



Capítulo VII:

Situación materno infantil



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



CAPÍTULO VII

Introducción	2
7.1 Comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía a nivel mundial, regional y nacional.....	3
7.1.1 Hallazgos.....	6
7.1.2.1 Morbilidad materna extrema	6
7.1.2.2 Mortalidad materna	10
7.1.2.3 Mortalidad perinatal y neonatal tardía.....	14
7.1.2 Orientaciones estratégicas	18
7.2 Comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años a nivel mundial, regional y nacional.....	21
7.2.1 Estado del arte	22
7.2.2 Hallazgos.....	23
7.2.2.1 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA) o Desnutrición DNT.....	23
7.2.3 Orientaciones estratégicas	30
Conclusiones generales.....	31
Referencias	32



CAPÍTULO VII.

Introducción

La mortalidad materna constituye un problema prioritario de salud pública y un indicador sensible de las desigualdades sociales, económicas y sanitarias presentes en los territorios. Este evento afecta de manera desproporcionada a las mujeres en condiciones de mayor pobreza y vulnerabilidad, evidenciando brechas persistentes en el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención en salud.

A nivel mundial, se ha documentado que factores estructurales como la pobreza, la distancia geográfica entre los hogares y los servicios de salud, la falta de información suficiente y confiable, así como determinadas prácticas culturales, limitan el acceso oportuno a la atención materna. Estas condiciones incrementan el riesgo de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, y se traducen en mayores niveles de mortalidad materna, especialmente en contextos con sistemas de salud débiles o fragmentados (1,2).

Por su parte, la mortalidad infantil por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) y desnutrición aguda severa sigue siendo mayoritariamente prevenible y un indicador clave del desarrollo y del desempeño del sistema de salud. Aunque en Colombia y Antioquia se han logrado avances, persisten importantes inequidades territoriales, con mayores riesgos en zonas rurales y poblaciones vulnerables. Durante 2024 y 2025, la IRA mantiene un comportamiento estacional, la EDA continúa asociada a condiciones ambientales y de acceso a agua potable, y la desnutrición aguda se consolida como un determinante transversal que incrementa el riesgo de muerte. En conjunto, estos eventos evidencian la necesidad de fortalecer la atención integral, la detección temprana y las acciones intersectoriales para reducir muertes evitables en mujeres gestantes y en la primera infancia.



7.1 Comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía a nivel mundial, regional y nacional

El comportamiento de la mortalidad materna (MM) presenta una marcada heterogeneidad a nivel mundial. Para el año 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó aproximadamente 260.000 muertes maternas, de las cuales cerca del 70% se concentraron en África Subsahariana, seguida por Asia Meridional con el 17% de los casos. Si bien África Subsahariana ha logrado reducir en más del 50% las muertes maternas en las últimas décadas, continúa siendo la región con mayor carga de este evento.

Las diferencias se acentúan al analizar la razón de mortalidad materna (RMM) según el nivel de ingresos de los países. En 2023, los países de bajos ingresos registraron una RMM de 346 MM por cada 100.000 nacidos vivos, en contraste con una RMM de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en los países de altos ingresos, lo que evidencia profundas inequidades globales en salud materna (1).

En América Latina y el Caribe, de acuerdo con UNICEF, durante 2023 se registraron aproximadamente 7.200 MM. La RMM regional disminuyó de 92 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2020 a 77 en 2023. No obstante, al interior de la región persisten diferencias significativas entre países. En 2023, Haití y Venezuela presentaron las RMM más elevadas, con 328 y 227 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente, mientras que Uruguay y Chile registraron las RMM más bajas, con 15 y 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (N.V) (3).

En el contexto nacional, el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó para el año 2024, con bases cerradas, un total de 196 MM, lo que corresponde a una RMM de 44,3 MM por cada 100.000 nacidos vivos (4). El análisis territorial evidencia un riesgo diferencial entre departamentos; según información disponible a período epidemiológico XII de 2024, los departamentos con mayores RMM fueron Chocó, Vichada y La Guajira, con razones de 292, 265 y 138,1 MM por cada 100.000 N. V, respectivamente (5).

Un evento predictor de la mortalidad materna es la Morbilidad Materna Extrema (MME) cuya vigilancia inició en Colombia desde el año 2014. Los esfuerzos en articulación interinstitucional entre Instituciones Prestadoras de servicios de



Salud (IPS), Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y Entidades Territoriales (ET) para que cada actor realice las competencias a su cargo; IPS con la identificación, captación y notificación oportuna; EAPB con redes de atención contratadas que permitan la atención de calidad, integral e integrada y el seguimiento oportuno a los casos de MME; ET red de atención que permitan la atención de calidad, integral e integrada y el seguimiento oportuno a los casos de población pobre no asegurada; y el seguimiento y acompañamiento a la red en términos de aplicación de las funciones en vigilancia. Entre las condiciones de salud implicadas en la MME en el departamento de Antioquia se encuentran los Trastornos Hipertensivos Asociados al Embarazo (THAE), la hemorragia obstétrica y la sepsis.

Por otro lado, la mortalidad perinatal y neonatal tardía es un resultado negativo de salud materno infantil que puede ser explicado por complicaciones relacionadas con la salud materna, cuidados prenatales, atención del parto, atención del recién nacido y atención del neonato AIEPI. La problemática que principalmente está relacionada con la mortalidad perinatal y neonatal tardía es la salud materna. Mujeres con THAE, patologías crónicas relacionadas con la nutrición, patologías agudas como infecciones relacionadas con infecciones urinarias, STORCH (Sífilis, Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes), entre otras explican mortalidades perinatales. Se hace necesario captar oportunamente a las gestantes para identificar, diagnosticar y tratar tempranamente las diferentes patologías que presenten y así impactar en la morbimortalidad maternoperinatal.

Estado del arte

Ante el panorama de profundas desigualdades sociales y sanitarias evidenciadas a nivel mundial, regional y nacional, en el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la Declaración del Milenio, estableciendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como hoja de ruta para la construcción de un mundo más equitativo, pacífico y próspero al año 2015. El Objetivo 5 se orientó a mejorar la salud sexual y reproductiva, con la meta de reducir en un 75% la RMM (6).

Colombia adoptó los ODM mediante los documentos CONPES 91 de 2005 y 140 de 2011, definiendo como meta nacional la reducción de la RMM a 45 muertes por cada 100.000 N. V (7).

Posteriormente, en 2015, los líderes mundiales adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, estructurada en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El ODS 3, orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar,



establece como una de sus metas reducir la razón mundial de muertes maternas a menos de 70 muertes por cada 100.000 N.V. En Colombia, la implementación de los ODS se formalizó a través del CONPES 3918, que fijó como meta nacional la reducción de la RMM a 32 muertes por cada 100.000 N. V para el año 2030 (8).

Como estrategia central para avanzar hacia este objetivo, se consolidó la política de Maternidad Segura, orientada a garantizar que todas las mujeres transiten el embarazo, el parto y el puerperio en condiciones de dignidad, seguridad y calidad. Esta estrategia promueve el acceso efectivo y oportuno a servicios integrales de salud, con enfoque de derechos, equidad de género, enfoque diferencial y atención centrada en la persona y la familia. Su propósito fundamental es reducir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal prevenibles mediante intervenciones basadas en la evidencia, la articulación intersectorial y el fortalecimiento de las capacidades territoriales. En este marco, la Resolución 3280 de 2018 reglamenta la atención integral materno-perinatal en el país (9).

De manera complementaria, el Instituto Nacional de Salud implementó la vigilancia en salud pública de los eventos asociados a la maternidad segura, que incluye la MM, la MME y la mortalidad perinatal (MP) y neonatal tardía (MPNT). Esta vigilancia tiene como objetivo fortalecer los procesos de identificación y notificación de los eventos, analizar su comportamiento de forma individual y agregada, y generar información oportuna para orientar la toma de decisiones y la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud (10).

La MME constituye uno de los indicadores clave para evaluar la calidad del cuidado obstétrico. Este evento comprende las complicaciones potencialmente letales que ocurren durante el embarazo, el parto o hasta 42 días posteriores al parto, y de las cuales las mujeres sobreviven. La vigilancia de estos casos, también denominados “muertes maternas evitadas”, permite identificar fallas estructurales del sistema de salud, barreras en el acceso oportuno y deficiencias en la capacidad resolutoria de los servicios (10).

La MM se clasifica en temprana, tardía y coincidente. La muerte materna temprana corresponde a aquella que ocurre durante la gestación, el parto o hasta los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, como consecuencia de complicaciones directas o indirectas relacionadas con este. No se incluyen en esta categoría las muertes por causas externas o violentas, como accidentes de tránsito, homicidios o lesiones autoinfligidas, las cuales se clasifican como muertes coincidentes, ni aquellas que ocurren entre los 43 y 365 días posteriores al parto, denominadas muertes maternas tardías (2). Para efectos de la



vigilancia en salud pública, el análisis se centra en los casos de muerte materna temprana.

Finalmente, la MP y MPNT, que agrupa las muertes fetales a partir de la semana 22 de gestación o con peso igual o superior a 500 gramos, así como las muertes neonatales hasta los 28 días de vida, constituye otro componente crítico en la garantía de una maternidad segura. Este indicador refleja el desempeño del sistema de salud en el control prenatal, la atención del parto y el cuidado del recién nacido (11).

La comprensión integral de estos eventos permite identificar de manera temprana fallas en los procesos de atención, desigualdades en el acceso a los servicios y barreras estructurales que afectan de forma desproporcionada a las mujeres en mayor condición de vulnerabilidad. Esta perspectiva se alinea con el enfoque de curso de vida y los determinantes sociales de la salud, y orienta la formulación de estrategias diferenciadas y acciones territoriales sostenibles.

7.1.1 Hallazgos

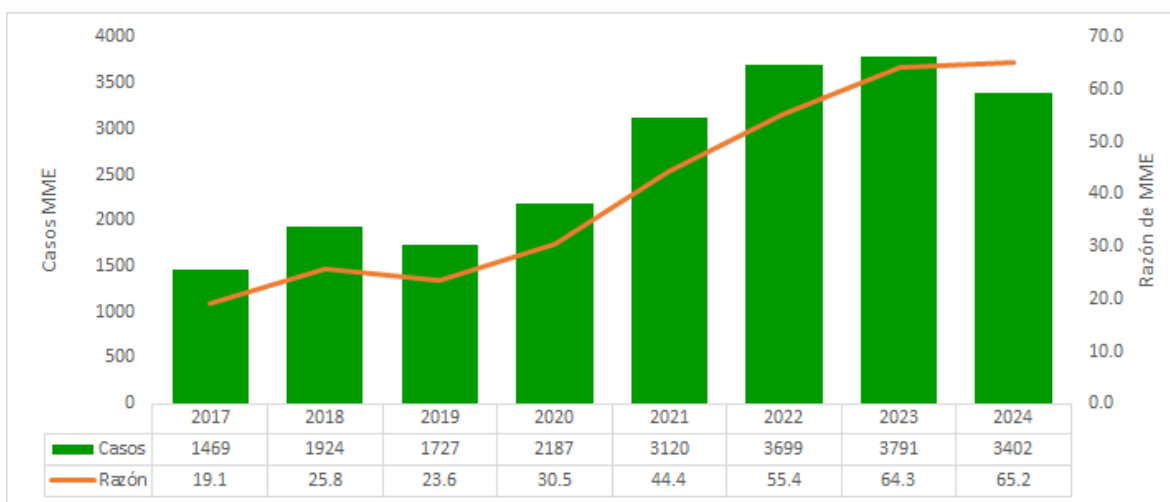
7.1.2.1 Morbilidad materna extrema

El análisis del comportamiento de los casos y de la razón de morbilidad materna extrema (MME) en Antioquia entre 2017 y 2024 permite identificar patrones relevantes asociados, en parte, al fortalecimiento progresivo de la vigilancia en salud pública. Se evidencia un incremento sostenido en el número de casos notificados, con un pico en 2023, lo que sugiere una mayor capacidad de detección y reporte del evento.

Por su parte, el mayor valor de la razón de MME se registró en 2024, fenómeno que se explica principalmente por la reducción del 11,5% en el número de nacidos vivos al comparar los registros de 2023 y 2024, lo cual impacta directamente el cálculo del indicador.

Estos hallazgos resultan fundamentales para orientar las estrategias de vigilancia epidemiológica, la respuesta institucional y el fortalecimiento de la atención materna, con el propósito de reducir los riesgos asociados a la MME y mejorar los desenlaces en salud materna en el departamento.



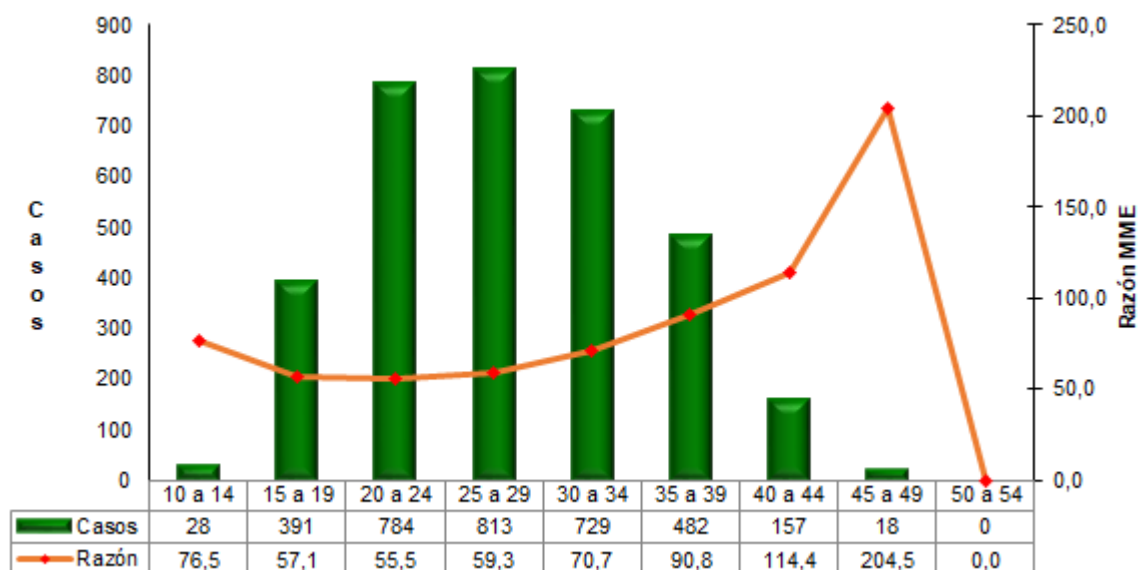


Gráfica 1. Tendencia en el comportamiento de los casos y la razón de MME. Antioquia, 2017 - 2024

Fuente: Nacidos vivos DANE, 2024 dato preliminar y Casos SIVIGILA

El análisis de la tendencia de la MME por quinquenios de edad evidencia que el mayor número de casos se concentra en mujeres entre los 20 y 34 años, grupo que agrupa el 68,4% del total de los casos, con una razón de MME de 61,0 casos por cada 1.000 nacidos vivos. No obstante, el análisis del riesgo muestra que este aumenta progresivamente con la edad materna, tal como se observa en la gráfica, lo que sugiere una mayor probabilidad de complicaciones graves a medida que avanza la edad gestacional.





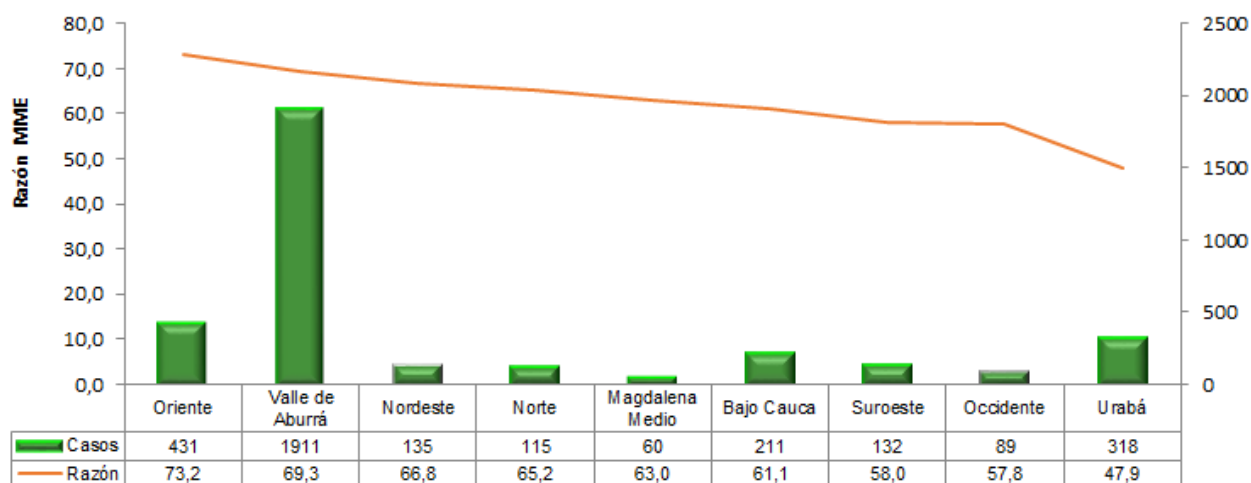
Gráfica 2. Frecuencia absoluta de casos y la razón de MME según quinquenio de edad. Antioquia, 2024
Fuente: Nacidos vivos preliminar DANE 2024 y Casos SIVIGILA

La distribución de la razón de MME al interior del departamento es heterogénea. La gráfica evidencia que las subregiones de Oriente, Valle de Aburrá y Nordeste presentan razones superiores a la razón departamental, mientras que las demás subregiones registran valores inferiores.

Es importante resaltar que este indicador no se relaciona de manera directa con la ocurrencia de MM. En 2024, la subregión de Oriente no reportó casos de MM; sin embargo, fue la subregión con la razón de MME más alta del departamento. De igual forma, las subregiones de Occidente y Urabá no presentaron muertes maternas y registraron las razones de MME más bajas.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer los procesos de identificación, notificación y seguimiento oportuno de los casos de MME, dado que una vigilancia adecuada permite activar de manera temprana las acciones individuales y colectivas correspondientes por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y de las entidades territoriales competentes, contribuyendo a la prevención de desenlaces maternos fatales.





Gráfica 3. Distribución de frecuencia absoluta y razón de MME según subregión de residencia. Antioquia, 2024
Fuente: Nacidos vivos preliminar DANE 2024 y Casos SIVIGILA

Respecto a las condiciones sociodemográficas de las mujeres notificadas con MME, se evidencia que el 85,6% reportaron estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, lo que refleja una mayor concentración del evento en población con condiciones de vulnerabilidad social. Asimismo, el 75,6% de las mujeres reportaron residir en área urbana, lo que puede estar relacionado tanto con la mayor concentración poblacional como con una mayor capacidad de identificación y notificación del evento en estos territorios.

En relación con la pertenencia étnica, el 2,4% de las mujeres notificadas con MME se reconocieron como afrodescendientes y el 0,6% como indígenas. No obstante, al analizar los casos de MM ocurridos en 2024, se identificó una defunción en una mujer indígena y dos defunciones en mujeres afrodescendientes. Esta situación se traduce en una relación MME/MM de una MM por cada 21 mujeres notificadas con MME en población indígena, una por cada 42 mujeres en población afrodescendiente y una por cada 255 mujeres sin pertenencia étnica.

Estos resultados evidencian inequidades persistentes en los desenlaces maternos asociadas a determinantes sociales, económicos y culturales, y refuerzan la necesidad de fortalecer la atención en salud con enfoque diferencial, intercultural y dirigido a poblaciones históricamente vulneradas.

En cuanto al talento humano en salud, más del 87,7% de los casos notificados al SIVIGILA ingresaron con uno o dos criterios de inclusión, lo que indica que la



mayoría de las mujeres notificadas con MME no presentaron criterios de severidad clínica. Este hallazgo subraya la importancia de fortalecer los procesos de identificación, registro y análisis de los casos con mayor gravedad, dado que estos pueden constituir eventos centinela de fallas en la atención obstétrica y requieren intervenciones prioritarias desde el enfoque clínico y de salud pública.

El índice de letalidad por MME, definido como el porcentaje de mujeres con morbilidad materna extrema que fallecen, fue de 0,5% (16 fallecimientos entre 3.402 casos notificados), valor que se considera aceptable. Sin embargo, resulta necesario mantener un monitoreo continuo de este indicador y reforzar las estrategias orientadas a su reducción, mediante el fortalecimiento de la atención oportuna, resolutive y especializada.

Finalmente, el índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía asociada a la MME fue de 0,26%, lo que corresponde a un nivel bajo. Este resultado constituye un hallazgo positivo y sugiere una adecuada respuesta del sistema de salud en la atención perinatal y neonatal en el contexto de eventos maternos graves. No obstante, es fundamental sostener y mejorar las intervenciones clínicas y de salud pública que permitan preservar y optimizar estos desenlaces favorables.

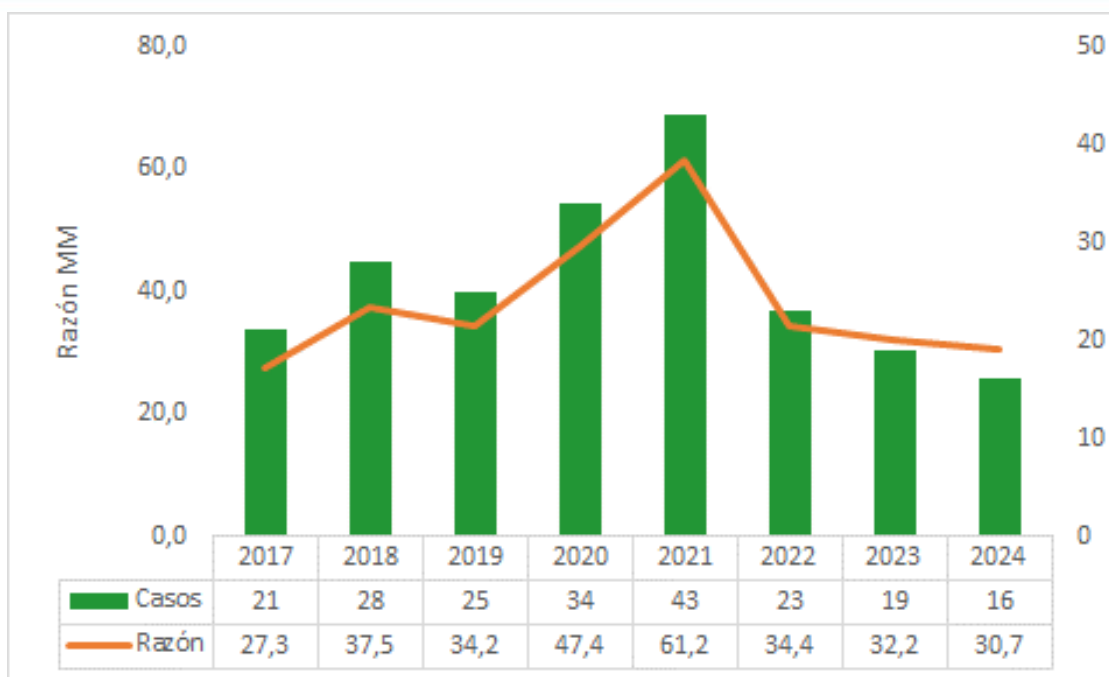
7.1.2.2 Mortalidad materna

La tendencia de la mortalidad materna temprana presentó un comportamiento atípico en 2017, en comparación con los años 2018 y 2019, que mostraron un patrón más estable. Durante 2020 y 2021 se evidenció un incremento de la razón de mortalidad materna (RMM), asociado principalmente al impacto de la pandemia por COVID-19 sobre el acceso y la oportunidad de la atención en salud materna.

A partir de 2022 se retomaron niveles de RMM similares a los registrados en 2019, y desde entonces se observa un descenso progresivo. Esta evolución favorable se atribuye, entre otros factores, al fortalecimiento de la estrategia de maternidad segura, la implementación de la Resolución 3280 de 2018 y las acciones desarrolladas en el marco del plan de desaceleración de la mortalidad materna.

No obstante, es fundamental mantener y profundizar los esfuerzos interinstitucionales y territoriales para garantizar la sostenibilidad de esta reducción en el tiempo y avanzar hacia la eliminación de la mortalidad materna evitable.





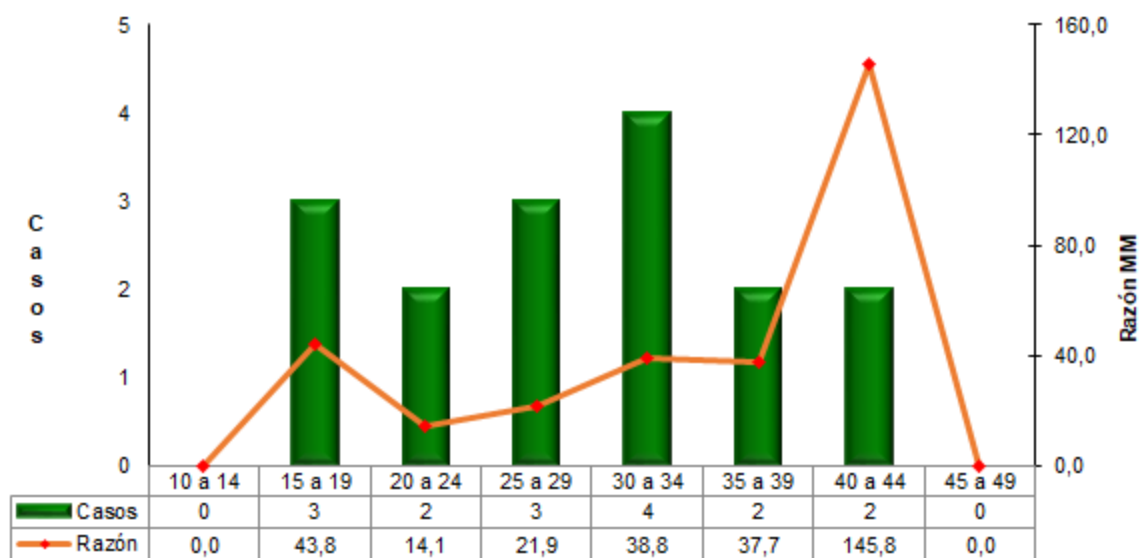
Gráfica 4. Tendencia en el comportamiento de los casos y la RMM. Antioquia, 2017 - 2024

Fuente: Nacidos vivos DANE, 2024 dato preliminar y Casos SIVIGILA

La MM presenta un comportamiento diferencial según el grupo de edad, con mayor riesgo en los extremos del curso de vida reproductivo, particularmente en mujeres de 15 a 19 años y en aquellas de 40 años o más. Este patrón se evidencia de manera consistente tanto en la MM como en la MME, lo que confirma la mayor vulnerabilidad de estos grupos etarios frente a complicaciones graves durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer las estrategias de prevención de embarazos no deseados en niñas, adolescentes y mujeres de edad avanzada, especialmente en aquellas cuya paridad puede considerarse satisfecha. Asimismo, subrayan la necesidad de ampliar y consolidar la oferta de la consulta preconcepcional como un espacio clave para la identificación, valoración y gestión oportuna de los riesgos, contribuyendo a la reducción de la MME y MM prevenible.





Gráfica 5. Frecuencia absoluta de casos y la RMM según quinquenio de edad. Antioquia, 2024

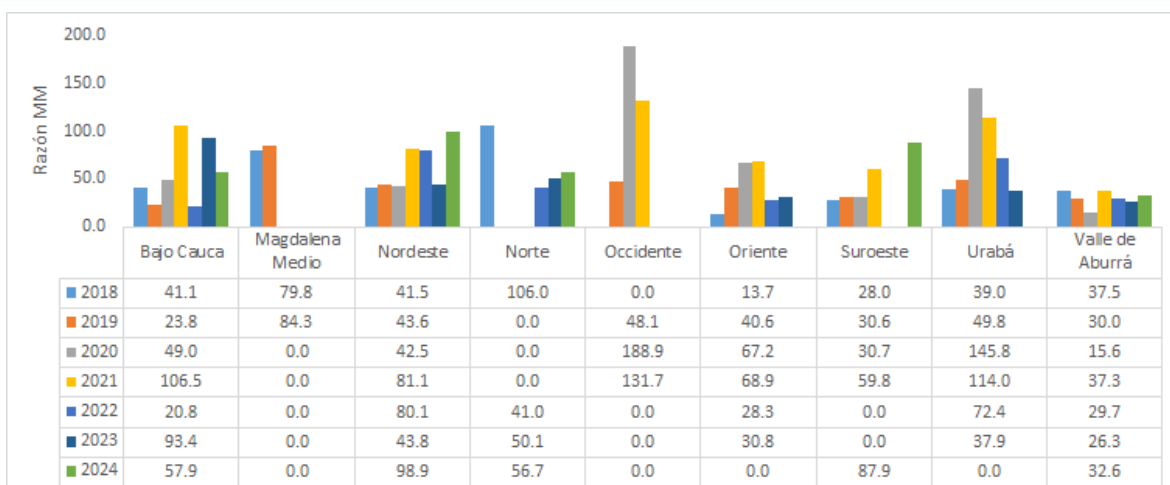
Fuente: Nacidos vivos preliminar DANE 2024 y Casos SIVIGILA

La tendencia de la RMM por subregión desde el año 2018, evidenciando comportamientos diferenciales al interior del departamento. Llama la atención el ascenso progresivo de la mortalidad materna en las subregiones de Nordeste y Norte, así como el comportamiento del Suroeste, que, pese a no haber registrado casos en 2022 y 2023, vuelve a presentar muertes maternas en 2024.

De manera consistente, subregiones como Bajo Cauca y Valle de Aburrá han reportado casos de mortalidad materna a lo largo de los siete años analizados, lo que sugiere la persistencia de riesgos estructurales y retos en la atención materna. Estas diferencias territoriales pueden explicarse por condiciones particulares de cada subregión, como la lejanía de los centros de atención especializada en el Nordeste, la mayor presencia de población indígena en el Suroeste y las complejas condiciones de orden público en el Bajo Cauca, factores que inciden en el acceso oportuno y la continuidad de la atención en salud.

En contraste, resulta relevante el comportamiento observado en las subregiones de Magdalena Medio, Occidente y Urabá, las cuales presentan una tendencia al descenso o ausencia de casos de mortalidad materna durante al menos los últimos tres años, lo que podría reflejar avances en la capacidad resolutive, la articulación de la red de servicios y la implementación de estrategias de maternidad segura en estos territorios.





Gráfica 6. Tendencia del comportamiento de la muerte materna RMM según subregión de residencia. Antioquia, 2018 a 2024
Fuente: Nacidos vivos DANE, 2024 dato preliminar y Casos SIVIGILA

En relación con las variables sociodemográficas, se observa que, al igual que en la notificación de los casos de MME, el 86,7% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, lo que reafirma la posible asociación entre vulnerabilidad social y desenlaces maternos adversos. Según el régimen de afiliación, el 50% de las muertes maternas se presentó en mujeres afiliadas al régimen contributivo, mientras que el 6% no contaba con afiliación al sistema de salud durante la gestación, evidenciando barreras de acceso y continuidad en la atención.

En cuanto a las causas de muerte, el 68,8% correspondió a causas indirectas, lo que pone de manifiesto la carga de comorbilidades y condiciones preexistentes que complican el embarazo. Dentro de los casos de MM, se registró el fallecimiento de una mujer indígena por causa indirecta y de dos mujeres afrodescendientes, también por causas indirectas, lo que refuerza la necesidad de intervenciones con enfoque diferencial e intercultural.

En este contexto, se recomienda orientar las intervenciones de manera focalizada. En primer lugar, priorizar la subregión del Nordeste, donde la RMM más elevada indica un riesgo desproporcionado en relación con el volumen de nacimientos, lo que hace necesario profundizar en el análisis de los factores contextuales y fortalecer la atención obstétrica y las acciones de prevención. En segundo lugar, mantener una vigilancia estrecha en las subregiones de Bajo Cauca, Norte y Suroeste, ya que, aunque el número absoluto de casos sea bajo, los indicadores evidencian una mayor vulnerabilidad relativa. Finalmente, se

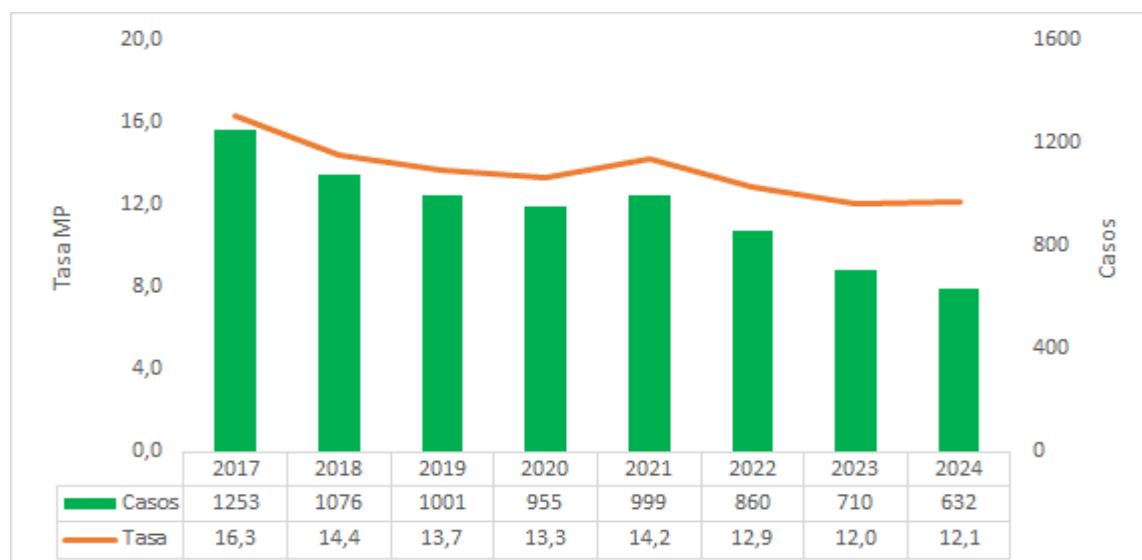


propone utilizar la razón departamental de 30,7 muertes maternas por cada 100.000 N. V como umbral de referencia para la formulación de políticas y la asignación de recursos, priorizando intervenciones diferenciadas en las subregiones que superan este valor. Este enfoque permitirá avanzar hacia una estrategia territorialmente específica, orientada tanto a la reducción de la carga absoluta de muertes como a la disminución de las razones desproporcionadas.

7.1.2.3 Mortalidad perinatal y neonatal tardía

El análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía es fundamental para evaluar la calidad, el acceso y la oportunidad de la atención materno-infantil, así como el desempeño del sistema de salud durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal. En Antioquia, el seguimiento de estos eventos permite identificar brechas en la atención y oportunidades de mejora en la ruta integral de cuidado materno y perinatal.

La tendencia de la mortalidad perinatal muestra un descenso progresivo, con un leve incremento en 2021 probablemente asociado a la pandemia por COVID-19, y una posterior retomada de la tendencia descendente. En 2024 se registró el menor número de casos, con una tasa similar a la del año previo, comportamiento coherente con la reducción observada en la mortalidad materna.

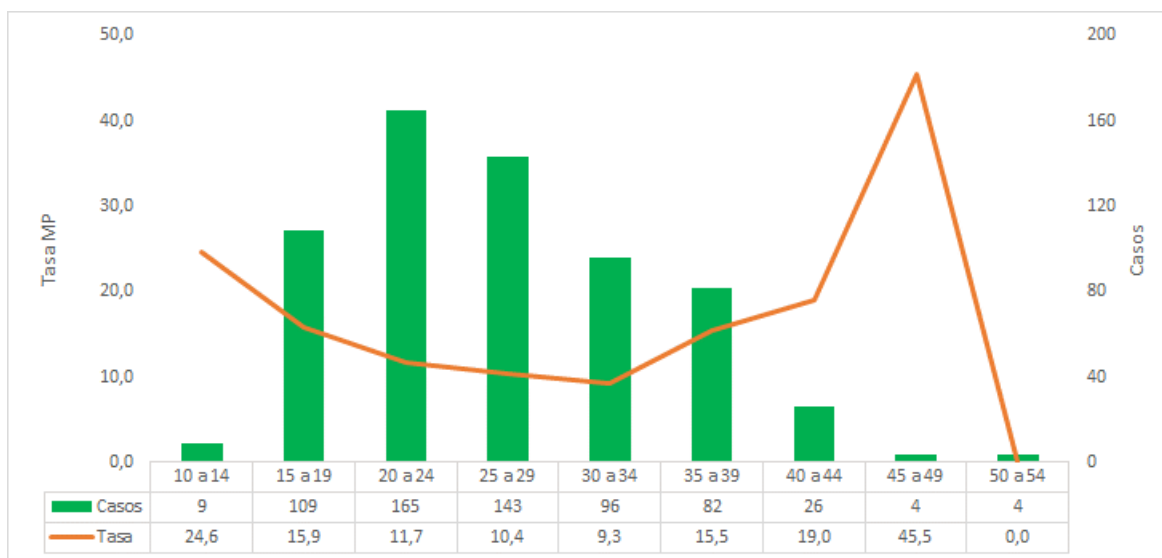


Gráfica 7. Tendencia en el comportamiento de los casos y la tasa de mortalidad perinatal. Antioquia, 2017 - 2024

Fuente: Nacidos vivos DANE, 2024 dato preliminar y Casos SIVIGILA



En relación con el comportamiento de la tasa de mortalidad perinatal por quinquenios de edad materna, se evidencia un patrón similar al observado para la MME y la MM, con tasas más elevadas en los extremos de la edad reproductiva. Asimismo, el mayor número de casos se concentra en mujeres jóvenes y adultas jóvenes, lo que responde a una mayor frecuencia de nacimientos en estos grupos etarios.



Gráfica 8. Frecuencia absoluta de casos y la tasa de mortalidad perinatal según quinquenio de edad de la madre. Antioquia, 2024

Fuente: Nacidos vivos DANE, 2024 dato preliminar y Casos SIVIGILA

Al analizar la mortalidad perinatal por subregión de residencia materna, se evidencia que el Nordeste, subregión que presenta la mayor razón de MM, ocupa el segundo lugar en muertes perinatales, con una tasa cercana a 16 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos. En primer lugar, se encuentra la subregión de Occidente, que no registra muertes maternas desde 2022 y presenta una de las razones más bajas de morbilidad materna extrema en el departamento. Este comportamiento constituye una señal de alerta, dado que la mortalidad perinatal es un indicador sensible de la calidad de la atención materno-infantil y del acceso oportuno a los servicios de salud durante el embarazo, el parto y los primeros días de vida, reflejando las condiciones estructurales y funcionales del sistema de salud en los territorios. En este contexto, se evidencia que la mayoría de las subregiones presentan tasas superiores a la departamental, con excepción de Oriente, Norte y Valle de Aburrá.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)

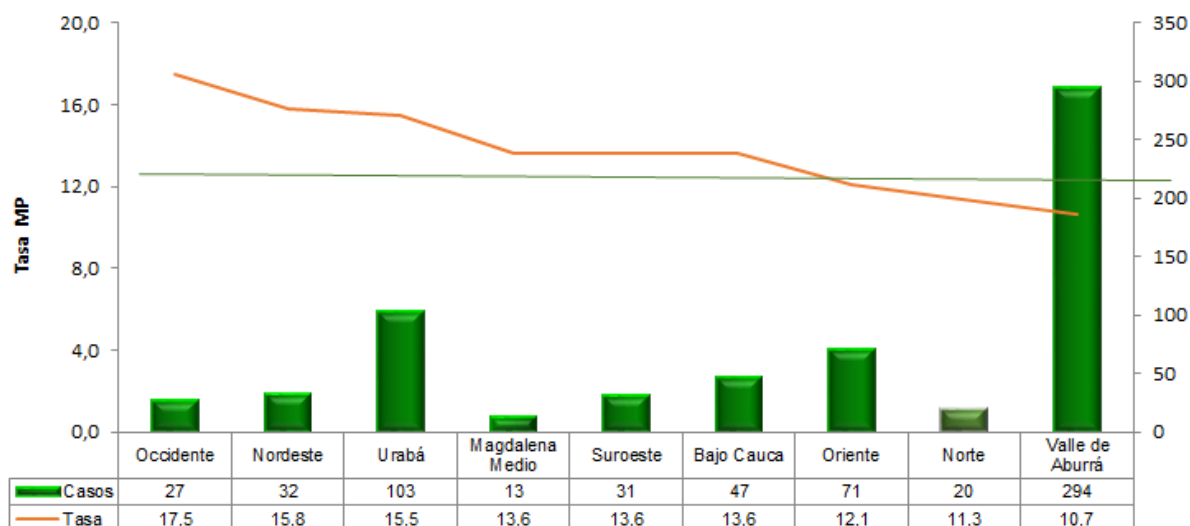
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000

Medellín - Colombia.



SC4887-1





Gráfica 9. Tendencia del comportamiento de la muerte perinatal con frecuencia absoluta y tasa según subregión de residencia. Antioquia, 2018 a 2024
Fuente: Nacidos vivos preliminar DANE 2024 y Casos SIVIGILA

El análisis de las condiciones sociodemográficas y clínicas de las mujeres con mortalidad perinatal muestra que el 69,9% residían en áreas urbanas y el 50,8% pertenecían al régimen subsidiado. El 6,1% correspondió a mujeres de pertenencia étnica (3,1% afrodescendientes y 3,0% indígenas). Desde el punto de vista clínico, se evidenció una alta proporción de prematuridad: el 54,2% de los partos ocurrió con 30 semanas de gestación o menos y el 71,8% con 35 semanas o menos. Adicionalmente, el 5,8% de los partos fueron extra-institucionales, lo que incrementa el riesgo de desenlaces adversos prevenibles.

El análisis del tablero de problemas correspondiente a las unidades de análisis de mortalidad perinatal y neonatal tardía del año 2024, identificó causas recurrentes asociadas principalmente a fallas en la implementación de acciones preventivas, baja percepción del riesgo en salud por parte de las gestantes y cuidadores, incumplimiento de las acciones de demanda inducida y deficiencias en la adherencia a las guías de atención clínica. Asimismo, se evidenció debilidad en la articulación intersectorial, insuficientes acciones de educación para la salud y deficiencias en el diligenciamiento de la historia clínica, lo que limita el seguimiento adecuado de los casos. Estas causas involucran responsabilidades compartidas entre IPS, EAPB, las gestantes y sus cuidadores, destacando la necesidad de fortalecer la coordinación entre los actores del sistema.



En el balance general de la vigilancia en Antioquia durante 2024, la razón de mortalidad materna fue de 30,7 por cada 100.000 nacidos vivos, inferior al promedio nacional (43,6), aunque aún por encima del umbral ideal definido por la OMS. Persisten brechas territoriales, especialmente en subregiones como Nordeste y Urabá, donde los determinantes sociales y las limitaciones en la red de servicios continúan afectando la respuesta ante eventos prevenibles.

En cuanto a la mortalidad perinatal y neonatal tardía, el departamento registró una tasa de 12,2 por cada 1.000 nacidos vivos, inferior al promedio nacional (12,9), lo que sugiere avances en la calidad de la atención obstétrica y neonatal. No obstante, algunas subregiones superan este valor, evidenciando la necesidad de fortalecer el acceso oportuno a servicios de parto institucional y atención neonatal especializada. Finalmente, la prevalencia de defectos congénitos fue superior al promedio nacional, lo que probablemente refleja mejoras en la vigilancia y resalta la importancia de consolidar programas de tamizaje neonatal, diagnóstico oportuno y acciones preventivas desde la preconcepción y el curso de vida.



7.1.2 Orientaciones estratégicas

Departamento de Antioquia

- **Fortalecer la capacidad de análisis territorial:** implementar un sistema de vigilancia epidemiológica más robusto y proactivo que permita el análisis oportuno de los eventos de salud materna y neonatal, con desagregación por subregión, municipio, régimen y estrato socioeconómico, priorizando territorios con mayor carga como Nordeste, Suroeste y Urabá.
- **Promover el uso de los datos para la acción:** garantizar la difusión sistemática de los informes departamentales a municipios, IPS y EAPB, integrando los resultados en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las acciones de salud pública.
- **Acompañamiento técnico y monitoreo:** realizar visitas técnicas periódicas a municipios e IPS con mayores brechas en indicadores, orientadas al análisis de eventos, la gestión del riesgo y la formulación de planes de mejora.
- **Gestión de la calidad del dato:** fortalecer los procesos de validación, depuración y auditoría de la información del SIVIGILA y del aplicativo UACE, promoviendo el cruce con estadísticas vitales y asegurando la consistencia de los registros.
- **Coordinación intersectorial:** promover mesas de trabajo con las Secretarías de Educación, Planeación y Mujer para abordar determinantes sociales clave como el embarazo adolescente, el bajo nivel educativo y las barreras de acceso a los servicios de salud.

Para las Entidades Territoriales Municipales

- **Análisis local con enfoque diferencial:** utilizar los datos del propio municipio para identificar patrones territoriales, poblaciones en riesgo y barreras locales de acceso o calidad, orientando las intervenciones a partir de esta evidencia.
- **Supervisión a IPS y EAPB locales:** implementar estrategias de seguimiento continuo para verificar la calidad del reporte al SIVIGILA, el cumplimiento de las RIAS y la ejecución de intervenciones en salud materna y neonatal.
- **Implementación de acciones intersectoriales:** diseñar planes locales articulados con instituciones educativas, programas de infancia, comisarías de familia y redes comunitarias, abordando causas estructurales como embarazo adolescente, violencia intrafamiliar y desnutrición materna.
- **Fortalecimiento del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC):** incluir actividades orientadas a la promoción del control prenatal temprano, el



autocuidado durante el embarazo y la participación comunitaria en salud materna y neonatal.

- **Garantizar la participación comunitaria:** involucrar líderes locales, organizaciones sociales y veedurías ciudadanas en el seguimiento de los planes de acción, fortaleciendo la transparencia y el control social.

Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

- **Cumplimiento riguroso de protocolos clínicos:** garantizar la formación y actualización continua del personal de salud en guías nacionales para la atención de la gestación, parto, puerperio y atención neonatal, priorizando RIAS, emergencias obstétricas, tamizajes neonatales y notificación en salud pública.
- **Optimización de la historia clínica:** mejorar el diligenciamiento completo, oportuno y con criterios de calidad de la historia clínica materna y neonatal, reduciendo eventos evitables asociados a deficiencias en la documentación.
- **Gestión clínica de casos sospechosos:** asegurar el seguimiento adecuado de casos de defectos congénitos, morbilidad materna extrema y muertes perinatales hasta su confirmación o descarte, cumpliendo los tiempos y lineamientos del INS.
- **Activación efectiva de las rutas de atención:** fortalecer los procesos de referencia y contrarreferencia, garantizando la remisión oportuna de gestantes y recién nacidos con signos de alarma o factores de riesgo, especialmente desde instituciones de baja complejidad.
- **Participación en análisis de casos:** Vincular activamente a las IPS en los comités técnicos de análisis de mortalidad materna y perinatal, aportando evidencia clínica y participando en la formulación de acciones correctivas.

Para la Población General y Gestantes

- **Fomento de la educación en salud:** Desarrollar campañas de sensibilización sobre signos de alarma durante el embarazo y en el recién nacido, la importancia del control prenatal y el ejercicio de los derechos en salud.
- **Promoción del autocuidado y la búsqueda activa de servicios:** Incentivar la asistencia oportuna a controles prenatales, la realización de tamizajes, la vacunación, la suplementación nutricional y la planificación familiar.
- **Fortalecimiento de redes de apoyo:** Impulsar el rol de la familia, parteras tradicionales y redes comunitarias en el acompañamiento del embarazo y el cuidado del recién nacido, especialmente en zonas rurales y dispersas.



- **Participación en el control social:** Estimular la participación ciudadana en la exigencia de servicios de calidad, la denuncia de fallas en la atención y la vinculación a espacios como los COPACOS.

Para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

- **Asegurar redes integrales de atención:** garantizar redes funcionales, oportunas y resolutivas para la atención materna y neonatal, incluyendo transporte, referencia, contrarreferencia y acceso a especialistas.
- **Mejorar la oportunidad y calidad de la atención:** implementar auditorías clínicas que evalúen tiempos de atención, cumplimiento de protocolos y desenlaces adversos en gestantes y recién nacidos.
- **Estrategias efectivas de demanda inducida:** realizar búsqueda activa y seguimiento de gestantes y recién nacidos que no asisten a controles, promoviendo su vinculación y adherencia a las rutas de atención.
- **Supervisión del cumplimiento de las RIAS:** verificar que las IPS contratadas apliquen adecuadamente las rutas integrales de atención materna y neonatal, interviniendo ante incumplimientos o barreras administrativas.
- **Participación activa en la vigilancia:** facilitar el flujo de información con las entidades territoriales, aportar al análisis de eventos y asumir la implementación de medidas correctivas derivadas de los comités de vigilancia.



7.2 Comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años a nivel mundial, regional y nacional

La mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) y desnutrición aguda severa (DNT) constituye un indicador clave del desarrollo humano, el bienestar infantil y el desempeño del sistema de salud. Aunque estas causas son en gran medida prevenibles mediante intervenciones costo-efectivas, continúan representando una proporción importante de muertes evitables, especialmente en contextos de pobreza, desigualdad, inseguridad alimentaria y limitaciones en el acceso a servicios de salud, agua potable y saneamiento básico.

En Colombia se han logrado avances sostenidos en la reducción de la mortalidad infantil; sin embargo, persisten brechas territoriales, sociales y urbano-rurales. La mortalidad integrada por IRA, EDA y desnutrición aguda severa mantiene un comportamiento estacional y está asociada a factores climáticos, circulación viral, coberturas de vacunación insuficientes y debilidades en la atención integral de la primera infancia. A nivel nacional, la IRA continúa siendo la principal causa de muerte, seguida de la desnutrición aguda y la EDA, con mayor afectación en menores de un año y en territorios con alta vulnerabilidad social y geográfica.

En Antioquia, si bien la mortalidad infantil se mantiene por debajo del promedio nacional, persisten inequidades territoriales y poblacionales, concentradas en subregiones con menor acceso a servicios de salud, saneamiento básico y capacidad resolutive del primer nivel de atención. Durante 2024 y 2025, la IRA ha mostrado un comportamiento estacional con aumento de la gravedad en lactantes; la EDA continúa asociada a deficiencias en agua potable y saneamiento; y la desnutrición aguda se consolida como un determinante transversal que incrementa el riesgo de muerte y agrava la vulnerabilidad frente a IRA y EDA. El aumento de la reincidencia en desnutrición evidencia dificultades estructurales para garantizar una recuperación nutricional sostenible.

En conjunto, la interacción entre IRA, EDA y desnutrición aguda configura un círculo epidemiológico prevenible que explica gran parte de la mortalidad infantil. Esta situación subraya la necesidad de fortalecer la atención integral en la primera infancia, la detección temprana, la continuidad de las rutas de atención, la articulación intersectorial y las acciones sobre los determinantes sociales, con el fin de reducir de manera sostenida las muertes evitables en niños y niñas menores de cinco años.



7.2.1 Estado del arte

La mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y desnutrición aguda sigue siendo un indicador clave del desarrollo social y del desempeño del sistema de salud en Colombia. En la última década, el abordaje ha transitado hacia un enfoque integrado, que reconoce la interrelación entre estas causas y la influencia de determinantes estructurales como la pobreza, las brechas geográficas y la desigualdad en el acceso a servicios.

El fortalecimiento del sistema de vigilancia (SIVIGILA-INS) ha permitido una mejor caracterización del evento mediante definiciones de caso más precisas, mayor calidad en la notificación y el uso sistemático de Unidades de Análisis, facilitando la identificación de causas inmediatas y determinantes subyacentes. Para 2024, la tasa nacional de mortalidad integrada se ubicó en 12,8 muertes por 100.000 menores de cinco años, y se destacó una disminución histórica de la mortalidad por desnutrición aguda, reflejando avances en detección y atención, especialmente en poblaciones vulnerables.

No obstante, persisten marcadas desigualdades territoriales y sociales, con departamentos que mantienen tasas elevadas asociadas a barreras de acceso, rezagos en infraestructura y determinantes sociales adversos. En este contexto, se reafirma la necesidad de consolidar un enfoque integral e intersectorial, que fortalezca la vigilancia, priorice territorios vulnerables y promueva modelos de atención primaria y comunitaria orientados a reducir de manera sostenible la mortalidad infantil evitable.

Definiciones operativas de caso

Caso probable de muerte por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años: corresponde a todo niño o niña menor de cinco años fallecido en cuyo certificado de defunción se registre, dentro de la cascada fisiopatológica (causa directa, causas antecedentes o condiciones contribuyentes), la presencia de infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), desnutrición aguda (DNT) o deficiencias nutricionales.

Caso confirmado de muerte por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años: se define como todo menor de cinco años fallecido con registro en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción de IRA, EDA, DNT o deficiencias nutricionales, cuya causa de muerte es confirmada mediante el proceso de Unidad de Análisis.



Caso descartado de muerte por IRA, EDA o DNT: corresponde a todo menor de cinco años fallecido en el cual, tras la realización de la Unidad de Análisis, se descarta la presencia de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda como causas asociadas a la muerte.

En los casos en los que existan patologías de base que expliquen el fallecimiento, estos no cumplen con la definición operativa de caso para IRA, EDA o DNT. Cuando durante el análisis se identifique la coexistencia de IRA-desnutrición o EDA-desnutrición dentro de la cascada fisiopatológica, se establecerá la desnutrición como causa básica de muerte, conforme a lo dispuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, volumen 2. En estos casos, se recomienda no dejar asociaciones en la clasificación final del evento.

7.2.2 Hallazgos

7.2.2.1 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA) o Desnutrición DNT

A lo largo de los últimos años, Antioquia ha implementado múltiples estrategias de alcance departamental orientadas a reducir las brechas territoriales y sociales existentes, con el propósito de impactar de manera directa la mortalidad potencialmente evitable, entre ellas la mortalidad en menores de cinco años por diferentes causas, incluyendo patologías asociadas a etiologías como la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda.

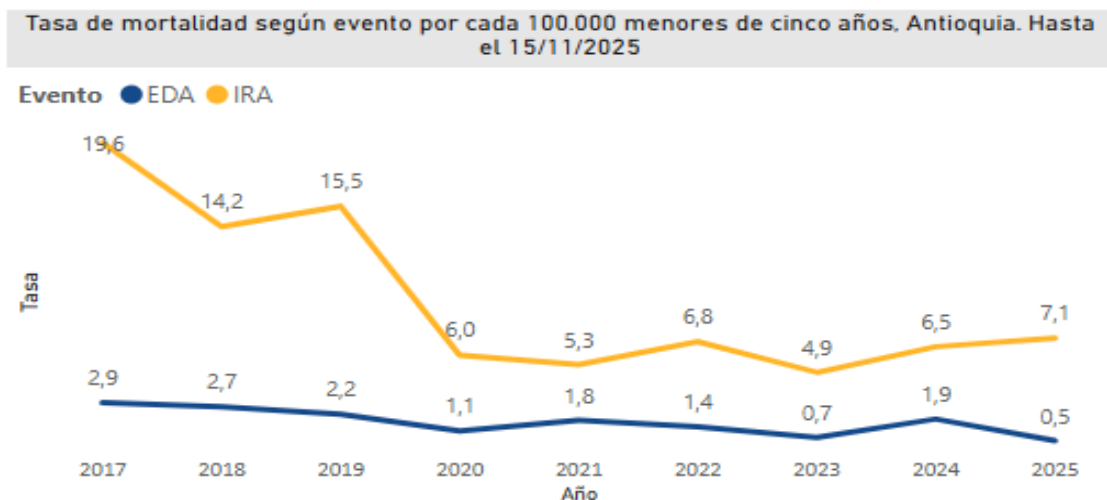
En la última década, la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Antioquia ha mostrado un comportamiento fluctuante, con picos en 2017 (2,9) y 2018 (2,7) muertes por 100.000 nacidos vivos. Posteriormente, se evidenció una reducción sostenida hasta alcanzar una tasa de 0,7 en 2023. No obstante, en 2024 se registró un incremento del 166 %, situándose en 1,9 muertes por 100.000 nacidos vivos. A pesar de que esta dinámica es similar a la observada a nivel nacional, el departamento continúa reportando tasas inferiores al promedio del país. Para 2025, con corte preliminar, se estima una tasa de 0,5 muertes por 100.000 nacidos vivos, lo que sugiere una nueva disminución en el indicador.

El repunte observado en 2024 se asocia principalmente con retrasos en la prestación de servicios de salud, dificultades en el reconocimiento oportuno de signos de alarma por parte de cuidadores, y barreras geográficas y económicas que limitan el acceso oportuno a la atención, especialmente en territorios con alta dispersión poblacional.



De manera concomitante, la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años presentó un incremento reciente al pasar de 6,5 a 7,1 muertes por 100.000 en el período 2024-2025 (dato preliminar). La tendencia histórica evidencia dos picos relevantes en 2019 (15,5) y 2022 (6,8). No obstante, desde 2017 se observa un descenso progresivo en el departamento, al pasar de 19,6 a 7,1 muertes por 100.000 menores de cinco años en 2025, lo que representa una reducción del 63,8 % en nueve años. En ningún momento de la serie se han superado las tasas nacionales.

Este comportamiento se relaciona con determinantes estructurales como el bajo peso al nacer, la malnutrición, la ausencia de lactancia materna exclusiva, el hacinamiento, coberturas vacunales insuficientes, dificultades de acceso a servicios de salud y condiciones de vulnerabilidad que afectan particularmente a poblaciones rurales, indígenas, migrantes y víctimas del conflicto armado. Sin embargo, la implementación de estrategias de promoción, prevención y fortalecimiento de la atención primaria ha contribuido a mitigar algunos de estos determinantes y a sostener la reducción de la mortalidad por IRA en el departamento.



Gráfica 10. Tasa de mortalidad EDA, IRA por cada 1000.000 menores de cinco años. 2017-2025p*.

Fuente: SIVIGILA y DANE población proyectada.

En cuanto a la mortalidad por desnutrición (DNT), Antioquia ha mantenido históricamente tasas inferiores a las nacionales. Aunque la tendencia general es descendente, en 2023 se registró un pico de 4,4 muertes por 100.000 menores de cinco años, frente a una tasa nacional de 8,8, lo que mantiene una razón favorable para el departamento. No obstante, la desnutrición continúa siendo un



determinante crítico, dado que incrementa significativamente el riesgo de muerte por IRA y EDA, especialmente en niños y niñas menores de dos años sin acceso oportuno a intervenciones preventivas y terapéuticas.

La desagregación por edad confirma que el mayor riesgo de mortalidad se concentra en menores de un año: el 52,63 % de las muertes por IRA y el 68 % de las muertes por desnutrición ocurrieron en este grupo etario, coherente con la elevada vulnerabilidad biológica y social del primer año de vida. En relación con el lugar de residencia, el 57,8 % de las muertes por IRA se registraron en áreas urbanas, mientras que los fallecimientos por desnutrición se concentraron ligeramente en zonas rurales dispersas (52,63 %), evidenciando inequidades territoriales persistentes. Asimismo, el 78,95 % de las muertes por IRA correspondieron a menores afiliados al régimen subsidiado, lo que reafirma la estrecha relación entre condiciones de exclusión social, pobreza y riesgo de mortalidad infantil.

Tasa de mortalidad según evento por cada 100.000 menores de cinco años, Antioquia. Hasta el 19/09/2025



Gráfica 11. Tasa de mortalidad DNT por cada 1000.000 menores de cinco años. 2017-2025p*.

Fuente: SIVIGILA y DANE población proyectada

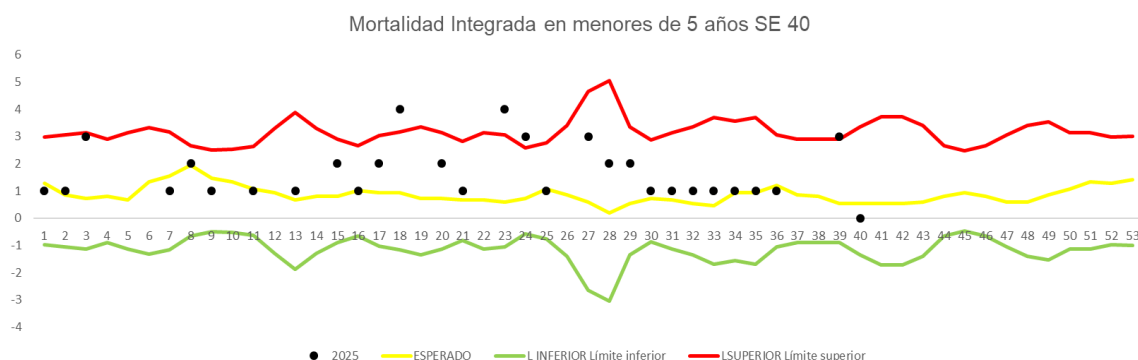
En conjunto, el panorama de 2024 muestra avances relevantes, especialmente en la reducción de la mortalidad por desnutrición; sin embargo, persisten necesidades críticas de intervención. Las brechas territoriales, sociales y étnicas evidencian la necesidad de implementar acciones diferenciales, multisectoriales y sostenidas en el tiempo para garantizar la protección integral de la primera infancia en el departamento.



En este contexto, en enero de 2025 la Gobernación de Antioquia declaró la desnutrición aguda en menores de cinco años como evento centinela, como una decisión estratégica orientada a optimizar el monitoreo, agilizar la notificación y garantizar respuestas oportunas desde los equipos territoriales de salud. Esta declaratoria implica priorizar la investigación de los casos, incrementar la frecuencia del análisis de riesgo y fortalecer la articulación con sectores clave como el ICBF, educación y los programas de seguridad alimentaria.

La reducción de la morbilidad por desnutrición aguda en menores de cinco años constituye uno de los principales retos del departamento en el marco del Plan de Desarrollo. En respuesta, desde el componente nutricional del programa “Cuidado integral: gestión de la salud pública y la protección social en el territorio” se han concentrado esfuerzos en la gestión del riesgo de los eventos de atención nutricional y en la implementación del plan de desaceleración de la morbilidad infantil. Estas acciones se desarrollan mediante procesos de fortalecimiento dirigidos a los actores del SGSSS —ESE, EAPB y Direcciones Locales de Salud— en coherencia con la normatividad vigente, las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, las rutas de alteraciones nutricionales, la promoción de la lactancia materna y el abordaje integral de la salud materno-infantil.

Al realizar la trazabilidad de los casos notificados en 2025 hasta la semana epidemiológica 40, en comparación con el comportamiento histórico, el canal endémico evidencia un patrón general dentro de lo esperado. No obstante, se identifican picos aislados en las semanas epidemiológicas 18, 23 y 24 que superan de manera puntual el límite superior. Estos incrementos no configuran un comportamiento de brote, sino que corresponden a aumentos aislados de casos, los cuales son objeto de evaluación a través de la unidad de análisis, considerando el carácter preliminar de la información disponible a la fecha.



Gráfica 12. Canal endémico de mortalidad en menores de cinco años. Antioquia, SE 40
Fuente: SIVIGILA



Una de las principales características de la vigilancia orientada a la intervención es la identificación de los municipios con mayor concentración de casos. En la siguiente tabla se presentan los casos acumulados del departamento, donde se evidencia la mayor carga en la capital del departamento, con un total de 138 defunciones registradas desde 2017 hasta el año previo de análisis representando un 26,8% de las mortalidades acumuladas hasta 2024 incluyendo la visualización de los municipios que han aportado el 90,6% del total de las muertes presentadas.

Tabla 1. Mortalidad en menores de cinco años. Antioquia, 2017-2024

Municipio de residencia	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
MEDELLIN	28	25	31	11	13	13	10	7	138
TURBO	3	3	10	2	10	4	1	5	38
BELLO	6	7	3	1		2	1	3	23
FRONTINO	7	2	1		4	3	3	2	22
MUTATA	2	4	5	3	4		1	2	21
DABEIBA	6	2	1	1		3	2	3	18
VIGIA DEL FUERTE	2			2	1	2	2	4	13
CHIGORODO	2	3	3	1		2	1		12
NECOCLI	1	3	4	1	1	1	1		12
APARTADO	4	1	1	1		1	2	1	11
SANTA ROSA DE OSOS	2	1						1	4
BETULIA		1			1			2	4
PEQUE	3							1	4
RIONEGRO	2						1		3
SAN PEDRO DE URABA	1					1		1	3
LA CEJA		1	1			1			3
ANORI	2		1						3
SEGOVIA			1	1		1			3
PENOL		2	1						3
Total general	110	87	94	36	43	47	43	54	514

Fuente: SIVIGILA

Considerando el comportamiento histórico de la mortalidad en el departamento, resulta pertinente incorporar el dato preliminar con corte a la semana epidemiológica 40 de 2025, dado que este puede modificar la distribución municipal de los casos y, por tanto, la priorización territorial derivada del análisis acumulado.

En la siguiente tabla se presentan los diez municipios con mayor número de casos de mortalidad asociados a desnutrición en el departamento desde 2017. El municipio de Turbo ocupa el primer lugar en frecuencia acumulada durante el período analizado.



De acuerdo con el dato preliminar de 2025, se registran casos en municipios como Apartadó, Caucaasia y Cáceres; no obstante, estos presentan una frecuencia histórica acumulada inferior a cuatro casos, lo que indica una menor concentración relativa frente a los municipios priorizados en la serie.

Tabla 2. Mortalidad por Desnutrición en menores de cinco años a semana epidemiológica 40 del 2025. Antioquia, 2017-2025p*.

Municipio de residencia	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
TURBO			3		6		1	3	1	14
FRONTINO	3	2			1	2	2	1	1	12
MEDELLIN		3			1	1	4	2		11
MUTATA	1	1	2		2		1			7
MURINDO			1			1	1	4		7
VIGIA DEL FUERTE						1	2	2		5
CHIGORODO			1			2	1		1	5
NECHI				2		1	1			4
NECOCLI		1	2	1						4
DABEIBA	1					1	1	1		4
Total general	10	11	13	4	11	11	19	18		97

Fuente: SIVIGILA

Por otra parte, las condiciones habitacionales y territoriales han influido de manera significativa en la mortalidad observada en algunos municipios. Entre los factores asociados se encuentran las dificultades de acceso a los servicios de salud derivadas de la dispersión poblacional, las distancias geográficas y la presencia de prácticas culturales y creencias ancestrales, particularmente en territorios con alta pertenencia étnica. En este contexto, se identifican municipios con predominio de áreas rurales dispersas y presencia de comunidades indígenas, donde se concentra una proporción importante de los casos.

Tabla 3. Mortalidad por IRA y Eda en menores de cinco años a semana epidemiológica 40 del 2025. Antioquia, 2017-2025p*.

Municipio de residencia	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
MEDELLIN	28	22	31	11	12	12	6	5	5	132
TURBO	3	3	7	2	4	4		2	2	27
BELLO	6	7	3	1		2	1	2		22
MUTATA	1	3	3	3	2			2	1	15
DABEIBA	5	2	1	1		2	1	2		14
FRONTINO	4		1		3	1	1	1	2	13
CACERES		2	1	1	1		1	2	3	11
CHIGORODO	2	3	2	1					1	9
APARTADO	2	1	1			1	2	1	1	9
EL BAGRE	2	3	2	1					1	9
VIGIA DEL FUERTE	2			2	1	1		2	1	9
CAREPA	2	2	2			1		1	1	9
URRAO			3		1			3	2	9
ITAGUI	3	1					2	2		8
NECOCLI	1	2	2		1	1	1			8
Total	100	76	81	32	32	36	24	36	42	459

Fuente: SIVIGILA



Destaca el municipio de Frontino, con un acumulado de 22 muertes desde 2017, de las cuales 19 corresponden a población indígena, lo que representa el 86,4 % de la mortalidad municipal. De manera similar, en Mutatá se han registrado 22 muertes en el mismo periodo, con una participación de comunidades indígenas del 71,6 %, en un territorio caracterizado también por extensas zonas rurales que limitan el desplazamiento oportuno hacia los servicios de salud.

En contraste, otros municipios, incluido el municipio de Medellín, presentan una distribución de la mortalidad concentrada en grupos poblacionales distintos, reflejando diferencias territoriales, demográficas y socioculturales relevantes. En la siguiente gráfica se presentan los 15 municipios con mayor número de muertes en población indígena, lo que permite evidenciar estas brechas y orientar acciones de vigilancia e intervención diferenciales.

Tabla 4. Mortalidad en menores de cinco años según grupo poblacional. Antioquia, 2017-2024

Municipio de residencia	Indígena	Raizal	Afrocolombiano	Otro	Total
FRONTINO	19			3	22
MUTATA	15			6	21
DABEIBA	11			7	18
URRAO	9			1	10
VIGIA DEL FUERTE	7		5	1	13
CHIGORODO	7			5	12
MURINDO	6		1	3	10
MEDELLIN	3		5	130	138
TURBO	3		7	28	38
ITUANGO	3			2	5
BETULIA	3			1	4
NECOCLI	1			11	12
APARTADO	1		1	9	11
CAUCASIA	1			6	7
ANTIOQUIA	1			1	2
Total general	90	1	23	400	514

Fuente: SIVIGILA

Finalmente, el análisis integrado de las unidades de vigilancia revela que la mortalidad por EDA, IRA y desnutrición se concentra predominantemente en menores de un año, residentes en contextos de alta ruralidad, afiliados al régimen subsidiado y pertenecientes a subregiones como Urabá, Bajo Cauca y Occidente. Persisten factores estructurales como la inseguridad alimentaria, las deficiencias en saneamiento básico, el bajo nivel educativo de los cuidadores y fallas en la atención en salud, incluyendo retrasos tipo IV, deficiencias en el triage, problemas en la estabilización inicial, registros clínicos incompletos y limitaciones técnicas de los equipos comunitarios y rurales. En este sentido, las cifras confirman que estas muertes continúan siendo altamente prevenibles, pero requieren intervenciones integrales orientadas a mejorar la calidad de la atención, garantizar el acceso oportuno y fortalecer la respuesta territorial, con especial énfasis en la educación comunitaria en signos de alarma, el fortalecimiento de la red de servicios pediátricos y la articulación efectiva entre EAPB, IPS, ESE y autoridades territoriales.



7.2.3 Orientaciones estratégicas

Profundizar la focalización territorial y poblacional: fortalecer estrategias diferenciales en subregiones con mayor carga de morbilidad infantil, priorizando menores de un año, zonas rurales dispersas y hogares en condición de inseguridad alimentaria, mediante intervenciones integrales con enfoque territorial y de equidad.

Abordar las causas estructurales de la desnutrición infantil: consolidar acciones intersectoriales orientadas a la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a agua potable y saneamiento básico, la educación de cuidadores y la reducción de la pobreza, integrando el enfoque de determinantes sociales de la salud en la planeación territorial.

Fortalecer la calidad y oportunidad de la atención en salud: mejorar los procesos de triaje, estabilización inicial, referencia y contrarreferencia, así como la calidad de los registros clínicos, especialmente en el primer nivel de atención y en áreas rurales, garantizando el cumplimiento de guías y lineamientos técnicos vigentes.

Consolidar el seguimiento nominal y la vigilancia activa: mantener y ampliar el seguimiento individual de los niños y niñas con desnutrición aguda, asegurando la notificación oportuna al SIVIGILA y la articulación efectiva con la oferta social, educativa y de protección, para garantizar continuidad en la atención y restitución de derechos.

Fortalecer la capacidad resolutoria territorial: ampliar y sostener la implementación de salas IRA, SRO y UAIC, asegurando dotación, talento humano capacitado y cobertura en municipios con barreras geográficas, con énfasis en la atención primaria en salud y la prevención de complicaciones.

Intensificar las acciones de educación comunitaria y comunicación del riesgo: reforzar estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a familias y cuidadores, enfocadas en la identificación temprana de signos de alarma, prácticas adecuadas de alimentación infantil y consulta oportuna, con pertinencia cultural y territorial.

Asegurar la sostenibilidad de las estrategias exitosas: garantizar la continuidad y el fortalecimiento de programas de alto impacto como Arrullos Antioquia, IAMII y los comités de emergencia nutricional, integrándolos de manera estructural a los planes de desarrollo y a la gestión regular de los entes territoriales.



Conclusiones generales

1. **Concentración territorial de la mortalidad:** la mortalidad presenta una concentración marcada en un grupo específico de municipios del departamento, destacándose aquellos con mayores brechas sociales y geográficas.
2. **Influencia de determinantes territoriales y étnicos:** se evidencia una relación importante entre la mortalidad y condiciones estructurales como la ruralidad dispersa, las barreras de acceso a servicios de salud y la pertenencia étnica. Municipios con alta presencia de comunidades indígenas concentran una proporción importante de los casos.
3. **Necesidad de fortalecimiento institucional:** los hallazgos resaltan la importancia de fortalecer la atención primaria en salud, mejorar la capacidad resolutoria en zonas rurales dispersas y garantizar estrategias comunitarias articuladas con autoridades locales y líderes étnicos.
4. **Relevancia de acciones intersectoriales:** la mortalidad no responde únicamente a factores sanitarios, sino también a determinantes sociales estructurales. Por tanto, se requiere una respuesta intersectorial.

En conjunto, el análisis confirma que la mortalidad por desnutrición en el departamento mantiene un comportamiento territorial diferenciado, asociado a brechas estructurales que demandan intervenciones sostenidas, focalizadas y culturalmente pertinentes.



Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Consultado 21 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Consultado 21 Nov 2025]. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/UFOZ8779>
3. UNICEF. Trends in maternal mortality 2000 to 2023. [Consultado 21 Nov 2025]. Disponible: <https://data.unicef.org/resources/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2023/>.
4. Equipo de Maternidad Segura. Infografía de evento: Mortalidad materna. Instituto Nacional de Salud. [Consultado 21 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20VIII%202025.pdf>
5. Equipo de Maternidad Segura. Infografía de evento: Mortalidad materna. Instituto Nacional de Salud. [Consultado 21 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20XII%202024.pdf>
6. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/es/millennium-development-goals.html>
7. Departamento Nacional de Planeación. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio.aspx>
8. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3918. Estrategia para la implementación de los Objetivos de desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. [Consultado 21 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf>



10. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad materna extrema. versión 6. [Consultado 21 Nov 2025]. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/RHBI4446>
11. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Versión 7. [Consultado 21 Nov 2025]. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/DCJH9594>
12. Congreso de la República de Colombia. (2016). Ley 1804 de 2016, por la cual se establece la política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm
13. Instituto Nacional de Salud. (2023–2025). Boletín epidemiológico semanal. <https://saluddecaldas.gov.co/ossaldas/publicaciones/5013/boletines-anuales-epidemiologicos-sivigila/>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución No. 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
15. Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/children-reducing-mortality>
16. Así Vamos en Salud. (s. f.). Tasa de mortalidad en menores de 5 años: Georreferenciado. <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-infantil-georeferenciado>
17. Instituto Nacional de Salud. (2023). Informe de evento: Vigilancia integrada de la mortalidad en menores de 5 años, Colombia, 2023. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>
18. Instituto Nacional de Salud. (2024). Informe del evento: Mortalidad en menores de 5 años. Vigencia 2023 [Archivo PDF]. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>
19. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan decenal de salud pública 2022–2031. Ministerio de Salud y Protección Social.



ASIS

Análisis de la Situación de
Salud Participativo - 2025



Análisis de la Situación de Salud Participativo

2025

Equipo:

Amparo Liliana Sabogal Apolinar
Profesional especializado- Bacterióloga, epidemióloga, FETP
Coordinadora de vigilancia epidemiológica

Adriana María González Arboleda - Profesional universitario
Bacterióloga y Laboratorista clínico -especialista gerencia hospitalaria.

Catalina Echeverry Querubin -Profesional especializado
Médica Epidemióloga - Mortalidad Materna

Edisson Giovanni Sánchez Medina - Profesional especializado
Médico Epidemiólogo - Mortalidad integrada en menores de 5 años

Juan Pablo Álvarez Peláez - Profesional Universitario
Nutricionista

Sandra Sánchez Ruiz - Profesional Universitario
Enfermera Profesional - Programa de Infancia

Planeación-Despacho:

Mary Salazar Barrientos –Profesional especializado/Epidemióloga



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

