

# CAPÍTULO 4

## MORTALIDAD

### **Elaborado por:**

CLAUDIA MARCELA OSPINA ROJO  
Profesional de Gerencia de Sistemas de  
Información en Salud

HELLEN OFIR HOLGUÍN VILLA  
Profesional de Gerencia de Sistemas de  
Información en Salud

ÁNGELA MARÍA CASTAÑEDA NARANJO  
Médica Epidemióloga, programa Salud Sexual y  
Reproductiva

DIANA MARCELA MARÍN PALACIO  
Profesional de Gerencia de Sistemas de  
Información en Salud

MAGALY JAIMES BALLESTEROS  
Enfermera Especialista en Epidemiología  
Contratista Secretaría Seccional de Salud y  
Protección Social de Antioquia.

MARTHA ELENA CADAVID  
Enfermera Epidemióloga Contratista Secretaría  
Seccional de Salud y Protección Social de  
Antioquia.

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MORTALIDAD EN ANTIOQUIA AÑO 2010 .....	8
3. ANEXOS MORTALIDAD GENERAL.....	19
4. MORTALIDAD MATERNA EN ANTIOQUIA, 2010 .....	28
5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA, ANTIOQUIA.....	33
6. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN ANTIOQUIA.....	37
7. MORTALIDAD INFANTIL.....	40
8. MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS.....	46
9. ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS.....	53
10. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS .....	55
11. MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS POR DESNUTRICIÓN.....	58
12. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	59
13. MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS .....	61
14. COMPORTAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL MUNDO Y COLOMBIA: 66	
15. CONCLUSIONES.....	72
16. RECOMENDACIONES.....	73
17. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	75
18. ANEXO DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSPORTE .....	76

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tendencia de la Mortalidad General. Antioquia 1912 – 2010 .....	8
Figura 2. Tasas de Mortalidad especifica por grupo de edad. Antioquia 2010 .....	11
Figura 3. Mortalidad por grupos de edad. Antioquia 2006 y 2010.....	11
Figura 4. Mortalidad por régimen de seguridad social en salud. Antioquia 2010 .....	13
Figura 5. Estructura de la mortalidad general a 105 grupos según CIE 10 Antioquia 2006 y 2010.....	14
Figura 6. Mortalidad a seis grandes grupos OPS. Antioquia 2006 y 2010.....	16
Figura 7. Tendencia de la mortalidad a seis grandes grupos OPS. Antioquia 1986 - 2010.....	16
Figura 8. Años de vida potenciales perdidos (AVPP). Antioquia 2006 y 2010.....	18
Figura 9. Tendência de mortalidad materna. Antioquia 1943-2010.....	29
Figura 10 Tendencia de la mortalidad infantil. Antioquia 1966-2010.....	44
Figura 11 Tasa de mortalidad infantil, en las subregiones del departamento de Antioquia, años 2006 y 2010.....	46
Figura 12. Tendencia de la mortalidad en menores de cinco años. Antioquia 1980-2010 .....	50
Figura 13 Tasa de mortalidad en menores de cinco años, según región Antioquia, años 2006 y 2010.....	51
Figura 14 Comparación tasa de mortalidad en menores de cinco años en las subregiones en Antioquia, 2009 y 2010 .....	52
Figura 15. Tendencia de la mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años.....	53
Figura 16 Tasa de mortalidad en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, según región. Antioquia, 2006 y 2010.....	54
Figura 17 Tendencia de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años 1980-2010 .....	56
Figura 18: Tasa de mortalidad en menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda, según región. Antioquia, 2006 y 2010.....	57
Figura 19. Tendencia de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. Antioquia 1980-2010.....	58
Figura 20 TENDENCIA DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO CAUSAS EXTERNAS – OPS. ANTIOQUIA 1986-2010.....	63
Figura 21. Distribución de los homicidios por medio utilizado, Antioquia 2006-2010 .....	65
Figura 22. Años Potenciales de Vida Perdidos por Homicidios, según grupo edad Antioquia 2006 y 2010.....	66
Figura 23. Suicidios en Colombia, 2000 – 2010.....	68
Figura 24. Tasa de Suicidios en Colombia por cada 100.000 habitantes, 2000 – 2010....	68
Figura 25. Distribución de los suicidios por medio utilizado, Antioquia 2006-2010.....	70

Figura 26. Años potenciales de vida perdidos por Suicidios según grupo edad, Antioquia 2006 y 2010.....	71
Figura 27. Tendencia de la Mortalidad por accidentes de transporte. Antioquia 1946 – 2010.....	76
Figura 28. Años de vida potenciales perdidos (AVPP) por Accidentes de Transporte. Antioquia 2006 y 2010.....	78

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Mortalidad por subregión según sexo. Antioquia 2010.....	10
Tabla 2. Mortalidad por subregión según grupo edad. Antioquia 2010 .....	12
Tabla 3. Mortalidad por subregión según régimen de seguridad social en salud. Antioquia 2010.....	13
Tabla 4. Diez primeras causas de mortalidad en el departamento por subregión. Antioquia 2010.....	15
Tabla 5. Mortalidad por subregión según agrupación OPS. Antioquia 2010.....	17
Tabla 6. Mortalidad general por municipio y subregión. Antioquia 2006 y 2010.....	19
Tabla 7. Diez primeras causas de mortalidad en los menores de un año. Antioquia 2010	22
Tabla 8. Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años. Antioquia 2010.	22
Tabla 9. Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 5 a 12 años. Antioquia 2010 .....	23
Tabla 10. Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 13 a 17 años. Antioquia 2010.....	23
Tabla 11. Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 18 a 24 años. Antioquia 2010.....	23
Tabla 12. Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 25 a 59 años. Antioquia 2010.....	24
Tabla 13. Diez primeras causas de mortalidad en el grupo 60 años y más. Antioquia 2010 .....	24
Tabla 14. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Magdalena Medio. Antioquia 2010.....	24
Tabla 15. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Bajo Cauca. Antioquia 2010.....	25
Tabla 16. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Urabá. Antioquia 2010 ....	25
Tabla 17. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Nordeste. Antioquia 2010	25
Tabla 18. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Occidente. Antioquia 2010 .....	26
Tabla 19. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Norte. Antioquia 2010 .....	26
Tabla 20. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Oriente. Antioquia 2010 ..	26
Tabla 21. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Suroeste. Antioquia 2010	27
Tabla 22. Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Valle de Aburra. Antioquia 2010.....	27
Tabla 23: Diez primeras causas de mortalidad infantil, según listado 105 CIE 10 Antioquia, 2006.....	41
Tabla 24 Diez primeras causas de mortalidad infantil, según listado 105 CIE 10 Antioquia, 2010.....	42

Tabla 25 Fallecimientos de menores de un año según régimen de afiliación. Antioquia 2006 y 2010.....	45
Tabla 26 Diez primeras causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, en Antioquia, 2006. ....	48
Tabla 27 Diez primeras causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, en Antioquia, 2010 .....	49
Tabla 28 Fallecimientos de menores de cinco años por régimen de afiliación, en Antioquia 2006 y 2010.....	53
Tabla 29 Fallecimientos por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, según régimen de afiliación, Antioquia 2006 y 2010. ....	55
Tabla 30 Defunciones por Enfermedad Diarreica Aguda de menores de cinco años, según régimen de afiliación. Antioquia2006 y 2010. ....	57
Tabla 31 HOMICIDIOS POR GRUPO EDAD. ANTIOQUIA 2006 Y 2010 .....	64
Tabla 32. Número de casos reportados y tasa de Intento de Suicidio, por género y grupo de edad. Antioquia, 2010. ....	71
Tabla 33. Mortalidad por Accidentes de Transporte según subregión y sexo. Antioquia 2010.....	77
Tabla 34. Mortalidad por Accidentes de Transporte según grupo edad. Antioquia 2010... ..	77
Tabla 35. Mortalidad por Accidentes de Tránsito según modo de transporte. Antioquia 2010.....	78

## 1. INTRODUCCIÓN

El sistema de estadísticas vitales es el proceso donde se recoge, analiza, evalúa y se presenta la información necesaria para la elaboración de perfiles de mortalidad y fecundidad que apoyan la toma de decisiones durante los procesos de planeación, y medición de impacto de programas de salud; contribuye además a visualizar la diferencias territoriales, comparando los diversos indicadores que permiten conocer los cambios en la transición epidemiológica.

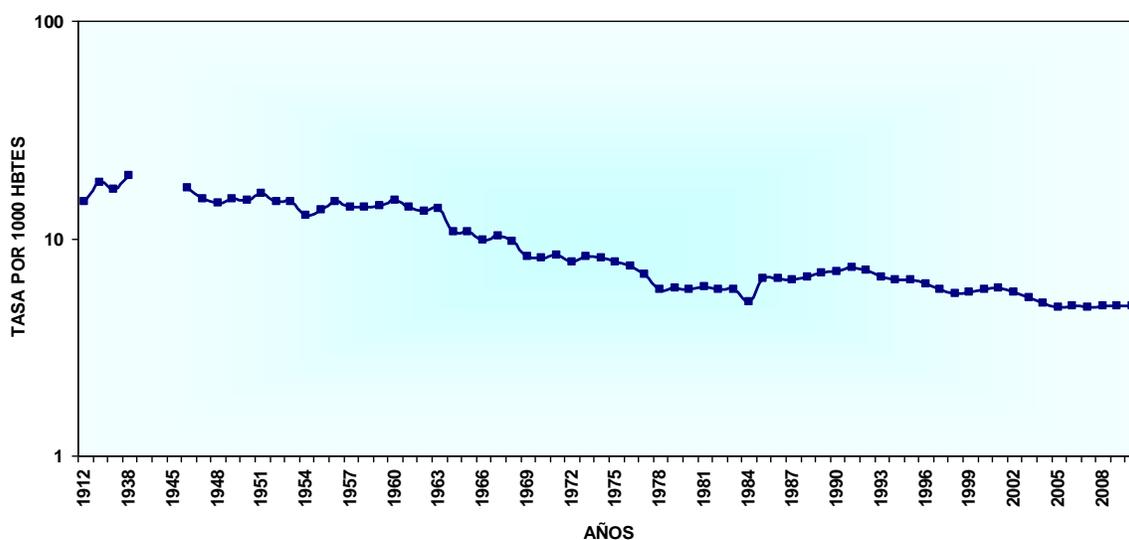
Esta información provee elementos que aportan al diagnóstico de condiciones de vida en los grupos sociales y geográficos, conocimientos sobre el desarrollo de la sociedad y su comportamiento durante un período determinado.

En búsqueda del mejoramiento tecnológico de la captura de los registros de nacimientos y defunciones en el país, se viene implementando desde el año 2007 el módulo de nacimientos y defunciones del Registro Único de Afiliados – RUAF; un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); esperando reducir de manera significativa el tiempo de obtención, producción y análisis de los hechos vitales del territorio colombiano.

En el Departamento de Antioquia la implementación se ha llevado a cabo progresivamente desde el año 2008, momento en el que empezó la prueba piloto con el Hospital General de Medellín. Esta implementación, ha presentado varias fases; iniciando con los municipios e instituciones priorizadas de acuerdo a dos criterios: mayor producción de hechos vitales y capacidad tecnológica para asumir el cambio. Para el año 2010 se encontraban registrando en línea 31 municipios del Departamento, año en el cual comienza la implementación masiva.

## 2. MORTALIDAD EN ANTIOQUIA AÑO 2010

La tendencia de la tasa de mortalidad general en el Departamento de Antioquia presenta una constante disminución desde los años 40 hasta los mediados de los años 80, a partir de allí se tiene un leve aumento progresivo hasta principios de los 90, de ese momento en adelante se observa una disminución constante hasta el año 2004 y en los últimos años la tasa de mortalidad general en Antioquia ha sido constante sin cambios significativos.



**Figura 1.** Tendencia de la Mortalidad General. Antioquia 1912 – 2010

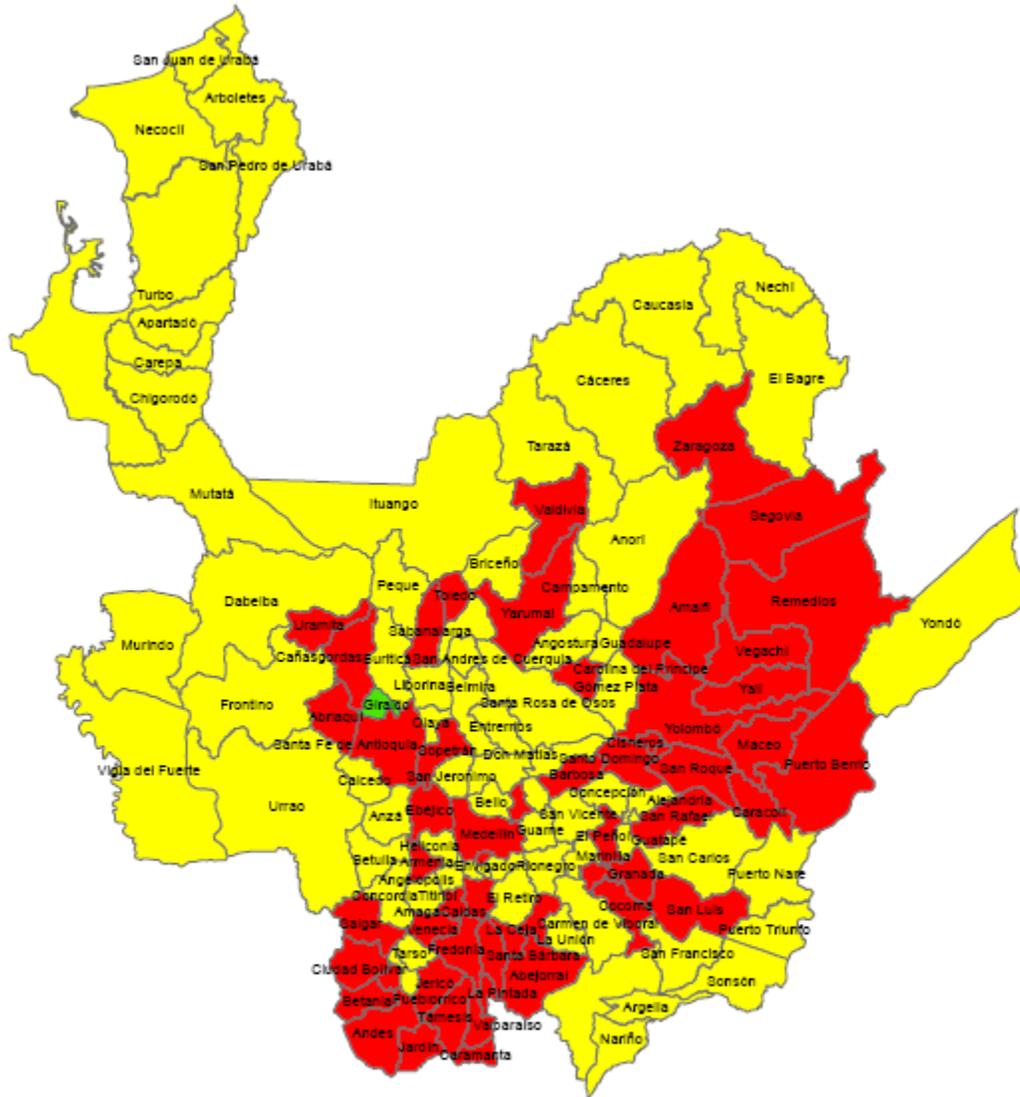
**Fuente:** DANE. Año 2010 SSSA Información preliminar

**Nota:** MORTALIDAD GENERAL (todas las muertes excepto fetales)

La tasa de mortalidad general en el año 2010 fue de 4.9 por cada 1000 habitantes, se resalta las subregiones de Nordeste (5.8), Suroeste (5.5), Valle de Aburrá (5.2) y Magdalena Medio (5.0) donde sus tasas superan la tasa departamental y la subregión de Urabá con la tasa de mortalidad general más baja para este año.

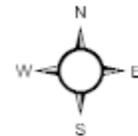
El promedio, de la tasa general de mortalidad en el Departamento para el año 2010 es de 4.7 por cada 1000 habitantes, donde el municipio con la tasa más baja es Vigía del Fuerte 1.3 por 1000 habitantes y la tasa más alta para el municipio de Cisneros con 8.6 por 1000 habitantes, aproximadamente siete veces mayor a la más baja.

# TASA DE MORTALIDAD GENERAL. ANTIOQUIA 2010



## Municipios

- Por encima de la tasa departamental (4,9)
- Por debajo de la tasa departamental (4,9)
- Igual a la tasa departamental (4,9)



La razón hombre/mujer en la mortalidad general del Departamento no presenta cambios significativos para el año 2010, en donde por cada 1.4 hombres que mueren se muere una mujer; siendo las causas externas las de mayor preponderancia en los hombres que en la mujeres, con una relación de aproximadamente 12 hombres por mujer para Agresiones (homicidios y secuelas) y de alrededor de 4 hombres por mujer en Accidentes de transporte de motor y secuelas.

Cuando se revisan las diez primeras causas, se encuentra que en general es superior el número de muertes en hombres que en mujeres, excepto, en la Diabetes Mellitus y en las Enfermedades Cerebrovasculares, donde es mayor la afectación de las mujeres, con una relación de 0.6 y 0.8 hombres por mujer, respectivamente. Para el año 2010 las subregiones de Bajo Cauca y Norte son las que presentan mayor número de muertes en hombres en relación con las mujeres y las subregiones de Valle de Aburrá y Oriente las que menos.

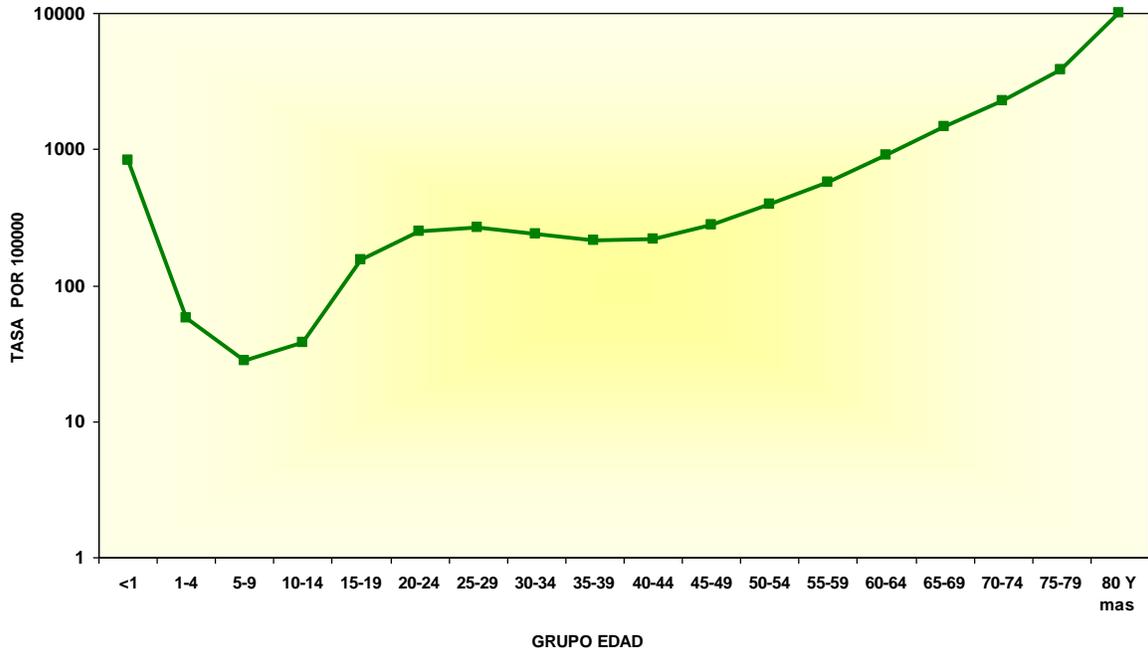
**Tabla 1.** Mortalidad por subregión según sexo. Antioquia 2010

REGION	Hombre		Mujer		Sin dato	Total	
	Nº	Tasa X 1000 hab	Nº	Tasa X 1000 hab		Nº	Tasa X 1000 hab
MAGDALENA MEDIO	348	6,3	189	3,6		537	5,0
BAJO CAUCA	735	5,4	311	2,3		1046	3,9
URABA	866	2,9	537	1,9	1	1404	2,4
NORDESTE	665	7,3	369	4,2	1	1035	5,8
OCCIDENTE	583	5,6	385	4,0		968	4,8
NORTE	745	5,9	400	3,3		1145	4,6
ORIENTE	1487	5,3	1127	4,0	2	2616	4,7
SUROESTE	1182	6,2	872	4,7		2054	5,5
VALLE DE ABURRA	10386	6,2	8154	4,4	6	18546	5,2
SIN DATO	54		21		1	76	
<b>TOTAL</b>	<b>17051</b>	<b>5,8</b>	<b>12365</b>	<b>4,0</b>	<b>11</b>	<b>29427</b>	<b>4,9</b>

Fuente: SSSA. Información preliminar

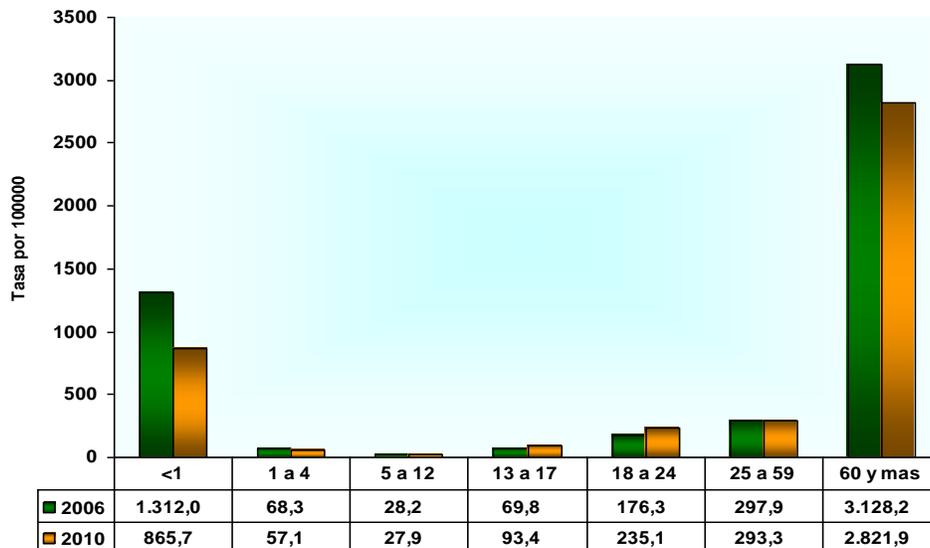
El patrón de mortalidad para el año 2010 está caracterizado por tener una tasa significativa en los primeros años de vida donde el riesgo de morir es más alto por factores exógenos y endógenos, en especial se destacan las malformaciones congénitas o alteraciones genéticas, que afectan la vulnerabilidad del recién nacido.

Se observa un rápido descenso, alcanzando las tasas mínimas entre los 5 y 14 años, luego se presentan valores estables aproximadamente hasta los 49 años de vida, y a partir de los 50 se nota un progresivo aumento en las tasas de mortalidad.



**Figura 2.** Tasas de Mortalidad específica por grupo de edad. Antioquia 2010  
**Fuente:** SSSA. Información preliminar

En la mortalidad por grupo de edad se encuentra que en la mayoría de los grupos disminuye su tasa del año 2006 al año 2010, donde el grupo de menores de un año tiene la reducción más significativa (-34%), los grupos de 13 a 17 y de 18 a 24 por el contrario aumentan en su tasa alrededor de un 33%, de un año respecto a otro.



**Figura 3.** Mortalidad por grupos de edad. Antioquia 2006 y 2010  
**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

En cuanto a la mortalidad por grupos edad en la subregiones, sigue sobresaliendo la subregión de Nordeste con altas tasas en todos los grupos analizados; la subregión de Suroeste en los extremos de vida, es decir en menores de un año y en mayores de 60 años, seguida por la subregión de Oriente, en este último grupo de edad (60 y más); las subregiones de Norte, Bajo Cauca y Magdalena Medio se destacan por altas tasas en los adultos jóvenes y mayores (18 a 24 y de 25 a 59); los adolescentes (13 a 17) por su parte, presentan tasas superiores en las subregiones de Bajo Cauca y Valle de Aburrá.

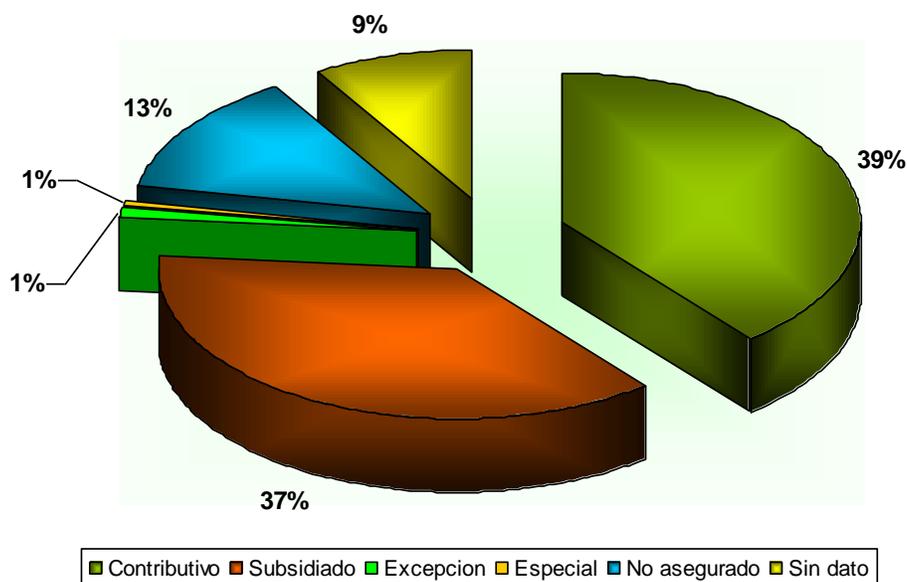
**Tabla 2.** Mortalidad por subregión según grupo edad. Antioquia 2010

SUBREGION	< 1		1 a 4		5 a 12		13 a 17		18 a 24		25 a 59		60 y mas		Sin dato
	N°	Tasa x 100000 hbtes	N°	Tasa x 100000 hbtes	N°	Tasa x 100000 hbtes	N°	Tasa x 100000 hbtes							
MAGDALENA MEDIO	17	998,2	4	47,3	5	29,1	10	88,5	45	312,1	152	349,4	301	2889,2	3
BAJO CAUCA	42	746,9	16	61,2	15	29,5	35	115,5	112	297,8	396	386,5	410	2589,4	20
URABA	79	760,1	35	60,3	32	28,1	41	59,8	109	128,1	433	207,2	660	2128,7	15
NORDESTE	34	1168,8	14	92,2	14	46,2	18	92,0	90	373,4	332	474,0	509	3195,0	24
OCCIDENTE	29	1135,0	13	76,6	12	34,8	16	73,2	58	213,2	260	347,2	575	2801,2	5
NORTE	36	905,7	18	84,8	11	26,0	24	88,3	96	285,6	362	375,3	579	2641,8	19
ORIENTE	59	788,7	22	52,0	26	30,3	44	76,9	124	167,1	615	259,0	1716	3196,4	10
SUROESTE	57	1204,1	13	44,1	18	30,5	28	72,8	88	177,3	527	342,0	1310	3482,5	13
VALLE DE ABURRA	379	843,5	101	51,7	102	24,7	311	105,8	1101	254,2	4906	281,5	11515	2761,8	131
SIN DATO	2				1		4		8		27		30		4
<b>TOTAL</b>	<b>734</b>	<b>865,7</b>	<b>236</b>	<b>57,1</b>	<b>236</b>	<b>27,9</b>	<b>531</b>	<b>93,4</b>	<b>1831</b>	<b>235,1</b>	<b>8010</b>	<b>293,303</b>	<b>17605</b>	<b>2821,9</b>	<b>244</b>

Fuente: SSSA. Información preliminar

De las 29.427 muertes ocurridas durante el año 2010, un total de 11.511 estaban afiliados al régimen contributivo (37.4%); siendo la subregión de Valle de Aburrá la que aporta aproximadamente el 79% de éstos. El 37.4 % (11.006) se registran en poblaciones afiliadas al régimen subsidiado; un 13.2% (3.875) aparecen como personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y un 8.7% (2.562) del total de defunciones no se conoce el tipo de afiliación.

Exceptuando el Valle de Aburrá, es de destacar en la distribución porcentual por subregión que más del 50% de los fallecidos en encontraban afiliados al régimen subsidiado; sobresaliendo Occidente que alcanza un 70% en este régimen; y se encuentra que la subregión del Bajo Cauca presenta el más alto porcentaje con 25% en población no asegurada.



**Figura 4.** Mortalidad por régimen de seguridad social en salud. Antioquia 2010  
**Fuente:** SSSA. Información preliminar

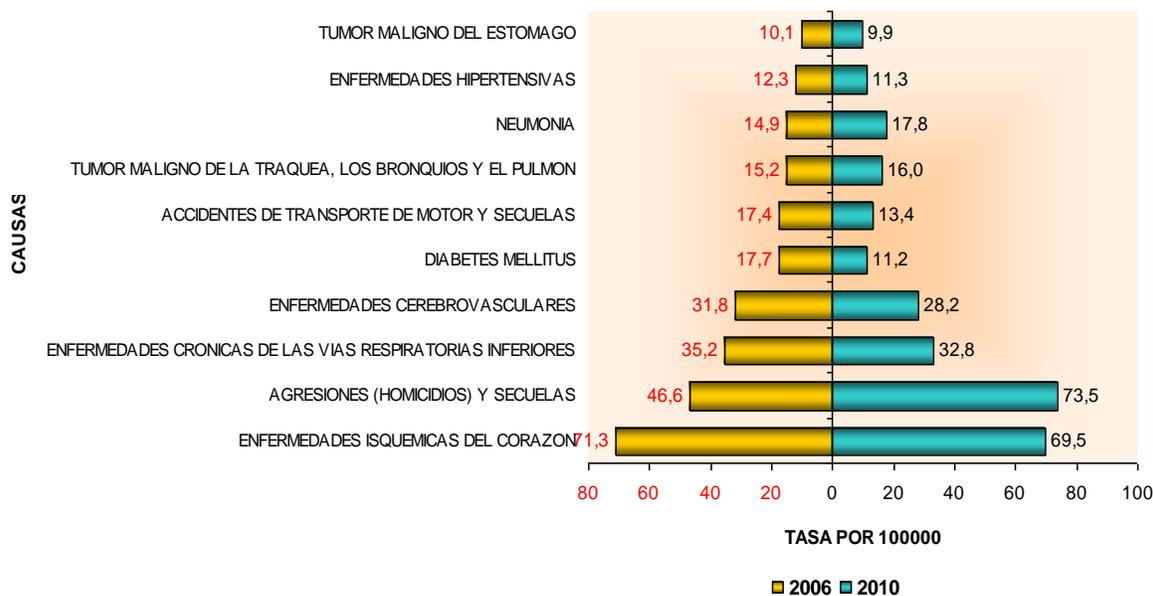
**Tabla 3.** Mortalidad por subregión según régimen de seguridad social en salud. Antioquia 2010

REGIMEN		CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	EXCEPCION	ESPECIAL	NO ASEGURADO	SIN DATO
MAGDALENA MEDIO	Nº	100	312	17	3	77	28
	%	19%	58%	3%	1%	14%	5%
BAJO CAUCA	Nº	110	530	7	10	264	125
	%	11%	51%	1%	1%	25%	12%
URABA	Nº	245	840	9	11	205	94
	%	17%	60%	1%	1%	15%	7%
NORDESTE	Nº	158	565	12	6	172	122
	%	15%	55%	1%	1%	17%	12%
OCCIDENTE	Nº	137	678	7	7	106	33
	%	14%	70%	1%	1%	11%	3%
NORTE	Nº	238	649	22	8	165	63
	%	21%	57%	2%	1%	14%	6%
ORIENTE	Nº	905	1388	15	8	186	114
	%	35%	53%	1%	0%	7%	4%
SUROESTE	Nº	482	1200	13	8	228	123
	%	23%	58%	1%	0%	11%	6%
VALLE DE ABURRA	Nº	9122	4820	208	102	2454	1840
	%	49%	26%	1%	1%	13%	10%
SIN DATO	Nº	14	24			18	20

**Fuente:** SSSA. Información preliminar

Al analizar la mortalidad agrupada a 105 causas según Clasificación Internacional de Enfermedades CIE -10 y comparar los años 2006 y 2010, se encuentra que si bien, las primeras diez causas para ambos años son las mismas, existen variaciones en su orden y de un año respecto a otro.

En las agresiones aumenta la tasa en un 58% y se desplaza al primer lugar; de igual manera la neumonía toma participación en la estructura de la mortalidad para el año 2010, pasando del octavo lugar al quinto, aumenta su tasa en un 19.6%; al contrario de la diabetes mellitus, que reduce la tasa en un 36.7% y se desplaza al noveno lugar. Los accidentes de transporte de motor y secuelas disminuyen la tasa en un 23% y pasan del sexto al séptimo lugar.



**Figura 5.** Estructura de la mortalidad general a 105 grupos según CIE 10 Antioquia 2006 y 2010  
**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

Al evaluar las diez primeras causas del Departamento para el año 2010 en las subregiones: Bajo Cauca, Nordeste y Norte son las que presentan las tasas más elevadas en la primera causa “agresiones (homicidios) y secuelas”, mientras que Oriente y Suroeste presentan las tasas más altas en las enfermedades isquémicas del corazón y Valle de Aburrá sobresale en la enfermedades cerebrovasculares con una tasa superior al resto de subregiones.

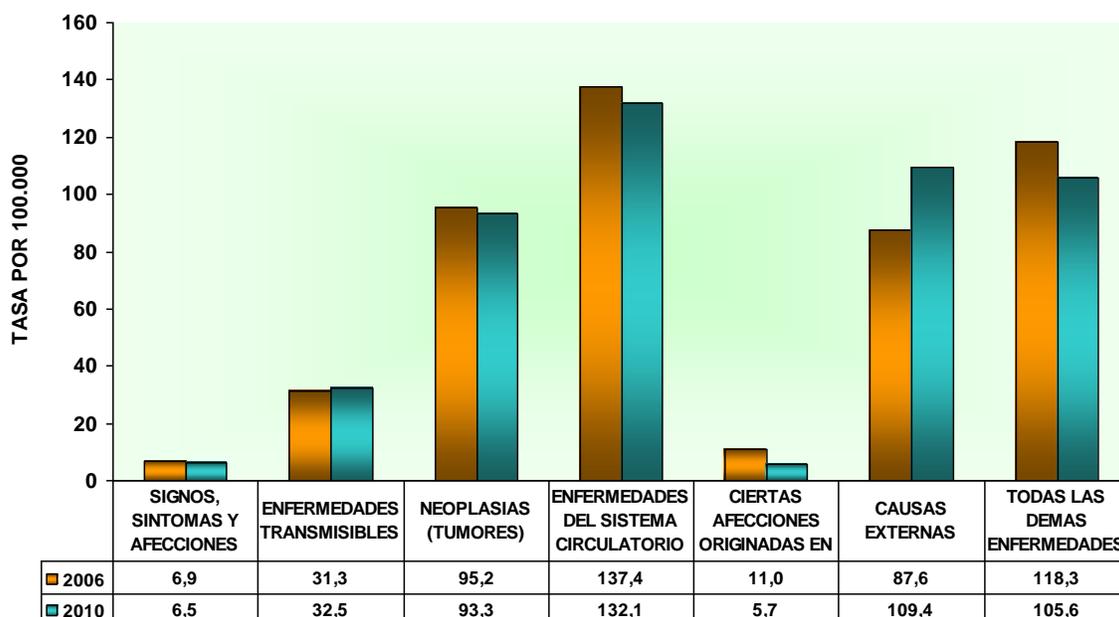
**Tabla 4.** Diez primeras causas de mortalidad en el departamento por subregión. Antioquia 2010

CAUSA	REGION																sin dato		
	MAGDALENA MEDIO		BAJO CAUCA		URABA		NORDESTE		OCCIDENTE		NORTE		ORIENTE		SUROESTE			VALLE DE ABURRA	
	N°	Tasa X 1000 hab	N°	Tasa X 1000 hab	N°	Tasa X 1000 hab	N°	Tasa X 1000 hab	N°	Tasa X 1000 hab	N°	Tasa X 1000 hab	N°	Tasa X 1000 hab	N°	Tasa X 1000 hab		N°	Tasa X 1000 hab
AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	85	79,1	382	141,6	266	45,8	222	124,1	133	66,4	240	96,8	197	35,1	166	44,2	2755	77,7	15
ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	74	68,9	121	44,9	196	33,8	139	77,7	117	58,4	144	58,1	504	89,8	355	94,6	2561	72,2	7
ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	30	27,9	31	11,5	77	13,3	57	31,9	90	44,9	95	38,3	160	28,5	185	49,3	1263	35,6	3
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	27	25,1	46	17,1	64	11,0	52	29,1	55	27,5	62	25,0	126	22,5	77	20,5	1201	33,9	3
NEUMONIA	20	18,6	26	9,6	57	9,8	37	20,7	22	11,0	20	8,1	87	15,5	79	21,0	727	20,5	3
TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	14	13,0	13	4,8	25	4,3	20	11,2	23	11,5	29	11,7	87	15,5	58	15,4	702	19,8	1
ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	18	16,8	20	7,4	51	8,8	28	15,6	38	19,0	51	20,6	116	20,7	42	11,2	440	12,4	8
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	16	14,9	33	12,2	45	7,8	33	18,4	35	17,5	32	12,9	81	14,4	81	21,6	331	9,3	
DIABETES MELLITUS	22	20,5	31	11,5	40	6,9	28	15,6	29	14,5	23	9,3	83	14,8	51	13,6	374	10,6	
TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	9	8,4	9	3,3	22	3,8	16	8,9	30	15,0	12	4,8	92	16,4	44	11,7	369	10,4	
<b>TOTAL</b>	<b>537</b>	<b>499,8</b>	<b>1046</b>	<b>387,9</b>	<b>1404</b>	<b>242,0</b>	<b>1035</b>	<b>578,5</b>	<b>968</b>	<b>483,3</b>	<b>1145</b>	<b>461,7</b>	<b>2616</b>	<b>466,2</b>	<b>2054</b>	<b>547,1</b>	<b>18546</b>	<b>523,2</b>	<b>76</b>

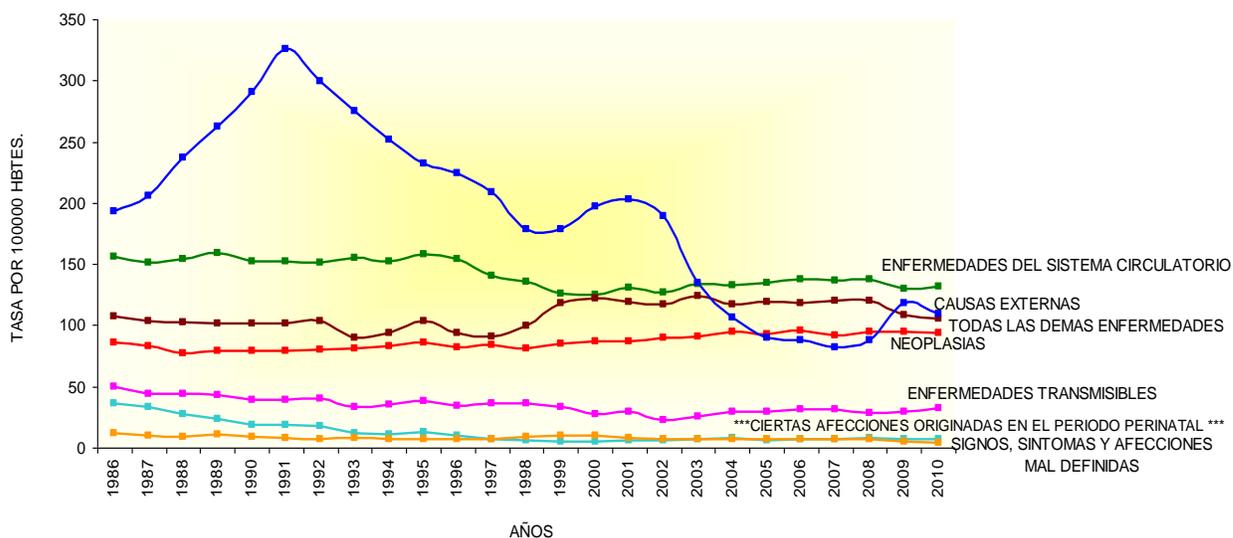
Fuente: SSSA. Información preliminar

En la agrupación de la mortalidad a seis grandes grupos según Organización Panamericana de Salud (OPS), cuando se compara el año 2006 con el 2010, se presenta que solo dos grupos aumentan su tasa, el grupo de causas externas en 24.9% y el grupo de enfermedades transmisibles en 3.8%; lo que tiene relación con el significativo incremento de las agresiones y el aumento de la Neumonía comentado en el análisis de las primeras causas de muerte para el año 2010; se resalta además, la reducción de cerca del 50% en el grupo 4 “ciertas afecciones originadas en el período perinatal” cuando se realiza la misma comparación entre estos años.

Es favorable el comportamiento descendente del grupo signos, síntomas y afecciones mal definidas, que presume mejoras en los registros y en la definición de los diagnósticos.



**Figura 6.** Mortalidad a seis grandes grupos OPS. Antioquia 2006 y 2010  
**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar



**Figura 7.** Tendencia de la mortalidad a seis grandes grupos OPS. Antioquia 1986 - 2010  
**Fuente:** DANE. Año 2010 SSSA Información preliminar  
**Nota:** Tasa por 1000 nacidos vivos en grupo de "Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal"

Es concordante lo analizado en la mortalidad por grupos de edad con las subregiones que prevalecen por sus altas tasas en la agrupación de la mortalidad

a seis grandes grupos OPS; subregiones como Oriente y Suroeste que predominan en la mortalidad de los mayores de 60 años, presentan en las Neoplasias y Enfermedades del Sistema Circulatorio las más elevadas tasas; Nordeste, Bajo Cauca y Norte que sobresalen en los grupos de edad de 18 a 24 años y de 25 a 59 años predominan en el grupo de causas externas.

En el grupo de las enfermedades transmisibles, las subregiones de Magdalena Medio y Valle de Aburrá presentan tasas superiores al resto.

**Tabla 5.** Mortalidad por subregión según agrupación OPS. Antioquia 2010

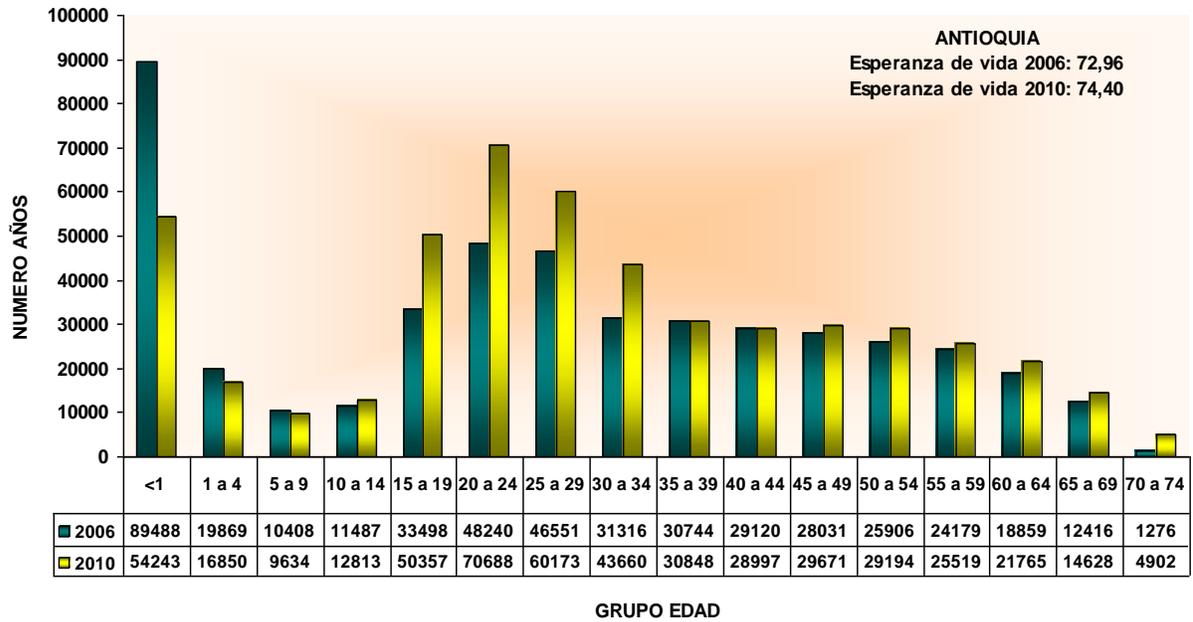
REGION	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS		ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		NEOPLASIAS (TUMORES)		ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL		CAUSAS EXTERNAS		TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES	
	N°	Tasa x 100000	N°	Tasa x 100000	N°	Tasa x 100000	N°	Tasa x 100000	N°	Tasa x 100000	N°	Tasa x 100000	N°	Tasa x 100000
		hbtes		hbtes		hbtes		hbtes		hbtes		hbtes		hbtes
MAGDALENA MEDIO	15	14,0	47	43,7	84	78,2	137	127,5	8	7,4	130	121,0	116	108,0
BAJO CAUCA	20	7,4	66	24,5	95	35,2	236	87,5	18	6,7	472	175,0	139	51,5
URABA	36	6,2	122	21,0	172	29,6	365	62,9	38	6,5	390	67,2	281	48,4
NORDESTE	17	9,5	61	34,1	133	74,3	256	143,1	19	10,6	346	193,4	203	113,5
OCCIDENTE	30	15,0	45	22,5	162	80,9	258	128,8	13	6,5	236	117,8	224	111,8
NORTE	29	11,7	43	17,3	148	59,7	295	119,0	20	8,1	377	152,0	233	94,0
ORIENTE	64	11,4	127	22,6	533	95,0	830	147,9	27	4,8	460	82,0	575	102,5
SUROESTE	46	12,3	127	33,8	364	97,0	626	166,7	25	6,7	399	106,3	467	124,4
VALLE DE ABURRA	134	3,8	1326	37,4	3959	111,7	4996	140,9	179	5,0	3792	107,0	4160	117,4
SIN DATO	3		9		7		13				35		9	

**Fuente:** SSSA. Información preliminar

Se evalúan los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP), indicador que permite valorar la mortalidad prematura, integrando la información del tiempo: el vivido antes del fallecimiento y el perdido prematuramente; tomando como límite superior la esperanza de vida al nacer que para el 2010 alcanza los 74.4 años de edad.

Al comparar los años 2006 y 2010, se observa que se han aumentado los años de vida perdidos en un 9.2%, para el 2006 es de 461.388 y para el 2010 de 503.941, donde los grupos de 15 a 19 años y 20 a 24 años son los que más aportan en el año 2010 aumentando alrededor del 50% su participación, respecto al año 2006.

Llama la atención la reducción en el aporte del grupo de menores de un año en aproximadamente un 39% de año respecto a otro.



**Figura 8.** Años de vida potenciales perdidos (AVPP). Antioquia 2006 y 2010

**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar. Esperanza de vida, Planeación departamental

### 3. ANEXOS MORTALIDAD GENERAL

Tabla 6. Mortalidad general por municipio y subregión. Antioquia 2006 y 2010

REGION / MUNICIPIO	2006				2010				
	Total	Tasa x mil hbtes.	Masculino	Feminino	Total	Tasa x mil hbtes.	Masculino	Feminino	Indeterminado
<b>TOTAL DEPARTAMENTO</b>	<b>28087</b>	<b>4,9</b>	<b>15961</b>	<b>12126</b>	<b>29427</b>	<b>4,9</b>	<b>17051</b>	<b>12365</b>	<b>11</b>
<b>MAGDALENA MEDIO</b>	<b>597</b>	<b>5,9</b>	<b>386</b>	<b>211</b>	<b>537</b>	<b>5,0</b>	<b>348</b>	<b>189</b>	
Caracolí	36	7,4	30	6	24	5,1	14	10	
Maceo	44	5,8	23	21	43	5,9	32	11	
Puerto Berrío	319	8,0	199	120	299	7,0	188	111	
Puerto Nare	59	3,5	40	19	56	3,2	37	19	
Puerto Triunfo	80	4,8	49	31	58	3,2	34	24	
Yondó	59	3,8	45	14	57	3,4	43	14	
<b>BAJO CAUCA</b>	<b>1085</b>	<b>4,4</b>	<b>685</b>	<b>400</b>	<b>1046</b>	<b>3,9</b>	<b>735</b>	<b>311</b>	
Cáceres	137	4,6	93	44	151	4,6	108	43	
Caucasia	337	3,8	197	140	347	3,5	237	110	
El Bagre	192	4,1	126	66	163	3,4	113	50	
Nechí	90	4,2	48	42	85	3,6	60	25	
Tarazá	215	6,4	149	66	130	3,5	78	52	
Zaragoza	114	4,2	72	42	170	5,9	139	31	
<b>URABA</b>	<b>1591</b>	<b>3,0</b>	<b>949</b>	<b>642</b>	<b>1404</b>	<b>2,4</b>	<b>866</b>	<b>537</b>	<b>1</b>
Apartadó	369	2,7	210	159	302	2,0	189	113	
Arboletes	84	2,7	47	37	54	1,5	31	23	
Carepa	124	2,8	79	45	118	2,4	77	41	
Chigorodó	217	3,6	122	95	252	3,8	163	89	
Murindó	5	1,3	4	1	9	2,2	6	3	
Mutatá	51	3,0	34	17	64	3,5	43	21	
Necoclí	121	2,5	78	43	119	2,2	83	36	
San Juan de U.	41	1,9	24	17	43	1,9	27	16	
San Pedro de U.	72	2,5	38	34	54	1,8	34	20	
Turbo	494	3,9	307	187	382	2,7	208	173	1
Vigía del Fuerte	13	2,4	6	7	7	1,3	5	2	
<b>NORDESTE</b>	<b>901</b>	<b>5,2</b>	<b>590</b>	<b>311</b>	<b>1035</b>	<b>5,8</b>	<b>665</b>	<b>369</b>	<b>1</b>
Amalfí	108	5,2	76	32	140	6,6	85	55	
Anorí	90	5,9	66	24	68	4,2	46	22	
Cisneros	77	8,0	52	25	81	8,6	45	36	
Remedios	102	4,4	77	25	132	5,1	89	42	1
San Roque	99	5,5	61	38	106	6,1	63	43	
Santo Domingo	74	6,5	52	22	62	5,6	44	18	
Segovia	167	4,7	99	68	210	5,6	131	79	
Vegachí	55	5,0	27	28	78	7,6	52	26	
Yalí	31	4,0	20	11	49	6,1	36	13	
Yolombó	98	4,8	60	38	109	5,0	74	35	
<b>OCCIDENTE</b>	<b>1041</b>	<b>5,2</b>	<b>641</b>	<b>400</b>	<b>968</b>	<b>4,8</b>	<b>583</b>	<b>385</b>	
Abriaquí	8	3,0	7	1	15	6,3	6	9	
Santa Fe de Ant.	125	5,4	76	49	147	6,2	95	52	
Anzá	36	4,8	26	10	19	2,5	13	6	
Armenia	35	6,9	22	13	31	6,6	16	15	
Buriticá	42	6,1	22	20	28	4,1	14	14	
Caicedo	34	4,4	21	13	33	4,2	16	17	
Cañasgordas	80	4,8	49	31	90	5,4	56	34	
Dabeiba	117	4,9	80	37	104	4,4	58	46	
Ebéjico	81	6,5	42	39	76	6,1	40	36	
Frontino	88	4,5	50	38	86	4,7	50	36	
Giraldo	29	6,9	16	13	20	4,9	14	6	
Heliconia	44	6,7	30	14	30	4,8	15	15	
Liborina	51	5,4	30	21	41	4,3	23	18	
Olaya	18	6,1	10	8	8	2,6	6	2	
Peque	25	2,6	20	5	24	2,3	16	8	
Sabanalarga	37	4,5	22	15	42	5,1	26	16	
San Jerónimo	73	6,2	43	30	58	4,8	43	15	
Sopetrán	74	5,5	53	21	73	5,2	47	26	
Uramita	44	5,3	22	22	43	5,2	29	14	

REGION / MUNICIPIO	2006				2010				
	Total	Tasa x mil hbtes.	Masculino	Feminino	Total	Tasa x mil hbtes.	Masculino	Feminino	Indeterminado
<b>NORTE</b>	<b>1354</b>	<b>5,6</b>	<b>865</b>	<b>489</b>	<b>1145</b>	<b>4,6</b>	<b>745</b>	<b>400</b>	
Angostura	74	6,0	39	35	42	3,5	25	17	
Belmira	33	5,3	21	12	23	3,5	15	8	
Briceño	69	7,9	52	17	42	4,8	27	15	
Campamento	54	5,6	38	16	39	4,2	31	8	
Carolina	37	9,4	19	18	25	6,6	14	11	
Donmatías	74	4,1	46	28	69	3,5	43	26	
Entrerriós	30	3,5	20	10	23	2,5	14	9	
Gómez Plata	48	4,2	22	26	48	4,0	31	17	
Guadalupe	35	5,6	18	17	28	4,5	16	12	
Ituango	108	4,4	74	34	105	4,6	70	35	
San Andrés de C.	38	5,3	24	14	28	4,1	19	9	
San José de la M.	9	2,9	4	5	12	3,8	6	6	
San Pedro de los M.	109	4,8	65	44	86	3,5	46	40	
Santa Rosa de O.	161	5,1	104	57	152	4,6	86	66	
Toledo	17	3,0	12	5	31	5,2	21	10	
Valdivia	186	10,5	145	41	131	6,7	106	25	
Yarumal	272	6,5	162	110	261	5,9	175	86	
<b>ORIENTE</b>	<b>2692</b>	<b>4,9</b>	<b>1651</b>	<b>1041</b>	<b>2616</b>	<b>4,7</b>	<b>1487</b>	<b>1127</b>	<b>2</b>
Abejorral	131	6,5	85	46	127	6,4	69	57	1
Alejandría	25	6,6	13	12	14	3,8	7	7	
Argelia	31	3,1	20	11	37	3,9	20	17	
El Carmen de Viboral	153	3,7	96	57	178	4,1	103	75	
Cocorná	85	5,6	63	22	81	5,4	44	37	
Concepción	25	5,7	13	12	19	4,8	8	11	
Granada	57	5,8	27	30	58	5,9	33	25	
Guarne	180	4,5	106	74	180	4,1	112	68	
Guatapé	28	4,8	18	10	21	3,8	10	11	
La Ceja	233	5,0	138	95	255	5,1	137	118	
La Unión	95	5,3	60	35	90	4,8	52	38	
Marinilla	231	5,0	133	98	187	3,8	101	86	
Nariño	66	4,2	45	21	44	2,7	23	21	
El Peñol	90	5,5	59	31	111	6,9	56	55	
El Retiro	73	4,2	46	27	63	3,5	36	27	
Rionegro	461	4,5	283	178	502	4,6	293	209	
San Carlos	84	5,3	50	34	58	3,6	36	22	
San Francisco	25	4,0	20	5	24	4,1	18	6	
San Luis	76	6,9	55	21	91	8,3	61	29	1
San Rafael	70	5,2	43	27	76	5,7	42	34	
San Vicente	91	4,7	58	33	79	4,3	53	26	
El Santuario	163	6,2	90	73	143	5,3	78	65	
Sonsón	219	5,7	130	89	178	4,8	95	83	

REGION / MUNICIPIO	2006				2010				
	Total	Tasa x mil hbtes.	Masculino	Feminino	Total	Tasa x mil hbtes.	Masculino	Feminino	Indeterminado
<b>SUROESTE</b>	<b>2045</b>	<b>5,5</b>	<b>1200</b>	<b>845</b>	<b>2054</b>	<b>5,5</b>	<b>1182</b>	<b>872</b>	
Amagá	161	5,9	83	78	241	8,5	173	68	
Andes	224	5,3	158	66	221	5,1	116	105	
Angelópolis	33	4,2	21	12	24	2,9	17	7	
Betania	41	4,0	27	14	52	5,3	33	19	
Betulia	74	4,4	40	34	69	4,0	41	28	
Ciudad Bolívar	161	5,7	91	70	178	6,4	98	80	
Caramanta	30	5,5	20	10	36	6,6	20	16	
Concordia	113	5,3	64	49	102	4,8	52	50	
Fredonia	104	4,6	55	49	110	5,0	64	46	
Hispania	22	4,6	13	9	24	5,0	9	15	
Jardín	106	7,4	60	46	90	6,4	46	44	
Jericó	74	5,8	38	36	68	5,5	35	33	
La Pintada	45	6,4	30	15	43	6,3	32	11	
Montebello	54	7,3	35	19	39	5,7	22	17	
Pueblorrico	45	5,5	24	21	30	3,9	15	15	
Salgar	94	5,2	50	44	107	6,0	68	39	
Santa Bárbara	178	7,6	113	65	142	6,2	78	64	
Támesis	103	6,4	63	40	103	6,6	51	52	
Tarso	28	3,9	22	6	25	3,4	16	9	
Titiribí	51	3,8	25	26	63	4,5	31	32	
Urrao	184	4,7	101	83	165	4,0	95	70	
Valparaíso	43	6,8	21	22	45	7,2	26	19	
Venecia	77	5,7	46	31	77	5,8	44	33	
<b>VALLE DE ABURRA</b>	<b>16675</b>	<b>5,0</b>	<b>8934</b>	<b>7741</b>	<b>18546</b>	<b>5,2</b>	<b>10386</b>	<b>8154</b>	<b>6</b>
Medellín	11597	5,2	6153	5444	12868	5,5	7227	5638	3
Barbosa	214	5,0	135	79	252	5,5	145	107	
Bello	1637	4,3	843	794	1723	4,2	915	806	2
Caldas	363	5,3	223	140	393	5,4	260	133	
Copacabana	325	5,2	188	137	333	5,1	184	149	
Envigado	835	4,7	405	430	940	4,8	475	465	
Girardota	200	4,6	125	75	194	4,0	115	79	
Itagüí	1050	4,4	642	408	1356	5,4	816	540	
La Estrella	252	4,7	116	136	273	4,8	142	130	1
Sabaneta	202	4,5	104	98	214	4,4	107	107	
<b>Sin dato</b>	<b>106</b>		<b>60</b>	<b>46</b>	<b>76</b>		<b>54</b>	<b>21</b>	<b>1</b>

Fuente: Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

**Tabla 7.** Diez primeras causas de mortalidad en los menores de un año. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino	Indeterminado
1	088	LAS DEMAS MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CONGENITAS	118	72	44	2
2	082	TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	117	63	54	
3	087	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	86	50	35	1
4	084	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	51	36	15	
5	086	TODAS LAS DEMAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	50	27	23	
6	080	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO	48	28	19	1
7	059	NEUMONIA	40	22	18	
8	083	TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y HEMATOLOGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	25	18	7	
9	079	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECCIONES MATERNAS	18	8	10	
10	062	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDEADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	16	9	7	
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>734</b>	<b>432</b>	<b>298</b>	<b>4</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 8.** Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	095	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	30	14	16
2	059	NEUMONIA	24	10	14
3	088	LAS DEMAS MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CONGENITAS	17	11	6
4	096	OTROS ACCIDENTES QUE OBSTRUYEN LA RESPIRACION	13	7	6
5	087	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	11	6	5
6	062	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDEADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	11	4	7
7	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	11	8	3
8	102	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA Y SECUELAS	9	6	3
9	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	8	4	4
10	001	ENFERMEDEADES INFECCIOSAS INTESTINALES	7	2	5
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>236</b>	<b>113</b>	<b>123</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 9.** Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 5 a 12 años. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	29	21	8
2	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	22	14	8
3	095	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	21	16	5
4	059	NEUMONIA	16	7	9
5	096	OTROS ACCIDENTES QUE OBSTRUYEN LA RESPIRACION	14	8	6
6	035	LEUCEMIA	13	8	5
7	047	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	9	5	4
8	105	OTROS ACCIDENTES Y SECUELAS	9	5	4
9	102	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA Y SECUELAS	7	3	4
10	062	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	6	2	4
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>236</b>	<b>135</b>	<b>101</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 10.** Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 13 a 17 años. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	282	240	42
2	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	40	28	12
3	100	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS) Y SECUELAS	24	16	8
4	095	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	19	16	3
5	102	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA Y SECUELAS	14	7	7
6	059	NEUMONIA	11	9	2
7	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	11	5	6
8	105	OTROS ACCIDENTES Y SECUELAS	10	9	1
9	035	LEUCEMIA	9	5	4
10	096	OTROS ACCIDENTES QUE OBSTRUYEN LA RESPIRACION	8	4	4
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>531</b>	<b>402</b>	<b>129</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 11.** Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 18 a 24 años. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	1238	1152	86
2	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	152	122	30
3	100	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS) Y SECUELAS	99	76	23
4	102	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA Y SECUELAS	38	31	7
5	105	OTROS ACCIDENTES Y SECUELAS	27	27	
6	059	NEUMONIA	22	11	11
7	035	LEUCEMIA	18	10	8
8	009	ENFERMEDAD POR EL VIH (SIDA)	17	10	7
9	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	16	12	4
10	095	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	14	12	2
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>1831</b>	<b>1577</b>	<b>254</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 12.** Diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 25 a 59 años. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino	Indeterminado
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	2617	2435	181	1
2	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	652	434	218	
3	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	424	352	72	
4	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	285	123	162	
5	009	ENFERMEDAD POR EL VIH (SIDA)	203	156	47	
6	013	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	184	115	69	
7	100	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS) Y SECUELAS	170	146	24	
8	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	162	89	73	
9	024	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA DE LA MUJER	159	1	158	
10	105	OTROS ACCIDENTES Y SECUELAS	154	140	14	
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>8010</b>	<b>5679</b>	<b>2329</b>	<b>2</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 13.** Diez primeras causas de mortalidad en el grupo 60 años y más. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	3531	1795	1736
2	060	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1826	862	964
3	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1393	616	777
4	059	NEUMONIA	807	358	449
5	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	806	447	359
6	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	635	302	333
7	041	DIABETES MELLITUS	555	203	352
8	075	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	435	171	264
9	013	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	417	244	173
10	015	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO	313	151	162
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>17605</b>	<b>8520</b>	<b>9085</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 14.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Magdalena Medio. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	85	80	5
2	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	74	36	38
3	060	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	30	21	9
4	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	27	16	11
5	041	DIABETES MELLITUS	22	8	14
6	059	NEUMONIA	20	10	10
7	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	18	16	2
8	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	16	11	5
9	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	15	10	5
10	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	14	9	5
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>537</b>	<b>348</b>	<b>189</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 15.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Bajo Cauca. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino	Indeterminado
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	382	339	43	
2	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	121	74	47	
3	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	46	22	24	
4	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	33	23	10	
5	060	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	31	19	12	
6	041	DIABETES MELLITUS	31	12	19	
7	095	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	27	23	4	
8	059	NEUMONIA	26	13	13	
9	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	20	19	1	
10	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	20	12	8	
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>1046</b>	<b>735</b>	<b>311</b>	<b>1</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 16.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Urabá. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino	Indeterminado
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	266	245	21	1
2	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	196	96	100	
3	060	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	77	40	37	
4	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	64	30	34	
5	059	NEUMONIA	57	29	28	
6	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	51	40	11	
7	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	45	23	22	
8	041	DIABETES MELLITUS	40	8	32	
9	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	36	15	21	
10	095	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	32	24	8	
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>1404</b>	<b>866</b>	<b>537</b>	<b>1</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 17.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Nordeste. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	222	198	23
2	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	139	77	62
3	060	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	57	29	28
4	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	52	20	32
5	059	NEUMONIA	37	23	14
6	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	33	19	14
7	041	DIABETES MELLITUS	28	13	15
8	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	28	23	5
9	100	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS) Y SECUELAS	24	19	5
10	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	20	12	8
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>1035</b>	<b>665</b>	<b>369</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 18.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Occidente. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	133	122	11
2	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	117	64	53
3	060	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	90	41	49
4	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	55	24	31
5	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	38	28	10
6	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	35	15	20
7	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	30	22	8
8	013	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	30	19	11
9	041	DIABETES MELLITUS	29	11	18
10	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	23	13	10
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>968</b>	<b>583</b>	<b>385</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 19.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Norte. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino	Indeterminado
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	240	224	16	
2	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	144	73	71	
3	060	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	95	55	40	
4	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	62	30	32	
5	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	51	41	10	
6	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	32	17	15	
7	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	29	16	13	
8	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	29	20	9	
9	102	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA Y SECUELAS	24	21	3	
10	041	DIABETES MELLITUS	23	10	13	
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>1145</b>	<b>745</b>	<b>400</b>	<b>2</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 20.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Oriente. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	504	284	220
2	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	197	177	20
3	060	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	160	92	68
4	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	126	54	72
5	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	116	89	27
6	013	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	92	58	34
7	059	NEUMONIA	87	40	47
8	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	87	55	32
9	041	DIABETES MELLITUS	83	30	53
10	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	81	33	48
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>2616</b>	<b>1487</b>	<b>1127</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 21.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Suroeste. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino	Indeterminado
1	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	355	176	179	1
		ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS				
2	060	INFERIORES	185	101	84	
3	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	166	152	14	
4	105	OTROS ACCIDENTES Y SECUELAS	96	90	6	
5	050	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	81	44	37	
6	059	NEUMONIA	79	33	46	
7	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	77	37	40	
8	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	58	37	21	
9	041	DIABETES MELLITUS	51	19	32	
10	089	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECIONES MAL DEFINIDAS	46	25	21	
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>2054</b>	<b>1182</b>	<b>872</b>	<b>6</b>

Fuente: SSSA información preliminar

**Tabla 22.** Diez primeras causas de mortalidad en la subregión Valle de Aburra. Antioquia 2010

Orden	Codigo	Causa	Total	Masculino	Femenino
1	101	AGRESIONES (HOMICIDIOS) Y SECUELAS	2755	2554	200
2	051	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	2561	1364	1197
		ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS			
3	060	INFERIORES	1263	556	707
4	055	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1201	524	677
5	059	NEUMONIA	727	348	379
6	020	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMON	702	371	331
7	090	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	440	335	105
8	041	DIABETES MELLITUS	374	153	221
9	013	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	369	210	159
10	075	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	363	141	222
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>			<b>18546</b>	<b>10386</b>	<b>8154</b>

Fuente: SSSA información preliminar

#### **4. MORTALIDAD MATERNA EN ANTIOQUIA, 2010**

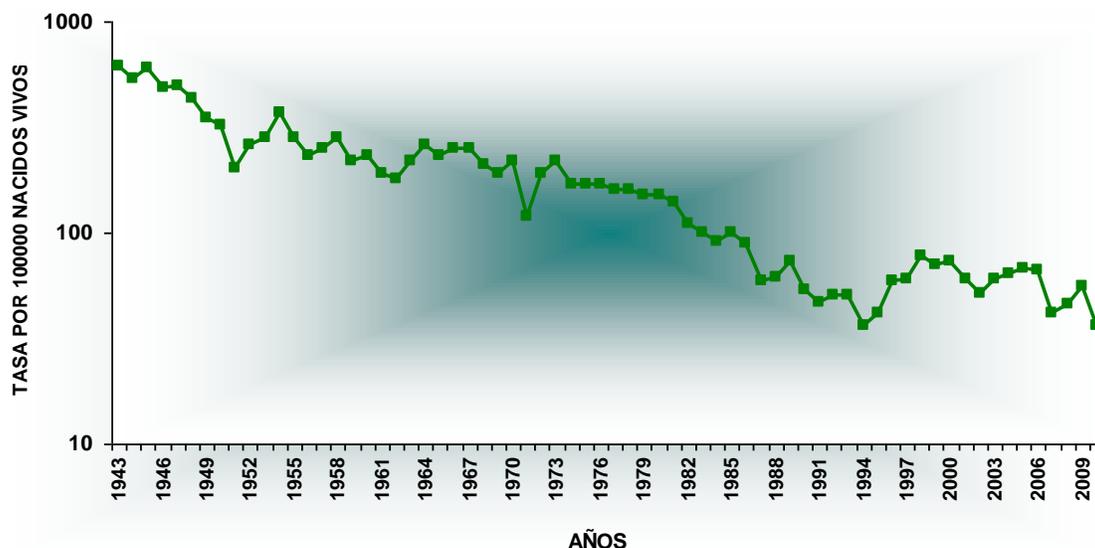
En el año 2010 se estudiaron 45 casos de posibles muertes maternas en Antioquia. Se excluyeron diez casos: cuatro por tratarse de muertes maternas tardías, dos por suicidio, cuatro porque residían por fuera del Departamento (una de éstas procedente de Venezuela) y un caso se excluyó por tratarse de un homicidio. Se captaron cuatro casos de muerte materna que no fueron notificados al SIVIGILA: dos casos se captaron mediante la revisión de la base de datos de muertes de mujeres en edad fértil y los otros dos casos por información de otras fuentes. Por tanto el análisis se presenta con base en 35 casos confirmados de muerte materna.

De los casos de muertes maternas tardías, tres no se relacionaron con la gestación. La primera paciente falleció ocho meses postparto por complicaciones severas de un síndrome antifosfolípido (síndrome antifosfolípido catastrófico). Las otras dos mujeres fallecieron a los 58 y 56 días postparto como consecuencia de leucemia mieloide crónica y cáncer gástrico respectivamente. La cuarta, sí fue una muerte materna tardía y ocurrió a los 53 días postparto como consecuencia de un choque mixto secundario a miocardiopatía periparto y sepsis urinaria.

Ambos casos de suicidio ocurrieron por intoxicación con organofosforados, uno de ellos postaborto y en el otro, la paciente se encontraba gestando, tenía un embarazo de 27 semanas. En este último caso, la autopsia verbal fue la herramienta clave para determinar la causa de muerte, debido a que inicialmente se pensó que había fallecido como consecuencia de un trastorno hipertensivo de la gestación.

Del total de casos investigados, cuatro ocurrieron en la ciudad de Montería, y sólo se tuvo conocimiento de los mismos en el mes de marzo de 2011. De éstos, sólo uno, se tuvo en cuenta para el cálculo de la razón de mortalidad materna, puesto que uno de los casos correspondió al caso de suicidio de la gestante de 27 semanas, el otro caso se confirmó que residía por fuera del Departamento de Antioquia y el último caso correspondió a la muerte tardía (el caso de miocardiopatía periparto).

La razón de mortalidad materna para el año 2010 fue de 41.7 por cien mil nacidos vivos (NV), inferior a la de 2009 que fue de 46.98, el número de nacimientos fue inferior en 4601 con respecto al año anterior. Figura 9



**Figura 9.** Tendencia de mortalidad materna. Antioquia 1943-2010  
**Fuente:** DANE, año 2010 fuente base de datos de defunciones SSSA (información preliminar 2010)

El principal hallazgo es que el Departamento de Antioquia avanza en su proceso de reducción de la mortalidad materna. Luego del impacto negativo de la pandemia por el virus AH1N1 en el 2009, el Departamento muestra nuevamente una disminución importante en el número de muertes que se traduce en un descenso en la razón de mortalidad.

De acuerdo a la información emanada del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de la SSSA y luego de corroborar con la información proveniente del Instituto Nacional de Salud y de otros departamentos, se observa que el número de muertes maternas en el año 2010 fue de 35 casos, lo que representa una disminución de 8 en el número absoluto de muertes maternas con respecto a 2009. La razón de mortalidad materna disminuyó de 50.1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el 2009, a 41.7 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el 2010, una reducción del 16.7%.

Aunado a lo anterior, es necesario destacar que esta tendencia al descenso se mantiene en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca, con 5 y 3 muertes respectivamente.

La ciudad de Medellín presentó un descenso en el número de casos de muerte del 58%. Este último hallazgo es muy relevante pues en la ciudad, a pesar de la reducción en la mortalidad por hemorragia, no se había dado una reducción en el número total de muertes. Las demás regionales muestran un comportamiento irregular en el tiempo, ninguna de éstas ha presentado más de cuatro muertes por año desde el 2006, sin embargo la mayoría de las causas son directas e intervenibles y por lo tanto evitables.

Sin lugar a dudas, con estos resultados, Antioquia se ha convertido en uno de los departamentos líderes en el tema. Desde 2007 cumplió la meta fijada en el Plan

Nacional de Salud Pública para 2011 de tener menos de 48 muertes/año y en 2010, con un total de 35 muertes está muy cerca de alcanzar su meta del milenio, fijada en 30 muertes/año. Otro aspecto destacable de este logro, es que ha alcanzado a las poblaciones vulnerables. Urabá y Bajo Cauca, regiones que históricamente tuvieron las razones de mortalidad materna más altas del Departamento (100 o más por 100.000 n.v.), hoy tienen razones muy cercanas al promedio departamental (48.1 y 53.4). De igual importancia, es la reducción en la brecha en la razón de mortalidad entre las mujeres del área rural y urbana, y el avance notable en el indicador de parto institucional. En 2009, el 98.9% de los partos del Departamento fueron atendidos en una institución de salud, cifra que se acerca a la meta del 100% propuesta por el Plan de Desarrollo para 2011. Este logro se ha visto reflejado en la reducción en el número absoluto de muertes ocurridas durante o después de un parto no institucional. Mientras que en 2004 fueron 10 y en 2005 ocho, en los últimos 3 años (2008-2010), sólo han ocurrido por año, dos muertes después de un parto no institucional. Todos estos resultados se convierten en factor de equidad dando respuesta al principio fundamental del Plan de desarrollo ¡Antioquia para todos, manos a la obra!

Sin embargo, el porcentaje de muertes maternas evitables con intervenciones fácilmente disponibles, sigue siendo alto (85 %) y el retraso tres, relacionado con la prestación de los servicios de salud y su calidad, persiste como el factor contribuyente con mayor peso. Los procesos de vigilancia epidemiológica y de inspección y vigilancia de los servicios de salud sexual y reproductiva desarrollados en el Departamento, muestran que la accesibilidad y calidad de los mismos, no son aún las deseables y que es posible mejorarlos más. Esto implica mantener los programas de mejoramiento de la calidad de los servicios de atención obstétrica con base en las evidencias generadas por el sistema.

Igualmente es preocupante que en algunos casos, las aseguradoras no garantizaron de manera oportuna el acceso a los servicios de mayor complejidad que requerían las pacientes.

Son preocupantes los resultados de 2010: el incremento en los dos últimos años de los casos de muerte materna en la regional Valle de Aburrá y el aumento de los casos de muerte por hemorragia.

De los ocho casos de muerte materna ocurridos en 2010 en la regional Valle de Aburrá, cinco fueron muertes por causas directas y cinco fueron consideradas evitables. En 2009, en la regional se presentaron el mismo número de casos, e igualmente cinco fueron evitables. Los análisis de estos casos evitables y los resultados de 2007 y 2008, muestran que el número de muertes en la regional no debería ser superior a 3 o 4. Sin embargo, hay que destacar que el compromiso para este logro depende no sólo de los hospitales de segundo nivel, sino también de los esfuerzos de las instituciones de tercer nivel de la ciudad de Medellín, donde frecuentemente son atendidas finalmente muchas de estas mujeres.

En cuanto a la mortalidad por hemorragia, es lamentable que se presenten 10 muertes en el Departamento, luego de haber logrado tener la mitad de esta cifra

en el año 2009. Dos de estas mujeres fallecieron por tener parto domiciliario. Una de ellas fue una adolescente residente en el área urbana del municipio de San Pedro de Urabá, y en la que primaron las preferencias familiares por la atención por partera. La otra fue una mujer residente en zona rural del municipio de Liborina que a pesar de estar afiliada formalmente a una aseguradora, nunca fue captada por el sistema de salud. Las demás, fueron ocho mujeres que asistieron a los servicios de salud, pero que no recibieron atención con el 100% de calidad, el 100% del tiempo como debe ser la norma, para poder garantizar un buen resultado. El proceso de atención de una de ellas se dio en un Hospital de Lorica.

Estas situaciones son un llamado de atención sobre la necesidad que la cifra de parto no institucional tiene que ser cero, pues aún dos muertes al año representan una razón de mortalidad materna inaceptable de 309 por 100.000 n.v., cifra 6.5 veces superior a la razón departamental y la necesidad de mantener los mejores estándares de atención en el tiempo: la meta tiene que ser 100% calidad, en el 100% del tiempo.

Otras causas importantes de muerte a lo largo del tiempo en el Departamento de Antioquia, además de la preeclampsia, son la sepsis no obstétrica y los eventos tromboembólicos.

En tres de las nueve muertes asociadas a trastornos hipertensivos, influyeron determinantes sociales y culturales: una consulta a un empírico antes de acudir a los servicios de salud, y en dos casos influyó en el desenlace la situación de violencia que impidió una consulta oportuna. La falta de identificación oportuna del síndrome y el manejo inadecuado también estuvieron presentes, así como la falta de medicamentos de urgencia en el primer nivel de atención.

En cuanto a las muertes por sepsis hay que resaltar dos aspectos: en primer lugar, que en el departamento no ocurren muertes por pielonefritis desde hace 3 años, esto probablemente relacionado con la mejoría de los estándares del control prenatal relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria y en segundo lugar la gran importancia que tiene la neumonía como causa de muerte materna indirecta por sepsis. Esto debe enfocar los esfuerzos en dos sentidos, aplicación rigurosa de los protocolos de atención de las personas con enfermedad similar a la influenza y empezar a promover la vacunación contra la influenza estacional de las mujeres embarazadas en segundo y tercer trimestre de su gestación.

Las muertes por eventos tromboembólicos estuvieron relacionadas con retrasos desde la mujer en un caso, por la no consulta oportuna, pero también con los servicios de salud por la educación insuficiente en signos de alarma, la no aplicación de profilaxis estando indicada en tres casos y la subvaloración del síntoma del dolor en miembros inferiores en una mujer en puerperio. Indudablemente es urgente la adopción de guías de tromboprofilaxis en el Departamento basadas en la mejor evidencia disponible.

Otro aspecto que es necesario resaltar es el tema de la educación de la mujer. Por mucho tiempo se ha reconocido la importancia de la educación de las mujeres para mejorar no sólo su salud sino la de sus familias. Sólo con la educación primaria ya se ven efectos positivos que incluyen la reducción en las tasas de fecundidad y la disminución de la mortalidad infantil. Sin embargo, se recomienda ampliar los esfuerzos pues el acceso al estudio más allá de la primaria tiene un efecto mucho más fuerte en la salud y en ampliar el empoderamiento de la mujer.

En la medida que el Departamento concrete sus esfuerzos por ampliar la educación media de la mujer como está contemplado en el Plan de Desarrollo, particularmente para las mujeres del área rural, mejorarán aún más los resultados en mortalidad materna y se sostendrán en el tiempo. En Antioquia, en 2010 la probabilidad de morir como consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio para las mujeres sin educación, fue 10 veces la de las mujeres con educación secundaria. Por ello tener un 76% de las mujeres con educación secundaria y más en el Departamento, 83% en área urbana y 51% en área rural (ENSD 2010), es un reto que invita a disminuir la brecha existente entre las mujeres del área urbana y rural, como una estrategia certera para disminuir la mortalidad materna.

La política pública de aseguramiento de las gestantes muestra un impacto favorable en la reducción de la mortalidad, como se muestra en el gráfico de tendencia. Las mujeres afiliadas al régimen subsidiado, cuyas condiciones socioeconómicas se asemejan a las no aseguradas, reducen sustancialmente el riesgo de morir. Lo más llamativo desde el 2007 es que la brecha de mortalidad materna entre las mujeres no afiliadas y las del subsidiado se ha reducido de manera importante, lo que puede reflejar que la mejoría en la prestación de los servicios de salud está teniendo un impacto positivo incluso sobre aquellas no afiliadas.

Finalmente es necesario garantizar para aquellas mujeres que lo soliciten, el acceso oportuno a los servicios de anticoncepción y de interrupción voluntaria de la gestación. El porcentaje de embarazo no planeado fue de 45.7, el número de muertes de mujeres mayores de 40 años fue de 5 pero su probabilidad de morir fue 6 veces la de las de 20 a 34 años. Igualmente murió una mujer con una cardiopatía de base que no debió embarazarse. Es necesario defender los derechos adquiridos hasta ahora en Colombia por las mujeres para asegurar su acceso a una amplia variedad de métodos anticonceptivos así como al aborto seguro en las tres circunstancias definidas por la ley colombiana.

## **5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA, ANTIOQUIA**

Las enfermedades prevalentes de la infancia, emergen tras una sociedad inequitativa, con niveles bajos de desarrollo y críticas condiciones sociales. Aquí convergen diversos factores concernientes a enfermedades gastrointestinales y respiratorias, desnutrición, muerte entre otros. Es por esto, que la salud de los niños y niñas demanda una atención preferente y prioritaria por parte de los gobernantes, y concomitantemente el alcance de condiciones óptimas de crecimiento y desarrollo de sus comunidades.

Son los niños y niñas quienes marcan el punto de partida del desarrollo de la sociedad, y su vulnerabilidad a las condiciones sociales, económicas y ambientales de su entorno determina la posibilidad de desarrollar su potencial vital a plenitud o por el contrario menguarlo.

Considerando la inadmisibilidad de la situación de inequidad que vive la humanidad desencadenando crisis en la situación de salud de la población infantil, y reforzada por los conflictos internos de algunos países, violación de los derechos humanos, pobreza extrema, desigualdad e ingobernabilidad; en septiembre del año 2000 se reunieron los líderes mundiales en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, en donde se aprobó la Declaración del Milenio, adoptando como compromiso para los países y la comunidad internacional los Objetivos de Desarrollo del Milenio, concretándose ocho objetivos, 18 metas específicas y 48 indicadores, con un plazo específico de cumplimiento al 2015.

De los objetivos priorizados en la Declaración del Milenio, dos contemplan la salud de la primera infancia: reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años y reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna. Lo que supone alcanzar coberturas universales con intervenciones cruciales eficaces y accesibles respecto a: la atención de la madre y el recién nacido; alimentación del lactante y del niño pequeño; vacunas; prevención y tratamiento de casos de diarrea, neumonía y septicemia; lucha contra el paludismo; y prevención y atención del VIH/SIDA (Organización Mundial de la Salud).

No obstante, mejorar las condiciones de salud de los infantes se proyecta desde otros ámbitos con la interrelación de los diferentes componentes de las familias que conforman las comunidades y la integración de las intervenciones para la reducción de las oportunidades perdidas y el abordaje de los problemas de salud o enfermedades a través de equipos salud que operen en dentro de los servicios de salud y extramuralmente con las comunidades en trabajo interdisciplinario e intersectorial.

1. Enfermera Especialista en Epidemiología Contratista Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

De esta forma, la atención integral en salud a los menores de cinco años exige una consideración profunda, que además de comprender una situación de morbilidad particular se extienda a la revisión del entorno en donde los niños y niñas nacen, crecen y se desarrollan. Entonces se concibe la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI, como una de las estrategias clave para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio (Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA), 2008).

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es una iniciativa creada por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 1992, para mejorar la salud en la niñez, cuya finalidad es disminuir la mortalidad y morbilidad en las niñas y niños menores de cinco años, mejorar la calidad de la prestación y atención que se brindan en los servicios de salud y en el entorno familiar. La estrategia ha sido asumida progresivamente desde 1996 por los países de América y otros países en el mundo. Colombia adoptó la estrategia AIEPI en 1999, desde entonces su expansión en el país ha sido importante (Ministerio de la Protección Social, 2005).

En el proceso de implementación de la estrategia AIEPI, el país ha realizado grandes esfuerzos en todo el territorio nacional. Con acciones conjuntas de diferentes organismos, La Presidencia de la República, el Ministerio de la Protección Social y entes territoriales departamentales se han generado normas para la formalización y obligatoriedad de la atención Integral de la niñez colombiana.

Dentro del marco normativo se reconoce que Colombia ha elevado a principio constitucional los compromisos adquiridos al suscribir la Convención de los Derechos del Niño, estableciendo en el artículo 44 de la Constitución Política, que los derechos de los niños y niñas prevalecen sobre los derechos de las demás personas; la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud; el documento CONPES 091 de 2006 que retoma los Objetivos de Desarrollo del Milenio y contiene como cuarto objetivo reducir la mortalidad infantil en menores de 5 años en dos terceras partes para el año 2015.

El documento Conpes Social 109 de 2007 de la política pública nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”, como resultado de un proceso de movilización social, generado a partir de la necesidad de retomar y dar un nuevo significado a la temática de oportunidades efectivas de desarrollo de la primera infancia en Colombia.

El código de infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006) de Colombia, tiene como finalidad garantizar a los niños, las niñas y adolescentes, su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna; la Ley 1122 de 2007, en el artículo 32 dice “la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de

acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país”

Coherentemente, el actual gobierno nacional en el plan de desarrollo 2010 - 2014 “Prosperidad para Todos”, dentro de los lineamientos estratégicos para generar un entorno de igualdad de oportunidades para la prosperidad social contempla:

- Diseñar e implementar la estrategia de atención integral a la primera infancia, denominada “Estrategia de cero a siempre”, que será liderada por la Presidencia de la República, estará focalizado especialmente en la población más pobre y vulnerable, y contará con estrategias en temas como: el recurso humano y la infraestructura de los centros de atención, los sistema unificado de información y la evaluación de los programas.
- Promover y garantizar de la protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: mejorar los programas de nutrición y hábitos saludables, (ii) ejecutar estrategias de capacitación a los padres, agentes educativos y cuidadores, en la comprensión de los niños y jóvenes como sujetos con derechos, (iii) desarrollar estrategias para la prevención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual de menores, (iv) diseñar e implementar estrategias intersectoriales para reducir los embarazos de adolescentes, y (v) implementar y fortalecer la estrategia de prevención y erradicación del trabajo infantil (Departamento Nacional de Planeación, 2011).

Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y contempla como indicadores prioritarios: la prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, la incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las Inmunoprevenibles y acceso efectivo a los servicios de salud.

Además, en el título 3 de la misma Ley, en atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia, artículo 17 de la atención preferente, precisa que el plan de beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal a menores de seis años, de seis a menores de 14 años y de 14 a menores de 18 años.

Consecuente con el marco legal vigente del País, el Departamento de Antioquia, adoptó la Política Pública para el desarrollo integral de la niñez en Antioquia, mediante la ordenanza 27 del 16 de diciembre de 2003 y conexo a ésta, el plan de desarrollo departamental plantea como objetivo específico: “proteger integralmente a la infancia y adolescencia en el Departamento”, cuya ejecución se articula con los programas (Gobernación de Antioquia - Departamento Administrativo de Planeación, 2008):

- Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI.
- Normatividad y política pública de infancia y adolescencia
- Educación en protección integral de los niños, niñas y adolescentes
- Complementación alimentaria para niños, niñas y adolescentes de población vulnerable
- Mejoramiento del acceso a los servicios de salud para los niños, adolescentes y gestantes
- Nutrición con buen trato
- Sistema departamental de vigilancia alimentaria y nutricional
- Desarrollo de proyectos productivos agropecuarios generadores de seguridad alimentaria para autoconsumo de las familias niveles 1 y 2 del SISBEN con menores de 14 años
- Fortalecimiento de una cadena formativa generadora de seguridad alimentaria y nutricional.
- Acciones especiales para la infancia y adolescencia.

## **6. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN ANTIOQUIA**

Durante el proceso de implementación de la estrategia AIEPI en Colombia que data desde 1998, se seleccionó el Departamento de Antioquia como una de las áreas piloto, junto con el Departamento del Atlántico y el distrito capital de Bogotá.

La inclusión del Departamento de Antioquia condujo al diseño de la línea de base y se priorizaron tres municipios: Medellín, Ciudad Bolívar y Turbo.

En esta etapa de experimentación piloto, se establecieron fases para la sensibilización y concertación con las aseguradoras de los municipios involucrados. Las facultades de enfermería y medicina de la ciudad participaron en el primer curso regional de AIEPI clínico, al cual también asistieron representantes de las aseguradoras, IPS y de las ONGs. La capacitación incluyó el curso de seguimiento para quien se habían capacitado, contemplando el plan de expansión de la estrategia en el Departamento. En este proceso se diseñaron los cursos de capacitación, seguimiento y expansión para la estrategia AIEPI, en el Departamento. A su vez la Universidad de Antioquia en las Facultades de Enfermería y Medicina con base en los lineamientos de la UNICEF y la OPS, integraron en su programa educativo para las correspondientes carreras, la preparación de los estudiantes en los tres componentes de la estrategia AIEPI.

En el período de gobierno 2001-2003 “Una Antioquia Nueva”, pese a los esfuerzos para extrapolar la experiencia al resto de municipios del Departamento, no se expresó voluntad política, ni se aseguró factibilidad y viabilidad (Gobernación de Antioquia - Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2008).

En el período de gobierno 2004-2007 “Antioquia Nueva: un hogar para la vida”, se incluyó la estrategia AIEPI al plan de desarrollo departamental y se garantizó la factibilidad financiera; inscribiéndose al Banco de Proyectos de Antioquia del departamento Administrativo de Planeación, bajo el nombre de “Implementación de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), departamento de Antioquia, cuatrienio 2004-2007”, por un valor de \$1934.4 millones de pesos. En su ejecución participaron la Universidad de Antioquia, la Universidad Pontificia Bolivariana y ECOSESA. Como resultados se realizó la inducción a 86 municipios, para una cobertura del 68%; capacitación en organización local a 78 municipios (62%); talleres de seguimiento a 86 municipios (64%); capacitación en AIEPI Clínico a 121 municipios correspondiente a una cobertura del 97% y capacitación en el componente comunitario a 93 municipios (74%). (Gobernación de Antioquia - Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2008).

En este período de intervención en la estrategia, se destacan avances en el mejoramiento de las habilidades del personal de salud. Sin embargo, se

presentaron limitantes en la continuidad del proceso de operacionalización debido a la falta de un equipo coordinador en el Departamento, para entonces se contó solamente con un profesional con capacidad de seguimiento y evaluación a la implementación. Y sumado a esto, la falta de continuidad de los profesionales de apoyo en los proyectos tanto en el Departamento como en los municipios (Gobernación de Antioquia - Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2008).

En el período de gobierno “Antioquia para todos ¡Manos a la Obra! 2008-2011”, en armonía con el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se dio prioridad a la primera infancia, considerándola como una población objeto de protección integral en el Departamento, y concomitantemente se propuso abordar diferentes intervenciones a favor de la infancia desde lo institucional, lo sectorial, lo territorial y lo poblacional, aunando esfuerzos con una perspectiva armonizadora.

Con el propósito de impactar en la salud infantil antioqueña, se planeó la ejecución de diferentes programas, dentro de los que se incluye la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Estrategia que en armonía con el Plan de Desarrollo departamental de Antioquia, en el objetivo de política todos vivos, contribuye a la reducción de la mortalidad en la infancia, a la reducción de la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas y al mejoramiento del crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida.

En este período de gobierno, el Departamento de Antioquia realizó un contrato interadministrativo con la Universidad de Antioquia-Grupo Nacer suscrito bajo el convenio N° 2011SS160615, con el objeto de fortalecer la estrategia AIEPI en los 125 municipios.

Dentro de este convenio se realizó capacitación y seguimiento de la Estrategia AIEPI en el componente clínico de AIEPI dirigido a enfermeras(os) y médicos e implementación de la historia clínica. Estas capacitaciones incluyeron material en medio físico y magnético: libro AIEPI Clínico, cuadro de procedimientos y formatos de historia clínica para menores de dos meses, de dos meses a cinco años y gestantes y la elaboración de un plan de acción al cual se le realizará seguimiento mediante una visita para evaluar su cumplimiento del plan de acción y generar un informe con recomendaciones.

Apoyo en la elaboración de una línea de base de las instituciones y personal capacitado en AIEPI clínico.

- Fortalecimiento en el desarrollo de actividades para la articulación de la estrategia AIEPI en el sistema de referencia y contra referencia de los municipios asignados.
- Acompañamiento a actores sociales, personal de enfermería de las ESE hospital y de las direcciones locales de salud para la implementación del componente comunitario mediante la realización de nueve talleres regionales de capacitación; incluyendo material impreso y en medio magnético, (que incluye rotafolio de las 18 prácticas clave, el libro de factores protectores - libro

azul -, el libro de cuidados del niño y madre enferma - libro rojo -, las hojas guía para la evaluación de la niñez y la madre gestante y los manuales para actores sociales. Igualmente se puntualizó la elaboración de un plan acción, al cual se le realizará seguimiento mediante una visita para evaluar el cumplimiento del plan de acción y generar un informe con recomendaciones; en esta visita se realizará también seguimiento al funcionamiento de UROCS y UAIRAS.

- Apoyo a la elaboración de una línea de base de las instituciones y personal capacitado en AIEPI Clínico.
- Apoyo en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad por IRA y EDA mediante la vigilancia del comportamiento de la notificación y de los casos, la realización del análisis individual de todas las muertes por enfermedad diarreica presentadas en el Departamento y las muertes por enfermedad respiratoria (en mayores de un mes y menores de 5 años) presentados en las subregiones de Bajo Cauca y Urabá priorizadas por la SSSA, durante el año 2011, para lo cual debe requerir copia de historia clínica, informe de unidad de análisis, investigación de campo y plan de mejoramiento realizados a nivel local.

Así mismo, en el segundo semestre del 2011 se logró la contratación del recurso humano con entrenamiento específico y conformación del equipo coordinador: una enfermera profesional capacitada, referente departamental; una enfermera especialista en epidemiología y una enfermera especialista promoción de la salud.

Como contribución de este equipo cabe resaltar la construcción del Plan Operativo departamental AIEPI, Conformación de la Mesa de Liderazgo y abogacía, generación de un acto administrativo para la formalización de la estrategia en el Departamento y el actuar de la mesa de Liderazgo y Abogacía, Análisis de la mortalidad de los menores de cinco años en el Departamento de Antioquia durante el cuatrienio y asistencia técnica permanente a los 125 municipios y Empresas Promotoras de Salud que operan en él.

Por consiguiente, la implementación y operativización de la estrategia AIEPI debe reflejarse en la disminución de la mortalidad y la morbilidad en los niños y niñas menores de cinco años, pero el impacto de las acciones dependen de la vinculación de éstas con otros sectores (educación, trabajo, agricultura y desarrollo rural, ambiente y desarrollo sostenible, hacienda, comercio, justicia y derecho, etc.) e instituciones que trabajan a favor de la infancia.

El análisis de los indicadores del estado de salud de los menores de cinco años, como la mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad y morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y desnutrición, no solamente sirven para realizar el seguimiento a la ejecución de políticas públicas en salud (estrategia AIEPI); sino también para medir el nivel de desarrollo de una región y la coordinación entre los diferentes actores del sistema de salud y la presencia del estado.

## 7. MORTALIDAD INFANTIL

Las muertes que suceden en los niños y niñas antes de cumplir su primer año de vida, se definen como muertes infantiles y se asocian con las condiciones de bienestar de la población y en especial con la salud materna. Relación debida a la vulnerabilidad de la salud del niño dada la interacción de factores patológicos de la madre y del medio ambiente, nivel social y económico, cultura de la familia y la comunidad en que vive, disponibilidad, calidad y acceso a los servicios de salud, entre otros (DANE, 2010).

Aunque muchas de estas muertes ocurren durante el primer año de vida, el riesgo de morir aumenta en el período neonatal (los primeros 28 días de vida), pues representan aproximadamente el 40% de las muertes de los menores de cinco años, y la mayoría de estos fallecimientos se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto e infecciones. Lo que supone una disminución considerable si se garantiza un parto seguro y cuidados neonatales eficaces.

Según el reporte de la OMS: “cada año mueren 3 millones de lactantes durante su primer mes de vida, y el número de mortinatos es similar. Durante el primer mes, entre una cuarta parte y la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido. Es en este período cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y el niño para evitar y tratar enfermedades” (Organización Mundial de la Salud- OMS, 2011).

Según el reporte de indicadores básicos de salud de la estrategia AIEPI, a nivel nacional, las diez primeras causas de muertes infantiles, se encabezan por los trastornos respiratorios específicos del período perinatal representando el 24.3% de las muertes, contiguas a éstas se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas aportando un 22,8% de las muertes (OPS,MPS,SCP 2010). Además, se reportan otras patologías como infecciones originadas en el período perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido, infecciones respiratorias agudas, complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, deficiencias nutricionales, anemias nutricionales y enfermedades infecciosas intestinales.

En el Departamento de Antioquia, las diez primeras causas de mortalidad infantil no difieren mucho de las registradas en Colombia. Al revisar los datos para el año de base (2006), los menores de un año fallecían principalmente por trastornos respiratorios específicos del período perinatal, malformaciones congénitas del sistema circulatorio y demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas. Tabla 23.

**Tabla 23:** Diez primeras causas de mortalidad infantil, según listado 105 CIE 10 Antioquia, 2006.

CÓDIGO	CAUSA	TOTAL	TASA POR		
			1.000 NACIDOS VIVOS	HOMBRES	MUJERES
82	TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	290	3,1	169	121
87	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	123	1,3	61	62
88	LAS DEMAS MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CONGENITAS	110	1,2	65	45
80	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO	77	0,8	47	30
84	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	72	0,8	39	33
86	TODAS LAS DEMAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	72	0,8	42	30
59	NEUMONIA	70	0,7	38	32
83	TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y HEMATOLOGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	63	0,7	36	27
1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	35	0,4	23	12
42	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	27	0,3	13	14
	DEMÁS CAUSAS	296	3,2	157	139
<b>TOTAL</b>		<b>1235</b>	<b>13,1</b>	<b>690</b>	<b>545</b>

Fu

ente DANE

Posteriormente, en el año 2010 las principales causas de mortalidad en niños y niñas menores de un año en el Departamento de Antioquia, se preceden por patologías definidas como las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas y los trastornos respiratorios específicos del período perinatal con tasas de mortalidad de 1,4 fallecimientos por cien mil nacidos vivos. Lo que sugiere la necesidad de incrementar la vigilancia e investigación en las malformaciones congénitas, como se puede observar en su comportamiento a escala nacional y departamental en donde tienden al aumento pasando del segundo al primer lugar Tabla 24.

**Tabla 24** Diez primeras causas de mortalidad infantil, según listado 105 CIE 10 Antioquia, 2010

CÓDIGO	CAUSA	TOTAL	TASA POR 1.000 NACIDOS VIVOS	HOMBRES	MUJERES	SIN DATO
88	LAS DEMAS MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CONGENITAS	118	1,4	72	44	2
82	TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	117	1,4	63	54	0
87	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	86	1	50	35	1
84	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	51	0,6	36	15	0
86	TODAS LAS DEMAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	50	0,6	27	23	0
80	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO	48	0,6	28	19	1
59	NEUMONIA	40	0,5	22	18	0
83	TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y HEMATOLOGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	25	0,3	18	7	0
79	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECCIONES MATERNAS	18	0,2	8	10	0
62	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	16	0,2	9	7	0
	DEMÁS CAUSAS	165	1,9	99	66	0
<b>TOTAL</b>		<b>734</b>	<b>8,7</b>	<b>432</b>	<b>298</b>	<b>4</b>

Fuente Base de datos defunciones SSSA (Información preliminar)

La Tasa de mortalidad infantil es un indicador demográfico que mide el número de defunciones de niños y niñas en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de vida. Este indicador expresa el porcentaje de muertes en niños y niñas menores de un año, por cuanto el primer año es el más crítico en la sobrevivencia del ser humano, y la mayoría de estas muertes son médicamente prevenibles.

La mortalidad infantil permite al Estado, identificar avances en las principales causas de mortalidad, cambios en los patrones epidemiológicos e impacto de las acciones del sector salud y orientar el uso de los recursos públicos en programas y/o proyectos tendientes al mejoramiento del bienestar de la población.

Por lo anterior y dadas las altas tasas de mortalidad infantil, los países manifestaron preocupación y decidieron investigar las principales causas de

deceso de esta población y se encontró que ellas obedecería no solo a factores biológicos naturales; intervenían otras condiciones como alimentación, educación, vivienda, saneamiento básico, calidad de vida y otros que definían el desarrollo económico y calidad de vida de las poblaciones donde ocurrían.

Posteriormente la intervención de dichos factores y la generación de nuevas tecnologías y estrategias para la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades más aportantes a la mortalidad infantil en el mundo, generó grandes descensos, especialmente en los países desarrollados. En porcentaje, la tasa mundial de mortalidad infantil disminuyó un 27.5%, en el período comprendido entre 1990 a 2008.

Los países de América Latina y el Caribe, presentan niveles de mortalidad infantil menores a los reportados en África y Asia, ubicándose en una posición intermedia entre estos y los países desarrollados e industrializados. Mientras que la tasa de mortalidad infantil para África y Asia en el 2008 fue de 79 y 41 por 1000nv respectivamente, América Latina y el Caribe reportó para el mismo año una tasa de 19 por 1000nv (Unicef, 2009).

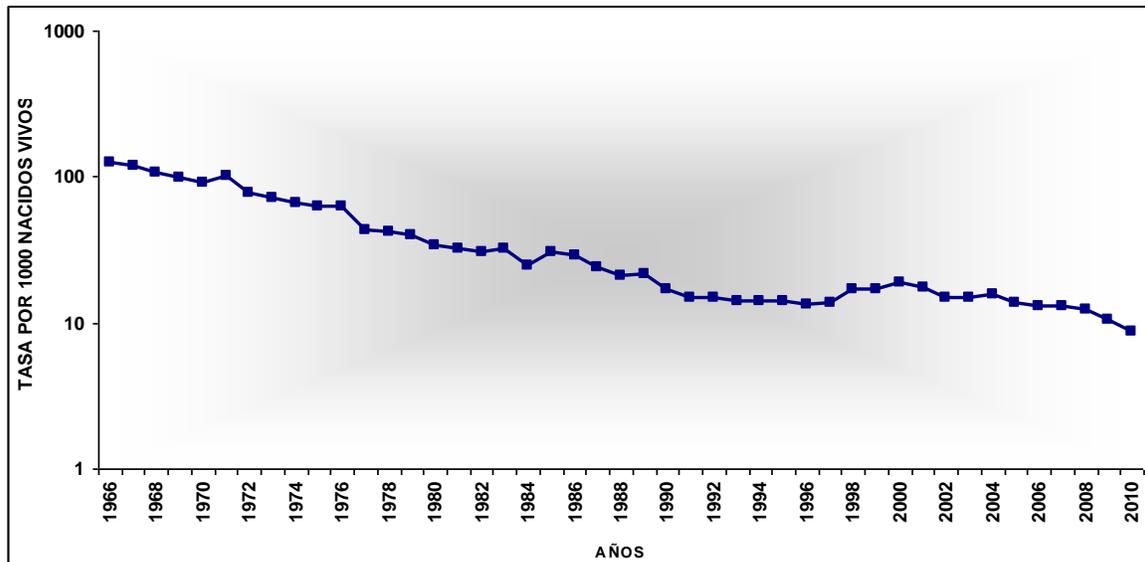
Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010, la tasa de mortalidad infantil en Colombia fue de 16 muertes por cada mil nacimientos, cuando hace cinco años fue de 19 muertes por cada mil nacimientos. Al confrontar estos datos con los observados en otros países latinoamericanos con buenos índices de desarrollo como Chile y Brasil, se encuentra que Colombia supera en un 56% tasa de mortalidad infantil de Chile (7x1000nv), y a su vez la tasa de mortalidad infantil de Brasil (18x1000nv) supera la de Colombia en un 12.5%. (Unicef, 2009).

No obstante, el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil en Colombia presenta una tendencia sostenida, que puede atribuirse a la creación e implementación de políticas públicas de salud, como el Plan Nacional de Salud Pública de 2007-2010, la adopción del programa de Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la reciente inclusión de nuevas vacunas al Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), acciones que confluyen en el mejoramiento de las condiciones de salud de los niños y niñas colombianos.

En el Departamento de Antioquia, la tendencia de la mortalidad infantil también prosigue a una disminución sostenida. Al revisar los datos desde el año 1966, cuya tasa de mortalidad infantil fue de 124.1 muertes de niños y niñas menores de un año por cada mil nacidos en el Departamento, con respecto a la calculada para el año 2010 de 8.7 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos; se deduce una disminución en la mortalidad de los niños y niñas menores de un año, antioqueños del 92.9%, en los últimos 44 años.

En el período 2005 a 2010, la mortalidad infantil se ha reducido en un 63.9%, pasando de 13.6 muertes por cada mil nacidos vivos en el 2005 a 8.7 muertes por 1000 nacidos vivos en el 2010; y comparando esta última, con la meta para el cuatrienio, establecida en el Plan de Desarrollo 2008-2011, de reducir la tasa de

mortalidad infantil por mil nacidos vivos de 11,58 a 10.29 en el 2011, se evidencia que a la fecha se ha sobrepasado la meta, ubicándose Antioquia como uno de los departamentos con la tasa de mortalidad infantil más baja, alcanzando una reducción del 45.6% con respecto de la tasa de mortalidad infantil calculada para Colombia en el 2010 Figura 10.



**Figura 10** Tendencia de la mortalidad infantil. Antioquia 1966-2010  
Fuente: DANE. 2010 (información preliminar) SSSA.

De las 734 muertes infantiles ocurridas en Antioquia en el 2010, el 58.9% corresponden al sexo femenino y el 40.6% al sexo masculino y el restante 0.5% que en números absolutos son cuatro casos, no se determina el sexo; y en comparación con el año de base 2006, la distribución porcentual para la mortalidad infantil mantuvo la predominancia del sexo femenino sobre el masculino, pues de los 1235 casos reportados para ese año el 55.9% sucedieron en hombres y 44.1% en mujeres.

Por otra parte, la distribución de la mortalidad infantil en valores absolutos por régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiende a ser mayor en el subsidiado, reflejándose inequidades en el acceso a los servicios de salud de la población Tabla 25

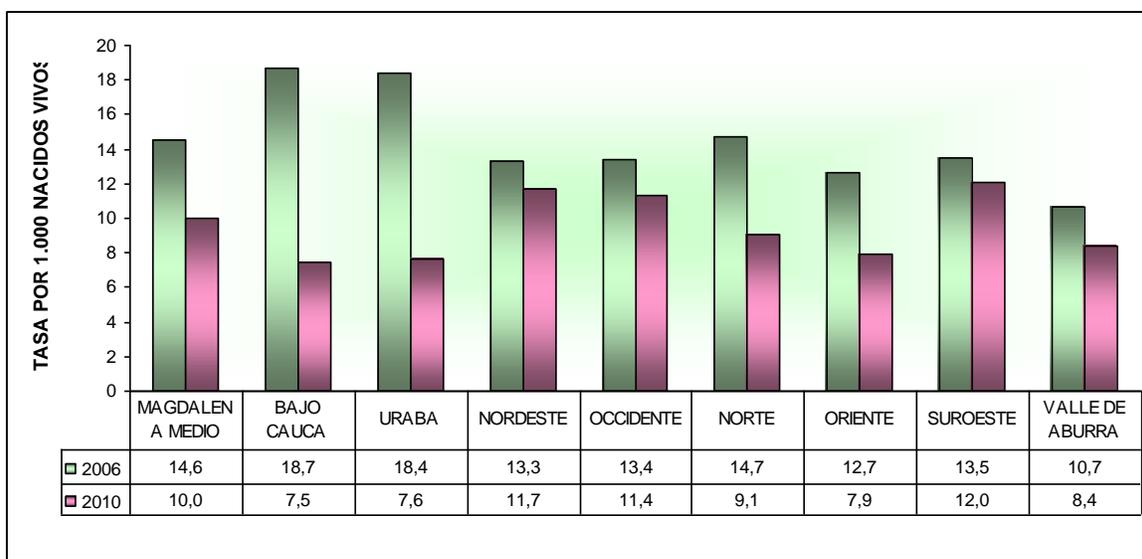
**Tabla 25** Fallecimientos de menores de un año según régimen de afiliación. Antioquia 2006 y 2010.

REGIMEN	AÑO		
	2006	2010	
REGIMEN	NÚMERO DE DEFUNCIONES	REGIMEN	NÚMERO DE DEFUNCIONES
Contributivo	338	Contributivo	270
Subsidiado	557	Subsidiado	335
Vinculado	173	Excepción	12
Particular	35	Especial	1
Otro	13	No asegurado	82
Ignorado	88	Sin dato	34
Sin dato	31		
<b>TOTAL</b>	<b>1235</b>		<b>734</b>

Fuente: DANE. 2010 (información preliminar) SSSA.

Al revisar la tasa de mortalidad infantil por subregiones para el año línea de base (2006) se evidencia que solamente Valle de Aburrá, presentó el indicador por debajo de la línea de base (11.58) y pese a que el Departamento de Antioquia a la fecha ha logrado disminuir la tasa de mortalidad infantil más allá de lo planeado.

La situación particular de cada una de las subregiones muestra que deben focalizarse acciones preventivas especialmente en Suroeste, Nordeste, Occidente, con tasas superiores a 10,29 en el 2010. Sin embargo, el comportamiento del indicador muestra que en el 2006 las subregiones con mayor tasa de mortalidad infantil fueron Bajo Cauca, Urabá y Magdalena Medio. Figura 11



**Figura 11** Tasa de mortalidad infantil, en las subregiones del departamento de Antioquia, años 2006 y 2010.  
**Fuente:** DANE. 2010 (información preliminar) SSSA.

## 8. MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

De acuerdo a los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud para el 2010, cada año mueren 7,6 millones de menores de cinco años en el mundo y más de las dos terceras partes de los decesos en menores de cinco años se producen por enfermedades evitables que pueden ser tratadas con intervenciones simples y accesibles; siendo las principales causas de muerte en entre los menores de cinco años la neumonía, la diarrea, el paludismo y los problemas de salud durante el primer mes de vida. (Organización Muncial de la salud- OMS, 2011).

La malnutrición aguda grave ataca aproximadamente a 20 millones de niños y niñas en el mundo, haciéndolos más vulnerables a las enfermedades graves y a la muerte prematura. Gran parte de ellos pueden tratarse eficazmente a domicilio con alimentos terapéuticos listos para el consumo. Se estima que en el 2010, 171 millones de menores de cinco años sufrían retraso del crecimiento y 104 millones presentaban insuficiencia ponderal. Sin embargo, las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria ayudan a prevenir la malnutrición y pueden salvar la vida de alrededor de un millón de niños y niñas en el mundo. (Organización Muncial de la salud- OMS, 2011).

Como se mencionó, las principales causas de mortalidad en los menores de cinco años son las muertes neonatales representando un 40%, seguidas por las enfermedades diarreicas con un 14% y neumonía con un 13%; otras preponderantes en los decesos de los menores de cinco años son: Paludismo

(9%), traumatismos (3%), VIH/sida (2%) y Sarampión (1%) (Organización Mundial de la Salud, 2011). Sin embargo, estas causas de muerte tienen factores de riesgo comunes como el bajo peso al nacer, la malnutrición, falta de alimentación con leche materna, hacinamiento, agua y alimentos insalubres, falta de higiene y esquemas incompletos de vacunación; que pueden menguarse principalmente con vacunación y óptimas prácticas de lactancia materna.

En Colombia, las muertes en menores de cinco años son causadas primordialmente por malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del período perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacterianas (infección diseminada por bacterias) (Fundación Santa Fe de Bogotá y otros, 2010).

Al analizar las muertes de los niños de 1 a 4 años, se encuentra que las principales enfermedades causantes son prevenibles; las infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales, ahogamientos, accidentes en el hogar y de tránsito (Fundación Santa Fe de Bogotá y otros, 2010). Lo que supone la implementación y fortalecimiento de las 18 prácticas claves AIEPI.

Al evaluar las principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años en el Departamento de Antioquia y comparar el año de base 2006 con el 2010, se observa que los eventos se mantienen aunque cambian de posición. La neumonía, pasa del primer lugar en el 2006 con una tasa de 9.4 muertes por cien mil menores de cinco años, al segundo lugar en el 2010 con una disminución en la tasa del 38.3%, pero los ahogamientos y sumersiones accidentales cambiaron del segundo lugar al primero, aunque la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó en un 17.9%. Los accidentes de transporte y motor descendieron de la posición tres en el 2006 a la nueve en el 2010, evidenciándose el impacto de las campañas para la prevención de accidentes de tránsito en general.

En el 2010 se reconoce que malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas y las malformaciones congénitas del sistema circulatorio, aportan 6.8 muertes en niños de 1 a 4 años por cien mil menores de cinco años; mostrando la predominancia de esta causa en la mortalidad en los menores de cinco años, asemejándose al comportamiento de estos eventos a escala mundial.

Tabla 26 y 27

**Tabla 26** Diez primeras causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, en Antioquia, 2006.

CODIGO	CAUSA	TOTAL	TASA POR 100.000 < 5 AÑO	HOMBRE	MUJER
59	NEUMONIA	39	9,4	18	21
95	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	37	8,9	20	17
90	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	17	4,1	9	8
1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	15	3,6	9	6
5	SEPTICEMIA, EXCEPTO NEONATAL	11	2,6	6	5
42	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	10	2,4	4	6
89	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	10	2,4	3	7
105	OTROS ACCIDENTES Y SECUELAS	10	2,4	7	3
61	ENFERMEDADES DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS	9	2,2	4	5
35	LEUCEMIA	8	1,9	6	2
	DEMÁS CAUSAS	118	28,4	62	56
<b>TOTAL TODAS LAS CAUSAS</b>		<b>284</b>	<b>68,3</b>	<b>148</b>	<b>136</b>

Fuente: DANE.

**Tabla 27** Diez primeras causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, en Antioquia, 2010

CODIGO	CAUSA	TOTAL	TASA POR 100.000 <5 AÑOS	HOMBRE	MUJER
95	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	30	7,3	14	16
59	NEUMONIA	24	5,8	10	14
88	LAS DEMAS MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CONGENITAS	17	4,1	11	6
96	OTROS ACCIDENTES QUE OBSTRUYEN LA RESPIRACION	13	3,1	7	6
87	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	11	2,7	6	5
62	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	11	2,7	4	7
89	SIGNOS, SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	11	2,7	8	3
102	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA Y SECUELAS	9	2,2	6	3
90	ACCIDENTES DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	8	1,9	4	4
1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	7	1,7	2	5
	DEMAS ENFERMEDADES	95	22,8	41	54
<b>TOTAL</b>		<b>236</b>	<b>57,1</b>	<b>113</b>	<b>123</b>

Fuente: Base datos de defunciones. Antioquia 2010

La tasa de mortalidad en menores de cinco años es el indicador que muestra la probabilidad por cada cien mil menores de cinco años de que un niño muera antes de cumplir los primeros cinco años de vida.

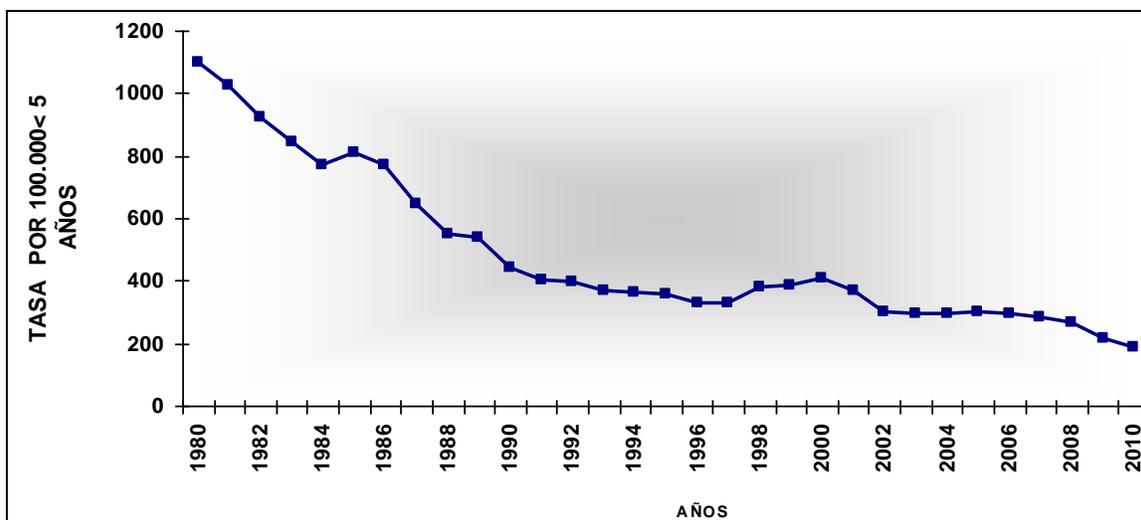
Según las estimaciones realizadas por el Banco Mundial de Desarrollo la tasa mundial de mortalidad en menores de cinco años para el 2010 fue de 58 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos, con tendencia a la disminución (Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Infantil, 2011).

En Colombia por su parte, la mortalidad de niños menores de cinco años ha disminuido de forma significativa, en el período transcurrido entre 1975 a 1980 se tenían cifras cercanas a 60 muertes por mil niños nacidos vivos, reduciéndose en el período entre 1995 a 2000 a menos de la mitad. Para el año 2008 la OMS reporta una tasa de mortalidad de 20 y para el 2009 según reportes de la UNICEF el índice ha disminuido a 19 por cada mil niños nacidos vivos menores de cinco años. Estas reducciones se han dado gracias a una mejor asistencia sanitaria, innovaciones médicas y políticas públicas de mayor cobertura, así como

programas nutricionales. La principal estrategia aplicada se refiere a la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, actualmente en varias regiones del país con resultado muy relevantes.

En el Departamento de Antioquia, la información disponible para mortalidad en menores de cinco años, indica una clara tendencia a la disminución, datos históricos desde el año 1980, reportan que por cada cien mil menores de cinco años, fallecieron 1097.7 niños en esta edad. Diez años después, el indicador descendió a 439.3 muertes por cien mil menores de cinco años, que al compararse con la tasa para el año 2000, solamente alcanza una reducción del 7.2%; ésta detención, puede atribuirse a los cambios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y déficit de acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Con el auge de nuevas políticas y estrategias para el mejoramiento de la salud pública, el aumento de las coberturas en aseguramiento, vacunación, saneamiento básico, se pone de manifiesto un gran impacto en la salud de los Antioqueños y se contribuye a la disminución de la mortalidad de los menores de cinco años; observándose una disminución en el indicador de 55% en los últimos once años, pasando de 407 fallecidos por cada cien mil menores de cinco años en el año 2000 a 187 muertes de menores de cinco años por cien mil menores de cinco años en el 2010. Figura 12



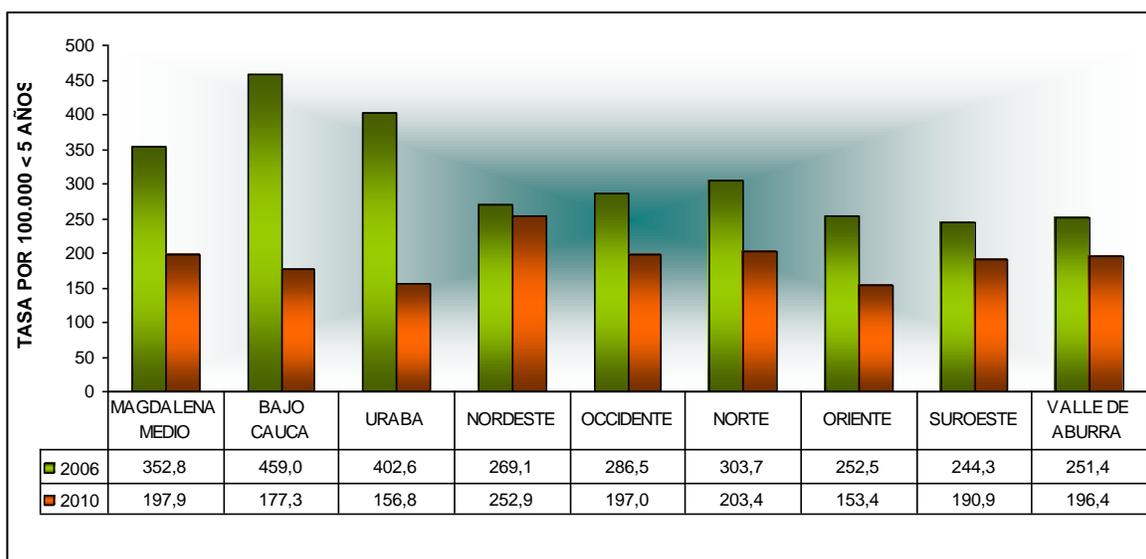
**Figura 12.** Tendencia de la mortalidad en menores de cinco años. Antioquia 1980-2010  
Fuente: DANE. Año 2010 SSSA Información preliminar

Al comparar la tendencia del indicador con la meta de resultado para el cuatrienio 2008 – 2011, se aprecia una disminución al pasar de 245.1 a 135; se proyecta un cabal cumplimiento y satisfactorio alcance a 2011, contribuyendo al logro del objetivo específico del plan de desarrollo, que apunta al mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo humano integral de la población Antioqueña.

Es de aclarar que si se realiza el cálculo de la tasa de mortalidad en menores de cinco años, según la definición del indicador para el Banco Mundial de Desarrollo y la UNICEF: “probabilidad por cada 1000 nacimientos de que un bebé muera antes de cumplir cinco años”. La tasa de mortalidad en menores de cinco años para Antioquia, presenta un exitoso comportamiento, reportando una tasa de 13.1 muertes en menores de cinco años (1000 nv) para el 2009, encontrándose por debajo de 19, tasa de mortalidad en menores de cinco años para Colombia para el mismo año (Unicef, 2010).

Aun cuando Antioquia refleja un buen desarrollo económico y social, es importante detallar la posición del indicador de mortalidad en menores de cinco años en cada una de las subregiones del Departamento. Al realizar una comparación de los datos entre 2006 y 2010, se puede observar que las regiones más aportantes a la mortalidad de menores de cinco años fue Bajo Cauca, Urabá y Magdalena Medio en el año 2006; situación que pudo deberse a las bajas coberturas de saneamiento básico, agua potable y otras problemáticas como conflicto armado y desplazamiento forzado. No obstante en el 2010, el comportamiento del indicador para estas mismas regiones se redujo en más del 50%, atribuido principalmente a la intensificación de la vigilancia de enfermedades prevalentes y priorización de estas subregiones para intervenciones en salud pública.

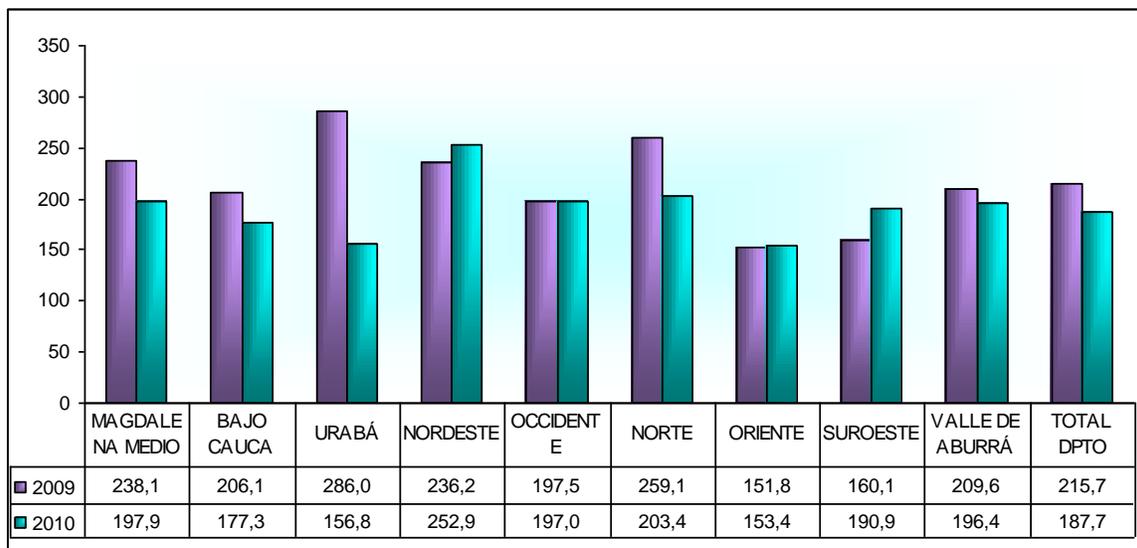
Al observar la distribución de la mortalidad en menores de cinco años durante el 2010 en el Departamento de Antioquia por regionales, sobresale la subregión del Nordeste, con una tasa de 252,9 decesos por cien mil menores de cinco años. Figura 13.



**Figura 13** Tasa de mortalidad en menores de cinco años, según región Antioquia, años 2006 y 2010.  
**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar.

En comparación los años 2009 y 2010, se encuentra que la tasa de mortalidad en menores de cinco años departamental disminuyó en un 23%. Así también, se presentan diferencias en cada una de las regionales; en el año 2009, el reporte del

indicador de las subregiones Urabá, Norte, Magdalena Medio y Nordeste superó al calculado para el Departamento en 24.5%, 16.7%, 9.4% y 8.6% respectivamente. Figura 14.



**Figura 14** Comparación tasa de mortalidad en menores de cinco años en las subregiones en Antioquia, 2009 y 2010  
**Fuente:** Año 2009 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

La distribución porcentual de la mortalidad en menores de cinco años por sexo para el año de base 2006, es mayor en niñas con un 55,2% (838) con respecto a los niños con un 44,8% (681). Para el año 2010, el sexo femenino es el más aportante con 56,2% (545) respecto del sexo masculino con un 43,4% (421).

Al revisar la frecuencia de muertes en menores de cinco años según régimen de afiliación, se observa que los vinculados al régimen subsidiado son los que más aportan, lo que puede estar evidenciando inequidades en el acceso y calidad de la prestación de los servicios de salud.

Durante el 2010, se observaron 128 casos sin aseguramiento y 53 casos sin dato de afiliación; indicando la prioridad de afiliación de los niños y las niñas menores de cinco años, así como la intensificación del seguimiento al correcto diligenciamiento del certificado de defunción. Tabla 28

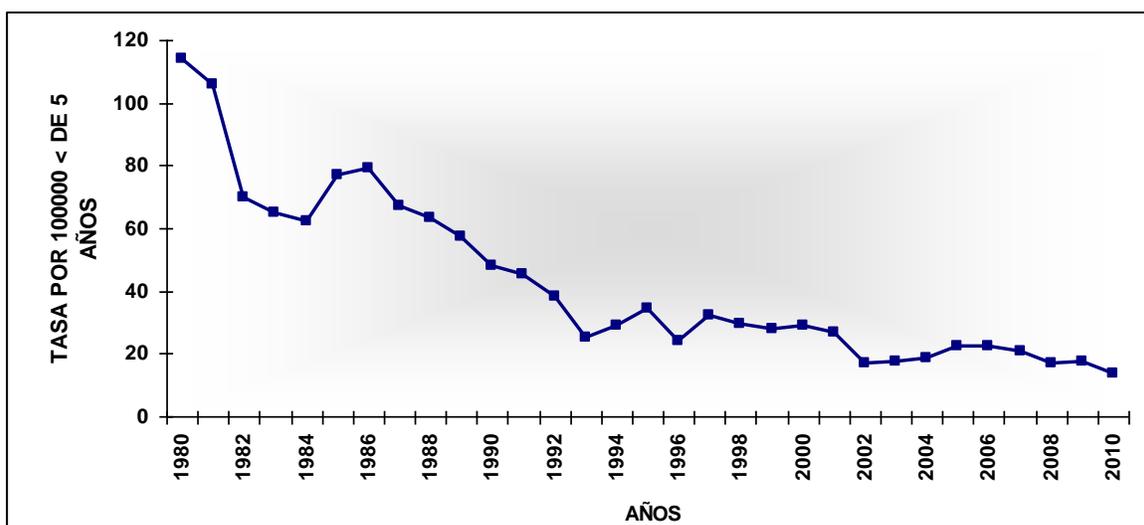
**Tabla 28** Fallecimientos de menores de cinco años por régimen de afiliación, en Antioquia 2006 y 2010.

		AÑO	
		2006	2010
REGIMEN	NÚMERO DE DEFUNCIONES	REGIMEN	NÚMERO DE DEFUNCIONES
Contributivo	392	Contributivo	326
Subsidiado	681	Subsidiado	447
Vinculado	217	Excepción	14
Particular	41	Especial	2
Otro	18	No asegurado	128
Ignorado	135	Sin dato	53
Sin dato	35		
<b>TOTAL</b>	<b>1519</b>		<b>970</b>

Fuente: Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

## 9. ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS

La enfermedad respiratoria aguda (ERA) es un conjunto de morbilidades que afectan el sistema respiratorio, y se presenta como una causa común de morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de cinco años, en especial por infección respiratoria aguda (IRA). Figura 15



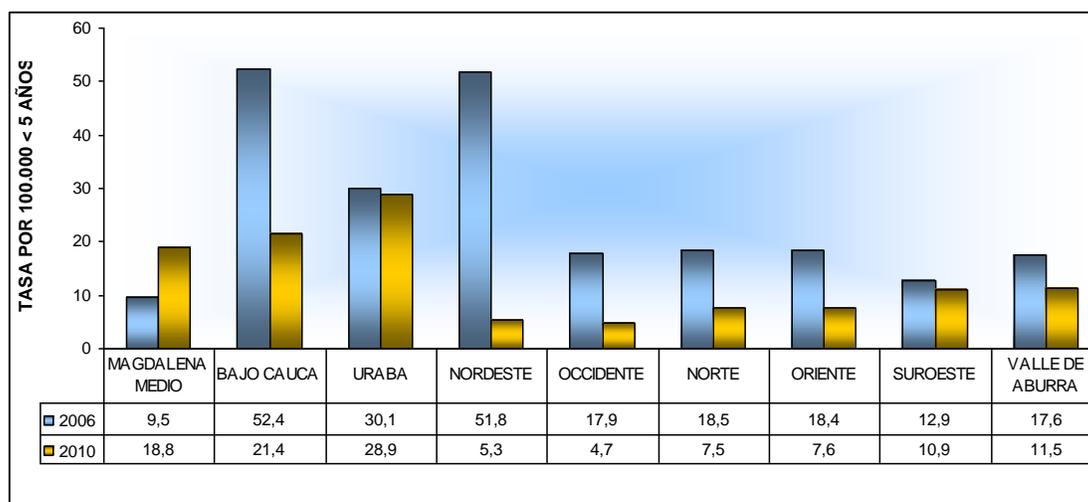
**Figura 15.** Tendencia de la mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años

Fuente: DANE. Año 2010 SSSA Información preliminar

En Antioquia, la tendencia de mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), presentó un comportamiento más estable en los últimos nueve años (2002 a 2010). Desde el año 1980, hasta el 2002 se observó variaciones, con picos en los años 1985, 1995, 1997 y 2001. Sin embargo, hasta el año 2010 se logró una disminución en la mortalidad del 86.05%, pasando de 114.2 muertes por cien mil menores de cinco años en el año 1980 a 13,5 muertes por cien mil menores de cinco años en el año 2010.

En el período de 2006 al 2010, la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años demostró una disminución del 40,17% cambiando de 22,6 a 13,5 muertes por cien mil menores de cinco años. Comparando este último dato con la meta de resultado del cuatrienio de disminuir la tasa de mortalidad por IRA a 13,46 muertes por 100.000 < 5 años, es evidente que al 2010 se logró.

En relación a la distribución porcentual de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda de menores de cinco años por cada una de la subregiones de Antioquia, se observó para el 2006 mayores porcentajes en Bajo Cauca, Nordeste y Urabá. No obstante dadas las intervenciones en salud pública y el incremento de la vigilancia en el evento se logró la disminución de la mortalidad en siete subregiones, mientras que se presentó un incremento del 50% en la subregión Magdalena Medio; la subregión de Urabá no demostró cambios. Figura 16.



**Figura 16** Tasa de mortalidad en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, según región. Antioquia, 2006 y 2010.

**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

La distribución porcentual por sexo de la mortalidad por IRA en menores de cinco fue similar en los años 2006 y 2010 con 51,3% y 51,4% respectivamente para el sexo femenino y 48,7% (2006), 48,6% (2010) para el sexo masculino.

Con un comportamiento similar a los eventos anteriores, la mortalidad por IRA en menores de cinco años según régimen de afiliación, es más frecuente en el subsidiado que en contributivo. Además, es preocupante que la población vinculada y no asegurada se ubica en el segundo lugar de mayor frecuencia de la mortalidad por este evento. Tabla 29

**Tabla 29** Fallecimientos por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, según régimen de afiliación, Antioquia 2006 y 2010.

		AÑO	
2006		2010	
REGIMEN	NÚMERO DE DEFUNCIONES	REGIMEN	NÚMERO DE DEFUNCIONES
Contributivo	20	Contributivo	14
Subsidiado	52	Subsidiado	36
Vinculado	25	Excepción	0
Particular	4	Especial	0
Otro	3	No asegurado	14
Ignorado	11	Sin dato	6
Sin dato	2		
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>		<b>70</b>

Fuente: Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

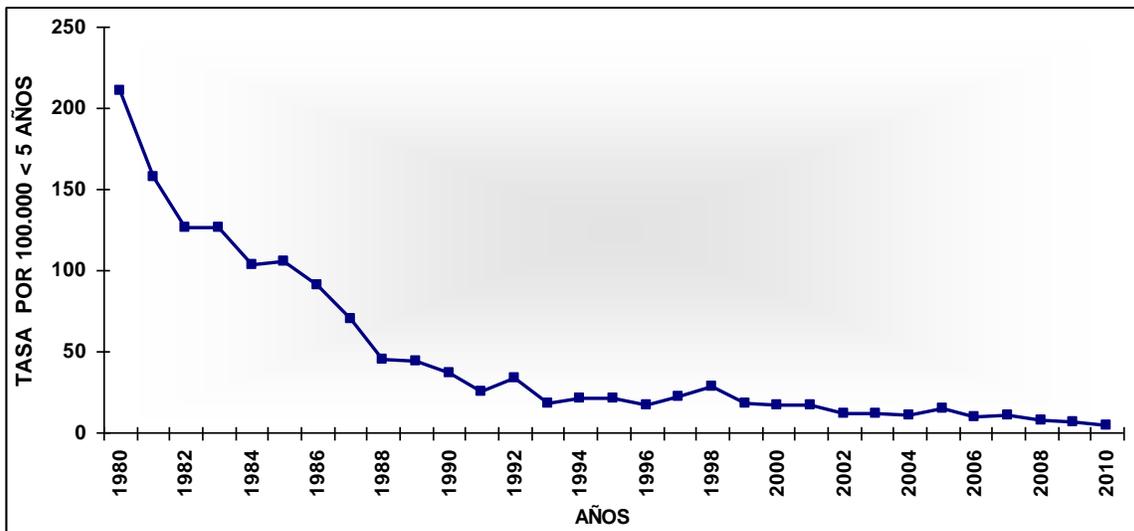
## 10. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS

Se considera enfermedad diarreica aguda al “aumento en la frecuencia y cantidad de deposiciones blandas o líquidas diarias como síntoma de una infección, ya sea viral o bacteriana generalmente adquirida tras el consumo de comidas o bebidas contaminadas”. Según la OMS en el 2009 las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años a nivel mundial y se estima que cobra 1,5 millones de vidas cada año en este grupo etareo, afectando principalmente a niños menores de dos años. Esta es una enfermedad que está asociada con los niveles de pobreza de la población y con el desarrollo en materia de salud alcanzado en la región (DANE, 2011).

En Colombia, las defunciones en menores de cinco años imputadas a enfermedades diarreicas agudas (EDA) muestran una tendencia clara a la disminución. En el período transcurrido entre 1998 al 2009 la tasa de mortalidad atribuida a esta enfermedad disminuyó en un 78,25%, alcanzándose para este último año una tasa de 7,34 defunciones por 100.000 niños < de cinco años.

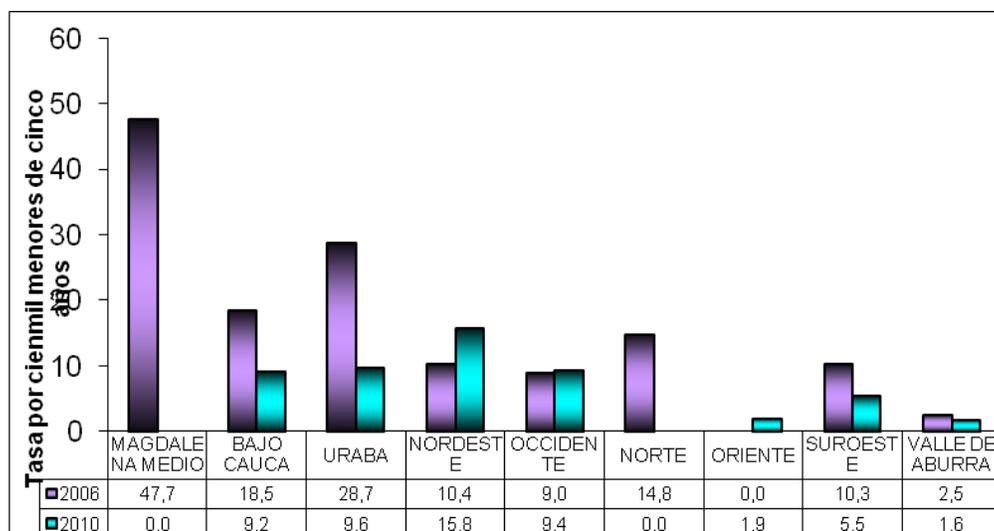
Para el Departamento de Antioquia, la tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años ha venido disminuyendo significativamente, en el comportamiento observado en los últimos 30 años, se evidencia una tendencia clara a la disminución, se pasó de una tasa de 210,7 en 1980 a 4,3 en el 2010 (Tasa x cien mil menores de cinco años), reducción que se debió posiblemente a políticas establecidas por los entes gubernamentales.

El comportamiento del evento en los últimos cinco años ha sido estable con tendencia a cero; pasando de 9,6 muertes por cada cien mil menores de cinco años en el 2006 a 4,3 en el año 2010. Figura 17



**Figura 17** Tendencia de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años 1980-2010  
**Fuente:** DANE. Año 2010 SSSA Información preliminar

Al comparar la mortalidad por EDA por subregiones del Departamento en los años 2006 y 2010, se encontró que para el primero, las más aportantes en su orden fueron Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca, mientras que para el segundo la subregión Nordeste y Occidente aumentaron la mortalidad por este evento con respecto al año de base (2006). En el 2010, las subregiones de Magdalena Medio y Norte no presentaron muertes por EDA en menores de cinco años. Figura 18



**Figura 18:** Tasa de mortalidad en menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda, según región. Antioquia, 2006 y 2010.

**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

En los años 2006 y 2010, se presentaron 50 y 22 casos respectivamente de muertes por EDA en menores de cinco años en Antioquia. Es evidente el mayor número de casos de defunciones presentados en personas del régimen subsidiado, en comparación con el contributivo, esto refleja la relación existente entre presencia de casos de EDA con estrato socioeconómico de las familias, debido probablemente al abastecimiento de agua insalubre y a niveles insuficientes de saneamiento e higiene. Tabla 30

**Tabla 30** Defunciones por Enfermedad Diarreica Aguda de menores de cinco años, según régimen de afiliación. Antioquia 2006 y 2010.

REGIMEN	AÑO		
	2006	2010*	
	NÚMERO DE DEFUNCIONES	REGIMEN	NÚMERO DE DEFUNCIONES
Contributivo	4	Contributivo	4
Subsidiado	23	Subsidiado	11
Vinculado	14	Excepción	0
Particular	4	Especial	0
Otro	0	No asegurado	7
Ignorado	5	Sin dato	0
Sin dato	0		
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>		<b>22</b>

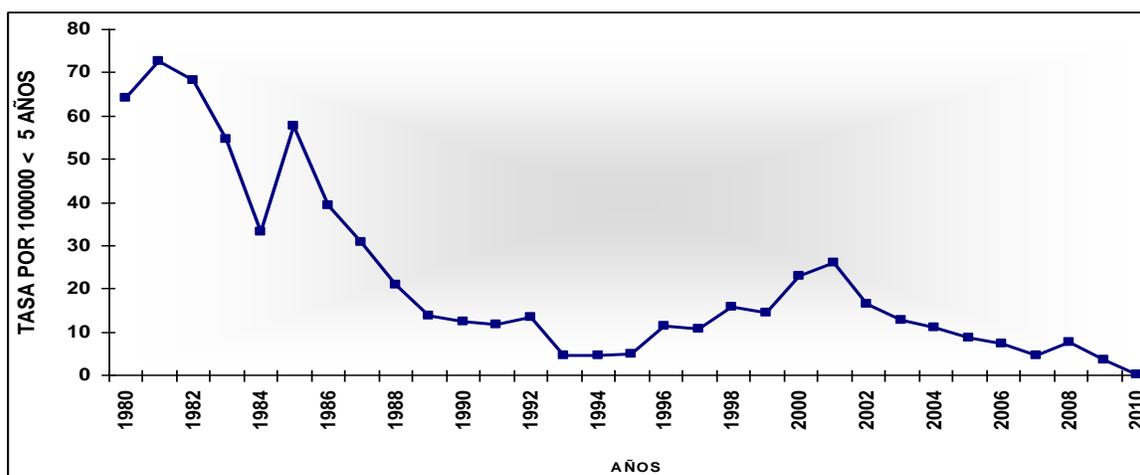
**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

## 11. MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS POR DESNUTRICIÓN

La desnutrición ha sido definida por Mahler, 1980 como “un estado provocado por la deficiencia a nivel celular de la provisión de nutrientes y/o energía necesarias para que el organismo se mantenga en buen estado, pueda desarrollar actividad, crecer y reproducirse”. Es considerada como un índice de desarrollo de los países y está asociada a indicadores de salud, económicos, sociales, culturales y de seguridad alimentaria; es el resultado de múltiples factores: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos, entre otras. Ha sido considerada un factor subyacente de gran importancia relacionado con la mortalidad infantil en el mundo (Black, Morris, & Bryce, 2003), que está relacionada aproximadamente con la tercera parte de las defunciones infantiles a nivel mundial (OMS, 2010), lo que corresponde a 4 millones de muertes.

En Colombia, según planteamientos realizados por el director de la UNICEF, en el VIII Encuentro de Gobernadores por la Infancia, la Adolescencia y la Juventud, realizado en Bucaramanga en junio de 2009, cerca de una tercera parte de las muertes en menores de cinco años está asociada directa e indirectamente a desnutrición, lo que en cifras numéricas equivaldría a 5.000 muertes en el país (Castillo, Durán, & Torrado, 2009).

Analizando la mortalidad en menores de cinco años por desnutrición en Antioquia, según el DANE 2010, se observa que la tasa presenta un comportamiento variable tendiente a la reducción. En 1980 la tasa de mortalidad por 100.000 nacidos vivos era de 63; para 1990 de 12,4 y para el 2000 de 22,7. En el año 2010 no se reportaron muertes en niños menores de cinco años atribuibles a desnutrición en el Departamento Figura 19.



**Figura 19.** Tendencia de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. Antioquia 1980-2010  
Fuente: DANE año 2010 SSSA

## 12. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. DANE. (2010). *Metodología de estimación de la tasa de mortalidad infantil Municipal 2005 - 2007*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
2. Departamento Nacional de Planeación. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para todos"-Resumen Ejecutivo*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2011, de <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=4-J9V-FE2pl%3D&tabid=1238>
3. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2007). *Informe Final de Gobierno 2004 - 2007*. Medellín: DSSA. Gobernación de Antioquia - Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2008). *Gestión de las Experiencias MANA, APS y AIEPI Antioquia hacia la protección Social y el Desarrollo Humano*. Medellín: Convenio cooperación Técnica DSSA-OPS.
4. Gobernación de Antioquia -Departamento Administrativo de Planeación. (2008). *Plan de Desarrollo 2008-2011- Antioquia para todos ¡Manos a la obra!* Medellín: Copy Net S.A.
5. Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA). (2008). *Atención Integrada en el contexto del continuo Materno-Recién Nacido- Salud Infantil*. Texas Children's Hospital, Houston, Texas, EE.UU: OPS.
6. Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, OMS, Banco Mundial, PNUD, universidades e instituciones de investigación). (2011). *El Banco Mundial*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2011, de E Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>
7. Organización Mundial de la salud- OMS. (31 de Octubre de 2011). *Reducción de la Morbilidad en la Niñez*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2011, de Nota descriptiva N° 178: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/index.html>
8. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 11 de 08 de 2011, de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html)
9. Unicef. (2 de Marzo de 2010). *Estadísticas Colombia*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2011, de [http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia\\_statistics.html#85](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html#85)

10. Black, R., Morris, S., & Bryce, J. (2003). *Where and why are 10 million children dying every year?* Recuperado el 5 de 11 de 2011, de [http://www.cfwhops.org/download/child\\_survival.pdf](http://www.cfwhops.org/download/child_survival.pdf)
11. OMS. (2010). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Recuperado el 5 de 11 de 2011, de [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)
12. Castillo, S., Durán, E., & Torrado, M. (25 de 10 de 2009). Mortalidad y desnutrición infantil, más allá de las cifras. *UNIMEDIOS*, pág. <http://www.unperiodico.unal.edu.co/uploads/media/UNPeriodico127.pdf>.
13. Unicef. (2009). *Estado Mundial de la Infancia- Statistical Tables*. Recuperado el 17 de 11 de 2011, de Estado Mundial de la Infancia - Statistical Tables: [http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/statistics/SOWC\\_Spec\\_Ed\\_C\\_RC\\_TABLE%201.%20BASIC%20INDICATORS\\_EN\\_111309.pdf](http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/statistics/SOWC_Spec_Ed_C_RC_TABLE%201.%20BASIC%20INDICATORS_EN_111309.pdf)
14. Así vamos en salud. (2009). *Programa Así Vamos en Salud*. Recuperado el 09 de 11 de 2011, de [http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96:tasa-de-mortalidad-por-edad-por-100000-menores-de-5-anos&catid=55:Indicadores&Itemid=74](http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=96:tasa-de-mortalidad-por-edad-por-100000-menores-de-5-anos&catid=55:Indicadores&Itemid=74)
15. DANE. (08 de 2011). *Estimación Del Cambio En Los Niveles De La Mortalidad Infantil Departamental Y Municipal A Partir De Las Estadísticas Vitales*. Recuperado el 9 de 11 de 2011, de [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Metodologia\\_TMI\\_2008\\_2009.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Metodologia_TMI_2008_2009.pdf)
16. OMS. (2009). *Diarrhoeal Disease*. Recuperado el 09 de 11 de 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>
17. DANE. (08 de 2011). *Estimación Del Cambio En Los Niveles De La Mortalidad Infantil Departamental Y Municipal A Partir De Las Estadísticas Vitales*. Recuperado el 9 de 11 de 2011, de [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Metodologia\\_TMI\\_2008\\_2009.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Metodologia_TMI_2008_2009.pdf)

18. Fundación Santa fe de Bogotá y otros. (2010). Tendencias de la Salud en Colombia. Bogotá: Tendencias de la Salud en Colombia.
19. NUTRINET. (2009). Situación Nutricional - Encuesta ENSIN. Recuperado el 09 de 11 de 2011, de [http://www.colombianutrinet.org/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=26&Itemid=80](http://www.colombianutrinet.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=26&Itemid=80).

### **13. MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS**

En 1997, la OMS declara que, aunque la violencia sea tan antigua como el mundo, los nuevos hechos observados, juntamente con el crecimiento de su incidencia en los indicadores sanitarios de las últimas décadas, la transforman en un problema de salud pública regional (OPS, 1998). Así mismo, se ha destacado que la violencia afecta a toda la población en la región de las Américas; sin embargo, en condiciones de pobreza y desventaja social, algunos sectores sociales resultan especialmente amenazados. Los hombres jóvenes se ven afectados primordialmente por enfrentamientos armados, desajustes sociales y laborales y situaciones de pobreza e inequidad. Es importante destacar que las situaciones de pobreza e inequidad afectan a hombres, mujeres y niños por igual, pero los homicidios se caracterizan por afectar principalmente a los hombres jóvenes. En la mitad de los países de la región con más de un millón de habitantes el homicidio constituye la segunda causa de muerte de varones entre 15 y 24 años de edad. (OPS, 1998)<sup>1</sup>.

La muerte prematura de los jóvenes por violencia, tiene como consecuencia altos costos económicos y sociales. La concentración de los homicidios y de otras causas externas de mortalidad en los adolescentes y jóvenes determina que la violencia sea la principal causa de años de vida perdidos en la mayor parte de los países de América Latina, produciendo una pérdida promedio de 30 a 40 años de vida por defunción. El costo económico directo de las muertes e incapacidades físicas, como resultado de actos de violencia, está estimado en 10.000 millones de dólares al año. Esto representa alrededor del 20% del total del gasto nacional en salud de los países de la Región<sup>1</sup>.

Los adolescentes no son sólo víctimas, son también actores y/o agentes originales o intermediarios de variadas formas de violencia. Los actos de violencia afectan a la víctima directa, su familia, compañeros de estudio o trabajo, proveedores de servicios y a toda la comunidad<sup>2</sup>.

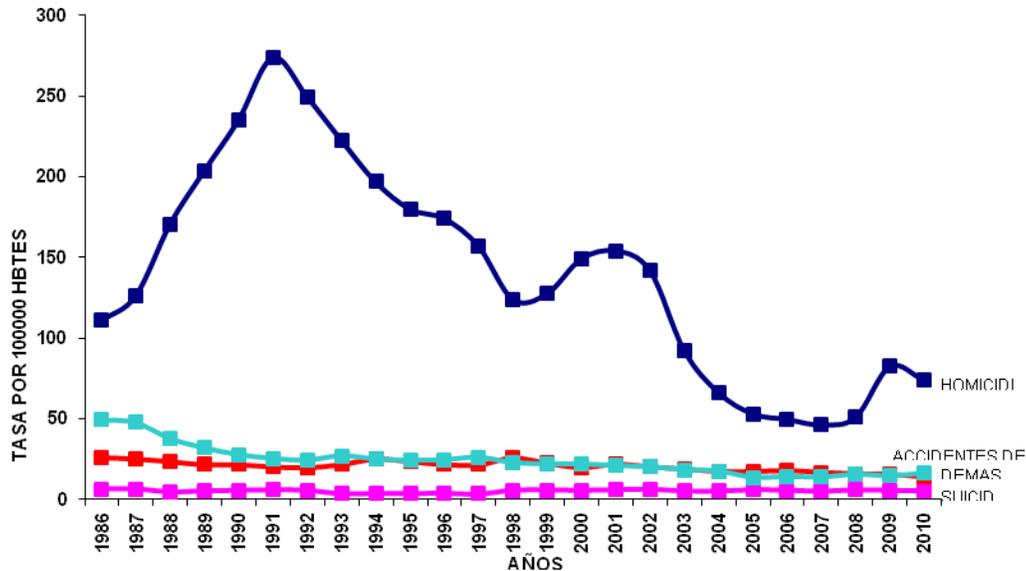
Dada su naturaleza multifactorial, la violencia se debe prevenir mediante la participación coordinada y activa de todos los sectores de la sociedad, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial<sup>1</sup>.

En términos generales, la mortalidad en Colombia se ha mantenido constante durante los últimos 13 años, pero los eventos conocidos como de causalidad externa relacionados con la violencia y los accidentes de tránsito han registrado un incremento notable, constituyéndose en uno de los principales problemas de salud pública de la actualidad. Entre todos los países de América, Colombia tiene uno de los más altos índices de violencia, estimándose que el 15% se debe a causas políticas y el 85% a conflictos cotidianos (COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, 2002.)<sup>1</sup>

En cuanto a la mortalidad por causas externas en Antioquia, se observó desde el año 1986 hasta el año 1991, una franca tendencia al aumento, hasta alcanzar la tasa más alta observada en este período (325.5 casos por 100.000), a expensas de los homicidios, producto de la violencia asociada al narcotráfico; la tasa del Departamento este año (1991) fue francamente mayor que la observada en el país (121.8 casos por 100.000) considerada la más alta del continente, seguida de El Salvador (102.4 casos por 100.000) y México (68.7 casos por 100.000). El país con la tasa de muerte por causas externas más baja en este año fue Canadá (47 casos por 100.000 habitantes).

A partir de 1991 se observa en el Departamento de Antioquia una tendencia progresiva a la disminución de la mortalidad por causas externas ocasionado por un descenso significativo de las muertes por homicidio, alcanzando en el 2007 el nivel más bajo de este evento con una tasa de 81.9 casos por 100.000 habitantes, año a partir del cual se observa un nuevo incremento en la tasa hasta llegar en el año 2009 a 118.1 casos por 100.000 habitantes, en el año 2010 se observa un descenso en la tasa del 7.8%.

El incremento de los años 2008 a 2009 se ha dado a expensas de los homicidios, pues los accidentes de tránsito y los suicidios, los dos tipos de causas externas que le siguen, muestran en el período un comportamiento estable, con tendencia a la disminución. (Figura 20)



**Figura 20** TENDENCIA DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO CAUSAS EXTERNAS – OPS. ANTIOQUIA 1986-2010  
**Fuente:** DANE. Año 2010 SSSA Información preliminar

Las causas externas de mortalidad fueron responsables del 18% de defunciones en 2006 y del 22.6% en 2010, igualmente se incrementó la tasa, pasando de 87.6 a 109.4 defunciones por esta causa por 100.000 habitantes, superando en el último año la tasa de muertes por neoplasias que presentaron una tasa de 93.3 casos por 100.000 habitantes.

La tasa de muerte por homicidios en el 2010 aumentó tanto para hombres como para las mujeres; no obstante el riesgo es significativamente mayor en los hombres para los cuales la tasa pasó de 93.7 casos en 2006 a 139.1 muertes por 100.000 hombres en 2010, la tasa en las mujeres pasó de 7.7 a 11.4 casos por 100.000.

Igual a lo reportado en la literatura para otros países de la región, los hombres jóvenes presentan las tasas más altas, siendo el grupo de 25 a 29 el que evidencia un mayor riesgo de morir por homicidio; pasando la tasa de 241.5 casos por 100.000 en 2006 a 347 casos por 100.000 en 2010; el grupo de hombres de 20 a 24 años es el segundo con las tasas de muerte por homicidio más altas entre todos los grupos de edad entre los hombres.

Igualmente preocupante resulta el incremento en la tasa de homicidios general y por sexo en los grupos de edad de: 5 a 9 y 10 a 14 años, en el año 2010 con respecto al 2006. Este comportamiento de un alto porcentaje de muertes de hombres en edad productiva, representa un alto costo económico y social, expresado entre otros, en años de vida perdidos, costos de atención, sensación de inseguridad para toda la población, etc.

**Tabla 31** HOMICIDIOS POR GRUPO EDAD. ANTIOQUIA 2006 Y 2010

GRUPO EDAD	2006						2010						
	Casos	Tasa X 100000 hbtes	H	Tasa X 100000 hbtes	M	Tasa X 100000 hbtes	T	Tasa X 100000 hbtes	H	Tasa X 100000 hbtes	M	Tasa X 100000 hbtes	S
<b>Total</b>	<b>2864</b>	<b>49.7</b>	<b>2637</b>	<b>93.7</b>	<b>227</b>	<b>7.7</b>	<b>4478</b>	<b>73.8</b>	<b>4123</b>	<b>139.1</b>	<b>353</b>	<b>11.4</b>	<b>2</b>
<1	3	3.2	2	4.1	1	2.2	5	5.9	4	9.2	1	2.4	
1 a 4	6	1.4	2	0.9	4	2.0	5	1.2	3	1.4	2	1.0	
5 a 9	12	2.2	8	2.9	4	1.5	12	2.3	5	1.9	7	2.7	
10 a 14	23	4.0	13	4.4	10	3.6	56	10.2	44	15.8	12	4.5	
15 a 19	255	45.8	230	81.3	25	9.1	541	94.0	492	167.1	49	17.4	
20 a 24	515	103.3	481	195.1	34	13.5	939	171.2	871	315.4	68	25.0	
25 a 29	565	125.7	528	241.5	37	16.0	874	179.7	825	347.1	49	19.7	
30 a 34	363	91.7	341	179.4	22	10.7	605	137.9	562	265.4	43	18.9	
35 a 39	323	78.4	296	150.3	27	12.5	412	105.4	381	204.6	31	15.1	
40 a 44	226	54.9	207	105.3	19	8.8	291	70.3	265	134.8	25	11.5	1
45 a 49	187	52.5	177	105.3	10	5.3	224	55.9	211	111.1	13	6.2	
50 a 54	97	33.9	85	62.9	12	8.0	133	39.6	120	76.4	13	7.3	
55 a 59	63	28.4	57	54.8	6	5.1	83	31.3	76	61.2	7	5.0	
60 a 64	32	19.3	31	40.0	1	1.1	64	31.7	62	66.6	2	1.8	
65 a 69	16	12.2	16	26.6	0	0.0	35	23.8	31	46.2	4	5.0	
70 a 74	20	19.4	16	34.7	4	7.0	23	20.3	18	35.8	5	7.9	
75 a 79	8	11.3	7	22.4	1	2.5	9	11.0	9	25.5			
80 y mas	7	10.1	4	14.3	3	7.3	15	18.8	11	34.3	4		0
Sin dato	143		136		7		152		133		18		1

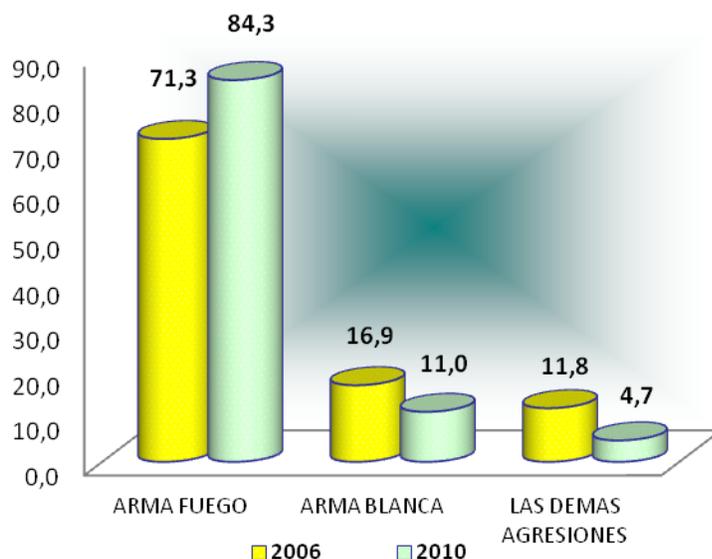
Fuente: Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

En cuanto a la variable estado civil se debe aclarar que ésta fue modificada en el certificado de defunción, por lo cual se tienen dos formas distintas de agregación de la información, lo que limita su análisis, además es significativa la proporción de registros sin dato para esta variable (33% en 2006 y 28.2% en 2010), hecha esta salvedad, se encuentra que la mayor proporción de homicidios se presentó en personas solteras (32% en 2006 y 41% en 2010); en la literatura revisada no se encontró referencia al estado civil como factor de riesgo para ser víctima de violencia, se hace referencia a factores de la personalidad y del comportamiento que pueden predecir un comportamiento violento, tales como la hiperactividad, la impulsividad, el control deficiente del comportamiento y los problemas de atención<sup>5</sup>. El comportamiento de esta variable en el Departamento de Antioquia en el período evaluado, puede estar asociado entre otros factores a la edad pues el 28% de los homicidios en 2006 y el 34.7% en 2010 se perpetraron en personas menores de 25 años, que aún no se han casado; otro aspecto del estar soltero puede ser que la ausencia de un vínculo afectivo de pareja e hijos, favorezca que los jóvenes se involucren más fácilmente en actividades de riesgo. La proporción de personas en unión estable (matrimonio y unión libre) disminuyó entre el 2006 y el 2010 pasando de 32 a 28%.

La variable nivel de escolaridad también fue modificada en el formato de certificado de defunción y presentó un subregistro del 60% en ambos años, lo que hace poco útil cualquier observación que se haga al respecto.

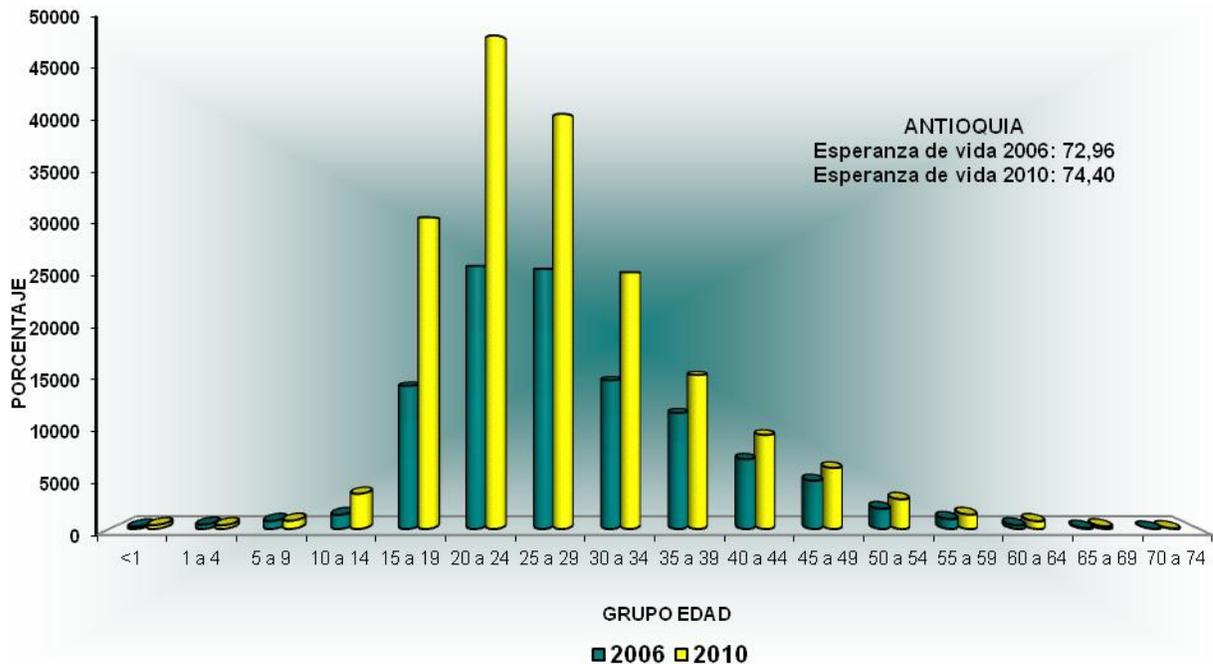
La variable referente al régimen de aseguramiento al cual pertenece la víctima también fue modificada incluyendo variables para el 2010 que no estaban presentes en 2006, y por lo tanto no son comparables los datos.

**Medio utilizado:** El medio más utilizado en ambos períodos fue el arma de fuego, empleada en el 71.3% de los casos en el año 2006 y el 84.3% en el 2010, observándose un incremento de 13 puntos en la utilización de este medio, el segundo elemento más utilizado el arma blanca, su participación pasando del 16.9 al 11%.



**Figura 21.** Distribución de los homicidios por medio utilizado, Antioquia 2006-2010  
**Fuente:** DANE, Año 2006 año 2010 SSSA información preliminar

Al comparar la tasa de homicidios en el Departamento entre 2006 y 2010 se observó un incremento de ésta, sin embargo este comportamiento no es uniforme en todo el territorio, pues en este período de tiempo en regionales como Occidente, Norte, Suroeste y Oriente la tasa de homicidios disminuyó, sobresale en este grupo, la subregión de oriente en la cual se pasó de una tasa de 68.3 casos a 35 casos por 100.000; en las demás regionales, la tasa de homicidios en el año 2010 aumentó, con respecto al 2006; la subregión con un mayor incremento fue el Bajo Cauca, en la cual se duplicó la tasa global de homicidios en el 2010 con respecto al 2006 y en casi todos sus municipios (excepto Tarazá) se aumentó. El municipio de Caucasia fue el que presentó un cambio más significativo en las tasas, pasando de 22.3 casos en 2006 a 115.8 caos por 100.000 habitantes en 2010; este incremento da cuenta de la compleja situación de orden público que se vive en la subregión producto de los cultivos ilícitos, narcotráfico y la lucha por el control del micro tráfico que se está viviendo en el Bajo Cauca; los municipio con la tasa de homicidios más alta de la subregión son Zaragoza con 294.7 casos y Cáceres con 230 casos por 100.000 habitantes.



**Figura 22.** Años Potenciales de Vida Perdidos por Homicidios, según grupo edad Antioquia 2006 y 2010.  
**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

Los años de vida perdidos son uno de los efectos más impactantes de las muertes por homicidio representando en el año 2006, 109812 años de vida perdidos y en el año 2010 se perdieron 76928 años más, la mayoría en hombres en edad productiva, produciendo grandes costos humanos, económicos y sociales.

#### 14.COMPORTAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL MUNDO Y COLOMBIA:

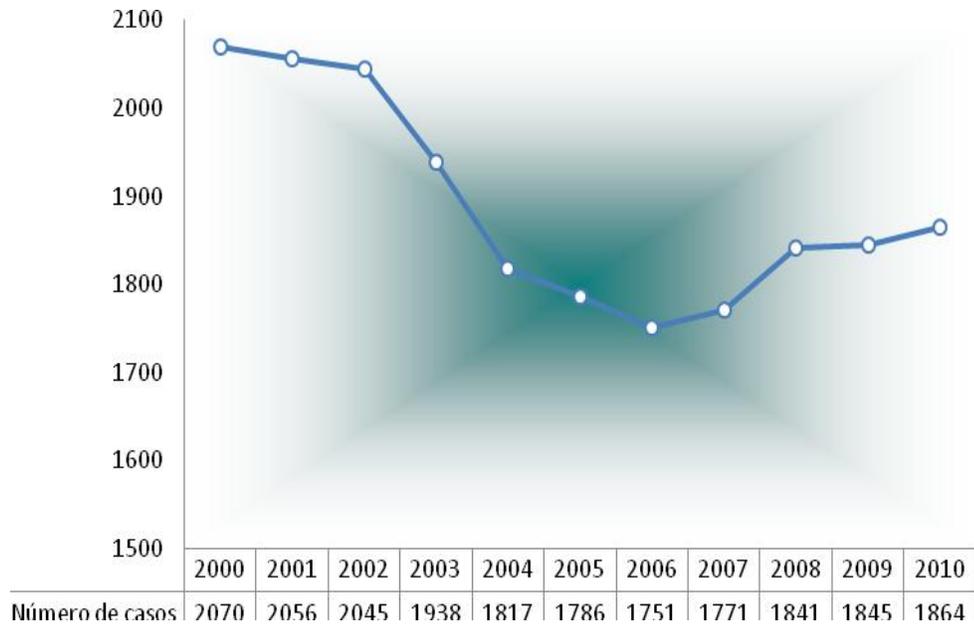
Cada año se suicidan en el mundo un millón de personas, que corresponde al 1,8% del total de fallecimientos y es la segunda causa de mortalidad en los jóvenes entre 15-24 años de edad<sup>5</sup>. Se estima un subregistro cercano al 50% en la mayoría de los países, lo cual resta confiabilidad a las estadísticas pero a pesar de ello, se considera que por cada suicidio se presentan 10-25 intentos o tentativas de suicidio<sup>4</sup>. En el año 2000, unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo<sup>5</sup>.

Las muertes por suicidio son solo una parte de este problema muy grave. Además de los que mueren, muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida o causarse un daño, a menudo suficientemente grave para requerir atención médica. Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras —familiares y amigos— cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico. Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas suman miles de millones de dólares estadounidenses al año<sup>5</sup>.

Las tasas de suicidio nacionales varían considerablemente; de acuerdo a registros de la OMS en los años 1991 a 1999, las tasas más altas se observan en Europa oriental (por ejemplo, Belarús, 41,5 por 100 000; Estonia, 37,9 por 100 000; en Federación de Rusia, 43,1 por 100 000, y Lituania, 51,6 por 100 000). También se han comunicado tasas altas de suicidio en Sri Lanka (37 por 100 000 en 1996), Suiza con una tasa de 22.5 casos y Suecia con 15.4 casos por 100.000 habitantes; Frente a estos datos los países de América Latina presentan tasas bajas (en particular en Colombia, 4,5 por 100 000, y Paraguay, 4,2 por 100 000) y en algunos países de Asia (por ejemplo, Filipinas, 2,1 por 100 000, y Tailandia, 5,6 por 100.000 habitantes).

Si bien nuestro país exhibe tasas bajas de suicidio consumado con respecto a otros países, se debe recordar que el comportamiento suicida abarca los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, lo que lleva a que los suicidios consumados sean la punta del iceberg de este comportamiento, por ejemplo en la literatura, se reporta que por cada suicidio consumado se han presentado aproximadamente 10 a 25 intentos lo que permite deducir que el problema del comportamiento suicida es mucho mayor de lo que las estadísticas de muerte por suicidio permiten conocer. De hecho, en el Departamento de Antioquia que se hace vigilancia vía SIVIGILA de este comportamiento se identificó en el año 2010 una tasa de intento de suicidio de 42.7 casos por 100.000 habitantes.

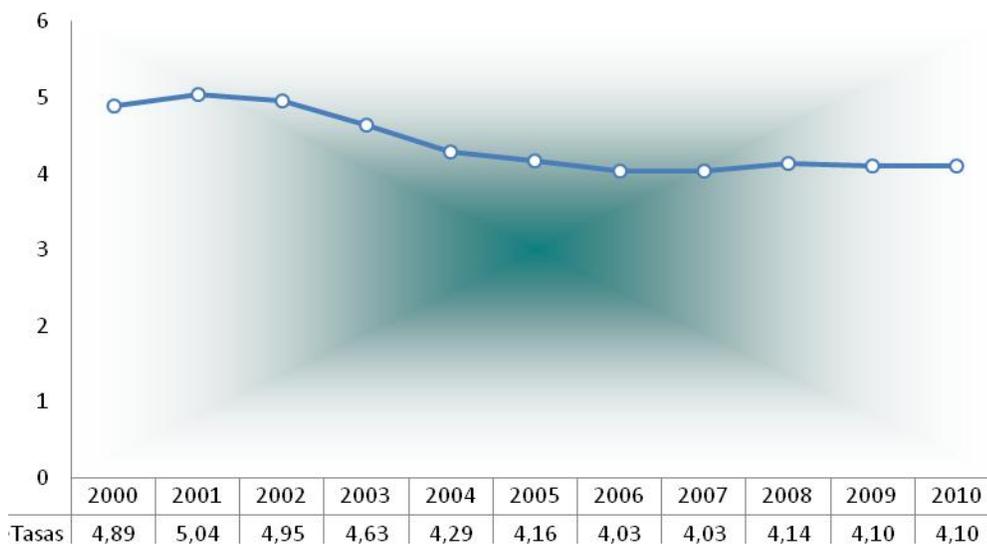
En el informe FORENSIS del INMLCF del año 2010 se puede observar como en lo corrido de esta década el fenómeno del suicidio en Colombia ha mantenido una tendencia a disminuir desde el año 2002, aunque se observan pequeños aumentos que se presentan desde el año 2008 al 2010 (figura 23 y 24)<sup>6</sup>.



**Figura 23.** Suicidios en Colombia, 2000 – 2010

**Fuente** INMLCF/GCRNV/SIRDEC/SINEI

A pesar del leve aumento en el número de casos de suicidio que se aprecia en la gráfica anterior, la tasa de suicidios en el país se ha mantenido estable desde 2005 con una tasa de 4 casos por 100.000 habitantes, según datos de Medicina Legal.



**Figura 24.** Tasa de Suicidios en Colombia por cada 100.000 habitantes, 2000 – 2010

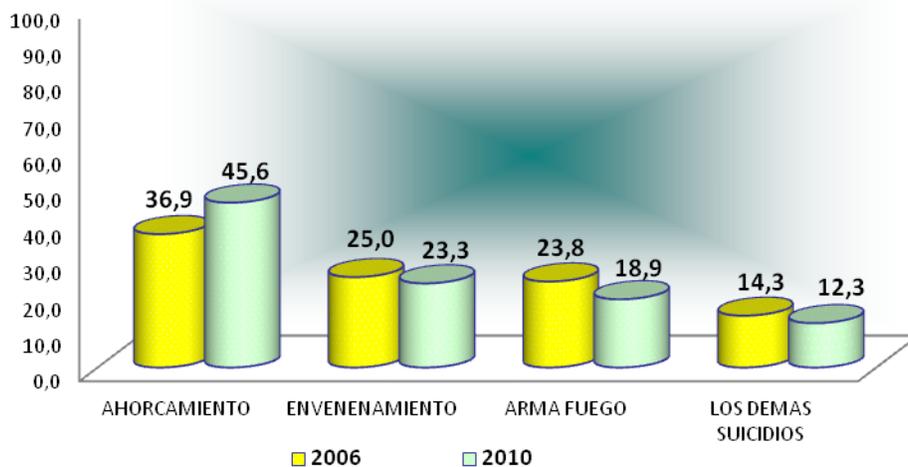
**Fuente.** INMLCF/GCRNV/SIRDEC/SINEI

En el departamento de Antioquia en esta década se observa una tendencia del suicidio menos homogénea y todo el tiempo la tasa en el Departamento es superior a la media nacional, con una tasa mínima de 5.1 casos en el año 2007 y la máxima 6.3 casos en 2002.

En el año 2006 se encontró una tasa de 5.7 casos por 100.000 habitantes y el 2010 se aprecia una disminución a 5.2 casos por 100.000 habitantes, esta disminución se observa tanto en la tasa general como en la tasa por sexo. Al evaluar los datos por grupo de edad se encuentra que la tasa más alta de suicidio en el año 2006 se presentó en el grupo de 25 a 29 años, tanto general (11.1 casos por 100.000 habitantes de 25 a 29 años) como por sexo (18.3 casos por 100.000 hombres de este grupo de edad); en el año 2010, a pesar de disminuirse la tasa general, se observó un incremento en la tasa de suicidio en el grupo de edad 20 a 24 años, (12.6 casos por 100.000 habitantes) y mucho mayor cuando se calcula para los hombres de este grupo, 19.6 casos por 100.000; este comportamiento está de acuerdo a lo reportado por la literatura donde, con excepción de la zona rural de China, el suicidio consumado es más frecuente en el grupo de hombres, lo que resulta muy preocupante para el Departamento de Antioquia es el incremento paulatino de la tasa de suicidio en la población más joven.

En cuanto al estado civil se encontró que en el 2006 el 10.7% y en el 2010 el 14.2% de los registros no tenían dato en esta variable, en la información disponible se encontró que la mayor proporción eran solteros 43.9 y 48% respectivamente, esta variable ha sido documentada en algunos estudios como factor de riesgo para el comportamiento suicida, según datos de Medicina Legal en Colombia en el año 2010 el 46.5% de los suicidas estaban solteros y reportaron que todos los años se observó una mayor proporción de suicidios en personas solteras<sup>6</sup>; en Antioquia la proporción de personas en unión estable (casados y en unión libre) fue 40.9% y 31.8% respectivamente.

El método más frecuentemente utilizado para el suicidio fue el ahorcamiento, aumentando la proporción de casos en 2010 con respecto al 2006 en 8 puntos, seguido de envenenamiento (25 y 23 % respectivamente) y en tercer lugar las armas de fuego. Este comportamiento es muy similar al observado en el país, de acuerdo a datos de Medicina Legal el 46% de los suicidios en 2010 fue por ahorcamiento, el 24% por intoxicación y en el 21% se utilizó un arma de fuego.



**Figura 25.** Distribución de los suicidios por medio utilizado, Antioquia 2006-2010  
**Fuente:** Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

Igual que para los homicidios, el comportamiento suicida no es homogéneo en el Departamento de Antioquia, las regionales de Suroeste, Oriente, Norte y Nordeste tienen tasas más altas que la tasa departamental, sobresale la regional de Nordeste que ostenta la tasa de suicidio más alta del Departamento, tanto en el 2006 (11 casos por 100.000) como en el año 2010 con una tasa de 13.2 casos por 100.000, en esta regional con excepción de Cisneros y Vegachí que no presentaron casos, todos los demás municipios presentaron en el 2010 tasas superiores a la tasa departamental, con un valor máximo en Anorí 31.2 casos por 100.000 y mínimo en Santo Domingo y Yolombó con 9.1 casos por 100.000 habitantes. La regional de suroeste logró en el año 2010 una disminución del 50% en el número de casos de suicidio, con respecto al 2006, no obstante en el año 2010 fue la regional con la tasa más alta de intento de suicidio del Departamento (64.4 casos por 100.000 habitantes); con respecto a este comportamiento, O'Carroll menciona que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto a su malestar<sup>6</sup>, con esta lógica podría pensarse que los jóvenes de las regionales con tasas más altas están expresando un malestar que debe ser atendido no sólo porque pone en riesgo su vida sino porque hay situaciones familiares y sociales que deben ser intervenidas.

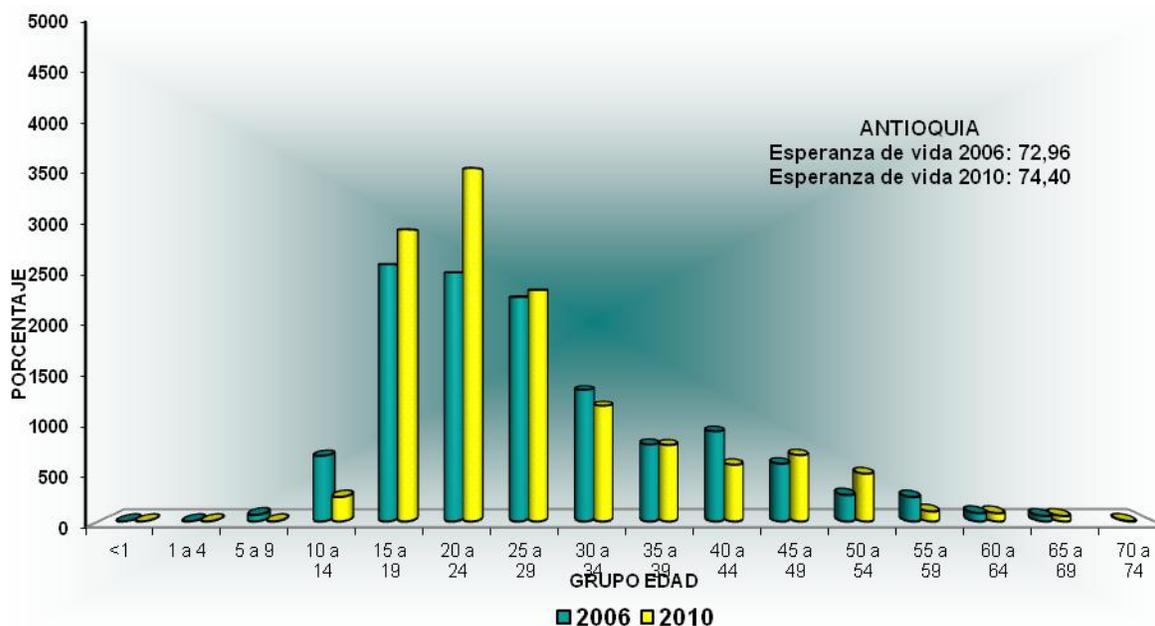
**Tabla 32.** Número de casos reportados y tasa de Intento de Suicidio, por género y grupo de edad. Antioquia, 2010.

Grupo de Edad	Femenino		Masculino		Total	
	Casos	Tasa X cienmil hab	Casos	Tasa X cienmil hab	Casos	Tasa X cienmil hab
5 a 14	223	42.6	46	8.4	269	25.1
15 a 44	1411	97.2	711	50.7	2122	74.3
45 a 59	81	15.3	64	13.6	145	14.5
Mayor de 60	22	6.4	33	11.9	55	8.8
<b>Total</b>	<b>1737</b>	<b>69.4</b>	<b>854</b>	<b>35.3</b>	<b>2591</b>	<b>52.6</b>

Fuente: SIVIGILA, Antioquia Preliminar 2010.

En contraste respecto al comportamiento de los homicidios la regional de Bajo Cauca tiene la tasa de suicidios más baja de todo el Departamento.

Finalmente al igual que los homicidios los suicidios generan años de vida potenciales perdidos, especialmente los que se presentan en la población más joven; en 2006 los suicidios generaron 12.401 años de vida potenciales perdidos y en 2010 generaron 13.055.



**Figura 26.** Años potenciales de vida perdidos por Suicidios según grupo edad, Antioquia 2006 y 2010

Fuente: Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar

## **15. CONCLUSIONES**

1. La violencia es un fenómeno que ha existido a lo largo de la humanidad, no obstante ha adquirido unas características de magnitud y complejidad que la hacen un problema de salud pública.
2. La mayor proporción de muertes por causa externa se deben a los homicidios, el Departamento de Antioquia tiene tasas superiores a las del país.
3. Los homicidios afectan principalmente a la población de hombres jóvenes tanto en el país como en el Departamento, generando un gran impacto social y económico.
4. En el año 2006 los suicidios y homicidios generaron 122.213 años potenciales de vida perdidos y en el 2010 por este mismo fenómeno se generaron 199.795 años potenciales de vida perdidos.
5. La complejidad de la problemática exige un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

## 16.RECOMENDACIONES

En el informe técnico No. 588 de la a OMS, sobre la violencia como problema de salud pública, se presentan ampliamente los diferentes tipos de violencia, los factores de riesgo que favorecen su aparición y que además se superponen para producir diferentes tipos de violencia. También se plantea que no obstante conocerse una serie de factores que aumentan el riesgo de ciertos grupos poblacionales a la violencia antes de diseñarse estrategias de prevención se debe conocer el contexto de la violencia en la población que se quiere impactar, entre otros factores, porque existen en las comunidades prácticas culturales que la naturalizan y perpetúan, las cuales deben ser identificadas e intervenidas; de otra lado se reconoce que la pobreza está asociada a todos los tipos de violencia, por lo cual se requiere un abordaje desde la salud pública de ésta, entendida como el ofrecer a las familias y las comunidades pobres una mayor proporción de servicios y recursos. Finalmente se reconoce que es indispensable el apoyo político que no solo garantice los recursos financieros apropiados y una legislación efectiva, para que se logre legitimar las medidas de prevención emprendidas y adquieran una mayor importancia en la conciencia pública. En este contexto se presentan un grupo de recomendaciones para abordar la violencia entre las cuales se describen las siguientes:

1. **Crear, aplicar y supervisar un plan nacional de acción para prevenir la violencia:** La elaboración de un plan nacional de acción multisectorial es un elemento fundamental para realizar actividades permanentes de prevención de la violencia.
2. **Aumentar la capacidad de recolección de datos sobre la violencia:** En el plan nacional de acción para la prevención de la violencia debe contemplarse establecer o mejorar la capacidad nacional de recolectar y analizar datos relativos a la magnitud, las causas y las consecuencias de la violencia. Estos datos son necesarios para fijar las prioridades, orientar el diseño de los programas y vigilar el progreso del plan de acción.
3. **Definir las prioridades y apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costos y la prevención de la violencia:** Aunque en la actualidad se ha avanzado en el conocimiento de la violencia en diversos grupos de población y escenarios, sigue necesitándose urgentemente más investigaciones. Son muchos los motivos para emprender estas investigaciones, pero uno de los más importantes es lograr una mejor

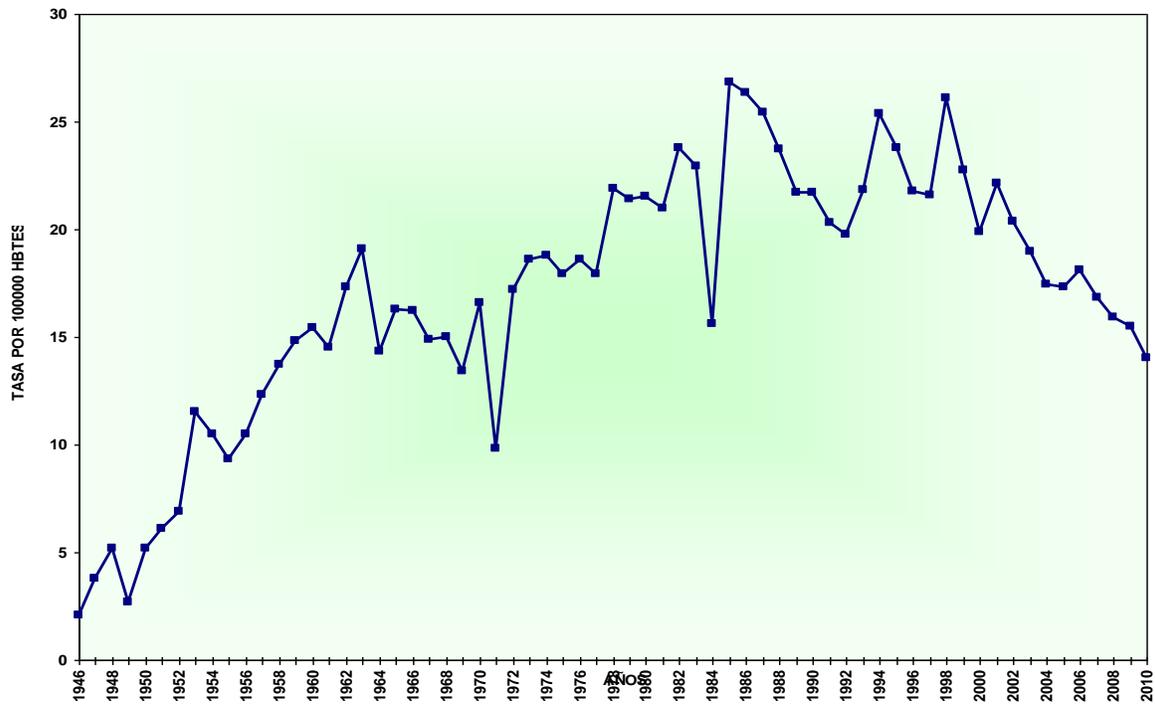
comprensión del problema en distintos contextos culturales, para poder elaborar respuestas apropiadas y evaluarlas.

4. **Promover respuestas de prevención primaria:** Las investigaciones indican que la prevención primaria es más eficaz cuando se lleva a cabo tempranamente, y entre las personas y grupos que corren un riesgo superior al del conjunto de la población, aunque aún las iniciativas dirigidas a la población en su conjunto pueden tener efectos beneficiosos.
  
5. **Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia:** Los servicios de salud, sociales y jurídicos que se ofrecen a las víctimas de la violencia deben fortalecerse en todos los países. Esto requiere revisar los servicios que se proveen actualmente y mejorar la capacitación del personal y la integración del apoyo sanitario, social y jurídico.

## 17. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Doris Cardona, Enrique Peláez, Tirza Aidar, Bruno Ribotta, María Franci Alvarez. Mortalidad por causas externas en tres ciudades latinoamericanas: Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia), [Internet] 1980-2005. *R. bras. Est. Pop.*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 335-352, consultado 2011/11/10. Disponible en: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev\\_inf/vol25\\_n2\\_2008/vol25\\_n2\\_2008\\_10artigo\\_p335a352.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol25_n2_2008/vol25_n2_2008_10artigo_p335a352.pdf).
2. João Yunes, Tamara Zubare. Mortalidad por Causas Violentas en Adolescentes y Jóvenes: Un Desafío para la Región de las Américas. [Internet] *Rev. Bras. Epidemiol.* 102, Vol. 2, Nº 3, 1999 consultado 2011/11/10. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v2n3/02.pdf>.
3. Comisión económica para America Latina y el Caribe – CEPAL, La mortalidad en América Latina: una trayectoria auspiciosa pero heterogénea. [Internet ] Boletín No. 4 Observatorio demográfico. Consultado 2011/11/12. Disponible en : <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/33265/OD-4-mortalidadenAL.pdf>
4. Luis Carlos Taborda Ramirez; Jorge Tellez Vargas. El suicidio en cifras. [Internet ] SUICIDIO -Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Disponible en :
5. Organización Mundial de la Salud OMS. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano, Informe mundial sobre la violencia y la salud, Informe técnico No. 588 Washington, D.C, 2003.
6. Jorge Enrique Tello Pedraza. Comportamiento del suicidio en Colombia 2010. Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses. FORENSIS 2010.
7. Martínez G., Ángela B.; Guinsberg B., Enrique. Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 27, Núm. 1, enero-abril, 2009, pp. 32-38.

## 18. ANEXO DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSPORTE ANTIOQUIA 2010



**Figura 27.** Tendencia de la Mortalidad por accidentes de transporte. Antioquia 1946 – 2010  
**Fuente:** DANE. Año 2010 SSSA Información preliminar

**Tabla 33.** Mortalidad por Accidentes de Transporte según subregión y sexo. Antioquia 2010

Subregion	SEXO				Total	
	Hombre		Mujer		Nº	Tasa X cienmil hab
	Nº	Tasa X cienmil hab	Nº	Tasa X cienmil hab		
TOTAL DEPARTAMENTO	666	22,5	180		847	14,0
BAJO CAUCA	19	14,1	1	0,7	20	7,4
MAGDALENA MEDIO	16	29,0	2	3,8	18	16,8
NORDESTE	25	27,3	5	5,7	30	16,8
NORTE	42	33,5	10	8,2	52	21,0
OCCIDENTE	29	28,0	10	10,3	39	19,5
ORIENTE	92	32,6	27	9,7	119	21,2
SUROESTE	39	20,4	7	3,8	46	12,3
URABA	42	14,3	11	3,8	53	9,1
VALLE DE ABURRA	355	21,1	106	5,7	462	13,0
SIN DATO	7		1		8	

Fuente: SSSA. Información preliminar

**Tabla 34.** Mortalidad por Accidentes de Transporte según grupo edad. Antioquia 2010

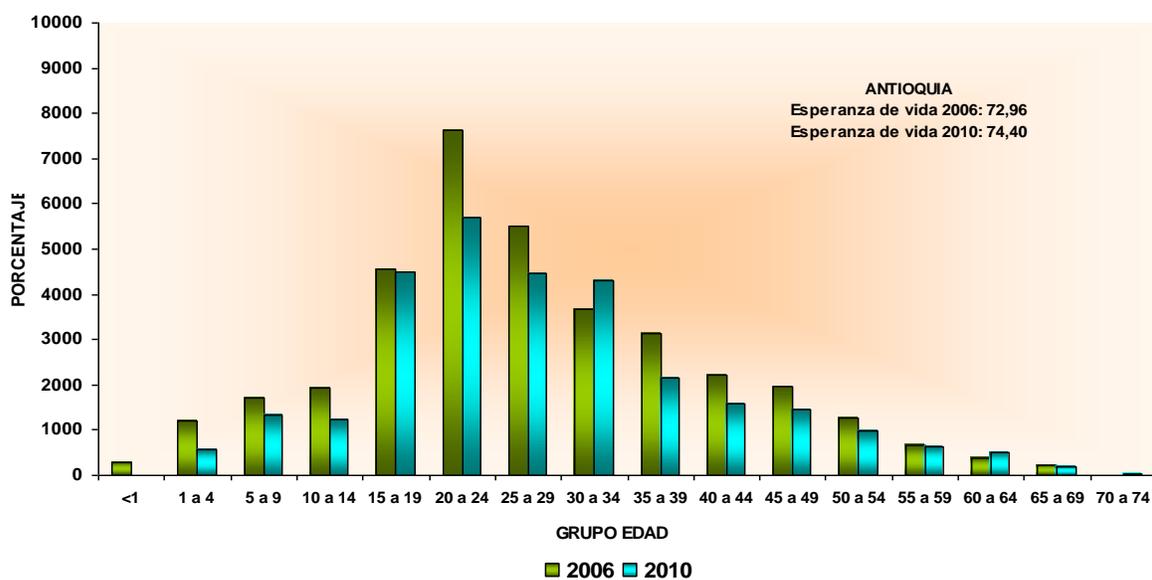
Grupo Edad	Nº	Tasa X cienmil hab
0 a 4	8	1,5
5 a 9	20	3,8
10 a 14	20	3,7
15 a 19	79	13,7
20 a 24	110	20,1
25 a 29	95	19,5
30 a 34	103	23,5
35 a 39	58	14,8
40 a 44	50	12,1
45 a 49	54	13,5
50 a 54	45	13,4
55 a 59	38	14,3
60 a 64	43	21,3
65 y mas	117	27,7
Sin dato	7	
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>14,0</b>

Fuente: SSSA. Información preliminar

**Tabla 35.** Mortalidad por Accidentes de Tránsito según modo de transporte. Antioquia 2010

Modo de Transporte	N°	Tasa X cienmil hab	%
Peaton	267	4,4	31,5
Ciclista	34	0,6	4,0
Motociclista	305	5,0	36,0
Ocupante automovil	19	0,3	2,2
Ocupante autobus	21	0,3	2,5
Los demas accidentes	201	3,3	23,7
<b>Total</b>	<b>847</b>		<b>100,0</b>

Fuente: SSSA. Información preliminar



**Figura 28.** Años de vida potenciales perdidos (AVPP) por Accidentes de Transporte. Antioquia 2006 y 2010

Fuente: Año 2006 DANE, año 2010 SSSA información preliminar. Esperanza de vida, Planeación departamental.