



## Contenido

Situación de las enfermedades de transmisión sexual, Colombia, 1976-2000 (continuación) .....	345
Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995-2000: logros, fracasos, compromisos y retos .....	347
SIVIGILA:semanas epidemiológicas 45 y 46 (6 al 16 de noviembre del 2001) .....	357

## Situación de las enfermedades de transmisión sexual, Colombia, 1976-2000 (continuación del volumen 6 No. 22)

Jacqueline Acosta, ETS/SIDA, Instituto Nacional de Salud; Franklin Prieto, Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, Instituto Nacional de Salud; David Rodríguez, Universidad La Sabana; Carlos Rueda, Centros Control de Enfermedades-Instituto Nacional de Salud

## Recomendaciones

### Promoción

- Socialización, concertación y desarrollo de la política de salud sexual y reproductiva (SSR) con enfoque de género, intersectorial e interinstitucional en las diferentes entidades territoriales con énfasis en los municipios.
- Fortalecimiento de las estrategias de información, educación y comunicación (IEC), sobre las normas y guías de atención integral para las ETS, en trabajadores de la salud, docentes y comunidad.
- Promover políticas de prevención y cesación del consumo del alcohol y sustancias psicoactivas, resaltando su relación con las estrategias de prácticas sexuales responsables y seguras, manejo del tiempo libre y oportunidad de ocupación.
- Gestionar la implementación de servicios de SSR en las instituciones prestadoras de salud, que integren control prenatal, atención del parto, planificación familiar, consulta de detección de riesgo para ETS, consulta preconcepcional, consulta de pareja y asesoría pre y postprueba para VIH.
- Impulsar dentro de las estrategias de sexo seguro, el uso del preservativo en conjunción con la sexualidad responsable, acompañadas de procesos de control de calidad en la producción, importación y expendio de los condones, así como al fácil acceso.
- Apoyo a las organizaciones comunitarias que trabajan en promoción, prevención y atención de personas con ETS
- Divulgación de los derechos humanos y sexuales en el marco de la Resolución 1543 de 1997 a los diferentes actores del SGSSS y de los otros sectores.

- Promoción de la donación de sangre y órganos, altruista y repetitiva.
- Establecer alianzas intersectoriales e interinstitucionales para la reducción de los costos de tratamientos antirretrovirales.
- Impulsar la eliminación de la sífilis congénita como una prioridad estatal en todas las entidades territoriales.
- Facilitar el acceso de los grupos de población con mayor riesgo a las ETS, a los servicios de salud sexual y reproductiva, entre los que se cuentan personas desplazadas por la violencia, actores del conflicto armado y población afectada por desastres naturales que viven en asentamientos.

### **Prevención y control**

- Desarrollo e implementación de la estrategia abordaje sindrómico de las ETS.
- Realizar actividades de tamizaje durante la gestación para sífilis, hepatitis B y VIH, garantizando la atención con calidad.
- Garantizar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro del SGSSS, con oportunidad, eficiencia y calidad.
- Mejorar la cobertura de vacunación antihepatitis B en población menor de 1 año, asegurando el acceso oportuno y el logro de períodos intervacunales adecuados.

### **Vigilancia en salud pública**

- Integrar como una prioridad dentro del SIVIGILA, las acciones de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, sífilis gestacional y congénita y hepatitis B.
- Asegurar la integración del sistema de estadísticas vitales con el SIVIGILA para una mejor monitorización de la mortalidad de las ETS.
- Implementar la vigilancia de las ETS por laboratorio (SIVILAB-ETS).
- Implementar la vigilancia de la calidad del diagnóstico VIH por laboratorio y mantener la calidad del diagnóstico de sífilis.
- Asegurar la vigilancia de la calidad de los productos de bancos de sangre y de órganos.
- Apoyar el desarrollo de la vigilancia centinela de hepatitis virales.
- Monitorizar y evaluar la gestión de los programas departamentales, distritales y municipales de ETS/VIH mediante el seguimiento, la capacitación y la asistencia técnica.
- Desarrollar el sistema de vigilancia de la gestión de las actividades de detección precoz y protección específica, establecida en las Resoluciones 412/2000 y 3384/2000.
- Caracterizar de manera continua, los comportamientos de las subpoblaciones identificadas con mayor riesgo, según el análisis de la información recolectada en los diferentes entes territoriales.

### **Referencias**

1. **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.** Informe estadístico 2001, Bogotá.
2. **Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, DSS.** V Estudio Nacional Centinela de Infección por VIH, Colombia, 1999. Inf Quinc Epidem Nac 2000;5(23-24):355-71
3. **Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, LCLCS, NMCDR.** Estudio de prevalencia de HSH en Santa Fe de Bogotá del año 2000. Sin publicar
4. **Calero D, et al.** Vigilancia epidemiológica del VIH-1/SIDA en trabajadoras sexuales de Cali, Colombia. Col Med 1992;23(4):167-72.

5. **Boshell J, et al.** Estudio centinela de prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Villavicencio, 1987-1994. *Biomédica* 1994;14(Sup.1):49.
6. **Instituto Nacional de Salud, LCLCS, NMCDR.** Estudio de seroprevalencia y factores de riesgo de infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá, 2001, estudio en curso.
7. **Acosta J.** Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), Colombia, 1985-1996. *Inf Quinc Epid Nal* 1999;4(15):230-5.
8. **Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Profamilia, Saludcoop-Putumayo.** Informe preliminar sobre el estudio de evaluación del abordaje sindrómico de las enfermedades de transmisión sexual en Colombia en el 2000. Bogotá diciembre del 2000, sin publicar.
9. **Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud.** Estudio de prevalencia de ETS en población escogida de Colombia 1990-1999. Informe preliminar Bogotá 1999, sin publicar.
10. **Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud.** Situación actual de las enfermedades transmisibles en Colombia y propuesta organizativa. *Inf Quinc Epid Nal* 2000;5(15):227-34.
11. **Ministerio de Salud, Centro Nacional de Consultoría.** II estudio de factores de riesgo de enfermedades crónicas ENFREC- II. Tomo VI, factores de riesgo para cardiopatías congénitas 010:21-36.
12. **Profamilia.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Bogotá, octubre de 2000,96-117.
13. **Ministerio de Salud.** Resultados de los estudios de vida sexual activa (CUE 6) 1997-1998. Programa ETS-VIH, Bogotá 2000, sin publicar.
14. **Seguro Social.** Programa ETS-VIH-SIDA. Información electrónica, Bogotá primer semestre del 2001.
15. **Base de datos de Superintendencia Nacional de Salud 1999-2000.** Informe magnético, Bogotá primer semestre del 2001.

## **Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995-2000: logros, fracasos, compromisos y retos**

David A. Rodríguez, Universidad de la Sabana; Jaqueline Acosta, Programa VIH/SIDA/ETS, Instituto Nacional de Salud

La calidad de vida de la población de un país se evalúa a través de índices de desarrollo. Estos índices, de utilización mundial, tienen en cuenta aspectos relacionados con el bienestar de la población como lo social, el acceso a la salud, la educación, la vivienda, las condiciones de trabajo, la recreación, los económicos y los políticos, entre otros.

El objetivo de un país es lograr el desarrollo de sus comunidades y es el Estado el encargado de plantear y facilitar la ejecución de estrategias para que mejore la calidad de vida de su población. El impacto de las estrategias se puede medir con los indicadores de costo/beneficio, costo/utilidad y costo/efectividad, entre otros, los cuales se ven reflejados en la variación relativa de los índices de salud, tales como: mortalidad materna, mortalidad infantil, esperanza de vida y tasas de morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, entre otros.

En Colombia, el Estado garantiza dentro de los planes de beneficios del sistema (Plan Obligatorio de Salud, POS; Plan de Atención Básica, PAB; Plan de Enfermedades Catastróficas y de Alto Costo, ECAT y Plan de Accidentes de Tránsito y Enfermedades Profesionales, ATEP), de manera gratuita, la prestación de servicios de atención y prevención de los daños durante todo el período que transcurre entre el embarazo y el primer mes de vida del recién nacido, independientemente de la vinculación o no al Sistema General de Seguridad Social (SGSS), mediante la demanda inducida, detección temprana, protección específica y vigilancia de los riesgos de las embarazadas con la consecuente probabilidad de reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Teniendo en cuenta las dos premisas anteriores, la Subdirección de Epidemiología del INS ha considerado importante la realización de un análisis descriptivo del comportamiento de la

mortalidad materna reportada por el SIVIGILA y el DANE entre los años 1995 y 2000, para lo cual se realizó un análisis comparativo del porcentaje de notificación del SIVIGILA con referencia al reporte del DANE.

### **Análisis de mortalidad materna, SIVIGILA 1995-2001**

Entre 1995 y 2000, excluyendo 1996 porque durante este año no se recolectó información, se notificaron en el SIVIGILA 1.192 muertes maternas en el país.

Con relación a las tasas de mortalidad por año, se observó que en Colombia la mortalidad registrada por el SIVIGILA es irregular con dos ascensos importantes en 1997 y 2000 (tabla 1).

Al observar la mediana de la tasa de mortalidad materna (TMM) por año, se encontró que los departamentos de mayor riesgo son: Amazonas, Arauca, Caquetá, Cauca, Casanare, Cesar, Córdoba, Chocó, Guaviare, Nariño, Vaupés y Vichada; en estos departamentos se presentan TMM +/- 2 veces por encima del valor de la mediana nacional durante 2 o más años (tabla 1).

**Tabla 1.** Tasa de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos, Colombia 1995-2000.

<b>Departamento</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
Amazonas	124,9	132,5	49,9	83,4	0,0
Antioquia	29,2	31,3	17,4	23,4	6,0
Arauca	18,6	102,1	0,0	15,8	73,2
Atlántico	0,0	499,0	12,0	1,9	6,3
Bogotá	13,9	17,5	24,9	28,4	53,4
Bolívar	14,3	13,7	15,2	22,3	25,9
Boyacá	27,0	63,0	23,8	29,5	110,2
Caldas	6,8	74,0	44,6	40,1	62,8
Caquetá	0,0	153,6	117,1	114,7	121,2
Casanare	0,0	58,6	71,1	27,6	25,5
Cauca	9,3	81,5	68,2	58,3	66,4
Cesar	38,3	59,9	47,8	46,9	97,7
Chocó	88,2	0,0	7,8	61,9	56,8
Córdoba	22,0	37,3	42,5	22,4	55,1
Cundinamarca	0,0	50,2	5,9	11,5	43,3
Guanía	0,0	0,0	0,0	0,0	159,4
Guaviare	35,0	0,0	194,1	0,0	29,9
Huila	25,0	20,0	15,8	23,3	17,6
La Guajira	0,0	28,7	14,1	27,7	63,9
Magdalena	12,4	23,9	8,8	20,1	24,9
Meta	79,4	33,5	21,9	21,5	39,1
Nariño	2,4	72,6	68,7	45,8	79,5
Norte de Santander	0,0	2,9	2,9	2,8	5,8
Putumayo	13,4	59,0	34,4	100,4	39,4
Quindío	0,0	16,8	0,0	32,2	27,1
Risaralda	37,3	57,6	28,3	27,8	15,6
San Andres	57,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Santander	40,8	25,3	39,5	34,9	38,0
Sucre	20,0	38,0	28,0	45,7	35,1
Tolima	27,7	21,7	52,4	9,2	40,9
Valle	14,1	22,4	30,8	17,3	29,7
Vaupés	140,1	119,3	116,5	113,9	0,0
Vichada	112,9	47,7	45,7	0,0	33,4
<b>Total</b>	<b>19,1</b>	<b>58,2</b>	<b>28,6</b>	<b>27,2</b>	<b>40,4</b>
<b>Mediana TMM</b>	<b>18,6</b>	<b>37,3</b>	<b>28,0</b>	<b>27,6</b>	<b>38,0</b>

Fuente: SIVIGILA Minsalud 2001.

Con relación a la distribución de la mortalidad por departamentos, se esperaría encontrar un comportamiento constante en ascenso, descenso o estable. Pero, el hallazgo fue que la mayoría de los departamentos tenían patrones irregulares.

Ante este fenómeno, se dividieron los departamentos según el comportamiento que presentaban. Los que tenían regularidad en la tasa de mortalidad y los que tenían irregularidad; los primeros se subdividieron según el patrón (ascenso, descenso y estable).

*Comportamiento regular con patrón en ascenso:* se puede explicar por un mejoramiento en el sistema de notificación a través del tiempo, lo cual es congruente si se tiene en cuenta que el SIVIGILA inició la vigilancia debilmente entre 1995 y 1996. La otra explicación es un incremento en la mortalidad materna en este período. Dentro de esta clasificación se encuentra Bogotá, Bolívar y Boyacá.

*Comportamiento regular con patrón en descenso:* en este grupo están Antioquia y Risaralda; puede explicarse por el mejoramiento en la prestación de servicios de salud; muestra impacto en la reducción de la mortalidad materna, o por un debilitamiento en la vigilancia departamental, o por una combinación de ambas.

*Comportamiento regular con patrón estable:* se mueven en tres sentidos: 1) con TMM 2 veces por encima de la mediana nacional a pesar de tener años en que no se notifican casos como ocurre en Caquetá y Vaupés; 2) los que presentan TMM +/- 2 veces por debajo de la mediana nacional como ocurre con los departamentos de Huila y Norte de Santander; y 3) los que tienen TMM cercana a la mediana nacional como Sucre, Valle y Santander. Lo anterior, hace pensar que sea más por subnotificación o subregistro de casos que por una alta calidad en la prestación de los servicios de salud de los departamentos.

*Comportamiento irregular:* el resto de departamentos no presenta regularidad en su comportamiento, dado que tienen aumentos y descensos súbitos entre un año y el siguiente, lo que muy seguramente sea debido a las fallas de los sistemas de vigilancia y registro. Dentro de este grupo, se encuentran: Amazonas, Arauca, Atlántico, Caldas, Casanare, Cauca Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Quindío, San Andrés, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Tolima y Vichada.

Dos ejemplos que reafirman lo anteriormente expuesto son: el departamento de Atlántico que en 1997 registró una TMM de 499/100.000 nacidos vivos (NV) y en 1999, de 1,9/100.000 NV. Arauca, en 1997, registró una TMM de 102,1/100.000 NV que pasó a 0,0 en 1998 y a 15,8/100.000 NV en 1999.

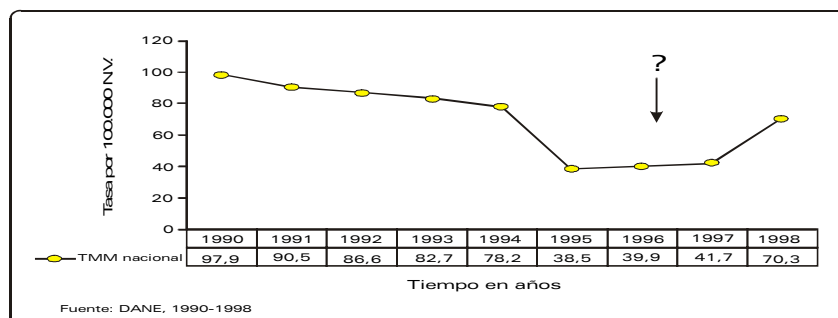
### **Análisis de la mortalidad materna en Colombia según el DANE 1994-1998**

En Colombia, según el DANE, se reportaron 2.443 muertes maternas entre 1994 y 1998. La tasa de mortalidad materna general en Colombia ha presentado un descenso paulatino desde 1990 a 1994, con una variación diferencial entre estos años de 0,49 puntos porcentuales por año. Se presentó un descenso súbito en 1995, que se mantuvo durante los siguientes tres años, hasta 1998 cuando se observó un incremento de la TMM con valores similares a los encontrados en 1994. Este comportamiento de la TMM sugiere que en estos 3 años, en Colombia, el subregistro sea 30% más que el estimado por Pabón y Ruiz M en 1988 (figura 1).

### **Análisis comparativo DANE-SIVIGILA**

Considerando que el registro del Sivigila en otros programas de salud pública muestra que el porcentaje de subnotificación de casos en los diferentes territorios oscila entre el 50 y el 70%, se considera pertinente identificarlo en este evento con la finalidad de identificar la confiabilidad de esta información para el análisis rutinario y la toma de decisiones.

Al comparar la dos fuentes de información (SIVIGILA y DANE), se observó que el porcentaje de notificación del sistema obligatorio de notificación semanal no fue superior al 50% en 1995 ni en 1998, a diferencia de 1997, cuando la información de mortalidad materna fue superior por el SIVILA que por el DANE. En este caso cabe recordar que el SIVIGILA recoge información de casos probables y que han existido fallas críticas en la depuración de los datos confirmados, otra razón es el cambio de registro del certificado de defunción y forma de clasificación de enfermedades en el país entre 1997 y 1998 (tabla2).

**Figura 1.** Tasas de mortalidad materna en Colombia 1990-1998.**Tabla 2.** Número de casos de mortalidad materna en Colombia por los sistemas de información, 1994-2001.

Años	SIVIGILA	DANE	% Notificación SIVIGILA	% Subregistro
1994		456		
1995	202	414	48,8	51,2
1996	*	430	*	
1997	578	420	139,8	-39,8
1998	294	722	40,7	59,3
1999	285			
2000	353			
2001	234			
<b>Total</b>	<b>1.955</b>	<b>2.443</b>		

Fuentes: SIVIGILA y DANE

\* Año no reportado por SIVIGILA

Esta misma comparación por departamentos muestra que sólo 7 departamentos (Caldas, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Guaviare y Santander) tienen un porcentaje de subregistro inferior al 30% lo cual sugiere alta confiabilidad de la información obtenida (tabla 3). Pero, en el caso del Guaviare, éste fue el único año que notificó con dicho grado de confiabilidad.

Lo anteriormente expuesto nos permite concluir que el sistema de información SIVIGILA es débil en el resto de los departamentos, por lo que se requiere urgentemente fortalecer todas las acciones inherentes a esta vigilancia con la finalidad de cumplir el objetivo social de reducir la mortalidad materna evitable, dado que el país cuenta con la infraestructura y los recursos garantizados en los planes de beneficios.

### Análisis de mortalidad materna, DANE, 1998

El análisis de la mortalidad materna a partir de los datos del DANE se enfocó en 1998 porque el Ministerio de Salud sólo tenía un análisis preliminar de la mitad del periodo de este año.

En Colombia, las primeras tres causas de muerte de mujeres en edad fértil (MEF) fueron las muertes violentas (8.878 casos) para una tasa de 12,9/100.000 MEF, seguida por los accidentes de tránsito (805 casos) con una tasa de 8/100.000 MEF y las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (722 casos) para una tasa de 7,1/100.000 MEF.

La distribución de la mortalidad materna por departamento muestra que los departamentos con las tasas por encima del tercer cuartil son: Vaupés, Guanía, Guaviare, Chocó, La Guajira, Tolima y Casanare (tabla 4) con tasas comparables a otros países latinoamericanos como Perú con tasas nacionales de 265/100.000 NV en 1996 y Paraguay, 130,7/100.000 NV en 1995.

**Tabla 3.** Porcentaje de notificación y subnotificación de mortalidad materna en Colombia por departamento, 1998.

Departamento	Casos por SIVIGILA	Casos por DANE	% notificación SIVIGILA -98	% subregistro SIVIGILA-98
Amazonas	1	-	-	-
Antioquia	22	75	29,3	70,7
Arauca	0	2	0,0	100,0
Atlántico	6	26	23,1	76,9
Bogotá	35	126	27,8	72,2
Bolívar	8	16	50,0	50,0
Boyacá	8	22	36,4	63,6
Caldas	11	11	10,0	0,0
Caquetá	14	22	63,6	36,4
Casanare	5	7	71,4	28,6
Cauca	23	25	92,0	8,0
Cesar	13	9	144,4	-44,4
Chocó	1	17	5,9	94,1
Córdoba	15	20	75,0	25,0
Cundinamarca	3	30	10,0	90,0
Guanía	0	2	0,0	100,0
Guaviare	6	5	120,0	-20,0
Huila	4	22	18,2	81,8
La Guajira	2	16	12,5	87,5
Magdalena	3	19	15,8	84,2
Meta	4	15	26,7	73,3
Nariño	28	39	71,8	28,2
Norte de Santander	1	19	5,3	94,7
Putumayo	3	6	50,0	50,0
Quindío	0	7	0,0	100,0
Risaralda	6	10	60,0	40,0
San Andrés	0	-	-	-
Santander	19	15	126,7	-26,7
Sucre	6	16	37,5	62,5
Tolima	17	33	51,2	48,5
Valle	28	80	35,0	65,0
Vaupés	1	4	25,0	75,0
Vichada	1	-	-	-
Sin información	-	6	-	-
<b>Total</b>	<b>294</b>	<b>722</b>	<b>40,7</b>	<b>59,3</b>

Fuente: DANE ySIVIGILA,1998

Los departamentos por debajo del primer cuartil son: Risaralda, Caldas, Cesar, Arauca, Santander, Bolívar, Amazonas, San Andrés y Vichada que se pueden comparar con países como Cuba en 1996 con una TMM de 33/100.000 NV; en ese mismo año, México tenía 5,3/100.000 NV y Ecuador, 62,7/100.000 NV; al igual que algunos departamentos de Colombia, presenta una tasa baja como resultado del subregistro.

Con el objetivo de profundizar el comportamiento de la mortalidad materna en el país en 1998, se hizo un análisis bivariado según la clasificación de la X revisión del Código Internacional de Enfermedades (CIEX).

Según el certificado de defunción, el nivel de educación encontrado de las maternas fue: 31,1% de las mujeres con algún grado de educación básica primaria; 11,2% con educación secundaria incompleta, y 8,9% bachilleres; 3,4% con algún grado de educación superior y no se obtuvo información en el 39,1%.

La afiliación a los regímenes de seguridad social era en su mayoría del régimen subsidiado (27,3%), seguido del contributivo (20,2%) y vinculado (17,5%). En el 25% de los casos se desconoció a qué régimen pertenecían.

**Tabla 4.** Tasas de mortalidad materna por departamento en Colombia según el DANE, 1998.

Departamento	Casos	Tasa X 100.000 N.V.
Vaupés	4	466,1
Guainía	2	187,0
Caquetá	22	184,0
Guaviare	5	161,7
Chocó	17	131,8
La Guajira	16	112,7
Tolima	33	101,8
Casanare	7	99,5
<b>Tercer cuartil</b>		
Nariño	39	95,7
Bogotá	126	89,6
Valle	80	88,0
Huila	22	86,7
Meta	15	82,1
Sucre	16	74,5
Cauca	25	74,1
Putumayo	6	68,8
<b>Mediana</b>		
Boyacá	22	65,5
Antioquia	75	59,4
Cundinamarca	30	59,0
Quindío	7	57,5
Córdoba	20	56,7
Magdalena	19	55,6
Norte de Santander	19	54,2
Atlántico	26	51,8
<b>Primer cuartil</b>		
Risaralda	10	47,1
Caldas	11	44,6
Cesar	9	33,1
Arauca	2	32,8
Santander	15	31,2
Bolívar	16	30,5
Amazonas	-	0
San Andrés	-	0
Vichada	-	0
Sin información	6	0
<b>Mediana</b>		<b>65,5</b>
<b>Totales</b>	<b>722</b>	<b>69,7</b>

Fuente: DANE 1998

El 66,3% de las maternas habitaba en áreas urbanas y el 10,2% en áreas rurales, desconociéndose el sitio de residencia en el 23,4% de los casos.

La causa de mortalidad observada en este año es atribuida en el 28,8% de los casos a preclampsia y eclampsia (toxemia); 17,2%, complicaciones durante el trabajo de parto y parto; 8,7%, embarazo terminado en aborto; 8%, complicaciones relacionadas con el puerperio; 6%, atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y posibles problemas del parto; 2,1%, otros trastornos relacionados con el embarazo, y 29,2% de otras afecciones materna no clasificadas en otra parte (tabla 5).

Se observa que dentro de las causas de preclampsia y eclampsia, las causas más frecuentes en orden de importancia son: hipertensión inducida por el embarazo con proteinuria, 47%, seguido de eclampsia con 35,6%; hipertensión no especificada, 8,7%; hipertensión crónica (preexistente), 8,6%, e hipertensión inducida por el embarazo sin protenuria con 6,7%.



**Tabla 5.** Distribución porcentual de las primeras 3 causas básicas de muerte materna en Colombia en 1998, agrupada según al CIE X.

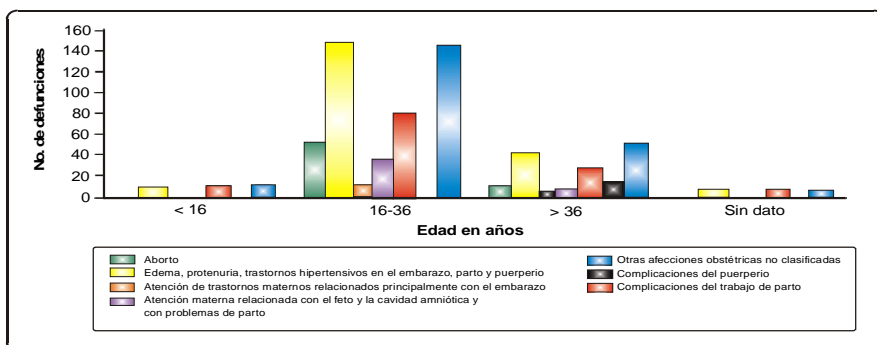
Causa básica de muerte según CIE X	Primera		Segunda		Tercera		Otras causas		Total de casos en 1998	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Casos	%
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio	98	47,1	74	8,7	18	8,7	18	8,7	208	28,8
Complicaciones durante el trabajo de parto y parto	63	50,8	35	28,2	13	10,5	13	10,5	124	17,2
Embarazo terminado en aborto	34	48,2	11	18,0	7	11,48	11	18,0	63	8,7
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	28	41,8	18	31,0	6	10,3	6	10,3	58	8,0
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas de parto	18	41,8	6	13,9	6	13,9	13	30,2	43	6,0
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	8	53,3	3	20	2	13,3	2	13,3	15	2,1
Otras afecciones maternas no clasificadas en otra parte	99	46,9	53	25,1	50	23,6	9	4,2	211	29,2
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>48,1</b>	<b>200</b>	<b>27,7</b>	<b>102</b>	<b>14,1</b>	<b>72</b>	<b>10,1</b>	<b>722</b>	<b>100,0</b>

En embarazo terminado en aborto, se relacionan los abortos espontáneos e inducidos, así como el retenido, el embarazo ectópico, las infecciones pélvicas secundarias a un aborto y la mola hidatiforme. En el grupo de afecciones maternas no clasificadas en otra parte, el 46% eran gestantes que padecían una enfermedad sin relación con el embarazo; el 25% eran mujeres con el código de muerte materna no especificada, y el 23% fueron muertes de mujeres que murieron por causa obstétrica, cuya muerte ocurrió después de 42 días posteriores al parto pero antes de 1 año.

Para el análisis de la distribución de riesgos por edad, se utilizó la clasificación de riesgos por edad de la norma técnica para la atención del parto del Acuerdo 117 de 1998, definiendo como alto riesgo a la gestante adolescente menor de 16 años y a las añosas mayores de 36 años; como bajo riesgo, a la gestante entre 16 y 35 años. Las razones de ser de alto riesgo, entre muchas otras causas, es la mayor incidencia de preclampsia y eclampsia en los grupos extremos de la edad, según la literatura mundial.

El 71% (517/722) de las muertes maternas fue en edades bajo riesgo; se conservaron estos altos porcentajes al cruzar la edad y las causas de muerte. Incluso, en el grupo de maternas cuya causa básica de muerte fue la preclampsia y eclampsia, el 71,6% estaban entre los 16 y los 36 años; sólo el 3,8% eran adolescentes y el 20,6% eran madres añosas y en el 0,9% no había información de la edad. También llama la atención que las otras causas se encuentra alrededor del 80% en estas edades (figura 2).

**Figura 2.** Causas de muerte materna según grupo de edad en Colombia.



Al observar la edad materna por departamento según los grupos de riesgo, se continúa evidenciando el mismo fenómeno ya que el porcentaje de mortalidad materna en el grupo de bajo riesgo es superior al 50% en todos los departamentos (tabla 6).

## Discusión

La atención del parto institucional en Colombia (ENSAB III) es del 88,8% (IC 95%: 85,2- 93,2), que está dentro de los rangos que se tenían como metas fijadas en 1996 en el documento de mortalidad materna del Ministerio de Salud. La tasa de mortalidad materna continúa siendo muy elevada en Colombia ya que, en 1996, se tuvo como meta reducir a la mitad la tasa de 78,2/100.000 NV que se tenía en 1994. La tasa que obtuvimos en 1998 fue de 70,3/100.000 NV, muy superior a la meta propuesta.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia 2000 (ENDS) mostró que, en Colombia, el 91% de los nacimientos en los últimos 5 años tuvo control prenatal, realizado por personal capacitado para detectar de forma precoz las complicaciones que se pueden presentar en el transcurso del embarazo, como lo pueden ser la preclampsia y la eclampsia. La amnesis de la sintomatología y la toma de la tensión arterial en toda gestante permite detectar oportunamente la patología, iniciar su tratamiento y evitar mayores complicaciones. A pesar de esto, esta patología es la causa más frecuente de muerte materna.

**Tabla 6.** Distribución de grupo de edad de la mortalidad materna en Colombia, 1998.

Departamento	< 16		16-35		>35		Sin datos		Total	
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Antioquia	3	4	59	78,7	13	17,3	0	0	75	10,4
Arauca	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Atlántico	1	3,8	20	76,9	4	15,4	1	3,8	26	3,6
Bogotá	3	2,4	95	75,4	28	22,2	0	0,0	126	17,5
Bolívar	0	0,0	10	62,5	5	31,3	1	6,3	16	2,2
Boyacá	0	0,0	19	86,4	3	13,6	0	0,0	22	3,0
Caldas	2	18,2	5	45,5	4	36,4	0	0,0	11	1,5
Caquetá	4	18,2	14	63,6	3	13,6	1	4,5	22	3,0
Casanare	1	14,3	5	71,4	1	14,3	0	0,0	7	1,0
Cauca	4	16,0	15	60,0	6	24,0	0	0,0	25	3,5
Cesar	0	0,0	3	3,3	4	44,4	2	22,2	9	1,2
Chocó	1	5,9	9	52,9	6	35,3	1	5,9	17	2,4
Córdoba	0	0,0	15	75,0	4	20,0	1	5,0	20	2,8
Cundinamarca	1	3,3	19	63,3	10	33,3	0	0,0	30	4,2
Guanía	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Guaviare	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	0,7
Huila	1	4,5	14	63,6	7	31,8	0	0,0	22	3,0
La Guajira	1	6,3	10	62,5	3	18,8	2	12,5	16	2,2
Magdalena	3	15,8	12	63,2	3	15,8	1	5,3	19	2,6
Meta	0	0,0	11	73,3	4	26,7	0	0,0	15	2,1
Nariño	1	2,6	26	66,7	10	25,6	2	5,1	39	5,4
Norte de Santander	2	10,5	15	78,9	2	10,5	0	0,0	19	2,6
Putumayo	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,7	6	0,8
Quindío	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	7	1,0
Risaralda	2	20,0	7	70,0	1	10,0	0	0,0	10	1,4
Santander	0	0,0	12	80,0	2	13,0	1	6,7	15	2,1
Sucre	1	6,3	14	87,5	1	6,3	0	0,0	16	2,2
Tolima	0	0,0	26	78,8	6	18,2	1	3,0	33	4,6
Valle	1	1,3	61	76,3	15	18,8	3	3,8	80	11,1
Vaupés	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	0,6
Sin información	0	0,0	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6	0,8
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>4,4</b>	<b>517</b>	<b>71,6</b>	<b>155</b>	<b>21,5</b>	<b>18</b>	<b>2,5</b>	<b>722</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base DANE.

En Colombia, el 83% de los partos son atendidos por médicos (ENDS 2000), personal capacitado para manejar las complicaciones durante el trabajo de parto y el parto; sin embargo, estas complicaciones son la segunda causa de muerte materna en Colombia. Por esta razón, se abren interrogantes como: ¿las complicaciones del trabajo de parto y parto se presentaron en el 17% restante que no fue atendido por médicos?; ¿los recursos de los centros de salud regionales no son suficientes para atender las complicaciones que no dan tiempo de remisión a un nivel de mayor complejidad (hemorragia postparto)?; o, también, ¿podría ser falta de entrenamiento del personal médico?

En Colombia, según los egresos hospitalarios de 1997, se presentaron 43.114 casos de embarazos terminados en abortos, con el diagnóstico de: mola, 0,8% (360/43.114); embarazo ectópico, 8,7% (3.760/43.114); aborto retenido, 4,7% (2.030/43.114); aborto espontáneo, 2,8% (1.236/43.114); aborto inducido legalmente, 0,07% (33/43.114); aborto inducido ilegalmente, 0,4%, (213/43.114); aborto no especificado, 80,5% (34.721/43.114). Las estadísticas en Colombia no registran el aborto provocado, ya que el aborto ilegal sólo se registra en los casos que presenten complicaciones que necesiten hospitalización y, generalmente, se deja en la historia un diagnóstico diferente por la penalización a la madre. Los matices legales, sociales y psicológicos del aborto influyen en que se desestime su notificación; por tanto, no se poseen cifras que describan el panorama de la morbimortalidad por abortos provocados en Colombia.

Dentro de la población materna cuyo parto no fue atendido por personal médico (12%), el 83% no recibió ninguna atención médica en el postparto (ENDS 2000 ). A pesar de que 42 días después del parto el 68,5% de las mujeres refirió haber presentado síntomas como fiebre (15%), flujo vaginal (14,2%), sangrado vaginal intenso (14%), disuria (12%), infección de los senos (5,7%), síncope o lipotimia (4,8%) e incontinencia urinaria (2,8%), solamente el 54% de las mujeres consultó y recibió tratamiento de un médico en los servicios de salud.

La falta de cobertura de control puerperal explica porqué las complicaciones como las sepsis de origen obstétrico sean una de las principales causas de muerte materna. Si tenemos en cuenta que la endometritis puede ser el inicio de una sepsis y su presentación clínica en el puerperio es malestar general, fiebre y flujo fétido, entonces, significaría que esta paciente tiene un 54% de posibilidades de ser captada oportunamente por un centro de salud antes de que evolucione a una sepsis.

Colombia tiene la infraestructura para cumplir con el compromiso de disminuir la mortalidad materna en los próximos años; en esta tarea se deben comprometer las entidades como el Ministerio de Salud, el INS, las IPS, EPS, ESE y ARS, otros sectores del Estado y la comunidad, para fortalecer y mejorar la atención a la materna en Colombia sin importar su edad, régimen de afiliación, residencia, estrato socioeconómico y etnia. De forma tal que la mortalidad materna por causas evitables, como son la mayoría de casos, disminuya sustancialmente; logrando mejorar la calidad de vida de la población, y con esto, fomentar el desarrollo de la comunidad colombiana.

## Referencias

1. **Acosta J. Gómez LH.** Mortalidad materna en Colombia, primer semestre de 1998. IQEN Vol. IV; No.14, 30 de Julio 1999
2. **DANE. Base de datos sobre la mortalidad en Colombia 1998.** Seleccionando las muertes relacionadas con embarazo, parto y puerperio según el CIE-X.
3. **Minsalud, INS, Base de datos del SIVIGILA de la mortalidad materna 1995-2001**
4. **Botero. J. Júbiz. H. Henao. G.** Obstetricia y Ginecología. Texto integrado Sexta edición 2000. Universidad de Antioquía
5. **Ministerio De Salud.** La carga de la Enfermedad en Colombia, Bogotá D.C 1994 primera edición. Pag:5-7, 12-18, 27
6. **Ministerio De Salud.** Mortalidad Materna en Colombia Bogotá 1996
7. **Ministerio De Salud:** Estudio nacional de Salud Bucal ENSAB III II Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas ENFREC II Tomo IV Factores de Riesgo Prenatal para Cardiopatías Congénitas primera edición Colombia 1999; pag 21-26
8. **Minsalud-FNUAP.** Manual de normas técnico-administrativas Norma Técnica para la atención del Parto. Ministerio de Salud; Bogotá 2000 pag:3-4
9. **Organización Panamericana De La Salud;** La Salud de las Américas. Publicación Científica No. 569 Vol. II Washington D.C.1998 E.U.A.
10. **Pabon Rodríguez** Aborto Inducido y Espontaneo, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, abril 1993Pag:211-217
11. **Palacio Hurtado M.** MD Día mundial de la Salud: maternidad saludable, IQEN VOL3 numero 5, 1998 pag77-79
12. **Profamilia:** Salud Sexual y Reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud resultados 2000 Bogotá, Octubre de 2000; pag. 96,97,107-117
13. **Rojas R. González M.P:** Salud Materna y Perinatal:. Boletín Epidemiológico Distrital. Salud Sexual y Reproductiva en Bogotá, D.C.:1990-2000 Secretaria distrital de Salud Bogotá Vol. 5 No.4 pag. 7-11

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA  
SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 45 y 46 (6 AL 16 DE NOVIEMBRE DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Mortalidad por cólera		Dengue clásico		Dengue hemorrágico		Malaria por P. falciparum		Malaria por P. vivax		Rabia humana					
		45	46	Ac	45	46	Ac	45	46	Ac	45	46	Ac	45	46		
AMAZONIA	Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	23	0	342	33	0	710	0	0	
	Caquetá	0	0	5	18	1435	2	4	322	2	6	1472	12	16	8545	0	0
	Putumayo	0	0	0	0	71	0	0	4	1	4	422	2	5	1948	0	0
ORINOQUIA	Arauca	0	0	23	15	1724	0	0	199	0	0	0	0	9	397	0	0
	Casanare	0	0	3	1	211	0	0	0	0	2	3	1	51	0	0	0
	Guainía	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	22	7	5	195	0	0
	Guaviare	0	0	0	0	1	0	0	1	0	22	7	5	195	0	0	0
	Meta	0	0	17	10	873	0	0	43	22	41	1.967	77	64	5423	0	0
	Vaupés	0	0	0	0	31	0	0	0	1	84	1	4	210	0	0	0
	Vichada	0	0	0	0	12	0	0	7	35	619	25	21	955	0	0	0
	Bogotá	0	0	0	1	40	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0
	Boyacá	0	0	13	5	616	3	1	193	0	0	12	2	2	117	0	0
	Cundinamarca	0	0	38	25	1619	8	9	340	1	0	33	7	4	136	0	0
CENTRO ORIENTE	Huila	0	0	38	33	6700	0	0	152	1	0	37	0	0	56	0	0
	Norte de Santander	0	0	144	204	7090	12	18	668	0	0	49	47	3598	0	0	0
	Santander	0	0	217	162	5088	83	64	2507	1	0	22	5	5	424	0	0
	Tolima	0	0	114	81	3574	4	1	195	0	0	7	0	0	54	0	0
	Antioquia	0	0	9	25	1.010	0	2	80	77	101	4553	206	360	13812	0	0
OCCIDENTE	Caldas	0	0	18	23	386	0	0	3	0	4	0	1	39	0	0	0
	Cauca	0	0	0	0	42	0	0	0	202	153	3519	24	14	496	0	0
	Chocó	0	0	0	0	110	0	0	0	46	104	6046	50	45	2386	0	0
	Nariño	0	0	0	0	23	0	0	0	0	1	3	0	0	5	0	0
	Quindío	0	0	102	136	2869	0	0	59	0	0	6	0	1	50	0	0
	Risaralda	0	0	29	36	1064	0	0	3	3	0	37	8	26	1402	0	0
	Valle	0	0	120	304	7305	7	28	458	20	1	1716	30	5	1690	0	0
	Atlántico	0	0	25	14	1056	1	0	14	0	0	1	0	0	0	0	0
	Barranquilla	0	0	0	32	1254	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0
	Bolívar	0	0	3	4	207	0	0	10	1	0	121	0	3	164	0	0
COSTA ATLÁNTICA	Cartagena	0	0	31	30	151	0	0	4	0	0	11	0	0	26	0	0
	Cesar	0	0	69	64	1666	5	1	147	0	0	1	0	1	57	0	0
	Córdoba	0	0	21	24	1000	2	1	110	400	198	11.040	313	350	20938	0	0
	La Guajira	0	0	10	6	203	0	0	12	2	3	121	2	0	127	0	0
	Magdalena	0	0	0	0	197	0	0	7	0	0	1	0	0	21	0	0
	San Andrés	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	Santa Marta	0	0	26	3	165	15	1	39	3	21	39	0	2	37	0	0
	Sucre	0	0	11	8	364	7	1	158	0	0	6	0	1	22	0	0
		0	0	1086	1264	48161	149	131	5781	858	708	34.324	940	1072	68214	0	0

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA  
SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 45 Y 46 (6 AL 16 DE NOVIEMBRE DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Fiebre amarilla		Meningitis meningocócica		Meningitis <i>haemophilus</i>		Sífilis congénita		Hepatitis B		Rabia animal					
		45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46				
AMAZONIA	Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
	Caquetá	0	0	0	1	0	0	0	0	13	0	9	0	0			
	Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	36	0	0			
	Arauca	0	0	0	1	0	0	3	0	21	0	37	0	4			
ORINOQUIA	Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0			
	Guainía	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	0	0			
	Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	Meta	0	0	1	0	4	0	2	1	0	37	0	6	0			
	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0			
	Vichada	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
	Bogotá	0	0	0	1	11	0	18	3	1	144	1	4	170			
CENTRO ORIENTE	Boyacá	0	0	0	0	7	0	5	0	0	25	2	0	14			
	Cundinamarca	0	0	0	0	6	0	1	10	0	0	2	3	142			
	Huila	0	0	0	0	0	0	1	0	1	34	0	0	41			
	Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	1	1	0	26	0	0	6			
	Santander	0	0	0	0	7	1	0	7	1	2	80	1	76			
	Tolima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1	0	93			
	Antioquia	0	0	0	1	27	2	0	18	0	7	105	0	2			
OCCIDENTE	Caldas	0	0	0	0	3	0	2	0	2	19	1	0	37			
	Cauca	0	0	0	0	0	0	0	1	0	26	0	4	0			
	Chocó	0	0	0	0	15	0	0	2	0	5	0	0	12			
	Nariño	0	0	0	0	1	0	0	7	0	21	0	1	24			
	Quindío	0	0	0	0	1	0	0	0	0	13	0	0	7			
	Risaralda	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	33	0	1			
	Valle	0	0	0	0	11	0	0	2	2	158	1	0	15			
COSTA ATLÁNTICA	Atlántico	0	0	0	0	8	0	0	1	0	0	0	0	5			
	Barranquilla	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0			
	Bolívar	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	10	0	0			
	Cartagena	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	3			
	Cesar	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	29	0	0			
	Córdoba	0	0	0	0	9	0	0	8	0	0	0	0	55			
	La Guajira	0	0	0	0	7	0	0	0	0	6	1	1	14			
MAGDALENA	Magdalena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7			
	San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	Santa Marta	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	0	0	47			
	Sucre	0	0	0	0	3	0	0	5	0	8	0	0	6			
	TOTAL	0	0	5	0	3	139	3	1	99	10	19	866	10			
													13	1059	0	1	66

MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
 SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA  
 SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 45 Y 46 (6 AL 16 DE NOVIEMBRE DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Sarampión		Rubéola		Parálisis flácida		Tos ferina		Tétanos neonatal		Tuberculosis pulmonar			
		45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46		
AMAZONIA	Amazonas	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	13	
	Caquetá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5	6	
	Putumayo	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	2	
	Arauca	0	0	4	0	4	0	2	0	0	0	1	2	3	
ORINOQUIA	Casanare	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	28	
	Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	16	
	Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Meta	0	0	0	0	4	0	1	0	0	1	3	2	225	
	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	
CENTRO ORIENTE	Bogotá	1	3	110	6	4	369	1	0	16	0	0	16	15	
	Boyacá	0	0	12	0	1	20	0	0	9	4	2	28	68	
	Cundinamarca	1	1	35	4	3	115	0	0	9	1	0	5	7	
	Huila	1	0	7	0	0	0	0	0	3	0	0	5	3	
	Norte de Santander	0	0	20	0	0	5	0	0	6	0	0	0	158	
OCCIDENTE	Santander	0	0	46	0	2	90	0	1	5	0	0	14	193	
	Tolima	0	0	6	0	0	25	0	0	0	0	0	19	128	
	Antioquia	0	1	47	3	2	160	2	2	17	4	3	163	579	
	Caldas	1	1	36	0	7	165	0	0	0	0	0	1	151	
	Cauca	0	0	2	0	0	1	0	0	5	0	0	6	4	
	Chocó	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
	Nariño	0	0	34	0	1	16	1	0	7	0	0	8	6	
	Quindío	0	0	2	2	0	28	0	0	0	0	0	2	2	
	Risaralda	0	1	42	1	6	56	0	0	1	0	0	0	5	
	Valle	1	0	34	0	0	34	0	14	0	0	0	19	0	
COSTA ATLÁNTICA	Atlántico	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	7	132	
	Barranquilla	0	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	267	
	Bolívar	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	105	
	Cartagena	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71	
	Cesar	0	0	5	0	0	2	0	1	0	17	0	1	2	
	Córdoba	0	0	4	0	0	0	0	0	6	0	0	1	4	
MAGDALENA	La Guajira	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	117	
	Magdalena	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	103	
	San Andrés	0	0	1	0	0	1	0	0	4	0	0	0	7	
	Santa Marta	0	0	9	0	0	2	0	0	4	0	0	7	88	
	Sucre	0	0	4	0	0	9	0	0	3	0	0	1	0	
T O T A L	5	7	498	16	27	1115	4	3	121	11	7	529	0		
													119	109	5.346

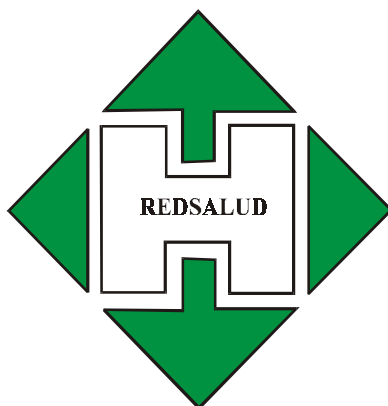
El *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, IQEN*, es una publicación quincenal de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y de la Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, con un tiraje de 3.500 ejemplares.

Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones no institucionales, enviadas por los autores para estudio de publicación, son de exclusiva responsabilidad de los mismos y todas deberán ceñirse a las normas éticas internacionales vigentes.

Los editores del IQEN agradecen, de antemano, el envío de sus contribuciones al boletín a través de los epidemiólogos locales o de las direcciones distritales y departamentales de salud, al Grupo de Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de Salud, teléfonos 336-5066, extensiones 1400, 1414 y FAX 336-5066, extensión 1431, o a la Subdirección de Epidemiología y LNR del Instituto Nacional de Salud, a los teléfonos 220-7700, extensiones 540, 541, 543 o 548 o al FAX 220-0934 o a cualquiera de las direcciones electrónicas.

Cualquier información contenida en el boletín IQEN es del dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

**Cita sugerida:** Acosta J, Prieto F, Rodríguez D, Rueda C. Situación de las enfermedades de transmisión sexual, Colombia, 1976-2000. Inf Quinc Epidem Nac 2001;6(22):329-40.



A.P.C. COHOSVAL  
 COODEMCUN  
 COHOSAN  
 COODESC  
 COODESUR  
 COODESURIS  
 COODESTOL  
 COOPSALUM  
 COOSBOY  
 COODESCOR  
 COHOSPICOSTA

Gabriel Riveros <b>Ministro de Salud</b> Dirección General de Salud Pública	Jorge Boshell <b>Director, INS</b> Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia
--	--

**Comité editorial**

Isabel Cristina Ruiz	Fernando de la Hoz
Víctor Hugo Alvarez	Martha Velandia
	Diana Carolina Cáceres
	Jacqueline Acosta

**Editores**

Jacqueline Acosta  
 Carlos A. Hernández

**Apoyo logístico**

Jorge Eliécer González	Gabriel Perdomo
	Francisco Rodríguez

**Diagramación e impresión**

División de Biblioteca y Publicaciones, INS

<b>Ministerio de Salud</b> Carrera 13 No. 32-76 Bogotá, D.C., Colombia e-mail epidemio@minsalud.gov.co	<b>Instituto Nacional de Salud</b> Avenida calle 26 No. 51-60 Bogotá, D.C., Colombia e-mail publicacion@hemagogus.ins.gov.co
---	---