



Medellín  
todos por la vida

# Medellín

## Ciudad Saludable

Boletín Epidemiológico

Boletín número 5, año 2014

### Presentación

El *Boletín Epidemiológico Medellín, Ciudad Saludable* es una publicación de la Secretaría de Salud de Medellín, que pretende ofrecer a los ciudadanos y ciudadanas de manera oportuna, una visión del comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública de nuestro municipio, como herramienta para el logro de la construcción colectiva de las políticas públicas en salud para el bienestar de todos.

En este número se presenta de manera especial un tema que es de gran importancia para la ciudad y la salud pública de la Región: Información sobre muerte materna y embarazo en adolescentes de la ciudad de Medellín.

Los datos y análisis que se presentan no son definitivos. Cualquier información contenida en el boletín es de dominio público y puede ser citada o reproducida siempre y cuando se mencione la fuente.

La Secretaría de Salud agradece el envío de las contribuciones y comentarios del Boletín a través del correo electrónico:

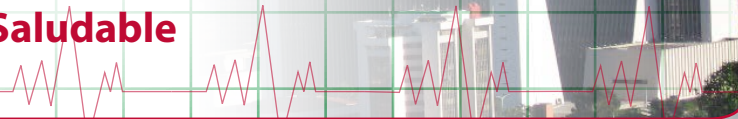
[secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)

Equipo de Vigilancia Epidemiológica  
Secretaría de Salud de Medellín

**Epidemiólogos:** Rita Almanza, Fernando Montes, Denise González y Silvana Zapata.



Alcaldía de Medellín



## Encuentre en esta edición

1. Introducción
2. Algunos antecedentes
3. Mortalidad materna
4. Embarazo de los y las adolescentes
5. Bibliografía

## Introducción

*“Derechos sexuales y reproductivos: los más humanos de todos los derechos”* María Ladí Londoño

La salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, es una de las líneas de trabajo priorizadas por la Secretaría de Salud de Medellín, la cual a través de una política local contextualizada en los conceptos planteados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Política Nacional (2003) y la reformulación de la Política Nacional (2014), busca responder a las necesidades identificadas en los temas de maternidad segura, salud sexual y reproductiva de los adolescentes y planificación familiar, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia familiar y sexual.

Para el desarrollo del tema se entenderá por salud sexual, el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no únicamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad.

Este estado requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.<sup>1</sup>

### Algunos antecedentes...

El concepto de salud sexual y reproductiva con enfoque de derecho tiene origen en la “Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo” de El Cairo en 1994 en donde se formula por primera vez. Posteriormente en 1995, la plataforma de acción de la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer” en Beijing reitera estos derechos, los cuales, en síntesis, se refieren a los derechos de las mujeres a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva. Estos derechos implican así un ejercicio de la autonomía en las decisiones acerca de la sexualidad, libres de coerción, discriminación y violencia y las responsabilidades sobre el comportamiento sexual y sus consecuencias.

En Colombia la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, enunciada por el Ministerio de la Protección Social en 2003, trazó los primeros lineamientos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos haciendo referencia entre otros temas a una maternidad segura, a la reducción del embarazo adolescente y a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Esta política se fundamenta en los principios de derechos humanos, la equidad social y

de género, el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios ( 1 ).

A continuación se describe la situación de salud municipal en dos de las líneas que conforman la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como son la mortalidad materna y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el componente de embarazos.

## Mortalidad materna

### Descripción del evento:

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión, (CIE 10), se considera mortalidad materna la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, de cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo pero no por causas accidentales o incidentales excepto suicidio. Por ser un indicador que da cuenta de la calidad de vida de la comunidad y la equidad en términos de derechos humanos, la Secretaría de Salud de Medellín (SSM) ha priorizado en su propuesta

<sup>1</sup> Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

<sup>2</sup> Secretaría de Salud de Medellín, Plan de Salud Municipal, Medellín Ciudad Saludable 2012-2015.

<sup>3</sup> La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI /A. AGUIRRE, CIEAP/UAEM.

programática la implementación de la vigilancia activa de la mortalidad en este grupo de población.

### Meta para 2015:

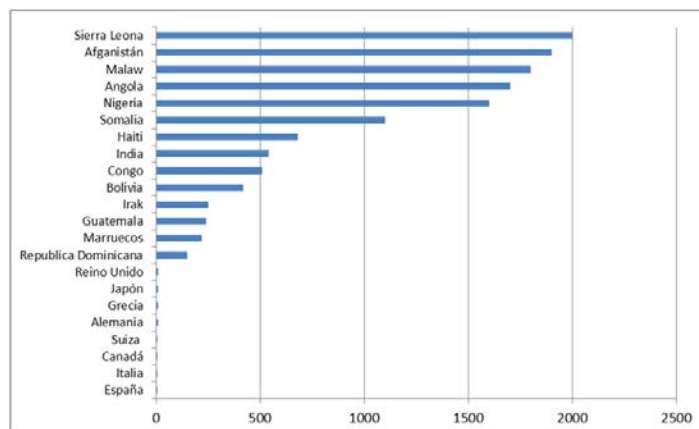
- Reducir a 23 por cien mil nacidos vivos la Razón de Mortalidad Materna .<sup>2</sup>

### En el mundo:

El comportamiento de la mortalidad materna en el mundo tiene un patrón de presentación muy desigual. Es así como en países con profundos rezagos socioeconómicos las Razones de Mortalidad Materna (RMM), son excesivamente altas, pues alcanzan valores por encima de las 1500 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos (NV).<sup>3</sup>

Este comportamiento desigual se evidencia en los registros de mortalidad materna publicados por la OMS. Para el año 2000 esta institución publicó la Razón de Mortalidad Materna de Sierra Leona en 2000 mujeres fallecidas por 100 mil nacidos vivos, en tanto que para España fue de 5 por cien mil nacidos vivos es decir, el riesgo para una mujer de morir por causas relacionadas con el embarazo, fue de casi dos mil veces más alto en Sierra Leona que en España. En Colombia se registraron para 2012, 485 defunciones para una razón de 74.09 por cien mil nacidos vivos ( 2 ).

**Figura 1.** Razón de Mortalidad Materna para países seleccionados, año 2000.



**Fuente:** Organización Mundial de la salud en [www.who.int/whosis/database](http://www.who.int/whosis/database).

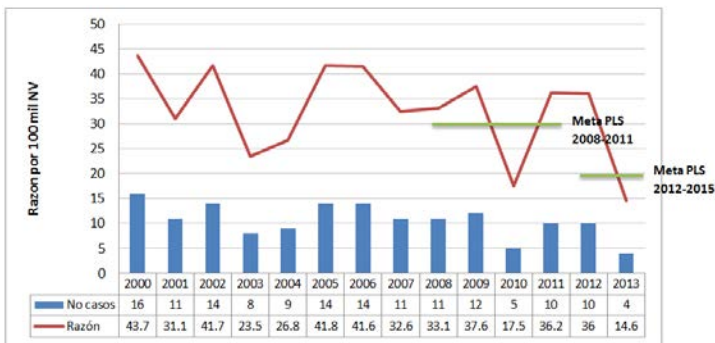
En 2013 con cuatro defunciones, la razón de mortalidad materna en la ciudad de Medellín fue de 14.6 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos (NV), la cual es la más baja de todos los tiempos y es comparable con la que se presenta en los países desarrollados. Aquí están incluidas las muertes evitables y las no evitables de mujeres residentes en la ciudad.

En la ciudad se ha registrado un comportamiento irregular en el número de casos; es así, como para el año 2000 se presentaban en la ciudad 16 muertes maternas y 4 casos en el último año. Aunque es muy prematuro hablar de un impacto en la reducción del evento, se han registrado años con mejor resultado que los de hace una década.

# Boletín epidemiológico Medellín Ciudad Saludable

Las metas de la ciudad son cada vez más rigurosas según lo observado en los Planes Locales de Salud, en los últimos periodos de gobierno como lo fue el de 2008-2011 la meta era de 30 y en 2012-2015 es de 20 defunciones por cien mil nacidos vivos, los cuales se presentan en la siguiente gráfica.

**Figura 2.** Distribución de Frecuencia y Razón de Mortalidad Materna, Medellín 2000-2013.



**Fuente:** Secretaría de Salud de Medellín, SIVIGILA-RUAF 2000 – 2013

En la ciudad, se observó no solo una reducción en el número de casos sino también una transformación en el evento que ocasionó la muerte materna. Es así, como durante el periodo de gobierno de 2004 - 2008 la causa más frecuente de muertes eran las hemorragias con 11 de los 49 casos presentados en el cuatrienio; en el periodo de 2008 - 2011 la sepsis lideró el grupo de causas con 10 de las 39 muertes registradas mientras que durante los dos años del último periodo de gobierno las complicaciones no obstétricas han sido las más frecuentes con 6 de los 14 casos registrados hasta 2013; así mismo se ha observado reducción en el número de muertes por causas directas durante este periodo. Para este cambio en el comportamiento de las causas han

contribuido las intervenciones puntuales como la implementación del código rojo para el manejo de las hemorragias en la ciudad, y la asistencia técnica derivada de los análisis individuales de mortalidad realizados intersectorialmente.

Respecto a la evitabilidad, según el análisis individual de casos de muerte materna entre el periodo 2004 a 2013, 81 casos (79.4%) han sido concluidos como evitables, 13 (12.7%) como no evitables y 8 (7.8%) como no evaluables por falta de información (3).

**Tabla 1.** Causas de mortalidad materna, Medellín, 2004-2013

Causa básica de muerte	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Complicaciones no obstétricas	1	6	1	1	3	1	0	4	5	1	23
Sepsis no obstétricas	0	0	2	3	3	3	1	3	2	0	17
Hemorragia Obstétrica	4	2	5	0	2	0	2	0	1	0	16
Otras complicaciones obstétricas	2	1	2	1	1	3	1	0	1	0	12
Trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio	1	3	1	1	1	3	1	1	0	0	12
Embarazo terminado en aborto	1	1	1	4	0	0	0	0	1	2	10
Desconocida/Indeterminada	0	0	2	1	2	1	0	1	0	1	8
Sepsis relacionada con el embarazo	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>102</b>

**Fuente:** Secretaría de Salud de Medellín – Así te ves Salud.

**Figura 3.** Número de muertes maternas según clasificación de la muerte. Medellín, 2014-2013



**Fuente:** Secretaría de Salud de Medellín – Así te ves Salud.

### Causas identificadas a nivel municipal:

- Ingreso tardío al control prenatal.
- No adherencia a las guías de atención.
- Deficiencia en el abordaje multidisciplinario de la gestante.
- Deficiente gestión del riesgo en planificación familiar en mujeres con comorbilidades que lo requieran.
- Deficiencias en procesos de remisión y contra remisión.
- Servicios de salud deficientes y desarticulados.
- No existen consultas de atención preconcepcional.

### Soluciones propuestas en el Plan de Salud Municipal 2012-2015, Medellín Ciudad Saludable:

- Monitoreo permanente de los indicadores de calidad en la atención en salud.
- Promover y divulgar la importancia del Control Prenatal y del ingreso temprano al mismo.
- Realizar monitoreo al cumplimiento de la consulta post-parto y recién nacido.
- Fortalecer mecanismos de inspección y vigilancia de competencia del Municipio y coordinación con el nivel departamental.
- Promover la importancia de la consulta preconcepcional.

### Embarazo de los y las adolescentes:

#### Descripción del evento:

Para este tema se entiende por adolescente los hombres y las mujeres entre 10 y 19 años de edad. La Salud Sexual y Reproductiva de este grupo comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

El número de embarazos utilizados en el numerador y denominador se estimó sumando los nacidos vivos y las defunciones fetales de mujeres residentes en Medellín para lo cual se validó la variable de residencia y aseguramiento. Cuando la usuaria se encuentra afiliada en otra ciudad, se verifica que tenga un tiempo de residencia en la ciudad no inferior a 6 meses. Esta información fue tomada de los registros de certificados de nacidos vivos (RUAF) de la Secretaría de Salud de Medellín.

#### Meta para 2015:

- Reducir a 23 por cien mil nacidos vivos la Razón de Mortalidad Materna .

### Situación en Colombia:

Según la encuesta de demografía y salud en Colombia realizada en el año 2010, una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada: 16 % ya son madres y 4 % está esperando su primer hijo. Estos indicadores son similares a los estimados en el 2000, 15 y 4 %, respectivamente.

La proporción de mujeres embarazadas de su primer hijo entre las que tienen primaria disminuyó de 7 a 5 por ciento y entre las mujeres con educación superior aumentó del 1.6 a 3 por ciento.

Los mayores porcentajes de embarazadas están en Bolívar Sur-Sucre-Córdoba (6 por ciento). Los menores se encuentran en San Andrés y Providencia (1.2 por ciento), en Huila, Magdalena y Boyacá (2 por ciento) y en Medellín (2.2 por ciento). En Caldas y Nariño aumentan las proporciones de adolescentes embarazadas.

Los departamentos en los que más se observa disminución de adolescentes embarazadas, con relación al 2005, son San Andrés y Providencia, Chocó y Caquetá (4).

En Medellín, según un estudio realizado por la Secretaría de Salud a través del programa "Sol y Luna" las causas del embarazo en las adolescentes tienen

orígenes diversos entre los cuales se pueden citar causas estructurales (socioeconómicas, marginalidad, conflicto armado, desplazamiento), individuales (búsqueda de reconocimiento, creencias y prácticas asociadas a la maternidad y la paternidad) e institucionales (violencia intrafamiliar y abuso sexual, déficit de servicios de consejerías). Por algunos de estos determinantes, el embarazo en este grupo no siempre es "no deseado" sino que las jóvenes ven en el embarazo una respuesta a las necesidades que identifican en ese momento de sus vidas.

Algunas de las consecuencias identificadas en el embarazo adolescente no se relacionan únicamente con los problemas socio – económicos, los cuales son causa y efecto del mismo, es importante tener en cuenta otros riesgos que se relacionan con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantiles, y complicaciones obstétricas para las madres.

El reconocimiento que los determinantes del embarazo adolescente están relacionadas con factores sociales, económicos y culturales se observa en la siguiente gráfica donde las comunas con menor índice Multidimensional de Calidad de Vida registran la mayor tasa de embarazos en adolescentes (5).

## Grupo de 10 a 14 años:

El embarazo en adolescentes de 10 a 14 años es una problemática que ha sido priorizada en la ciudad, en diferentes periodos de gobierno; reconocida como un abuso sexual y determinante para el aumento de pobreza en la población, ha registrado un comportamiento fluctuante durante los años de observación. El número de casos se estabiliza en los últimos 3 años con un descenso en 2013.

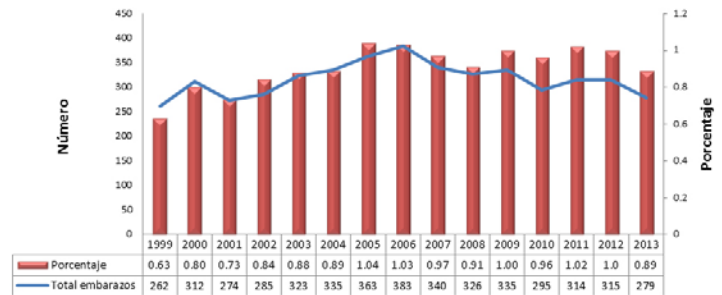
Durante 2012 se registró un total de 315 embarazos en niñas de 10 a 14 años, correspondiente a 1% del total de embarazos en la ciudad (27.777). Hasta el 31 de diciembre de 2013 se habían registrado 279 embarazos correspondiente a 0.89% del total de ciudad. Ver tabla 1 y gráfica 1.

**Tabla 1.** Proporción de embarazos en el grupo de 10 a 14 años. Medellín 1999- 2013

AÑO	Total embarazos	Porcentaje
1999	262	0.63
2000	312	0.80
2001	274	0.73
2002	285	0.84
2003	323	0.88
2004	335	0.89
2005	363	1.04
2006	383	1.03
2007	340	0.97
2008	326	0.91
2009	335	1.00
2010	295	0.96
2011	314	1.02
2012	315	1.0
2013	279	0.89

Fuente: RUAF. Secretaría Salud de Medellín.

**Gráfica 1.** Número de embarazos en el grupo de 10 a 14 años.



Fuente: RUAF. Secretaría Salud de Medellín.

## Grupo de 15 a 19 años:

El embarazo en el grupo de 15 a 19 años se ha mantenido estable los últimos 4 años, aunque se observan fluctuaciones en el número de casos esta proporción se afecta por la disminución en el total de nacimientos de la ciudad. Durante 2012 se registró un total de 6.765 embarazos en mujeres de 15 a 19 años, correspondiente a 21.5% del total de embarazos en la ciudad (27.777). Hasta el 31 de diciembre de 2013 se habían registrado 6.439 embarazos correspondientes a 20.5% del total.



**Tabla 2.** Proporción de embarazos en el grupo de 15 a 19 años. Medellín 1999- 2013

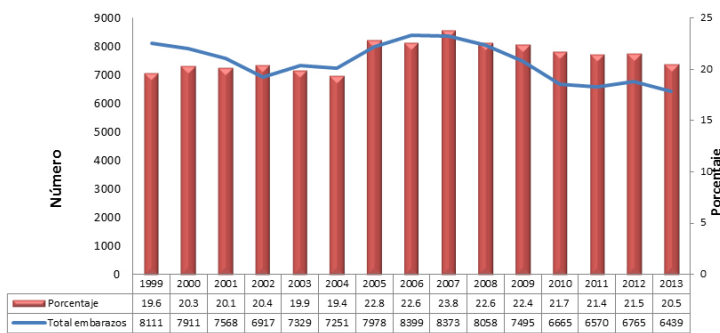
AÑO	Total embarazos	Porcentaje
1999	8111	19,6
2000	7911	20,3
2001	7568	20,1
2002	6917	20,4
2003	7329	19,9
2004	7251	19,4
2005	7978	22,8
2006	8399	22,6
2007	8373	23,8
2008	8058	22,6
2009	7495	22,4
2010	6665	21,7
2011	6570	21,4
2012	6765	21,5
2013	6555	21,0

Fuente: RUAF. Secretaría Salud de Medellín.

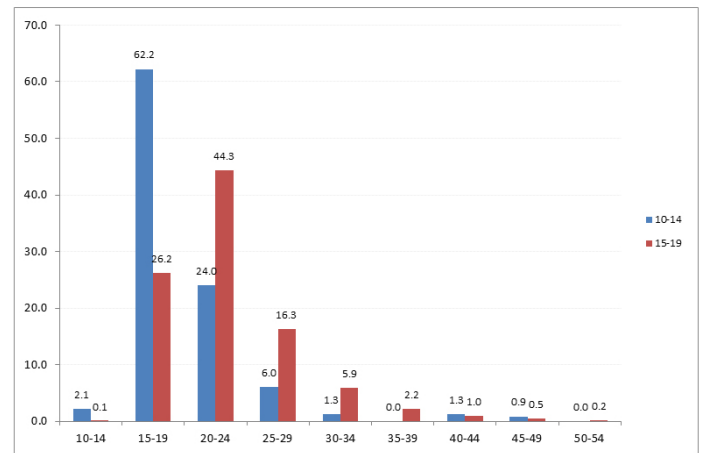
## Edad del padre:

En el tema de embarazo adolescente se requiere analizar el problema desde varias perspectivas: que incluyen el delito que constituye, los efectos emocionales en la mujer, la perspectiva que tiene en la calidad de vida del niño o niña producto de la gestación, razón por lo que se aporta esta variable que involucra al padre. La variable se analiza para llamar la atención sobre el hecho que un alto porcentaje de los casos son menores de edad y el 2.1% (5) son padres de 10 a 14 años de edad. 145 correspondientes al 62.2% tenían edades comprendidas de 15 a 19 años.

**Gráfica 2.** Número de embarazos en el grupo de 15 a 19 años. Medellín 1999- 2013



Fuente: RUAF. Secretaría Salud de Medellín.



## Causas identificadas a nivel Municipal.

- Factores de riesgos sociales, económicos, culturales y del sistema de salud.
- Falta de oportunidades para la consolidación de un proyecto de vida.
- Desconocimiento de los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.
- Falta de acompañamiento y seguimiento a las adolescentes para evitar un segundo embarazo.
- Débil articulación intersectorial.

## Acciones de la política en el Municipio.

- Establecer mecanismos intersectoriales para el desarrollo de estrategias articuladas de información, comunicación y educación para el ejercicio de una sexualidad sana y responsable.
- Fortalecer la estrategia de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes en la ciudad.
- Estimular y acompañar el proceso de participación social juvenil en los temas de salud sexual y reproductiva.
- Monitoreo y verificación en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB e IPS con respecto a la búsqueda, inscripción y atención de la población adolescente que tiene afiliada.

## Referencias

1. (Ministerio de Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá febrero 2003).
2. (La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI /A. AGUIRRE, CIEAP/UAEM, México, 2009).
3. (Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud, Informe año 2013 Así te ves salud, Medellín, 2014).
4. (Ministerio de Salud y Protección social, USAID, Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bogotá, 2010).
5. Estado del Arte en Investigaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, Gallo 2008. Editorial Académica Española, 2013.

Secretaría de Salud de Medellín  
[www.medellin.gov.co/salud](http://www.medellin.gov.co/salud)  
[secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)  
Línea de Atención al Ciudadano 44 44 144

 Medellín ciudad saludable

 saludmedellin

 @saludmedellin

