

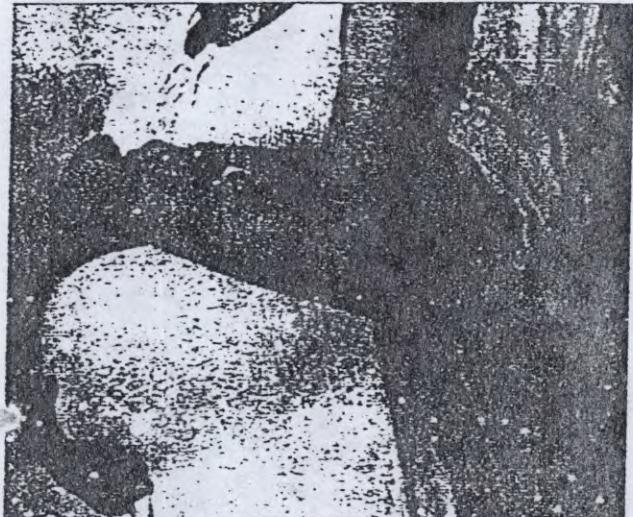
## Mortalidad materna en Santa Fe de Bogotá.

Por: Luz Adriana Zubaga S. Bacterióloga Epidemióloga  
Área de Vigilancia en Salud Pública SDS.  
Ricardo Rojas H. Médico Especialista en Gerencia Social  
Área de Acciones en Salud Pública SDS.

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más riesgosos, cuando las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas.

La muerte de una madre es una tragedia que afecta una vida joven llena de esperanzas, es una de las ocurrencias más traumáticas que puede sufrir una familia. La pérdida de la madre afecta seriamente el bienestar del núcleo familiar, y en forma adversa la supervivencia y desarrollo de sus hijos, especialmente los más pequeños. Cada muerte materna debilita la estructura social en general, si se tiene en cuenta que la mujer además de encontrarse en edad fértil, es económicamente productiva.

La mortalidad materna se ha constituido a nivel mundial en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de un país. Además de esto, cada evento constituye un problema social y de salud pública, donde inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto, por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.



Por lo anterior en febrero de 1987 se acordó la iniciativa de la Maternidad Segura, que tuvo su origen en la reunión convocada en Nairobi (Kenya) por el Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). A partir de esta reunión se plantearon diferentes estrategias tendientes a la búsqueda de las mejores condiciones para la mujer gestante y la prevención de los riesgos inherentes a los procesos de gestación, parto y puerperio.

En 1990, la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana reconociendo la importancia de la mortalidad materna, aprobó una resolución de apoyo al Plan de Acción Regional de América Latina y el Caribe para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Posteriormente, se firmó en 1993 en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) la Declaración sobre Mortalidad Materna en el Área Andina, en la que se definió como meta en América Latina, la reducción para el año 2000 del 50% de la Mortalidad Materna, a la que se adhirió Colombia.

### CONTENIDO

Mortalidad Materna en Santa Fe de Bogotá.....	Pág. 1-6
Ánalisis de la muerte materna en Santa Fe de Bogotá.....	Pág. 7-9
Primeras Jornadas Distritales de Epidemiología (segundo aviso).....	Pág. 10
Valor de la inversión.....	Pág. 11
Análisis Semanas Epidemiológicas 7 y 8 .....	Pág. 11
Reporte de las Semanas Epidemiológicas 7 y 8.....	Pág. 12

# Boletín Epidemiológico Distrital

(Continúa la pág 1)

## 1.1 Situación de la mortalidad materna en Colombia y en Santa Fe de Bogotá.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 585.000 mujeres mueren en el mundo al año por complicaciones del embarazo y el parto.

El 99% de estas muertes ocurre en los países en desarrollo. En América Latina la razón de mortalidad materna promedio es de 270 por 100.000 nacidos vivos.

En América Latina y El Caribe el riesgo reproductivo o la probabilidad de que una mujer muera por causa materna durante su vida es equivalente a 1/79, en Colombia es de 1/289, lo que implica que el riesgo en Colombia es menor que el de América Latina.

De las 10'014.016 mujeres que tenía Colombia en 1995 según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 502 murieron por causas maternas.

Los datos sobre mortalidad materna han sido tradicionalmente incompletos y de poca credibilidad. Las deficiencias en la información se deben principalmente al elevado subregistro de la mortalidad en general y de las relacionadas con la maternidad en particular. Debido a fallas en el diligenciamiento del certificado de defunción respecto a la causa de muerte y de la dirección de residencia del caso, no es posible una adecuada caracterización del evento, ni la ubicación geográfica y por tanto el análisis por localidad.

El subregistro de las muertes maternas estimado para Colombia es del 63%: calculado con base en dos componentes: por el subregistro general de las defunciones en personas mayores de 5 años y por la mala codificación debido a la ausencia del antecedente obstétrico en los certificados de defunción en este grupo etáreo.

Para Santa Fe de Bogotá el componente por mala codificación se ha calculado en 1.141<sup>1</sup> y por subregistro general de las defunciones en 1.0526<sup>2</sup> que conduce a ajustar las defunciones y las razones por un factor total, por combinación de ambos factores del 1.2011. Cuadro 1.

<sup>1</sup> Mortalidad Materna en Colombia. Ministerio de Salud, DANE agosto de 1996.

<sup>2</sup> Pernía A.M. et al. Mortalidad Materna y Factores de riesgo en Santa Fe de Bogotá, Junio 1995 - Junio 1996. Trabajo de grado. Informe preliminar.

Salud. Mortalidad en Colombia. 1997.

En el último quinquenio las razones de mortalidad materna en Santa Fe de Bogotá, ajustadas por subregistro, han sido mayores a las razones nacionales entre un 19% y un 35%. Cuadro 1. Situación que podría obedecer a diferentes razones, entre las que se encuentran:

- ◆ El hecho de que Santa Fe de Bogotá cuenta con instituciones de tercer nivel a las que se refieren en un alto porcentaje casos de gestaciones de alto riesgo.
- ◆ Procesos de migración de mujeres en gestación.
- ◆ Las dificultades de acceso a los servicios de salud de grupos poblacionales con condiciones socioeconómicas deficientes.

La tasa de mortalidad materna presentó una tendencia a la disminución con una reducción desde 1990 hasta 1995, pero se incrementó en 1996. Este indicador no ha evolucionado en la forma esperada ni está de acuerdo con el grado de desarrollo del país y su Distrito Capital e indica que Santa Fe de Bogotá se encuentra lejos de la meta de reducción de un 50% de la mortalidad materna, e implica la necesidad de fortalecer las acciones de promoción, prevención y atención dirigidos a este grupo poblacional. Gráfica 1.

Cuadro 1. Razón ajustada de Mortalidad Materna  
Colombia y Santa Fe de Bogotá 1990-1995

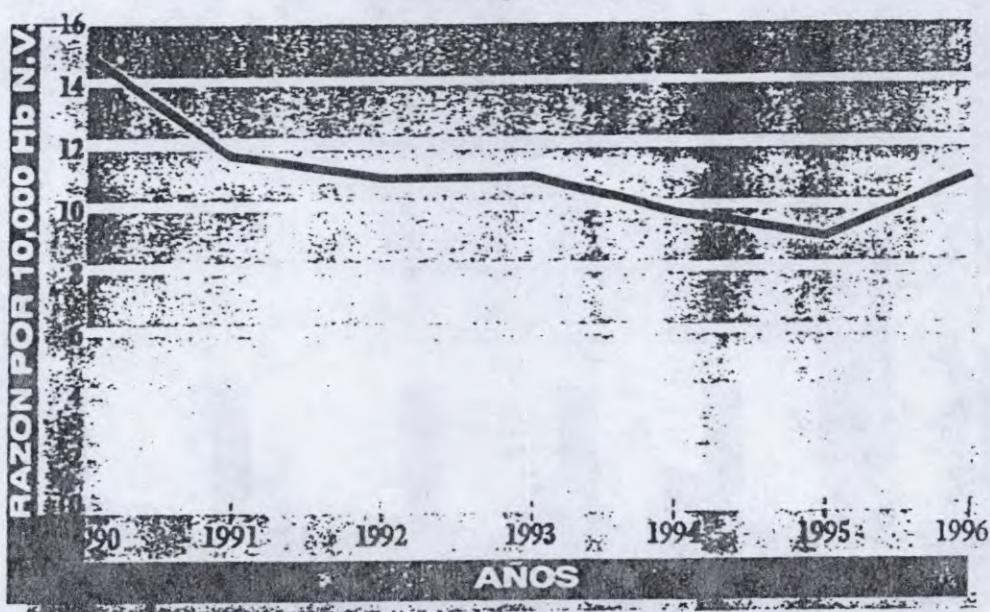
Año	Defunciones ajustadas <sup>a</sup>	Nacidos vivos	Razón Ajustada		Defunciones ajustadas <sup>a</sup>	Nacidos vivos	Razón Ajustada	
			Colombia	Santa Fe de Bogotá			Colombia	Santa Fe de Bogotá
1990	882	900804	97.94	140	92126	92126	152.55	
1991	827	913347	90.52	114	97938	97938	116.50	
1992	802	925889	86.65	106	97761	97761	107.84	
1993	76	938432	82.72	110	101285	101285	108.82	
1994	774	950975	78.2	111	10170	10170	101.13	
1995	sin dato	sin dato	sin dato	96	103561	103561	92.55	
1996	sin dato	sin dato	sin dato	117	108045	108045	108.28	

Fuente: Mortalidad Materna en Colombia, Ministerio de Salud, DANE. Años de 1990 y Secretaría Distrital de Salud

<sup>a</sup> Ajustadas por Subregistro

\*\* Razón por 100.000 ajustada por subregistro

Gráfica 1. Razón ajustada<sup>a</sup> de Mortalidad Materna por 10 mil N. V.  
Santa Fe de Bogotá 1990-1996



Fuente: Secretaría Distrital de Salud

<sup>a</sup> por subregistro y mala clasificación

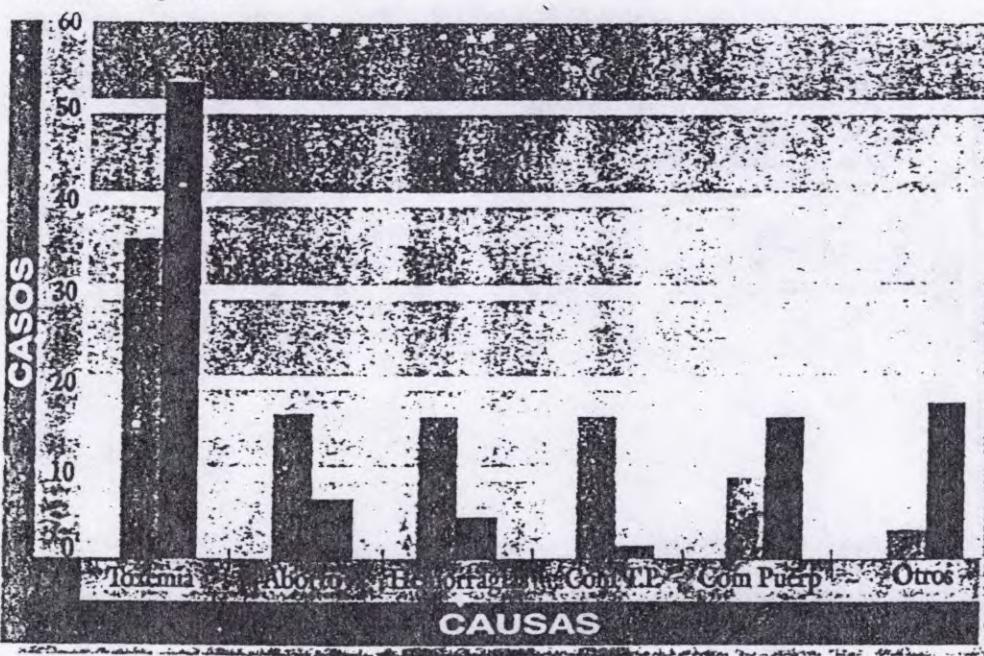
Respecto a la distribución específica por localidad, para el Distrito se encontró que el 40.8% (40 98) de los certificados carecen del dato de dirección de residencia habitual. De las 50 muertes maternas con dato de dirección de la fallecida, la distribución de las defunciones por localidad para 1996 fue:

Chapinero (7/50), San Cristóbal (7/50), Engativá (5/50) y Suba (5/50), las restantes defunciones maternas se distribuyen en número mínimo en las demás localidades, lo que evidencia la necesidad de sensibilizar al personal para mejorar el diligenciamiento de este certificado y sobre la importancia que tiene llenarlo en forma adecuada y completa con fines demográficos, estadísticos y epidemiológicos.

Las cinco primeras causas de mortalidad materna en Santa Fe de Bogotá D.C. en su orden son: la toxemia, seguida de complicaciones del puerperio, las complicaciones del aborto, las hemorragias postparto y las complicaciones del trabajo de parto.

Como se observa en la Gráfica 2 el comportamiento de las causas de muerte materna para Santa Fe de Bogotá difiere de las de Colombia, observándose que con excepción de la toxemia que es la primera causa en ambos casos y que ha sido explicada como una complicación de embarazos de alto riesgo no manejados adecuada y

Gráfica 2. Distribución porcentual de mortalidad materna por causas. Santa Fe de Bogotá 1994



Colombia ■ Santa Fe de Bogotá

Fuente: OPS Mortalidad Materna en Colombia y Secretaría Distrital de Salud

oportunamente a través del Control Prenatal, las demás causas, en especial las complicaciones del periodo puerperal y las hemorragias, reflejan la necesidad de fortalecer la red de servicios y la optimización de los procesos y procedimientos alrededor de la atención de la gestante, así como la educación a las mujeres para reconocer los síntomas y signos de las complicaciones para una consulta oportuna. En cuanto al aborto es conveniente analizar los múltiples factores socioculturales que llevan a que el procedimiento sea realizado clandestinamente y por tanto con riesgo para la mujer.

## 1.2 Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna en Santa Fe de Bogotá .

Colombia como participante del Plan Mundial y Andino de reducción de la mortalidad materna ha desarrollado diferentes estrategias tendientes a este fin: como lo constituyen:

- ◆ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y de los comités de mortalidad materna en todos los niveles.
- ◆ Mejoramiento de los servicios de planificación familiar.
- ◆ Divulgación de guías de atención para la mujer gestante.

En Santa Fe de Bogotá la Secretaría Distrital de Salud, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), viene desarrollando varias líneas de acción con el propósito de involucrar a todos los actores del sistema, en un abordaje integral de la Salud Materno y Perinatal, como estrategia fundamental para la reducción de la mortalidad materna en el Distrito Capital, así:

### 1. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva:

Concertando con los actores del sistema, la Política Distrital de Salud Sexual y reproductiva, desarrollando

acciones de información, educación, comunicación y participación en Salud Sexual y Reproductiva en cada una de las localidades, favoreciendo la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a toda la población con énfasis en la mujer en edad fértil, fortaleciendo las redes sociales de apoyo a la promoción de la salud materna y perinatal.

#### 2. Fortalecimiento de las acciones de Prevención:

Favoreciendo el acceso de la población a los programas de regulación de la fecundidad, aumentando la cobertura y calidad del control prenatal, implantando la estrategia de enfoque de riesgo para la atención de la gestante, estableciendo en la red adscrita la tecnología perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).

#### 3. Estandarización de los procesos alrededor de la atención durante la gestación, el parto y el puerperio:

Realizando Jornadas Distritales por una maternidad segura con la participación de instituciones prestadoras de servicios materno-perinatales e instituciones formadoras del recurso humano, fortaleciendo la Vigilancia de la Mortalidad Materna a través de la estrategia de la vigilancia intensificada, diseñando e implantando los lineamientos Distritales para la atención integral en salud sexual y reproductiva del adolescente.

### 1.3 Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna (VEMM) se considera como un componente indispensable en el Plan de Reducción, que permite la caracterización de la mortalidad y la determinación de sus causas, tendiente a la generación de políticas, proyectos y acciones para la prevención de los decesos evitables.

Una muerte materna es la defunción de una mujer durante la gestación, parto o durante los siguientes 42 días de terminado la gestación, independiente del sitio y tiempo de duración de ésta, relacionada o agravada por el proceso de la gestación misma, del parto, el puerperio y su atención. Así mismo, se considera muerte materna

tardía a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de 42 días, pero antes de un año de la terminación de la gestación.

Con el fin de aumentar la sensibilidad en la captación y análisis de la mortalidad materna, también se ha establecido el concepto de muerte relacionada con el embarazo, entendida como la muerte de una mujer en gestación o dentro de los 42 días siguientes a su terminación, independientemente de la causa de la defunción.

Toda defunción de una mujer en edad fértil (10 a 49 años), debe ser evaluada tratando de identificar si hubo una gestación reciente, lo que permite definirla como CASO PROBABLE DE MORTALIDAD MATERNA, evento que debe ser evaluado a través de un análisis metódico y cuidadoso que permita:

- ◆ Identificar la causa de la muerte.
- ◆ Reconocer las causas médicas (fisiopatológicas) y no médicas (socioculturales y de prestación de los servicios).
- ◆ Determinar la evitabilidad de la muerte.
- ◆ Generar planes de mejoramiento institucional.
- ◆ Promover la elaboración de planes y proyectos locales hacia una maternidad segura.
- ◆ Orientar políticas y programas Distritales hacia la Salud de la mujer gestante.

La utilización de la metodología de vigilancia intensificada que permite en el término de 15 días identificar y analizar las causas de una muerte materna ha empezado a demostrar sus beneficios para el Distrito en la identificación de puntos críticos, para mejorar en los diferentes niveles del sistema, pues la mortalidad materna es un problema de todos, no solo por las implicaciones individuales del evento, sino también por el contexto social que la rodea, y de igual manera por la alta evitabilidad descrita a través de los análisis.

# Flujograma para el análisis de la Mortalidad Materna



# Análisis de una Muerte Materna en Santa Fe de Bogotá.

## 2.1 Antecedentes

Al servicio de urgencias de un hospital de primer nivel del Distrito Capital, ingresa una mujer de 36 años de edad, residente en la misma localidad desde hacía 4 meses, traída por un hijo quien refiere que después de un parto normal, atendido en casa por partera presenta pérdida del conocimiento, posterior a un sangrado profuso.

Al examen físico, no se evidenciaron signos vitales, presentaba palidez general y se palpaba el fondo uterino a nivel supraumbilical. No respondió a maniobras de resucitación.

La señora era una gran multipara, con seis gestaciones, cinco partos y ningún aborto; había recibido solo un control prenatal en el octavo mes de gestación, según los familiares debido a una experiencia hospitalaria negativa al observar un parto en el pasillo de la institución durante la visita al control, decidió no asistir más a los servicios de salud. Estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en salud como beneficiaria del régimen contributivo.

## 2.3 Análisis de causas de la Muerte

### ► Hemorragia postparto?

► Condiciones coyunturales del servicio al momento del control prenatal que generan una impresión negativa de los servicios de salud.

► Atención por partera no complementada.

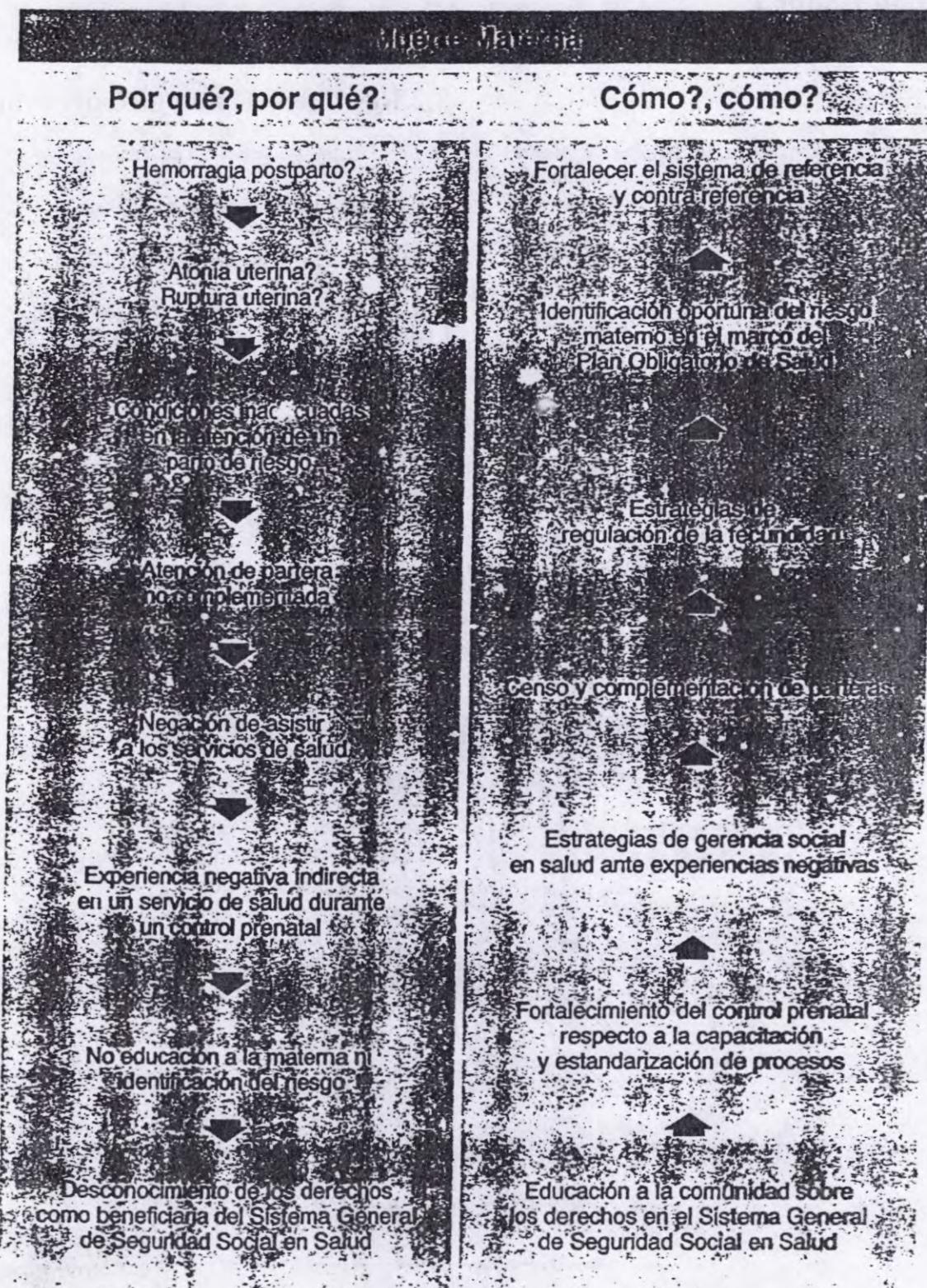
► Dificultad en la identificación de síntomas y signos de complicación dificultando una atención oportuna.

## 2.2 Resúmen cronológico del evento

- ◆ Inicio de trabajo de parto a las 2:00 am.
- ◆ Inicio de atención de la partera 6:00 am.
- ◆ Remisión a la institución de salud 1:00 pm.
- ◆ Notificación inmediata al coordinador local de epidemiología y este a su vez al nivel central.
- ◆ Búsqueda de información a nivel comunitario ( familia y partera) para el desarrollo de la autopsia verbal a través de visitas epidemiológicas de campo.
- ◆ Análisis institucional de la información y metodología de análisis del porqué, porqué, cómo, cómo.

(Viene de la pag 7)

## 2.4 Árbol de decisiones porqué, porqué, cómo, cómo



## 2.5 Plan de mejoramiento

Que	Quién	Cuando	Dónde
► Garantizar la atención del parto en la IPS	IPS	Durante la vinculación y el traslado	Población asignada
► Estandarización del proceso alrededor del control prenatal con la metodología de enfoque de riesgo del CLAP	Médicos y enfermeras	Inmediato	Instituciones de la localidad
► Realización de certificación y complementación de parteras	IPS	Inmediato	localidad
► Promoción de los derechos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud	IPS	Desde la vinculación	Población asignada

### Participaron en el Análisis:

- ◆ Coordinador local de Epidemiología.
- ◆ Médicos que realizaron la atención de urgencias.
- ◆ Auxiliar de Epidemiología.
- ◆ Equipo de Nivel Central de la Secretaría Distrital de Salud (Epidemiología y Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva).
- ◆ Médico Director del Hospital de Primer Nivel.

Continúa pág 10 >

# ALERTA!

Hay una epidemia

Todos están leyendo el Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría Distrital de Salud Trv. 23 No. 56-00 Piso 3 Tels: 347 6359 - 347 6321 Línea exclusiva de notificación: 347 6394

Viene de la pag 4

## 2.6 Reseña Bibliográfica

Ministerio de Salud. Subdirección de Control de Factores de Riesgos Biológicos y del Comportamiento. Plan de acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en Colombia. 1992.

Organización Panamericana de la Salud. Estudio de Caso de Mortalidad Materna y Perinatal. 1990

Dane, Ministerio de Salud. Mortalidad Materna en Colombia. Agosto de 1996.

Peñuela A. M, et al. Muerte Materna y factores de riesgo, estudio de casos y controles julio 1995 - junio 1996. Santa Fe de Bogotá D.C. Informe preliminar.

Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica Muerte Materna y Perinatal. 1993.

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna. 1997. Documento preliminar.

Organización Panamericana de la Salud. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. 1996.

Ruiz J. Mortalidad en Colombia. 1990.

# Primeras Jornadas Distritales de Epidemiología

## Agosto 6 - 8 de 1997 (Segundo aviso)

### OBJETIVOS

1. Proporcionar habilidades en el uso de la epidemiología en diversas áreas de la salud pública a través de talleres (Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes, Evaluación de Servicios de Salud, Evaluación de Calidad de la Atención en Salud).
2. Divulgar, actualizar y crear espacios de discusión sobre el aporte de la epidemiología a la gerencia de los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad de la atención a través de simposios.
3. Fomentar la cultura de la promoción y prevención de los problemas de salud pública, la evaluación de los servicios de salud y de la calidad de la atención en salud para el desarrollo y cumplimiento de las metas del SGSSS.

4. Conocer las investigaciones realizadas por las instituciones de salud, centros de formación e investigación en Santa Fe de Bogotá

### METODOLOGIA

Realización de talleres de 16 horas con expertos en cada tema los días 6 y 7 de agosto.

Simposio con sesiones sobre cada tema que incluye conferencias magistrales, presentación de aplicaciones y mesas redondas el día 8 de agosto.

Sesión de carteleras para exponer los estudios en cualquier área de la salud.

# Análisis de las semanas Epidemiológicas 7 y 8

## Valor de la inversión

Porcentaje de Participante	Taller	Seminario	Simposio
Funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud	\$ 15.000	\$ 15.000	\$ 27.000
Funcionarios EPS e IPS	\$ 40.000	\$ 25.000	\$ 60.000
Docentes Universidades	\$ 40.000	\$ 25.000	\$ 60.000
Socios activos de ASOCEPI	\$ 20.000	\$ 15.000	\$ 32.000
Estudiante Pregrado/ Postgrado	\$ 30.000	\$ 15.000	\$ 40.000

Consignar en la cuenta:

No 6067-70010178 de Conavi a nombre de la Asociación Colombiana de Epidemiología-ASOCEPI. Presentar el comprobante de pago al momento de reclamar la credencial en el lugar del evento.

## NOTIFICACION

Durante las semanas 7 y 8, se encontró un cumplimiento de la notificación para el Distrito del 48.8 % y del 60% respectivamente, destacándose como localidades con el mejor cumplimiento de la notificación: Usme, Tunjuelito, Fontibón, y Engativá, localidades en las cuales se observa un importante aumento porcentual del cumplimiento de la notificación posterior a las actividades de sensibilización lideradas desde el nivel central y las distintas localidades, así mismo es importante destacar que a pesar de no evidenciarse un aumento de la notificación en estas semanas se han identificado importantes esfuerzos y logros en los procesos de sensibilización en las localidades de Mártires y Usme.

## EVENTOS

Durante estas dos semanas y en general durante todo el período epidemiológico, se observó una buena notificación fundamentalmente de las instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, hecho que determina la necesidad de fortalecer los procesos de sensibilización con todas las unidades notificadoras no adscritas. Se reportaron tres brotes de gran importancia para el desarrollo de las actividades de vigilancia de la Salud Pública:

- Rubeola en diferentes batallones del ejército, el cual tuvo su mayor número de casos en el batallón de artillería, en la localidad de Usme.
- Enfermedad diarreica aguda en una institución albergue de niños, en la localidad de Chapinero.
- Varicela en un jardín infantil en Chapinero.

Es importante resaltar el aumento de la sensibilidad del sistema para la rápida identificación y reporte de estos brotes, así mismo la eficiente y oportuna respuesta de las localidades para atenderlos.

## Reporte Semanal | Periodo Epidemiológico

Semana Epidemiológica 7: Febrero 9 - Febrero 15 de 1997

Fuenie = Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS

P = Información pendiente + Sospechoso + Probable \* Varicela.

### 1 caso de Hepatitis C. Localidad Chupinero.

Semana Epidemiológica 8: Febrero 16 - Febrero 22 de 1997

Eventos	2010												2011														
	QBS	ACM	OBS	ACM	OBS	ACM	OBS	ACM	OBS	ACM	OBS	ACM	OBS	ACM	OBS												
Colera	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Dengue Clásico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Dengue Hemorrágico	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hepatitis B	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	1	
Meningitis por Neisseria	0	4	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Meningitis por Haemophilus influenzae	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	
Paratíbia Fiebre	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Exposición Rabica	1	5	0	1	0	3	1	11	0	0	2	0	0	6	0	1	1	2	0	4	0	4	0	0	2	1	
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rabia Animal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	1	0	1	0	0	0	1	4	0	0	2	0	1	0	0	1	1	0	2	0	2	3	2	2	0	
Tetanico Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sifilis Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Sarampión	0	0	1	0	0	3	0	10	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	0	0	1	0	2	5	22	
Mortalidad Materna	0	P	0	P	0	P	0	1	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	1	P	0	P	0	P	0	1	
Mortalidad Perinatal	0	P	0	1	0	P	0	P	0	0	P	0	3	0	P	0	P	0	P	1	P	0	P	0	P	4	
Mortalidad por Neumonia	0	P	1	P	0	P	0	P	0	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	2	P	0	P	0	P	3	
Mortalidad por EDA	0	P	0	P	0	P	0	P	0	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	
Mortalidad por Malaria	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VIR SIDA	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	0	3	0	0	2	
Tuberculosis	2	2	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	0	0	2	4	0	1	1	0	0	0	2	15	
Paroedida Viral	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	13	
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Toxoplasma	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
Varicela	0	3	2	19	0	8	0	15	4	6	2	5	4	29	2	23	0	3	0	2	2	14	0	21	3	0	1
Brótes	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	6	
Total	3	21	5	36	0	15	2	32	5	27	3	9	5	43	4	39	0	7	2	13	5	25	9	40	3	19	2

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública, SDS

P= Información perdida - Suspectoso \* Probable \* Veracela \* Muerte