantes que residen en el área urbana, quienes tienen mayor probabilidad de acceso a servicios de urgencias obstétricas que aquellas que viven en áreas rurales dispersas o centros poblados.

Figura 211. Tendencia de la mortalidad materna según área de residencia de la fallecida. Antioquia, 2019 a 2021.



Fuente: DANE. Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

## Aseguramiento.

En cuanto al aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la RMM más alta en el período 2019 se observó en aquellas gestantes afiliadas al régimen subsidiado; para el año 2020 en las no afiliadas con predominio en la población migrante; para el 2021 la RMM más alta se ubicó en 124 casos por 100.000 nacidos vivos para las pertenecientes al régimen de excepción y en segundo lugar el régimen subsidiado con RMM de 54.2 casos por 100.000 nacidos vivos evidenciando un incremento estadísticamente significativo para el año 2021 para una RMM de 74 casos por 100.000 nacidos vivos en este mismo grupo del régimen subsidiado.



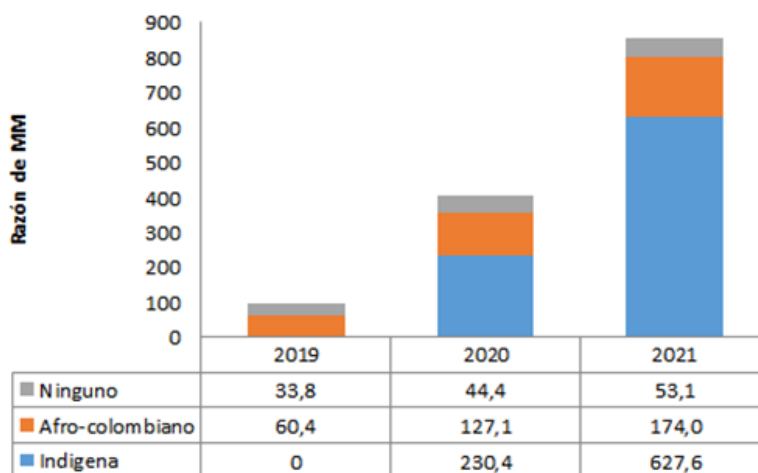
## Pertenencia étnica.

Las mujeres gestantes indígenas y afrodescendientes presentan mayores riesgos de desenlace fatal cuando se compara con mujeres que presuntamente reportaron no pertenecer a ningún grupo étnico.

Los riesgos en población indígena son dramáticamente superiores, sin embargo, se debe tener presente que, por condiciones culturales propias, algunos partos ocurren en comunidades apartadas con desenlaces fatales materno infantil sin la posibilidad de ser notificadas al Sistema de Vigilancia Nacional, situación que genera subregistro por lo que estos resultados deben ser analizados con precaución.

En este sentido, también es de aclarar que la etnia corresponde a una variable que debe diligenciarse a partir del auto reporte y presenta limitaciones en el sentido de que no siempre se interroga a la mujer su pertenencia étnica y por tanto no se reporta por el personal de salud.

Figura 212. Tendencia de la mortalidad materna según Pertenencia étnica, período 2019 a 2021.



Fuente: DANE. procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

### 5.1.1.2. Mortalidad Materna según subregiones y municipios.

Al interior del Departamento se presentan diferencias tanto en el número de las muertes maternas como en el número de nacimientos vivos en los territorios, lo que afecta de manera importante la RMM.

La subregión con mayor número casos totales de muertes maternas en 2019 fue Valle de Aburrá, pero al mirar el indicador de RMM la más elevada es la subregión del Magdalena Medio para ese mismo año. Al observar el año 2020, se encuentra que, la subregión que presentó más casos de muertes maternas fue Urabá, pero la subregión con la mayor RMM fue Occidente.



546

En el año 2021, las subregiones de Urabá, Oriente, Bajo Cauca, Occidente, Nordeste y Valle de Aburrá presentaron incrementos inusuales en la mortalidad materna estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ); mientras que en las subregiones del Suroeste, Norte y Magdalena Medio se observaron cambios sin significancia estadística.

**Tabla 113.** Análisis del comportamiento de la muerte materna temprana en Antioquia por subregiones, 2021

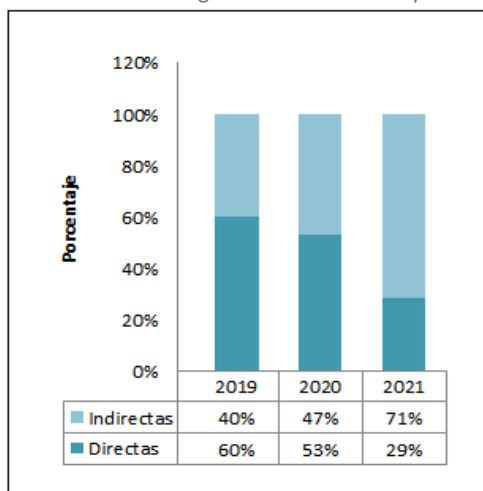
SUBREGIÓN	ESPERADO	OBSERVADO	POISSON
URABÁ	3,4	14	0
ORIENTE	1,2	5	0,01
BAJO CAUCA	1,2	5	0,01
OCCIDENTE	0,8	3	0,04
NORDESTE	0,2	2	0,02
VALLE DE ABURRÁ	7	11	0,05
SUROESTE	0,6	2	0,1
NORTE	0,8	0	0,45
MAGDALENA MEDIO	0,2	0	0,82
<b>TOTAL ANTIOQUIA</b>	<b>15</b>	<b>41</b>	<b>0</b>

Fuente: DANE. 2021. Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social

### 5.1.1.2.1. Análisis de causas clínicas.

En el gráfico puede observarse como ha cambiado a lo largo del tiempo el peso de las causas directas de muerte materna en el indicador, pasando de un 60% en el año 2019, 53% en 2020 alcanzando el 29% en 2021.

**Figura 213.** Casos de mortalidad materna según causas indirectas y directas. Antioquia, 2019-2021.



Fuente: DANE. procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Respecto a las causas de muertes maternas indirectas, en 2019 se presentaron 10 casos por patologías pulmonares, cardíacas, gastrointestinales, cerebrales y cáncer. En 2020, 16 muertes de origen hepático, cerebral, endocrina, infecciosa y cáncer. Para el 2021, 30 muertes indirectas por procesos infecciosos, insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, malaria, entre otras.

Es importante resaltar el impacto de la pandemia en la mortalidad materna del departamento de Antioquia, generando el 33% y 70% de las muertes maternas por causas indirectas en los años 2020 y 2021 respectivamente.

En relación con las muertes maternas directas, en 2019 se presentaron 15 casos, en 2020 18 muertes y en 2021 se presentaron 12 muertes maternas relacionadas a trastornos hipertensivos asociados al embarazo, hemorragia, sepsis obstétrica o a procesos tromboticos obstétricos. En el año 2020 la causa directa más importante fue la hemorragia de origen obstétrico que causó el 72% de los fallecimientos y en 2021 fue la preeclampsia/eclampsia causante del 42% de fallecimientos por causas directas.

Llama la atención que municipios como Medellín, Turbo, El Bagre, Carepa y Chigorodó, reportan al menos 1 muerte materna en cada año entre 2019 y 2021. Adicionalmente, hay municipios con muy pocos nacimientos que muestran RMM altas como es el caso de Guatapé, Santo Domingo y Murindó.

La evidencia de las diferencias marcadas en el número de muertes y en las RMM, permite concluir que hablar exclusivamente del número de muertes podría hacer enfocar la atención en subregiones como valle de Aburrá que presentan riesgos más bajos de mortalidad materna a pesar del incremento en el riesgo y dejar por fuera subregiones como Occidente y Bajo Cauca que si bien no presentan un elevado número de muertes, los riesgos de morir son más altos a expensas de un mayor número de determinantes sociales en salud.

Es de aclarar que se deben establecer acciones que fortalezcan la reducción de este evento en el Departamento enmarcados en los objetivos de Desarrollo Sostenible dado que ninguna muerte materna es esperada, deseable ni aceptable independientemente de la subregión y del municipio, y en este sentido hay territorios que requieren la intervención y el trabajo articulado intersectorial de forma prioritaria. Por lo anterior, la información que se analizará de ahora en adelante será en términos de riesgos de morir.

A continuación, se hace una breve descripción de los factores asociados a las muertes identificados en las unidades de análisis de los casos presentados.

## Occidente

La subregión de Occidente da cuenta de la mayor RMM del departamento de Antioquia en el año 2021, en el período de análisis se han reportado a fuentes oficiales 8 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis se encuentran dentro del factor mujer y su familia: bajo ingreso económico, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad, no tener vinculación laboral, ser víctima de violencia intrafamiliar y realizar prácticas de salud inseguras. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas





para acceder a la atención en salud y problemas de orden público para consultar; entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentran remisión inoportuna, aspectos a mejorar en la calidad de la atención, no realización de consulta preconcepcional y no acceso a programas de planificación familiar.

## Urabá

La subregión de Urabá da cuenta de la segunda mayor RMM del Departamento, en el período de análisis se han reportado a fuentes oficiales 34 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis se describen dentro del factor mujer y su familia: ser adolescente, tener antecedente de desplazamiento interno o ser procedente de otro país, tener ingreso económico bajo, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad o por no tener recursos económicos, no tener vinculación laboral, tener falta de autonomía para la toma de decisiones, haber sido atendida por personas sin capacitación y/o haber realizado prácticas de salud inseguras. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas para acceder a la atención en salud, no disponer de medios de comunicación para acceder al servicio de salud y/o haber presenciado problemas de orden público para consultar; entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentra no disponibilidad de camas para la materna ni para su bebé, no contar con recurso humano disponible para la atención de la materna, remisión inoportuna, problemas de funcionamiento del sistema de referencia, factores administrativos o económicos que limitaron la atención oportuna como demoras en autorizaciones, aspectos a mejorar en la calidad de la atención del control prenatal y de la atención que la llevó al deceso, no brindar información suficiente para la identificación de signos de alarma, no realización de consulta preconcepcional y no acceso a programas de planificación familiar.

## Bajo Cauca

La subregión de Bajo Cauca da cuenta de la tercera mayor RMM del Departamento, en el período de análisis se han reportado en fuentes oficiales 8 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis se encuentran dentro del factor mujer y su familia: tener falta de autonomía para la toma de decisiones, bajo ingreso económico, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad, no tener vinculación laboral, y realizar prácticas de salud inseguras o haber contado con atención por personal sin capacitación previa como una partera. No se encontraron factores relacionados con la comunidad. Entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentran aspectos administrados o económicos que limitaron el acceso a la atención, dificultades con la remisión como remisión inoportuna o insegura, aspectos a mejorar en la calidad de la atención del control prenatal o de la consulta que llevó a la muerte como no contar con insumos o recurso humano disponible para la atención, no haber sido suministrada la información suficiente para reconocer signos de alarma, subvaloración de la gravedad de la enfermedad, no haberse realizado consulta preconcepcional.



## Nordeste

La subregión de Nordeste da cuenta de la cuarta mayor RMM de Antioquia, en el período de análisis se han reportado a fuentes oficiales 4 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis del factor mujer y su familia se encuentra haber sido procedente de otro país, desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, bajo ingreso económico, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad o no contar con recursos económicos, no tener vinculación laboral. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas para acceder a la atención en salud; entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentra remisión inoportuna, aspectos a mejorar en la calidad de la atención como brindar información de signos de alarma, no realización de consulta preconcepcional y realizar inducción a la demanda de servicios preventivos.

## Oriente

La subregión de Oriente reportó en fuentes oficiales para el período de análisis 13 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis dentro del factor mujer y su familia está no haber buscado atención oportuna por subvalorar la enfermedad, haber sido desplazada o tener falta de autonomía para tomar las decisiones. No se evidenciaron factores relacionados con la comunidad. Entre los factores relacionados con el sistema de salud están no haber contado con el recurso humano disponible, inadecuado funcionamiento del sistema de referencia, deficiencia de la calidad de atención en el control prenatal y de la causa que la llevó a la muerte, no haber realizado consulta preconcepcional ni haber realizado inducción a la demanda.

## Suroeste

La subregión de Suroeste según fuentes oficiales reportó 4 muertes maternas en el período de análisis. Entre los factores relacionados con la mujer y su familia se encuentran haber sido víctima de desplazamiento interno, tener bajo nivel educativo e ingreso económico y no haber estado vinculada laboralmente. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas para acceder a la atención en salud. Con el sistema de salud se encuentran deficiencias de la calidad en el control prenatal no relacionadas con muerte, información insuficiente de signos de alarma, alta insegura, subvaloración de la gravedad de la enfermedad, no haberse realizado consulta preconcepcional.

## Valle de Aburrá

La subregión de Valle de Aburrá da cuenta de la menor RMM del Departamento. En el período de análisis se han reportado a fuentes oficiales 29 muertes maternas. Entre los factores relacionados con la mujer y su familia se encuentra bajo ingreso económico, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad o por no contar con recursos económicos, no tener vinculación laboral,



ser adolescente, ser víctima de desplazamiento interno o ser procedente de otro país, haber tenido falta de autonomía para la toma de decisiones, haber sido víctima de violencia intrafamiliar durante la gestación. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas para acceder a la atención en salud e insuficiente acceso a medios de comunicación para consultar. Entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentran aspectos a mejorar en la calidad de la atención como la subvaloración de la gravedad de la enfermedad que tenía la materna por parte del personal de salud, remisión inoportuna y atención en un hospital de menor nivel de complejidad al requerido por la paciente, recurso humano no disponible en el momento de la atención, suministrar insuficiente información para la identificación de signos de alarma; problemas administrativos o económicos para el acceso a la atención como exigir pago en algún servicio; no realización de consulta preconcepcional.

## Conclusiones.

La razón de mortalidad materna en Antioquia en el año 2021, fue de 58.6 casos por cada 100.000 nacidos vivos, la cifra más alta de los últimos tres años; no obstante, se debe aclarar que el peso de las causas indirectas fue muy importante y de estas el 70% de las defunciones estuvieron asociadas a COVID-19.

La RMM aumentó en Antioquia en el año 2021 con incremento observado en las subregiones de Urabá, Nordeste, Bajo Cauca, Oriente, Occidente, y Valle de Aburrá; con un comportamiento inusual estadísticamente significativo. Al analizarse la muerte materna en Suroeste, Norte y Magdalena Medio no hubo cambios con significancia estadística. Lo anterior da cuenta de la distribución heterogénea de la muerte materna al interior del departamento de Antioquia.

Respecto a variables de interés como lo son los determinantes demográficos y socioeconómicos, se encuentra que hubo una relación causal de la muerte materna y factores asociados a la pandemia tales como el temor a consultar, la no disponibilidad de recurso humano y de infraestructura (camas de hospitalización general y en cuidados intensivos).

El grupo de edad de mayor riesgo para la muerte materna fue el de 40 a 44 años, seguido por el grupo de 30 a 34 años. Es necesario resaltar la ausencia de mortalidad en las maternas de 10 a 14 años. Es posible que esto tenga que ver con la implementación y continuidad en el tiempo de programas como servicios amigables, la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, Atención Primaria en Salud con entornos educativos, entre otras acciones departamentales y municipales para reducir el embarazo adolescente no programado.

El grupo étnico con mayor riesgo de muerte materna es el indígena seguido por afrodescendiente. En este aspecto es necesario reconocer la necesidad de fortalecer el diligenciamiento adecuado de los certificados de defunción y las fichas de notificación de Sivigila debido al subregistro. Por otro



lado, se hace necesario hacer hincapié en el abordaje diferencial étnico que permita respetar las diferencias de las cosmogonías y que facilite la maternidad segura de todas las antioqueñas.

Relacionado con aspectos socioeconómicos el nivel educativo, el área de residencia y la afiliación en salud pueden servir de aproximados para su análisis. Se encuentra mayor riesgo de la mortalidad materna en mujeres analfabetas que refirieron no haber accedido a ninguna educación formal, seguida por aquellas que estudiaron primaria como máximo nivel educativo alcanzado; de igual manera, las mujeres residentes en zona rural presentaron mayor riesgo de muerte cuando se comparan con las mujeres que residen en área urbana. Así mismo, el riesgo de mortalidad materna es mayor en el régimen de excepción debido al escaso número de partos en esta población, seguida por el régimen subsidiado. Relacionado con el comportamiento de la mortalidad materna al interior de las subregiones, se encontró heterogeneidad.

Respecto a los factores relacionados con la muerte, se encontró de manera reiterativa aspectos relacionados con la mujer y con el sistema de salud. Entre los factores de la mujer y su familia, el bajo ingreso económico, la no vinculación laboral, subestimación de los síntomas que presentaban y no buscar atención oportunamente y el desplazamiento interno o la migración. Respecto al sistema de salud, se encontraron oportunidades de mejora respecto a la calidad de la atención en términos de disponibilidad de recurso humano, insumos e infraestructura, oportunidad en la atención y en la identificación de la necesidad de remisión a nivel de mayor complejidad, en la información, educación y comunicación de los signos de alarma para reconsultar y en la oferta de consulta preconcepcional.

A partir de toda la información aquí anotada se puede concluir que los riesgos de muerte materna al interior del departamento varían, siendo mayor para las mujeres pobres, sin acceso a educación formal, no insertas en el mercado laboral que viven en áreas rurales de las subregiones de Occidente, Urabá, Bajo Cauca y Nordeste. Las mujeres gestantes y puérperas que residen en valle de Aburrá, Suroeste y Oriente tienen menores dificultades en términos geográficos para acceder a los servicios de salud.

Respecto a los factores comunitarios, fortalecer la vigilancia en salud pública con base comunitaria para empoderar a actores comunitarios clave en la identificación de signos de alarma que ameriten consulta y, de igual manera, los riesgos geográficos, de acceso a transporte, orden público, económicos, etc. Para articular acciones con el sector que se requiera y lograr de esta manera prevenir desenlaces fatales. En este sentido, sería ideal articular la estrategia de Atención Primaria en Salud y la conformación de redes y nodos comunitarios.

Sobre los factores relacionados con el sistema de salud se requiere seguir fortaleciendo las capacidades técnicas del talento humano en salud con el fin de promover la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, garantizar la adherencia a los protocolos, guías de



552



práctica clínica e instructivos nacionales, departamentales e institucionales que propenden por la seguridad de la gestante y puérpera.

## Recomendaciones.

Con los hallazgos obtenidos en las unidades de análisis de la muerte materna se deben implementar estrategias información, educación y comunicación del riesgo dirigida a:

- Pacientes y comunidad en general permite incentivar el acceso y adherencia a consulta preconcepcional, control prenatal, atención del parto institucional y seguimiento en el puerperio y del recién nacido.
- Actores clave y tomadores de decisiones para las intervenciones desde una acción interinstitucional e intersectorial, lo que implica un trabajo articulado y coordinado entre la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, la Secretaría Municipal o Local de Salud, la Institución Prestadora de Servicios de Salud y la Empresa Administradora de Planes de Beneficio.

## 5.2. Mortalidad integrada en menores de 5 años en el departamento de Antioquia

### 5.2.1. Contextualización:

En la vigilancia en salud pública de la mortalidad en la niñez se priorizan las muertes por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Desnutrición (DNT), las cuales hacen parte de las enfermedades prevalentes de la infancia que dan cuenta de la situación de salud y sobrevivencia de los niños menores de cinco años. Las muertes por estos tres eventos son consideradas indicadores de desarrollo clave de los países y reflejan la situación de salud pública de la niñez, la cual evidencia la implementación de las políticas vigentes que se tienen en el país como la Ley 1804 de 2016, la Resolución 429 de 2016, la Resolución 3280 de 2018, entre otras; estas políticas buscan garantizar los derechos a una atención, bienestar y desarrollo integral de la población en primera infancia.<sup>54 55</sup>

En el mundo, las principales causas de muerte en menores de 5 años se deben a enfermedades infecciosas dentro de las que se encuentran la neumonía, la diarrea y el paludismo, junto con otras causas relacionadas a parto prematuro, asfixia, traumatismos perinatales y malformaciones congénitas. Así mismo, la malnutrición constituye mayor riesgo de muerte en esta población dadas enfermedades concomitantes y comunes de la infancia como la diarrea, la neumonía y el

<sup>54</sup> Resolución No. 3280 de 20183280.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

<sup>55</sup> Derecho del Bienestar Familiar [LEY\_1804\_2016] [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1804\\_2016.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm)



paludismo, cuadros clínicos que se agudizan en presencia de desnutrición<sup>56</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud-OMS, los factores relacionados con la nutrición, influyen en aproximadamente el 45% de las defunciones de niños menores de 5 años<sup>57</sup>.

Estudios realizados a nivel mundial en los cuales se indagó acerca de los factores que influyen en la identificación, atención y tratamiento de los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, se encontró que factores como la estructura organizativa poco clara, la estructura indefinida de atención nutricional, la mala continuidad de la atención nutricional, el desconocimiento y las habilidades de los profesionales de la salud a la que también se vinculan factores como falta de tiempo y escasez de recursos humanos.<sup>58</sup>

De acuerdo con los análisis realizados por el Instituto Nacional de Salud (INS) en los casos de mortalidad en menores de 5 años que se presentaron en Colombia durante el año 2020, el 35% de los casos tenían madres sin escolaridad o bajos niveles de escolaridad, el 72% correspondía a población afiliada al régimen subsidiado, 61% de los casos se presentó en cabecera municipal, el 32% de los menores de 5 años que falleció a causa de IRA corresponde a población indígena mientras que para EDA fue el 68%.

Desde el año 2014 el INS por medio de la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública, se vigilan los eventos relacionados a IRA, EDA y DNT en menores de 5 años, y a partir del año 2018 su vigilancia se ejecuta de manera integrada, con la finalidad de articular diferentes sectores para la contribución e intervención oportuna en las causas del evento para la disminución de cifras de mortalidad.<sup>56</sup> Este proceso de vigilancia en salud pública implica la identificación, la recolección, el análisis individual de los casos, la realimentación a los actores y la evaluación conjunta con ellos de los resultados obtenidos, así como la definición de intervenciones y el seguimiento al cumplimiento de estas. Esta vigilancia se hace en el marco de los protocolos y lineamientos establecidos por el INS, y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia-SSSA<sup>59</sup>.

<sup>56</sup> Sánchez JAM. INFORME DE EVENTO VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA), ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) O DESNUTRICIÓN (DNT) EN COLOMBIA-2018. 2019;(04):10

<sup>57</sup> Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

<sup>58</sup> Factors for Effective Identification of Patients at Nutritional Risk in Clinical Practice: Thematic Analysis of Qualitative Research. [Internet]. Epistemonikos. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.epistemonikos.org/en/documents/fc9b0103e75aab64cbb4448f195ea6c93fa6ce25>

<sup>59</sup> Nacer, salud sexual y reproductiva [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/lut/p/z1/zVLRtSlwFP0VeOBxaVcEx2NTCWRsuKHI7lu5bmVUt3ZsHTF-vUMTIwQGj\\_alPT3nNKf3XsRRhLiCnUzBSK0ga\\_AzH744I0Zseo09ycIImA4ZHd8-PHnEIWh1KMAze4BpOA7mj\\_csuHmJ4tf48ZF8XX-FgFvF979FszDwdgmDHuO7zm4AX44GkwnzLP3F5Clz\\_wU8QLMxpJqrVG0hrjODCRWLhIZSwUoSsu60FYirAJKqKTRmU4I7P3ybbvIFPFYKyM-DIoKXRrI6kRAD0N1iDY6Fz9nqXaiMk0vYtmN-93Xvmr4UKDVSUTnFlmW8QYq6w-lf2-b\\_ThyD5-J7F4q-j\\_5U9N83hZ1FpBjwYn5vDQhRb5cRp\\_eNNvIK-t9Qb8AnIn4A!!/p0/Iz7\\_NQ5E12C0L002E0QOBjGLM100C2=CZ6\\_89C21A40LGRJC0A6CAE7SVL282=MECTX!QCPPortalUdeAQCPas](https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/lut/p/z1/zVLRtSlwFP0VeOBxaVcEx2NTCWRsuKHI7lu5bmVUt3ZsHTF-vUMTIwQGj_alPT3nNKf3XsRRhLiCnUzBSK0ga_AzH744I0Zseo09ycIImA4ZHd8-PHnEIWh1KMAze4BpOA7mj_csuHmJ4tf48ZF8XX-FgFvF979FszDwdgmDHuO7zm4AX44GkwnzLP3F5Clz_wU8QLMxpJqrVG0hrjODCRWLhIZSwUoSsu60FYirAJKqKTRmU4I7P3ybbvIFPFYKyM-DIoKXRrI6kRAD0N1iDY6Fz9nqXaiMk0vYtmN-93Xvmr4UKDVSUTnFlmW8QYq6w-lf2-b_ThyD5-J7F4q-j_5U9N83hZ1FpBjwYn5vDQhRb5cRp_eNNvIK-t9Qb8AnIn4A!!/p0/Iz7_NQ5E12C0L002E0QOBjGLM100C2=CZ6_89C21A40LGRJC0A6CAE7SVL282=MECTX!QCPPortalUdeAQCPas)

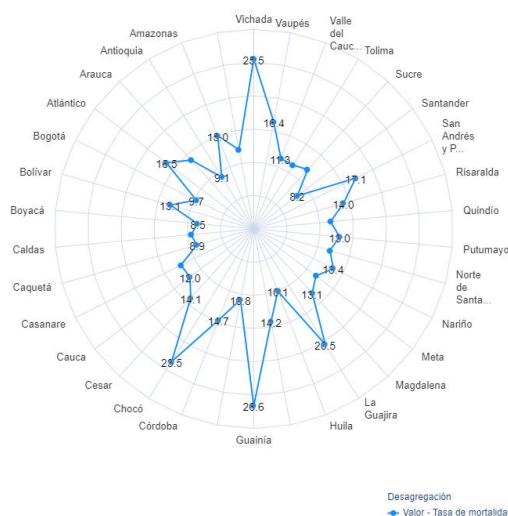


En Antioquia la segunda causa de consulta por ciclo vital en la primera infancia e infancia consiste en las condiciones transmisibles dentro de las que se encuentran la EDA y la IRA y las condiciones nutricionales, las cuales, aunque presentaron una disminución entre los años 2019 y 2020, donde se presentaron mayor aumento de consultas por lesiones. De acuerdo con los indicadores emitidos para el año 2020, las atenciones priorizadas en el marco de atención integral en la primera infancia disminuyeron de un 94% en el año 2019 a un 38% en el año 2020 a razón del confinamiento por la pandemia de COVID-19.<sup>60</sup>

## 5.2.2. Comportamiento del evento en Colombia

En la Figura 213 se presenta la tasa de mortalidad en menores de 5 años que corresponde al número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos para el año 2020 en Colombia y sus respectivos departamentos, según lo reportado en el informe “Así Vamos en Salud” (8).

Figura 214. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años en Colombia Año 2020



Fuente. Tomado de informe así vamos en salud, EJE Estado de Salud y a la Dimensión Población Vulnerables (8)

Según Así Vamos en Salud, sólo para el año 2017, 5,4 millones de niños menores de 5 años murieron en todo el mundo. Particularmente, en Colombia, en los últimos 10 años ha venido descendiendo la mortalidad en menores de 5 años de manera sostenida. Así, según datos preliminares, para el año 2020 se registró una tasa de mortalidad de 12.21 por cada 1.000 nacidos vivos, un poco más baja en comparación con la del año 2019 que fue de 13.71 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Los departamentos más críticos con respecto a este indicador son Chocó, Guainía y Vichada con 30.65, 35.26 y 33.64 de muertes por cada 1.000 nacidos, respectivamente.

PortalUdeAQCPasHomeUdeAQCPInvestigaciQCBc3QCBB3nQCPAreasQCAdeQCAInvestigaciQCBc3QCBB3nQCPfichas-investigacionQCPfichasQCPfacultad-medicinaQCPnacer==/

<sup>60</sup> Documento Análisis de la Situación de Salud ASIS 2021. Departamento de Antioquia.



Estos departamentos también fueron los que registraron mayor número de muertes de menores de 5 años en el año 2019. Por su parte, los departamentos que menos registraron muertes en menores de 5 años fueron Caldas, Santander y Boyacá con una tasa de 0.15, 8.26 y 8.55 de muertes por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente.<sup>61</sup>

De acuerdo con el Informe de evento vigilancia integrada de muertes en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT emitido por el Instituto Nacional de Salud-INS, durante el 2021 en Colombia se notificaron 906 muertes probables en menores de 5 años por estas causas el 66,07% (604). Del mismo modo, se registró un aumento de notificación de muertes confirmadas en menores de 5 años del 12% con respecto al año 2020. La tasa nacional de mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA o DNT fue de 15,4 muertes por cada 100,000 menores de 5 años, lo cual se considera por debajo de los valores registrados entre los años 2014 a 2019, pero superior a lo registrado en el año 2020 lo cual pone en consideración las modificaciones de las condiciones de desarrollo impuestas por la pandemia por coronavirus 2019.<sup>56</sup>

Las muertes en menores de 5 años por IRA fueron 292 donde el 56% corresponde a sexo masculino y predomina con un 67% de los casos en menores de un año. Así mismo, el 32% corresponde a población indígena, 72% de los casos pertenecía al régimen subsidiado, y el 61% con residencia en cabecera municipal y en el 35% de los casos la madre del menor no tenía escolaridad. Con relación a la muerte por EDA en menores de 5 años, se confirmaron 115 casos, el 60% en menores de 1 año, el 52% de sexo masculino, 68% con pertenencia étnica indígena, el 75% perteneciente al régimen subsidiado, el 43% de los casos con residencia en zona rural dispersa y en el 49% de los casos la madre del menor no tenía escolaridad. En el caso de la mortalidad por o asociada a DNT, se registraron 197 casos de los cuales el 52 % fue sexo femenino, el 69 % eran menores de un año, el 47 % pertenecían a comunidad indígena, el 85 % tenían aseguramiento al régimen subsidiado, el 44 % se presentó en la cabecera municipal y el 47 % de las madres no tenían escolaridad.<sup>62</sup>

### 5.2.3. Estado del arte

La mortalidad evitable en menores de cinco años es un indicador de desarrollo en los países y un reflejo de la puesta en marcha de políticas y acciones focalizadas en este grupo poblacional.

La mortalidad por estos tres eventos debe analizarse integralmente, la DNT aguda severa aumenta la incidencia, duración y severidad de las enfermedades infecciosas, de igual manera las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas contribuyen a la DNT, debido a la pérdida de apetito, la mala absorción y la pérdida de nutrientes.

<sup>61</sup> Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años – Georeferenciado [Internet]. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2020 [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-en-menores-de-5-anos-georeferenciado>

<sup>62</sup> Martínez MLO. Informe de evento Vigilancia Integrada de muertes en menor de 5 años por IRA, EDA o DNT



La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población, que afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por un deterioro de la composición corporal y alteración sistemática de las funciones orgánicas y psicosociales que en algunos casos son irreversibles.

Entre las principales causas de la desnutrición se encuentran: el consumo insuficiente en cantidad y calidad de alimentos, por ejemplo, la ausencia o inadecuada lactancia materna y las malas prácticas en alimentación complementaria. También las enfermedades infecciosas y otros factores de riesgo como el bajo peso materno y el bajo peso y talla al nacer. Así mismo, están relacionados con la DNT los determinantes sociales como; el bajo nivel educativo de los padres, los limitados ingresos económicos de la familia, las condiciones insalubres de la vivienda, las necesidades básicas insatisfechas, el hacinamiento, el bajo acceso a agua apta para consumo humano, el maltrato, el abandono entre otros.

Las inequidades en la supervivencia y las perspectivas de la salud de los niños en los diferentes escenarios no es algo aleatorio, es consecuencia de situaciones de desventaja.

El objetivo de este análisis es describir el comportamiento de las muertes notificadas y confirmadas en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT durante el 2021 en el departamento de Antioquia.

#### 5.2.4. Materiales y métodos

Se realizó un análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los casos notificados en 2021 al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) por los 125 municipios que corresponden al orden departamental de Antioquia.

La primera fuente fueron los certificados de defunción registrados en la base de datos del Registro Único de Afiliados (RUIAF) módulo de nacidos vivos y defunciones proporcionada por la Secretaría de Seccional de Salud de Antioquia, del período epidemiológico 1 al 50 de 2020.

El SIVIGILA establece el reporte obligatorio e inmediato de los casos de muertes por y asociadas a IRA, EDA y DNT, el cual se usó como segunda fuente. En el SIVIGILA, se revisaron cuatro (4) códigos para mortalidad por IRA, EDA y DNT: 591 Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y/o Desnutrición, 345 ESI - IRAG (Vigilancia centinela) y 348 Infección Respiratoria Aguda Grave IRAG inusitada y 605 Enfermedad Diarreica Aguda por Rotavirus.

Con relación a la recolección de información y el análisis de los casos, una vez se identificaron los casos se solicitó a cada una de las instituciones que participaron en el proceso de atención la historia clínica correspondiente, la cual se constituyó en una de las fuentes de información para el análisis individual junto con el certificado de defunción y la entrevista familiar o visita de campo (realizadas por la Dirección Local de Salud del municipio de residencia).



El análisis de las muertes por y asociadas a enfermedad respiratoria, enfermedad diarreica y desnutrición aguda moderada o severa, lo realizó un comité multidisciplinario el cual revisó en detalle la documentación obtenida del proceso de atención de la enfermedad de los niños y las entrevistas familiares, con el fin de evaluar la atención recibida por los niños en las instituciones de salud y clasificarlo de acuerdo con las definiciones del INS. La clasificación final se realizó a partir de las siguientes categorías: confirmado como causa básica de muerte, confirmado como causa asociada y descartado.

La información resultante del análisis de los casos por cada evento fue ingresada a una base de datos en SSPS, en la cual se realizó el control de calidad de los datos registrados. Desde esta base de datos se extrajo un informe individual con un resumen del análisis de cada caso.

## 5.2.5. Definiciones de caso

### Mortalidad por y asociada a infección respiratoria:

- Caso confirmado de muerte por causa básica: niño fallecido debido a una enfermedad respiratoria baja, y sin otra enfermedad congénita de base.
- Caso confirmado de muerte por infección respiratoria como causa asociada: niño fallecido en quien se identificó una enfermedad de base grave que fue la causa básica de muerte, y la enfermedad respiratoria baja fue una complicación final.<sup>63</sup>

### Mortalidad por y asociada a enfermedad diarreica:

- Caso confirmado de muerte por enfermedad diarreica como causa básica: niño fallecido por causa de una enfermedad diarreica, entendida como historia de tres o más deposiciones líquidas en 24 horas, y sin otra enfermedad a la que pudiera atribuirse la muerte.
- Caso confirmado de muerte por enfermedad diarreica como causa asociada: niño fallecido en quien se identificó una enfermedad de base grave que fue la causa básica de muerte, y la enfermedad diarreica fue una complicación final.<sup>64</sup>

### Mortalidad por y asociada a desnutrición:

- Caso confirmado de muerte por desnutrición como causa básica: niño fallecido cuyo proceso de enfermedad y muerte fue desencadenado por la desnutrición de tipo primaria (falta de consumo de alimentos).
- Caso confirmado de muerte por desnutrición como causa asociada: niño fallecido cuya causa básica de muerte es una enfermedad asociada a la desnutrición (como sepsis,

<sup>63</sup> IRA [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2022 ene [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=10>

<sup>64</sup> EDA [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2022 ene [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=15>

enfermedad respiratoria o enfermedad diarreica), y la desnutrición es una de las causas antecedentes de muerte u otro estado patológico importante.<sup>65</sup>

## 5.2.6. Hallazgos

**Tabla 114.** características sociodemográficas de la población menor de 5 años fallecida en el departamento de Antioquia en el año 2021

		N=	43
Variable		Número de muertes	Frecuencia
Sexo	Femenino	20	46,5
	Masculino	23	54
Causa de muerte	IRA	24	55,81
	EDA	9	20,93
	DNT	10	23,26
Lugar de residencia	Área Urbana	28	67
	Zona Rural	10	25
	Centro Poblado	3	8
Tipo de aseguramiento	Contributivo	9	20,9
	Subsidiado	31	72,1
	No Asegurado	3	7
EAPB	SURAMERICAN A	4	10,26
	SAVIA SALUD	16	41,02
	SANITAS	1	2,56
	SALUD TOTAL	4	10,25
	NUEVA EPS	4	10,25
	ECOOPSOS	1	2,56
	COOSALUD	4	10,25
	AIC	5	12,82
Pertenencia Étnica	Indígena	9	20,9
	Afrocolombiano	2	4,7
	Otro	32	74,4
Escolaridad de la madre	SI	29	67,4
	NO	14	32,6

Fuente. Construcción propia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

En el departamento de Antioquia, para el año 2021, se presentaron 43 muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y Desnutrición, de los cuales la mayor incidencia la aportó la mortalidad por IRA con 24 casos, para una tasa de 5,2 muertes por cien mil menores de 5 años, le sigue la mortalidad por desnutrición con 10 casos, con una tasa de 2,2 muertes por cien mil menores de 5 años. Por último, la mortalidad por enfermedad diarreica aguda que presentó 9 casos, para una tasa 1,9 muertes por cien mil menores de 5 años. El 54% de las muertes en menores de 5 años, por IRA, se presentaron en el sexo femenino. En la evaluación del lugar de residencia de los casos de mortalidad por infección respiratoria aguda, para el año 2021, predominó el área urbana con 67%

<sup>65</sup> Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2022 ene [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=22>

de los casos. Con relación al tipo de seguridad social se encontró que el 62% pertenece al régimen subsidiado, el 29% al régimen contributivo y el 9% no estaba afiliado a la seguridad social.

Las EAPB que presentan las mayores tasas de mortalidad en Antioquia por IRA en el año 2021 son ECOOPSOS, con 29 casos por cien mil menores de 5 años, Sanitas con 17 caso por cien mil menores de 5 años y AIC con 15 casos por cien mil menores de 5 años. El mayor porcentaje de casos en la mortalidad por IRA, para el año 2021 corresponden a las EAPB Savia Salud, Salud Total y Coosalud respectivamente. Las subregiones con las mayores tasas de mortalidad por IRA en el año 2021 fueron: Occidente, Magdalena Medio y Norte. Los municipios más afectados por la mortalidad en menores de 5 años para la infección respiratoria aguda fueron: Betania, Frontino y San Pedro de los Milagros.

Los casos de mortalidad por desnutrición en el año 2021 se presentaron en su mayoría en el área rural. En la evaluación de las subregiones para el evento de la mortalidad por desnutrición en el año 2021, Urabá, Occidente y Bajo Cauca presentaron las tasas más altas con valores de 12,5; 5,3 y 3,4 muertes por cien mil menores de 5 años. Los municipios de Mutatá, Frontino, y Turbo, presentan las tasas más altas en el departamento de Antioquia para la mortalidad por desnutrición en el año 2021, correspondientes a población a cargo de las EAPB Savia Salud, AIC, y Coosalud, presentan los mayores porcentajes en la mortalidad por desnutrición en el departamento de Antioquia para el año 2021. Al tener en cuenta la población a cargo de las EAPB, las tasas de mortalidad por desnutrición más altas las presenta AIC, Coosalud y Nueva EPS para el año 2021 en nuestro departamento. Los casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, en el Departamento, para el año 2021 fueron más frecuentes en el área urbana con un porcentaje de 67%, que en el área rural con 22%. Con relación a la mortalidad por EDA, las subregiones de Urabá, Occidente y Norte presentaron las mayores tasas con valores de 7,1; 5,3; 5,0 muertes por cien mil menores de 5 años. AIC, presenta la mayor tasa de mortalidad por EDA, en Antioquia para el año 2021, esto se debe a la baja población que tienen afiliada menor de 5 años y al evento que presentó. Le siguen en orden decreciente Salud Total y Nueva EPS.

Los menores de un año aportaron el 70% de los casos para el evento de mortalidad por desnutrición, en la mortalidad por IRA aportaron el 83% de los casos y para la enfermedad diarreica aguda, representaron el 88%. Datos que demuestran la gran necesidad de atención que requieren los menores de un año para impactar de una manera contundente esta problemática social que se presenta. Al correlacionar en el nivel municipal coexisten con bajas coberturas de vacunación, bajo porcentaje de gestantes con cuatro o más controles prenatales y altas tasas de embarazo adolescente como se evidencia en los municipios de Mutatá, Turbo, Frontino y en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca.

Por subregiones se destaca la necesidad de apoyo que tiene la región de Urabá, con el 70 % de los casos de desnutrición, el 44% de los casos de EDA y el 16% de los casos de infección respiratoria aguda. En total la subregión de Urabá presentó el 34% de la mortalidad integrada en menores de 5 años del departamento.





Con relación a la comunidad indígena, esta representa el 30% de los casos de mortalidad por desnutrición, el 22% de los casos de enfermedad diarreica aguda y el 16% de los casos infección respiratoria aguda. Los municipios que presentaron mortalidad por desnutrición en población indígena fueron Frontino un caso y Mutatá dos casos. Urrao y Frontino presentaron muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años de población indígena. Los municipios de Frontino y Vigía del fuerte presentaron un caso cada uno, de mortalidad por EDA en población indígena. El municipio de Frontino presentó tres eventos de mortalidad por desnutrición en población indígena.

### 5.2.7. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANA

La primera infancia es un periodo de alta importancia para de vida del ser humano, ya que en ella se producen grandes y permanentes cambios que incidirán en etapas posteriores de la vida. Dependiendo de la nutrición obtenida durante los primeros cinco años, se derivarán implicaciones importantes para la su salud, la habilidad de aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y demandas que emergen con las transiciones mundiales. Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños y niñas de por vida.

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia son devastadores y duraderos, pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así incluso la futura productividad en el trabajo y el desarrollo del país. Teniendo en cuenta que las principales causas de la desnutrición aguda y del retraso en talla, están relacionadas con episodios de enfermedades infecciosas a repetición y con la inseguridad alimentaria del hogar, que conlleva a una dieta inadecuada o insuficiente, es imprescindible y urgente incorporar programas y proyectos que además de brindar complementación alimentaria incorporen procesos educativos dirigidos a fortalecer intervenciones que favorezcan la lactancia materna, integren el manejo adecuado de agua, saneamiento básico e higiene y principalmente que promuevan un trabajo articulado e intersectorial que intervenga las causas estructurales y los determinantes, lo que repercutirá en la calidad de vida de las personas e incluso en la productividad del país.

Las estadísticas con relación al estado nutricional que se observarán en este apartado son gracias a la constitución del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ODSAN) y el sistema de información SISAN, que permite hacer seguimiento y control a los proyectos y estrategias de la Gerencia y su implementación territorial en los 125 municipios y/o Distrito de Antioquia. A través de esta información se promueve la creación de iniciativas que movilicen el sistema alimentario y nutricional del departamento, mediante procesos de gestión del conocimiento, con el objetivo de producir y analizar data de interés en seguridad alimentaria y nutricional, motivando la toma de decisiones asertivas y el uso efectivo de estos resultados, adaptados a las necesidades propias del territorio.



Es de aclarar que dicha información no es de representatividad estadística y por tanto no son datos extrapolables a la población Antioqueña ya que en su mayoría corresponden a personas población/ vulnerable adscrita incluso a proyectos sociales, lo cual puede incidir en cifras de mayor criticidad al compararlos con estudios de representatividad departamental, sin embargo, esta información puede indicar tendencias situacionales, que deben ser de interés para la vigilancia y control del estado nutricional, dado que favorecerán el direccionamiento de acciones estratégicas que se pueden implementar en materia de salud y seguridad alimentaria.

## 5.2.7.1. Evaluación del estado nutricional en niños y niñas menores de 4 años en Antioquia con enfoque diferencial.

### 5.2.7.1.1. Indicador de peso para la talla

El peso para la talla es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/estatura y da cuenta del estado nutricional actual del individuo independiente de la edad<sup>66</sup>. Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar los niños y niñas se clasifican con desnutrición aguda y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo. La alteración de este indicador está asociada a alta morbilidad que se presenta por la pérdida de peso reciente y acelerada o de otro tipo de incapacidad para ganar peso, que se da en la mayoría de los casos por un bajo acceso y consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la vida del menor<sup>67</sup>.

El peso para la talla es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/estatura y da cuenta del estado nutricional actual del individuo independiente de la edad. Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar los niños y niñas se clasifican con desnutrición aguda y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo. La alteración de este indicador está asociada a alta morbilidad que se presenta por la pérdida de peso reciente y acelerada o de otro tipo de incapacidad para ganar peso, que se da en la mayoría de los casos por un bajo acceso y consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la vida del menor<sup>67</sup>.

La distribución porcentual de los menores de 4 años con pertinencia étnica, registrados en la plataforma SISMANA y evaluados por el indicador peso para la talla durante el año 2021 fue de 3.1%; el 1.1% corresponde a menores identificados como afrodescendientes y el 2.0% correspondió a menores Indígenas. Es de resaltar que un importante número de población

<sup>66</sup> Resolución 2465 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016 [Internet]. República de Colombia; 14 de junio 2016 [Consultado 12 de diciembre noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no.\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)

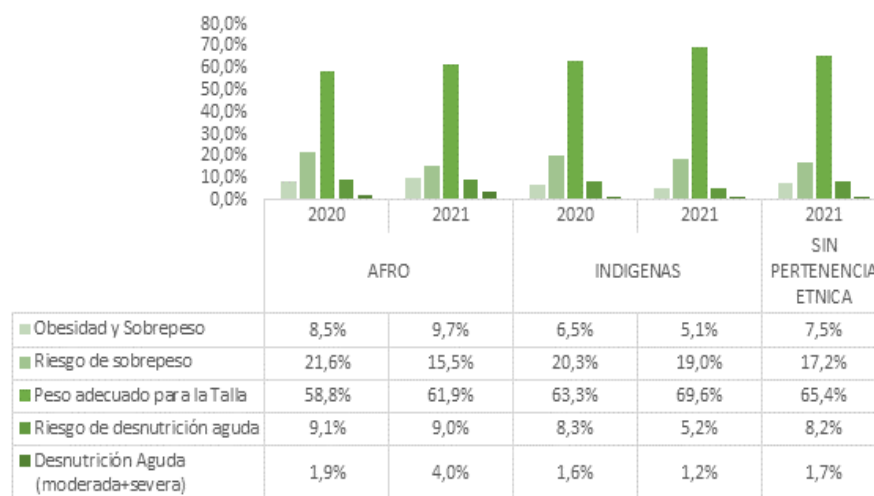
<sup>67</sup> Resolución 2350 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 2020 [Internet]. República de Colombia; 17 de diciembre de 2020 [Consultado 10 de diciembre 2022] [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf)

indígena registrada en el último año en la plataforma SISMANA, corresponde a las valoraciones nutricionales efectuadas por la estrategia de Unidad de alertas tempranas de la Gerencia MANA, quienes realizan gran parte de sus acciones en zonas rurales dispersas, muchas de ellas de difícil acceso.

En el último período de evaluación se evidenció que el riesgo o alteraciones nutricionales tanto por déficit como por exceso, se presentaron en el 38% de los niños y niñas afrodescendientes, en el 35% de los menores sin registro pertenencia étnica y en el 30% de los niños y niñas indígenas. En todos los grupos, el sobrepeso y la obesidad fueron superiores a la desnutrición aguda para los períodos 2019 y 2021. Al analizar específicamente la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) se identificó un incremento de 1.2 puntos porcentuales en los menores afrodescendientes, por el contrario, en los niños y niñas indígenas se presentó un descenso de 1.5 puntos porcentuales para dicha clasificación.

En cuanto a la malnutrición por déficit, para el año 2021, se identificó una tendencia al descenso en la clasificación de desnutrición aguda para niños y niñas indígenas; representado en una disminución de 0.5 puntos porcentuales, mientras que para la población afrodescendiente se evidenció un aumento de 2 puntos porcentuales respecto al año 2020. Estos resultados pueden estar relacionados con varias razones: si bien la pandemia limitó la pertenencia a programas de acceso a los alimentos, programas de promoción y prevención de la enfermedad para todos los grupos etarios; las condiciones específicas de la población indígena, tales como, la duración de la lactancia materna exclusiva y la siembra de alimentos en sus territorios, pudo evitar un recrudescimiento en el indicador de morbilidad por desnutrición aguda.

**Figura 215.** Estado nutricional según indicador peso para la talla en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

## 5.2.7.1.2. Indicador talla para la edad:

La talla para la edad es un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. Da cuenta del estado nutricional histórico o acumulativo.<sup>66</sup> Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar, los niños y niñas se clasifican con talla baja para la edad o retraso en talla y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo de talla baja según los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud<sup>68</sup>.

El retraso en talla es un proceso gradual y acumulativo, con graves consecuencias a corto plazo en el desarrollo de las capacidades durante la infancia y puede ser un predictor de la calidad de vida durante la edad adulta, principalmente producto de una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros 1000 días de vida.

El retraso del crecimiento tiene una serie de efectos irreversibles a largo plazo para los individuos y las sociedades, dentro de los principales se asocia con disminución del desarrollo cognitivo y físico, afectaciones a la salud, reducción de la capacidad productiva, y aumento del riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes<sup>69</sup>.

El análisis del indicador de talla para la edad (T/E) en los menores registrados en la plataforma SISMANA (n: 196.302) para el año 2021, indica que los niños y niñas afrodescendientes son quienes presentan superior adecuación de su estatura de acuerdo a su edad, sin embargo, en este mismo grupo también se identifica mayor incremento de riesgo de talla baja y talla baja.

La clasificación de retraso en talla de la población indígena (63%), evidencia que este dato corresponde a casi el doble de lo encontrado en las valoraciones realizadas al grupo de personas afrodescendientes (32,9%), representado en un aumento de 33.9 puntos porcentuales y superando también los datos obtenidos de la población clasificada como sin pertenencia étnica del año 2021, correspondientes a 24.3%. En todos los grupos evaluados se superan significativamente las estadísticas reportadas de este indicador según lo reportado en el perfil alimentario y nutricional de Antioquia 2019 (10%). El origen del retraso en talla obedece a factores multicausales, los más referenciados están asociados a la falta de accesibilidad a agua potable, saneamiento básico, alimentos de calidad nutricional y al ingreso limitado a programas de promoción y prevención como vacunación y crecimiento y desarrollo. Estos factores de riesgo pudieron estar presentes en gran parte de la población identificada con alteraciones en el indicador talla para la edad y son evidentes principalmente en el grupo de población indígena atendida en zonas rurales dispersas, cabe destacar, que las altas prevalencias históricamente

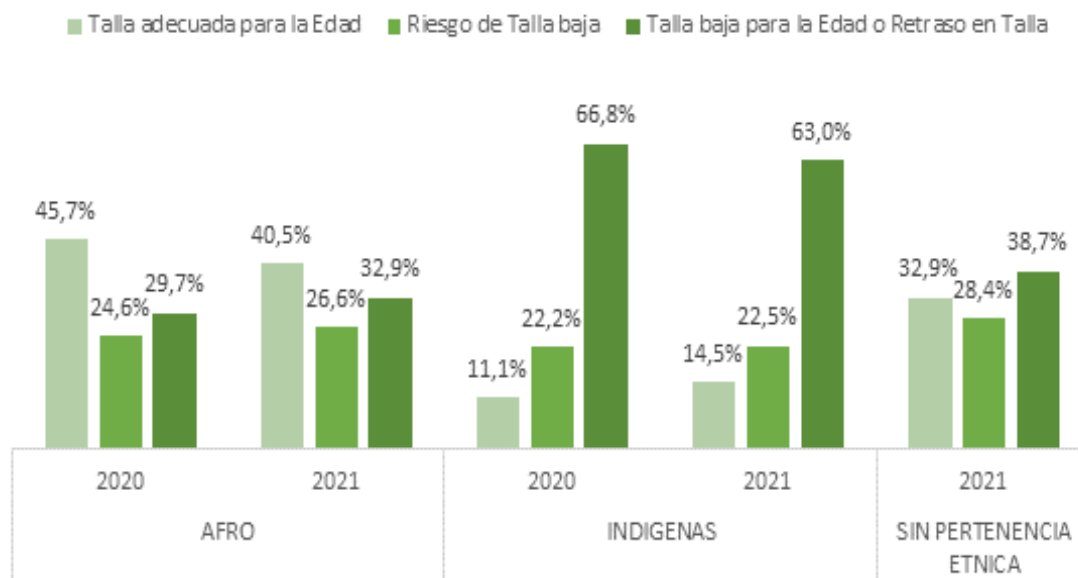
<sup>68</sup> WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf), página consultada el 10 de diciembre de 2014).

<sup>69</sup> WHO. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. [Internet]. Ginebra; 2009 [Consultado 19 noviembre 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf)



reportadas en la población indígena también pueden estar influenciadas por condiciones culturales donde los cuidados prenatales que las mujeres indígenas implementan, inciden en la afectación del crecimiento de sus hijos, pues disminuyen de manera intencional la ingesta alimentaria, evitando altas ganancias de peso en sus bebés para prevenir cesáreas y la atención en entidades de salud, hecho que incide de manera directa en los indicadores de estatura y con repercusiones que se pueden prolongar durante el resto del ciclo vital.

**Figura 216.** Estado nutricional según el indicador de talla para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

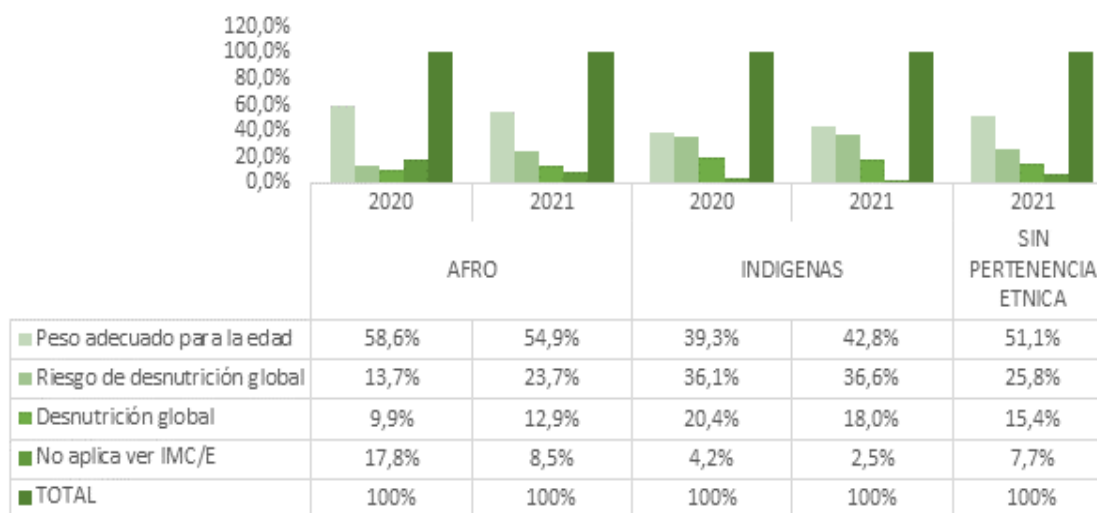
### 5.2.7.1.3. Peso para la edad

El peso para la edad es un indicador primario que relaciona el peso con la edad sin contemplar la estatura de los niños y niñas menores de 5 años. También denominado desnutrición global cuando su medición se encuentra en -2 desviaciones estándar, lo que indica bajo peso para una edad específica, considerando el patrón de referencia.

Al analizar el indicador peso para la edad en su clasificación de adecuación se identifica que para el año 2021 tanto en los menores afrodescendientes como en los niños y niñas y sin pertenencia étnica se logró una adecuación del indicador en más de la mitad de los menores valorados, por su parte los niños y niñas indígenas alcanzaron solo un 43% de adecuación del peso de acuerdo para la edad; del mismo modo es en este último grupo donde se presenta mayor riesgo y desnutrición global lo que puede obedecer a la insuficiente ganancia de estatura característica de esta etnia.

La clasificación de IMC para la edad puede estar asociada a los altos pesos identificados según la edad presentada en los menores, lo cual puede obedecer a su crecimiento lineal o al exceso de peso que efectivamente se presenta en el menor. En su orden se identifica las mayores proporciones de esta clasificación es para los afrodescendientes, seguidos de los niños y niñas sin identificación de pertenencia étnica y finalmente los indígenas, dicho resultado podría asociarse con diagnóstico de riesgo o exceso de peso.

**Figura 217.** Estado nutricional según indicador peso para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



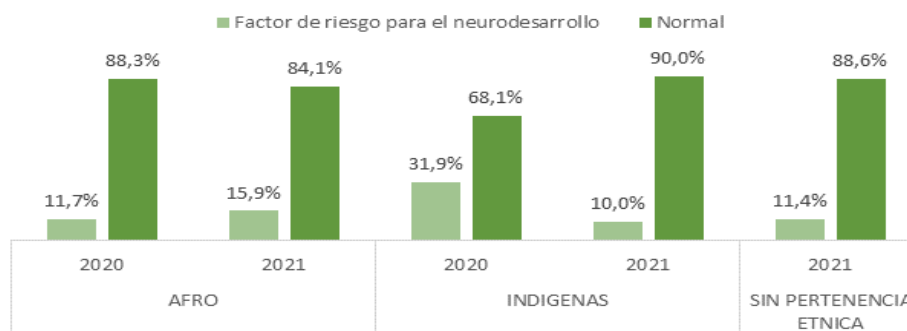
Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

#### 5.2.7.1.4. Indicador perímetro cefálico:

La medición del perímetro cefálico para la edad (PC/E) indica el crecimiento del encéfalo, la evolución de los huesos del cráneo y se emplea como parte de la detección de posibles alteraciones neurológicas o del desarrollo en los niños y niñas menores de cinco años.

El indicador de perímetro cefálico en los menores registrados en SISMANA durante 2021 (n: 10.029) de acuerdo a la pertenencia étnica, indica que, si bien para el grupo de niños y niñas indígenas y son pertenencia étnica, aproximadamente 1 de cada 10 menores presenta factor de riesgo para el neurodesarrollo, pero esta proporción fue superior en los niños y niñas afrodescendientes, pues se presentó un incremento de 5.9 puntos porcentuales frente a los niños y niñas indígenas y de 4.5 puntos porcentuales frente a los menores sin identificación de pertenencia étnica.

**Figura 218.** Factor de riesgo para neurodesarrollo según indicador perímetro cefálico en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

## 5.2.8. Impacto de la Pobreza y desigualdades en salud

Para impactar positivamente las poblaciones vulnerables, especialmente niños y niñas menores de 5 años, es primordial comprender el hecho de que los servicios de salud aportan a disminuir el 11% de la morbilidad, el estilo de vida el 43%, el entorno 19% y la biología humana el 27%; pero los servicios de salud asumen el 90% de la responsabilidad sobre el resultado, información que da soporte a la necesidad de trabajar intersectorialmente para ser más efectivos.

La pobreza es una expresión indirecta de la cohesión, la estructura social y su evolución hacia la equidad, variables determinantes de los resultados en salud. Antioquia es un departamento que ha mantenido altos y preocupantes niveles de pobreza por sus dinámicas poblacionales tan heterogéneas, el Índice de Pobreza Multidimensional Municipal \_IPM (Fuente Censal, según DANE, ENCV 2018), está conformada por cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo y condiciones de la vivienda y acceso a servicios públicos; a continuación se expone la correlación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el IPM.

**Tabla 115.** Correlación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el IPM. Antioquia, 2019

Subregión	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años 2019	IPM 2019
Bajo Cauca	13,3	28,5
Uraba	15,7	26,6
Occidente	12,5	24,7
Suroeste	15,3	22,3
Norte	10,4	20,3
Magdalena Medio	20,2	20,1
Nordeste	8,3	17,9
Oriente	10,4	17,4
Valle de Aburra	8,6	7,8

Fuente. Construcción propia SSSA.



Las mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años se registraron en los quintiles de mayor pobreza multidimensional, siendo determinantes intermedios de los desenlaces fatales, factores como la falta de educación, las bajas coberturas en el aseguramiento en salud y el precario acceso a servicios básicos. Se observa que la tasa de mortalidad en menores de 5 años fue inferior en las subregiones de Valle de Aburrá, Oriente y nordeste, las cuales registran los menores índices de pobreza multidimensional.

Como factor concomitante a la desnutrición infantil, la tasa de mortalidad materna para las subregiones más pobres fue en promedio 40,1 muertes por cada 100.000 nacidos vivos frente a la tasa de mortalidad de los más ricos que fue de 36,8; sin diferencias significativas. El acceso a servicios de salud y la calidad en la atención son factores que predominan, en 31 unidades de análisis se evidencia: deficiencia de la calidad en la atención 31, no consulta preconcepcional (25), falta de camas (3) y percepción negativa de sistema de salud (3). (ASIS, 2021)

El IPM por Subregiones en los últimos 5 años presenta una variación larvada, es así como en Bajo Cauca, el IPM máximo se registra en el municipio de Nechí, con 53.2% y 46.5 para el 2017 y 2019 respectivamente, con una correlación espacial persistente. Le siguen las subregiones de Urabá y Occidente, donde se observa que, en su mayoría, la población corresponde a grupos vulnerables como desplazados, migrantes, indígenas, afrodescendientes, mujeres niños y niñas menores de 5 años; y personas en situación de discapacidad.

## Conclusiones y recomendaciones

La tendencia a la mortalidad para los tres eventos analizados en el año 2021 fue al ascenso con un predominio en los menores de 1 año. Con relación al comportamiento por subregiones el mayor número de casos corresponden al Urabá, occidente y norte; situación da cuenta de las condiciones que enmarcan a los hogares de este territorio, de ahí la importancia de que las acciones intersectoriales en el marco de la atención integral estén orientadas a intervenir a la población y de esta manera contribuir en la disminución del evento. Por otro lado, es de tener en cuenta que dichas subregiones presentan unas condiciones que agudizan los aspectos de identificación y atención con oportunidad y calidad, en el entendido que son territorios con comunidades aisladas dispersas, población étnica y grupos armados al margen de la ley.

Con relación a la IRA su predominio es al sexo femenino, en cuanto a lugar de residencia se destaca mayor incidencia de casos en área urbana. En relación con el régimen de aseguramiento el subsidiado presentó mayor proporción de casos durante el periodo analizado. Las EAPB como ECOOPSOS, SANITAS y AIC; así mismo, las subregiones más afectadas corresponden a Occidente, Magdalena Medio y Norte encontrando además mayores tasas en los municipios de Betania, Frontino y San Pedro de los Milagros presentan mayores tasas para el evento.





En cuanto a la desnutrición, para el año 2021 su predominio de casos se dio en el área rural, con la tasa de mortalidad más alta en las subregiones de Urabá, Occidente y Bajo Cauca, con municipios como Mutatá, Frontino y Turbo con mayores tasas de incidencia. Así mismo, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB que destacan corresponden a AIC, COOSALUD y Nueva EPS. El ente territorial fortalece el acompañamiento a la gestión del riesgo municipal mediante los planes de salud las intervenciones a población con alta ruralidad y realizará profundización en las desigualdades en el acceso a servicios de salud.

Al analizar la mortalidad por EDA, según lugar de residencia, el predominio corresponde a área urbana, en cuanto a la afectación por subregiones Urabá, Occidente y Norte fueron las más afectadas con tasas de mortalidad más altas en los municipios de Betulia, Vigía del Fuerte y Mutatá. Según la EAPB AIC, Salud Total y Nueva EPS presentan el mayor número de casos.

Esta diferenciación por patología y sus características principales, debe encaminar las acciones de promoción y prevención de manera articulada con estas entidades centrando la atención en las áreas sociodemográficas más afectadas y en consecuencia con la población afiliada a las distintas EAPB generando seguimiento a los planes de mejora.

En lo referente al comportamiento de algunas variables asociadas al eje central del análisis del Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), las que se presentaron en mayor proporción, como explicación al evento, fueron la zona de residencia, pertenencia étnica y las políticas de protección social basadas en el manejo social del riesgo y garantía de derechos en salud: afiliación efectiva seguridad social, asistencia al esquema de vacunación; estas son una constante para la explicación del evento.

La disminución de las tasas de incidencia de IRA, EDA y DNT y la tasa de mortalidad en menores de 5 años forman parte de los principales indicadores de seguimiento, además de ser objetivos trazadores en el marco político que legisla y protege los derechos de los niños y niñas; el alcance de estos objetivos solo puede lograrse a través de la articulación de todos los sectores políticos y sociales que comprenden el entorno en el que el niño se desarrolla.

Dado que este análisis de información deja en evidencia que la población no asegurada y aquella que pertenece al régimen subsidiado tiene más riesgo de morir a causa de IRA, EDA y DNT, se plantea el realizar un trabajo articulado con los entes sanitarios, EAPB e IPS, donde se generen acuerdos que generen impacto en materia de oportunidad en la atención, seguimiento individualizado a los casos identificados, disminución de barreras de atención frente al aseguramiento relacionadas con la portabilidad y contratación con sus redes prestadoras de servicios de salud, cuantificación de personal especializado en pediatría.

Con relación al retraso tipo uno, falta mayor claridad en los signos de alarma que se recomiendan a los padres y familiares. La falta de condiciones de valoración del riesgo, en ocasiones se presentan

retrasos injustificados que amenazan la vida de los niños, por desconocimiento de los cuidadores del momento oportuno de la consulta al centro de salud. Dicho lo anterior es necesario fortalecer la vigilancia en salud pública con base comunitaria para empoderar a actores comunitarios clave en la identificación de signos de alarma que ameriten consulta y establecer estrategias de Información, educación y comunicación a la población en general para promover la transformación de factores de riesgo asociados a los eventos.

Por otro lado, entendiendo que factores sociodemográficos como la pertenencia étnica y la zona de residencia, tienen influencia en indicadores de incidencia y mortalidad, se recomienda la implementación de un Modelo Integral de salud con Enfoque diferencial y territorial, por lo cual todos los actores: comunidades indígenas, afrodescendientes y demás identificadas, ESE, Secretarías de Salud, Direcciones Locales de Salud, EAPB e IPS, programas de infancia, nutrición y salud sexual y reproductiva; y demás entes gubernamentales, se deben sensibilizar en materia de prevención, detección y atención con enfoque étnico. Además, se recomienda desarrollar acciones desde la validación de necesidades encontradas en visitas al territorio, esta sensibilización puede efectuarse por medio del fortalecimiento de los equipos básicos en salud y a través de diálogos con las comunidades donde se aborden los temas de IRA, EDA y DNT con conceptos técnicos enfocados y contextualizados al territorio, incluyendo abordaje de prácticas alimentarias, prevención de estas enfermedades, identificación y detección temprana, manejo y cuidados en casa, identificación de signos y síntomas de alarma, acciones educativas a la población gestante, y trabajo articulado sobre aquellas condiciones que favorezcan el entorno donde los niños y sus familias se desarrollan.

El retraso tipo 4 es el que más se destaca de acuerdo con la información obtenida mediante las unidades de análisis realizadas. La realización del triage adecuado y oportuno en los niños, es una falencia que se repite en los análisis de las muertes de los menores de 5 años, el diligenciamiento de historia clínica, con los parámetros completos de los signos vitales, valoración nutricional, en muchas ocasiones no se registra de manera adecuada. Las notas de evolución no se realizan de forma oportuna ni completa según la gravedad de los pacientes.

Con relación al ingreso oportuno de los niños a la Ruta de Atención integral de promoción y mantenimiento de la salud, la mayoría, no asistían en forma regular, no presentaban la revisión del recién nacido a los siete días de vida, el ingreso al mes de edad, la revisión de la lactancia y la vacunación completa. Lo que de manera adicional refiere mejorar estrategias de seguimiento individualizado de los casos para determinación de riesgo y adherencias a tratamientos.

Según lo anterior es necesario establecer acciones de seguimiento y acompañamiento a las Direcciones Locales de Salud, EAPB y las IPS para la implementación de las rutas integrales de atención en salud, las cuales son una herramienta efectiva para disminuir la presentación de estos eventos y continuar con el fortalecimiento de las capacidades técnicas con los actores del sistema con el fin de promover la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, lineamiento



570

y acciones de Inspección y Vigilancia, teniendo en cuenta que se cumplan a cabalidad los protocolos de atención para IRA, EDA y desnutrición.

La sala situacional de mortalidad en menores de 5 años se conforma durante el 2022 en la gobernación de Antioquia con el fin de analizar información contenida en otras fuentes informativas como SISMANÁ para identificar la población a riesgo de enfermar en el Departamento, en especial por desnutrición, como estrategia para la prevención e intervención temprana disminuyendo el riesgo de progresión de la enfermedad y de muerte. Dentro del plan de acción de la sala situacional para el abordaje de la mortalidad en menores de 5 años se priorizan acciones tales como la estandarización constante en materia de valoración nutricional y toma de medidas antropométricas según grupo etario, mediante encuentros participativos en 30 municipios se articularán planes para involucrar otros actores como agentes educativos que atienden programas de primera infancia, docentes de escuelas rurales, actores comunitarios y fortalecimiento de roles y competencias del equipo de salud. Adicional a lo anterior, la hoja de ruta para integrar los sistemas de información de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, MANÁ y Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia-SSDIPI se encuentra en fase de implementación.

La notificación oportuna de los casos por parte de las Unidad Primaria Generadora de Datos-UPGD con el seguimiento de las secretarías y direcciones locales de salud es muy importante para la consolidación de los casos que se presentan. Algunos casos se notifican en fechas posteriores a su fallecimiento e incluso con un año de atraso. Situación que dificulta la realización oportuna de las unidades de análisis, envió oportuno al INS, así como la consolidación del tablero de problemas, y por ende se afecta la oportunidad en la toma de decisiones y ejecución de estrategias de mitigación.

Las UPGD con la supervisión de las secretarías y direcciones locales de salud deben realizar los ajustes respetivos al SIVIGILA para consolidar los datos realizar en la base nacional. También se requiere la participación efectiva de las secretarías y direcciones locales de salud, en la realización de las enmiendas estadísticas que se solicitan luego de la unidad de análisis.

Para finalizar se debe generar una articulación con entes intersectoriales para favorecer la garantía de los derechos de las niñas y los niños, en términos de pertinencia y según las necesidades de la población, enfocado en las acciones de determinantes sociales de la salud (DSS) y condiciones básicas insatisfechas.



571