

Informe de Evento 2023

Morbilidad Materna Extrema

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Greace Alejandra Ávila Mellizo

Elaborado por:

Nubia Stella Narváez Díaz
Grupo Vigilancia y Control de
Enfermedades No Transmisibles
Subdirección de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública

Revisado por:

Flavio Enrique Garzón Romero
Subdirección de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública

Aprobado por:

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ☐ NO ☒

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?

© Julio 2024. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

<https://doi.org/10.33610/infoeventos.46.1>

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Informe de Evento 2023 - Morbilidad Materna Extrema

1. Introducción

Durante el periodo de embarazo y puerperio, cualquier mujer puede presentar una serie de afecciones o complicaciones; cuando estas complicaciones no se detectan de manera temprana o no se tratan adecuadamente pueden evolucionar a condiciones potencialmente mortales en las que puede presentarse la falla o disfunción orgánica, las cuales pueden ser definidas teniendo en cuenta una serie de criterios clínicos, de laboratorio o de manejo. Las mujeres que sobreviven a estos acontecimientos graves se han clasificado como morbilidad materna grave o cuasi accidente materno (1)

En consecuencia, se ha posicionado la aparición de un indicador positivo que refleja lo ocurrido en las mujeres que pudieron haber muerto, pero sobrevivieron a una complicación de su estado de salud, se trata del Near Miss Materno (NMM), que en español es denominado Morbilidad Materna Extremadamente Grave (MMEG) y para Colombia se ha establecido el término de morbilidad materna extrema (MME) (2). La definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “una mujer que estuvo a punto de morir, pero sobrevivió a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo” (3).

La definición de caso de morbilidad materna extrema establecida en el protocolo de vigilancia para Colombia corresponde a “complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos” (4).

Los criterios de inclusión definidos para la vigilancia de morbilidad materna extrema en Colombia se agrupan en: enfermedad específica (preeclampsia severa, eclampsia, sepsis o infección sistémica severa, hemorragia obstétrica severa y ruptura uterina); falla de órgano (cardiovascular, renal, hepática, cerebral, respiratoria, hematológica/coagulación); y relacionado con el manejo: necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia (procedimientos diferentes al parto o la cesárea), para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la mujer (4).

El monitoreo de este evento permite detectar oportunamente los casos y generar acciones de gestión del riesgo, atención oportuna y como resultado final, la sobrevivencia de las mujeres en condiciones extremadamente graves, teniendo en cuenta que este resultado, refleja de forma directa la realidad en calidad de atención médica de una institución o de un país, por lo que los hallazgos del análisis permitirán implementar medidas de seguridad del paciente, así como identificar fallas en el sistema y en la infraestructura y a partir de allí, implementar o fortalecer la adherencia a protocolos y guías de manejo, capacitación y desarrollo de habilidades, lo cual redundará en una mejor atención y mayor seguridad en el cuidado obstétrico (2,5).

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Teniendo en cuenta las cifras reportadas por la OMS respecto a muertes maternas en el mundo, se estima que “en 2020 cada día murieron casi 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto”, alrededor del 95 % de todas las muertes maternas corresponden a países de ingresos bajos y medianos bajos y la mayoría pudieron haberse evitado. Entre 2000 y 2020 Europa oriental y Asia meridional lograron mayor reducción general de la razón de mortalidad materna (6). En ese sentido, la OMS ha estimado como esperable, una razón de MMEG de 7,5 casos (entre 3 a 15 casos) por cada 1 000 nacidos vivos. En países desarrollados, los valores se encuentran entre 3,8 y 12 por 1 000 nacidos vivos, siendo estos valores menores a los encontrados en países de ingresos bajos y medios(2,7).

En un estudio multicéntrico desarrollado en hospitales de América Latina y el Caribe se observó que la mayor proporción de mujeres que cursaron una morbilidad materna extrema, se ubicaron en edades entre los 10 a 14 años y de 35 años y más, eran solteras, con bajos niveles educativos y con poca asistencia a controles prenatales. La relación de MME fue de 19 casos por cada muerte materna, y el índice de letalidad reportado fue del 5,1 % (8). En contraste con lo anterior, un estudio descriptivo realizado en México reportó que la MME se presentó en el 85 % de las pacientes que cursaban su tercer trimestre de gestación, el 88,3 % habían contado con controles prenatales, y el 7,8 % terminaron en histerectomía como procedimiento quirúrgico de emergencia (8).

Para Colombia, durante el 2022 la morbilidad materna extrema correspondió a 33 240 casos, lo cual corresponde a una razón de MME de 54,7 casos por 1 000 nacidos vivos. Las razones de MME se concentraron principalmente en las entidades territoriales de Barranquilla (93,8 casos por 1 000 nacidos vivos), Caldas (80,7), Risaralda (77,3), Bogotá (73,1), Cali (72,8), Putumayo (69), Nariño (67,4), Atlántico (67,1), Tolima (64,5) y Cartagena (63,6 casos por 1 000 nacidos vivos). Por otra parte, las mayores razones de MME se concentraron en las edades extremas (mayores de 35 años y 10 a 14 años). Los trastornos hipertensivos presentan las razones de MME más altas con 39,7 casos por 1 000 nacidos vivos, seguido de las complicaciones hemorrágicas con 7,8 casos (9).

El propósito de este documento es describir el comportamiento de la morbilidad materna extrema en Colombia durante el 2023, como insumo para el monitoreo de la salud materno-infantil en el país.

2. Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La fuente de información fueron los casos de MME notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) desde 2012 hasta el 2023. Los datos de morbilidad materna extrema se obtienen a través la notificación individual de casos al Sivigila, realizada por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) de las 38 entidades

territoriales del país del orden departamental y distrital, de acuerdo con el flujo de información establecido por el sistema.

La información notificada se sometió a un proceso de depuración verificando completitud y consistencia. Se realizó la validación de los datos, se eliminaron aquellos notificados con: 1) ajuste 6 y D; 2) los que no cumplen criterios para el evento; 3) los que terminaron en una muerte materna con fecha de defunción dentro de los días de la atención de la MME; 4) casos repetidos: para ello, se tuvo en cuenta la fecha de egreso de la primera hospitalización y fecha de consulta del segundo registro, si la diferencia es menor a siete días se considera un caso repetido, si por el contrario, esta diferencia es de siete días o más, se considera un reingreso y no se eliminan de la base de datos.

Se garantiza la consistencia interna teniendo en cuenta aspectos relacionados con la temporalidad: la fecha de notificación y de egreso deben ser mayor a la fecha de inicio de síntomas, la fecha de hospitalización debe ser igual o superior a la fecha de inicio de síntomas. Por otra parte, en lo relacionado con la variable persona, debe corresponder a sexo F (femenino), la edad debe estar entre 10 y 54 años, cada registro debe tener la opción 1 (Si) en al menos de los criterios de inclusión.

El análisis de la morbilidad materna extrema se realizó por residencia, teniendo en cuenta lo establecido por el DANE, que define la residencia habitual en un territorio específico, por un tiempo igual o mayor a seis meses (10). Los datos obtenidos fueron almacenados y procesados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®. Los resultados se organizaron en distribución de frecuencia que se presentan en tablas, figuras y mapas.

Para el análisis de la información se establecieron frecuencias absolutas y relativas, así como, estimaciones de la razón de morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, y teniendo en cuenta características sociales y demográficas como grupo de edad, tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud, área de residencia, pertenencia étnica y nacionalidad extranjera. Igualmente, se realizó análisis de antecedentes ginecobstétricos como paridad, primigestante, múltipara (entre 2 y 5 gestaciones) y gran múltipara (6 y más gestaciones); número de controles prenatales - CPN (sin CPN, 1 a 3 CPN, 4 y más CPN) y causas agrupadas de MME.

Se analizó la tendencia de la razón de MME, en Joinpoint Regression Program versión 5.2.0, teniendo en cuenta que las diferencias significativas, se establecieron con $p < 0,05$, para un nivel de significación del 95 %.

Se estableció la tendencia de notificación de casos de MME a Sivigila respecto al aumento de número de UPGD notificadoras; para ello se calculó la ecuación lineal desde 2019 hasta 2023 utilizando el software Microsoft Excel®. Esto permite obtener una representación continua entre las dos variables. Además, se agregó el valor del coeficiente de determinación (R^2) a la línea de tendencia para evaluar la correlación entre las variables.

Se realizó comparación del promedio de las razones 2019 a 2022 respecto a 2023 por entidad territorial de residencia y según variables sociales, demográficas, epidemiológicas y ginecobstétricas con el fin de establecer incremento o decremento estadísticamente significativo utilizando las pruebas exactas de Fisher y midP ($p < 0,05$), el cálculo se realiza mediante comparación de tasas de Openepi online.

Respecto a la identificación de comportamiento inusual de notificación de casos en 2023 respecto al comportamiento histórico 2018-2022 se realizó con el método de Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) de Center for Disease Control and Prevention (CDC) para los municipios y departamentos con un promedio igual o mayor a 30 casos, y con la distribución Poisson para los municipios y departamentos con un promedio menor a 30 casos.

El cálculo de los indicadores del evento se realiza por lugar de notificación para el indicador de oportunidad y por residencia para los demás indicadores. La fuente de información corresponde a Sivigla para los numeradores (número de casos de morbilidad materna extrema, mortalidad materna temprana y mortalidad perinatal y neonatal tardía), el denominador del indicador de razón de MME corresponde a los nacidos vivos (NV). Se tomó la fuente de información oficial publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para los años 2017 al 2022, para el 2023 se usaron los datos preliminares descargados de RUAF ND V.2.(11)

Limitaciones

Para el cálculo del indicador de razón de morbilidad materna extrema se usan datos de estadísticas vitales (nacimientos) preliminares, teniendo en cuenta que no se cuenta con datos oficiales.

Consideraciones éticas

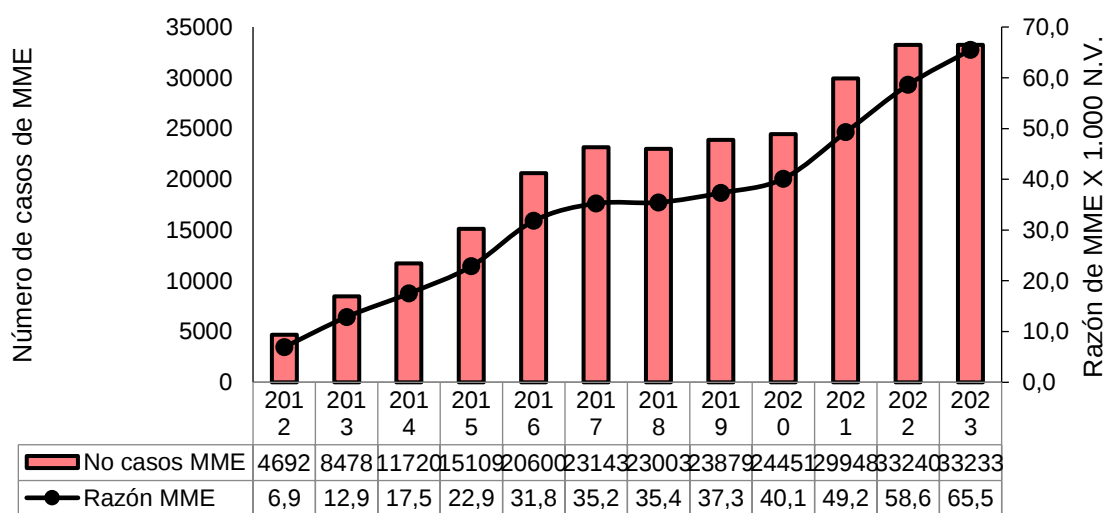
El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de la morbilidad materna extrema, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

3. Resultados

Durante el 2023 se notificaron a Sivigila 38 505 casos de morbilidad materna extrema (MME). Posterior al proceso de depuración se identificaron 1 189 casos con ajuste 6 o D, 45 casos que se convirtieron en muerte materna que no cuentan con descarte en la base, 3 168 casos repetidos, 501 casos que no cumplen la definición para el evento y 123 casos que corresponden a un año diferente, por lo que fueron excluidos. De esta forma, el total de casos de morbilidad materna extrema correspondientes a 2023 fue 33 479, de los cuales, se identificaron 246 casos residentes en otro país. Para efectos del análisis del evento se tienen en cuenta sólo los casos de MME que residen en Colombia, que corresponden a 33 233 casos para 2023.

La razón de morbilidad materna extrema para 2023 fue 65,5 casos por 1 000 nacidos vivos, al analizar el comportamiento de notificación en el periodo 2012 a 2023, se observa una tendencia hacia el incremento estadísticamente significativo ($p < 0,00001$), con una variación porcentual anual promedio (AAPC) de 20,2 (IC 95% 18,1 – 26,8). Al analizar la tendencia por segmentos (2 Joinpoints), es ascendente entre 2012 y 2016 corresponde a una variación porcentual anual (APC) de 38,9 ($p < 0,00001$, IC 95% 29,2 – 79,6). Entre 2016 y 2019 la APC corresponde a 4,6 ($p = 0,014$, IC 95% 1,1 – 11,0) y entre 2019 y 2023 la APC es 15,4 ($p < 0,00001$, IC 95% 14,0 – 18,9) (ver ANEXO 1 y Figura 1).

FIGURA 1 TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, COLOMBIA, 2012-2023



Fuente: Sivigila Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2023. DANE Nacimientos 2012-2022; RUAF ND V2.2023p.

Teniendo en cuenta el comportamiento ascendente del evento, puede explicarse por el fortalecimiento de la vigilancia del evento y de esta manera el aumento paulatino del número de UPGD notificadoras

pasando de 656 en 2019 a 839 en 2023, con incremento de 27,9 %. Al analizar la tendencia lineal, se observa una correlación entre el número UPGD y el número de casos notificados de morbilidad materna extrema con un valor $R^2 = 0,9029$ (ver ANEXO 2).

Las entidades territoriales con las razones de MME más altas para el 2023 fueron: Barranquilla (112,4 casos por 1 000 nacidos vivos), Putumayo (106,5), Nariño (101,1), Caldas (88,4) y Cauca (84,8 casos por 1 000 nacidos vivos). Así mismo, se observó que para el 2023, 18 entidades territoriales reportaron comportamientos hacia el aumento (Barranquilla, Putumayo, Nariño, Cauca, La Guajira, Atlántico, Santa Marta, Risaralda, Bolívar, Amazonas, Valle, Antioquia, Magdalena, Córdoba, Buenaventura, Caquetá, San Andrés y Guaviare); este comportamiento es estadísticamente significativo ($p < 0,05$) con respecto al comportamiento registrado entre 2019 y el 2022 (ANEXO 3).

De acuerdo con las características sociales y demográficas más relevantes para el evento, durante el 2023 se identificó que las razones de MME más altas se concentraron en las edades extremas: 40 años y más (118,9 casos por 1 000 nacidos vivos), y 35 a 39 años (86,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos), seguido de 30 a 34 años (67,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos). El grupo de edad de 40 y más años registra comportamiento hacia el aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$), con respecto al promedio registrado entre el 2019 a 2022 (ver Tabla 1).

Teniendo en cuenta el área de residencia, la mayor razón de MME corresponde al área urbana con 70,1 casos por 1 000 nacidos vivos, el área rural presenta un comportamiento ascendente en 2023 respecto al promedio 2019 – 2022 (ver Tabla 1). Por regiones del país, se evidencia en todas las regiones una mayor razón de MME en el área urbana. En todas las regiones, la razón de MME es relativamente similar al inicio del periodo analizado, sin embargo, esta diferencia se amplía en el tiempo (ver Tabla 1 y ANEXO 4).

La razón de MME en mujeres no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud para el 2023 reportó aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) con respecto a lo registrado entre el 2019 y 2022; este indicador corresponde a 75,8 casos por 1 000 nacidos vivos. Por su parte el régimen subsidiado presenta una tendencia ascendente con una razón de 64,9 casos por 1 000 nacidos vivos, mientras que el régimen contributivo presenta un comportamiento estable (ver Tabla 1).

Según pertenencia étnica, se evidencia una razón de MME mayor en la población que no se identifica con alguna pertenencia étnica (otros) con 66,7 casos por 1 000 NV, seguida de indígena y afrocolombiano, con incremento en indígenas. Los casos de MME correspondientes a pertenencia étnica indígena, representan el 4,3 % del total de casos (1 421 casos), de ellos, la mayor proporción corresponden a pueblo wayuu con el 57,7 % (820 casos) ubicados principalmente en La Guajira, seguidos del pueblo nasa con el 8,5 % (121 casos) que se encuentran principalmente en el departamento de Cauca y el grupo zenú con el 3,0 % (539 casos) ubicados principalmente en el departamento de Córdoba. Según edad de las mujeres con pertenencia étnica indígena, la mayor proporción de casos se registra en el grupo de 20 a 24 años con el 24,1 %, seguido del grupo de 15 a 19 años con el 24 % (ver Tabla 1).

TABLA 1 RAZÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN VARIABLES SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS, COLOMBIA, 2019-2023

Variable	2019		2020		2021		2022		Promedio 2019-2022		2023		Valor p (2-cola) Mid-p exacto	Situación
	Casos	Razon MME	Casos	Razon MME	Casos	Razon MME	Casos	Razon MME	Casos	Razon MME	Casos	Razon MME		
Colombia	23488	37,2	24208	38,5	29948	49,2	33240	58,6	27721	45,9	33233	65,5	0,046	Aumento
Grupo edad														
10 a 14 años	187	39,8	184	43,6	280	58,3	275	66,2	231,5	52,0	275	72,7	0,060	Estable
15 a 19 años	3994	34,7	3811	35,3	4692	44,6	5116	55,3	4403,3	42,5	4886	63,3	0,052	Estable
20 a 24 años	5782	32,0	5946	33,3	7321	42,5	7926	51,1	6743,8	39,7	7724	56,7	0,067	Estable
25 a 29 años	5390	35,0	5510	35,8	6902	45,3	7801	53,8	6400,8	42,5	7884	60,2	0,095	Estable
30 a 34 años	4368	42,1	4482	43,9	5526	53,8	6246	61,3	5155,5	50,3	6493	67,9	0,098	Estable
35 a 39 años	3017	54,0	3063	55,9	3794	69,5	4201	79,1	3518,8	64,6	4275	86,5	0,061	Estable
40 y más años	1141	76,3	1212	78,6	1433	90,4	1675	107,9	1365,3	88,3	1696	118,9	0,031	Aumento
Área														
Urbana	19035	38,5	19591	41,2	24096	52,9	26595	62,5	22329,3	48,8	26533	70,1	0,054	Estable
Rural	4453	32,7	4617	32,1	5852	38,3	6645	47,0	5391,8	37,5	6700	52,0	0,004	Aumento
Afiliación SGSSS														
Contributivo	9673	42,0	9330	42,6	11078	53,2	12499	60,6	10645,0	49,6	12149	63,3	0,223	Estable
Subsidiado	11541	34,8	11383	34,9	14699	44,2	17715	56,1	13834,5	42,5	18802	64,9	0,026	Aumento
No asegurado	1994	35,9	2924	46,7	3543	62,0	2308	62,5	2692,3	51,8	1593	75,8	0,034	Aumento
Pertenencia étnica														
Indígena	732	29,2	772	26,3	873	26,0	1207	42,3	896,0	31,0	1421	55,3	0,009	Aumento
Afrocolombiano	748	29,8	505	21,3	759	30,0	831	38,0	710,8	29,8	920	47,1	0,053	Estable
Otros	21922	37,8	22853	40,4	28256	51,5	31123	60,2	26038,5	47,5	30833	66,7	0,061	Estable

Fuente: Sivigila Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2023. DANE Nacimientos 2012-2022; RUAF ND V2.2023p.

La mayor razón de MME en población con pertenencia étnica indígena corresponde al departamento de La Guajira (40,5 casos por 1000 NV), seguido de Vaupés con 27,7 casos por 1000 NV, Amazonas con 25,5 casos por 1000 NV, Guainía con 19 casos por 1000 NV y Vichada con 14,6 casos por 1000 NV. Por su parte, los departamentos con mayor proporción de casos en mujeres con pertenencia étnica indígena son Guainía (77,8 %), Vaupés (73,1 %), La Guajira (50,4 %), Vichada (41,4 %) y Amazonas (36,7 %).

El total de casos de MME en población extranjera (según nacionalidad) residente en Colombia, es de 3 535, que corresponde al 10,6 % del total de casos de MME, principalmente de Venezuela con 3 474 casos (98,3 %). La mayoría las mujeres reportadas con MME se encuentran en los grupos de edad de 20 a 24 años (27 %), 25 a 29 años (22,3 %) y 15 a 19 años (20,8 %). Según afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el 45,5 % de los casos corresponde a régimen subsidiado seguido de no asegurado, con 42,9 % y el régimen contributivo con 10,4 %.

La mayor proporción de casos de MME en esta población para el 2023 se presenta principalmente en departamentos fronterizos como Norte de Santander (28,2 %), Vichada (24,1 %), Arauca (22,1 %), La Guajira (19,4 %) y Guainía con 16,7 %. Al realizar análisis de comportamientos inusuales por distribución de Poisson se identifica disminución estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en Guainía,

Cundinamarca, Meta, Cauca, Sucre, Córdoba, Nariño y Chocó, mientras que se presenta aumento en Norte de Santander y Amazonas (ANEXO 5).

Comportamiento inusual

Al analizar el comportamiento inusual de morbilidad materna extrema en 2023 respecto al histórico 2018-2022 se identifica que los departamentos Putumayo, Caquetá, Guaviare y Vaupés en la región Amazónica, Boyacá de la región Andina, La Guajira, Santa Marta y San Andrés de la región Caribe y, Nariño, Cauca y Buenaventura de la región Pacífica presentan una tendencia al aumento, mientras que Guainía de la región Amazónica presenta tenencia descendente respecto al histórico (ver anexo 6).

De los distritos y municipios con población mayor a 100 000 habitantes, Sabanalarga (Atlántico), Tunja (Boyacá), Florencia (Caquetá), Popayán (Cauca), Maicao (La Guajira), Villavicencio (Meta), San Andrés de Tumaco (Nariño), Pasto (Nariño), Palmira (Valle), Santa Marta, Villa del Rosario (Norte de Santander) y Guadalajara de Buga (Valle) presentan aumento en el número de casos. En contraste, Soacha, Facativá y Funza (Cundinamarca) y los distritos de Cali y Buenaventura presentan un comportamiento al decremento respecto al comportamiento histórico (ver ANEXO 7)

Características ginecobstétricas

Teniendo en cuenta el número de gestaciones de las mujeres reportadas como casos de MME para 2023, la mayor razón de MME se encontró en las mujeres primigestantes con 27,8 casos por 1 000 NV, las mujeres multíparas (entre 2 y 5 gestaciones) presentaron una razón de 35,4 casos por 1 000 NV y los casos de MME en grandes multíparas (6 y más gestaciones) presentaron una razón de 2,3 casos por 1 000 NV. La razón de MME para las grandes multíparas en 2023, presenta decremento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) respecto a lo registrado entre el 2019 y 2022 (ver Tabla 2).

Respecto al número de controles prenatales, en 2023 se observó un decremento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) con respecto a lo registrado entre el 2019 al 2022, para la razón de MME en los casos que no reportaron controles prenatales (8,7 casos por 1 000 nacidos vivos), lo mismo sucedió con los casos reportados con 1 a 3 controles prenatales, con una razón 9,7 casos por cada 1 000 nacidos vivos (ver Tabla 2).

De acuerdo con la causa agrupada de MME, los trastornos hipertensivos concentraron la razón más alta para el 2023 con 45,6 casos por 1 000 nacidos vivos, registrando un comportamiento estable respecto al comportamiento registrado entre 2019 y 2022. En segundo lugar, se ubicaron las complicaciones hemorrágicas con 9,9 casos por 1 000 nacidos vivos y la sepsis de origen obstétrico con una razón de MME de 3,4 casos por 1.000 NV (ver Tabla 2).

TABLA 2 CARACTERÍSTICAS GINECOBSTÉTRICAS DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, COLOMBIA, 2019-2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

Variable	2019		2020		2021		2022		Promedio 2019 - 2022		2023		Valor p (Z-cola) Mid-p exacto	Situación
	Casos	Razon	Casos	Razon	Casos	Razon	Casos	Razon	Casos	Razon	Casos	Razon		
Colombia	23488	37,2	24208	38,5	29948	49,2	33240	58,6	27721	45,9	33233	65,5	0,046	Aumento
Número de gestaciones														
Primigestante	9926	37,9	10202	40,3	12308	51,4	14018	24,7	11613,5	38,6	14120	27,8	0,221	Estable
Múltipara	12625	37,6	13038	39,1	16490	49,4	18036	31,8	15047,3	39,5	17962	35,4	0,566	Estable
Gran múltipara	937	27,6	929	28,2	18036	54,1	1186	2,1	5272,0	28,0	1151	2,3	0,000	Disminución
Número de controles prenatales (CPN)														
Sin CPN	4544	167,1	5120	154,9	5443	175,9	4926	8,7	5008,3	126,6	4417	8,7	0,00	Disminución
1 a 3 CPN	3518	51,5	3968	47,4	4959	64,3	5196	9,2	4410,3	43,1	4905	9,7	0,00	Disminución
4 o más CPN	15817	29,7	15120	30,5	19546	39,1	23118	40,8	18400,3	35,0	23911	47,1	0,19	Estable
Causa agrupada														
Trastornos hipertensivos	16935	26,5	17982,0	29,5	21844	35,9	24134	42,5	20223,8	33,6	23121	45,6	0,145	Estable
Complicaciones hemorrágicas	3036	4,7	3173,0	5,2	4121	6,8	4746	8,4	3769,0	6,3	5008	9,9	0,332	Estable
Sepsis de origen obstétrico	1320	2,1	1211,0	2,0	1417	2,3	1677	3,0	1406,3	2,3	1718	3,4	> 0,999	Estable
Otra causa	976	1,5	730	1,2	962	1,6	1102	1,9	942,5	1,6	1115	2,2	> 0,999	Estable
Complicaciones de aborto	519	0,8	434	0,7	542	0,9	650	1,1	536,3	0,9	908	1,8	0,625	Estable
Enfermedad preexistente que se complica	331	0,5	304	0,5	348	0,6	465	0,8	362,0	0,6	797	1,6	0,250	Estable
Sepsis de origen no obstétrico	256	0,4	176	0,3	184	0,3	268	0,5	221,0	0,4	449	0,9	0,500	Estable
Sepsis de origen pulmonar	115	0,2	159	0,3	530	0,9	198	0,3	250,5	0,4	117	0,2	0,500	Estable

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023. DANE Nacimientos 2019-2022; RUAF NDV2. 2023p.

Al revisar el comportamiento de las causas agrupadas de MME en poblaciones especiales, se observa en pertenencia étnica indígena un comportamiento similar a lo encontrado a nivel general en el país, siendo las principales causas de MME los trastornos hipertensivos (66,5 %), complicaciones hemorrágicas (14,9 %) y sepsis de origen obstétrico (6,1 %). Igual situación con las mujeres extranjeras que reportan 72,1 %, 12,7 % y 6,3 % respectivamente.

Indicadores de vigilancia, morbilidad materna extrema

Respecto al indicador de oportunidad de notificación inmediata de los casos de MME, para el 2023 a nivel nacional se encontró 87,3 %, que según la categorización establecida en el protocolo de vigilancia del evento corresponde a una oportunidad “regular” (entre el 70 y el 90 %). Las entidades territoriales que presentan una oportunidad deficiente (menor del 70 %) son: Vaupés (50 %), Guainía (60 %), Chocó (61,9 %) y Valle del Cauca (66,3 %) (ver ANEXO 8).

El índice de letalidad para Colombia fue 0,7 %, siendo Guainía (16 %), Chocó (7,6 %), Vichada (5,3%), Buenaventura (4,1 %), Guaviare (3,6%), Atlántico y Magdalena (2,4 %) las entidades que presentaron mayor índice de letalidad. El índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía en la MME a nivel nacional fue del 3,7 %, siendo Guainía, Vichada, Chocó, Valle, Amazonas, Cundinamarca, Vaupés, San Andrés, Atlántico, Arauca, Guaviare, Caquetá, Buenaventura, Quindío, Cauca, Magdalena y Bolívar las entidades territoriales con índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía en MME alto (ver ANEXO 8).

Dado lo anterior, Guainía y Chocó presenta indicadores en niveles desfavorables con oportunidad de notificación inmediata deficiente, y altos índices de letalidad y mortalidad perinatal y neonatal tardía. (ver ANEXO 8).

4. Discusión

En 2022 inició el “Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna” liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social que tiene dentro de sus líneas de acción, “intensifiquen las intervenciones claves de eficacia comprobada para reducir la morbilidad y mortalidad materna, en seis líneas estratégicas” y dentro del objetivos de choque No. 3 se incluye el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con salud materna y seguimiento a la cohorte de gestantes y los casos de morbilidad materna extrema, lo cual puede estar relacionado con la tendencia hacia el incremento de la MME para Colombia en los últimos años (12).

El cálculo de la razón de MME ha sido variable en los países que realizan esta vigilancia, por las diferencias en los criterios de morbilidad materna extrema, lo que ha sido una limitación para la comparación del comportamiento. La razón de MME para Colombia en 2023 de 65,5 casos por 1 000 nacidos vivos, supera el comportamiento registrado en un estudio multicéntrico realizado en 12 países de América Latina (razón 11,5 casos por 1 000 nacidos vivos) (8). Igualmente, se encuentra por encima de lo reportado en otro estudio multicéntrico realizado en el sur de Ghana, África occidental, con 34,2 casos por 1 000 nacidos vivos (13). También se encuentra por encima de la mediana de casos por 1000 NV de una revisión de 69 estudios de 26 países que se encontró en 15,9 (rango intercuartil, IQR: 8,9–34,7) en los países de ingresos medianos bajos y de 7,8 (RIC: 5,0–9,6) en los países de ingresos medianos altos (14).

Las características sociales y demográficas de las mujeres indígenas que cursaron una morbilidad materna extrema descritos en este informe coinciden con lo reportado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en cuanto a la posibilidad de recibir menor asistencia prenatal con una mayor tasa de natalidad en adolescentes. Lo anterior está relacionado con la exposición diferencial a riesgos por sus factores sociales, económicos, políticos, culturales y geográficos, tales como: bajos niveles educativos, transporte precario, desconfianza entre las autoridades y los pueblos indígenas, poblaciones dispersas, ubicación en zonas fronterizas remotas, actitudes sociales discriminatorias, desplazamiento, conflicto armado, acceso limitado a servicios públicos y saneamiento básico, inseguridad alimentaria, pobreza, desempleo, entre otros (15).

Estudios reportan que la morbilidad materna extrema y la muerte materna, principalmente se concentran en mujeres con bajos estratos socioeconómicos y niveles educativos, pertenecen a comunidades indígenas o afrodescendientes, con visibles inequidades sociales, económicas, culturales, tecnológicas y sanitarias. Lo anterior, se puede expresar en sus comportamientos sexuales y reproductivos, toma de decisiones individuales y familiares, exposición diferencial a riesgos, estado de salud de la mujer, acceso y uso de los servicios de salud, capacidad de respuesta del sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones obstétricas y no obstétricas (16,17)

En población migrante según su nacionalidad, el comportamiento epidemiológico en la morbilidad materna extrema se presenta principalmente en mujeres jóvenes (entre 15 y 29 años) y sin aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud, a pesar de ser residentes en Colombia. Esto coincide con lo reportado en un estudio realizado respecto a la situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano, donde se evidencia que se concentran principalmente en el distrito de Barranquilla y corresponden a mujeres jóvenes, principalmente de 20 a 34 años y el 3,7 % se encontraban afiliadas al sistema de salud en el régimen subsidiado, que sumado a la vulnerabilidad socioeconómica en la que viven ellas y su familia, se incrementa el riesgo biopsicosocial durante el embarazo, parto y puerperio (18).

Respecto a las causas agrupadas de MME, están directamente relacionadas con las causas de mortalidad materna en el país y con las causas de resultados maternos graves evidenciados en un estudio realizado en dos países latinoamericanos de ingreso medio alto (República Dominicana y Guatemala) y tres países de ingreso medio-bajo (Bolivia, Honduras y Nicaragua), siendo las principales causas de morbilidad los trastornos hipertensivos, las complicaciones hemorrágicas y las infecciones (19). Igualmente, en una revisión sistemática que incluyó 69 estudios de 26 países las causas más frecuentes de cuasi accidente materno fueron hemorragia obstétrica en 19 de 40 estudios en países de ingresos medianos bajos y, trastornos hipertensivos en 15 de 29 estudios en países de ingresos medianos altos. Tanto en los países de ingresos medianos bajos como en los de ingresos medianos altos, la principal falla orgánica identificada fue la coagulación o disfunción hematológica (14).

La oportunidad en la notificación inmediata del evento MME es un indicador de gran importancia que permite generar una serie de intervenciones y gestión del riesgo individual por parte de diferentes actores del sistema (UPGD, secretaría de salud departamental o distrital, municipal, aseguradoras) con el fin de prevenir mayores complicaciones que lleven a la discapacidad o a desenlaces fatales de la gestante y/o del recién nacido. En un estudio realizado en Nigeria, se evidenció que la mayoría de las mujeres que presentaban afecciones potencialmente mortales recibieron intervenciones esenciales para evitar la muerte materna, pero en muchos casos con retrasos considerables. La supervivencia materna en los casos de mujeres que presentan graves complicaciones depende de diferentes factores dentro de los que se incluye la disponibilidad y aplicación de intervenciones que salvan vidas, pero también el uso seguro, eficiente y equitativo de dichas intervenciones de forma oportuna (20). Por cada caso de muerte materna puede haber muchos casos de morbilidad materna con complicaciones similares, que indican áreas de posible intervención, mejora en la atención obstétrica y atención del parto y de esta manera evitar nuevas muertes (21).

Guainía, Chocó, Vichada, Buenaventura, Guaviare, concentraron para el 2023 los mayores índices de letalidad y de mortalidad perinatal y neonatal tardía, superando el comportamiento del país. Lo anterior podría estar relacionado con la concentración de la pobreza multidimensional en las regiones donde están ubicados los departamentos, las cuales según el DANE concentran el mayor puntaje, la zona Pacífica para el 2020 reportó el 30,9 y la zona Orinoquía-Amazonía con 32,2, ambas con un incremento

con respecto al 2019 (20). De igual forma, según el análisis situacional de salud del 2021 para Colombia estos departamentos se ubican en el grupo con los más bajos porcentajes de uso de métodos anticonceptivos, disminuyendo entre 1 y 6 puntos porcentuales con respecto al 2005. Por otro lado, los departamentos de Chocó, Vaupés y Vichada concentraron los más bajos registros de cobertura de afiliación al sistema de salud. Con relación a la densidad estimada de talento humano en salud y disponibilidad de instituciones prestadoras de servicios de salud hasta diciembre de 2021 se observó que dichos departamentos tuvieron menor densidad del recurso humano y proporciones inferiores al 1,0 % para las IPS (21). En estudio realizado en un hospital turco, se encontró un índice de letalidad de 1,6 %, similar a lo presentado en los departamentos de Arauca y Meta (22).

5. Conclusiones

- En el año 2023 se notificaron 33 233 casos de MME que corresponde a una razón de MME de 65,5 casos por 1 000 nacidos vivos. Desde el inicio de la notificación, la razón de MME presenta una tendencia ascendente.
- Las mujeres con más de 40 años, no aseguradas y residentes en el área urbana presentan la mayor razón de MME.
- Las mujeres con pertenencia étnica indígena representan 4,2 % del total de casos notificados para MME en 2023, residen principalmente en La Guajira y pertenecen al grupo wayuu.
- Las mujeres con nacionalidad extranjera reportadas con MME representan el 10,6 % del total de casos de MME, se encuentran principalmente en departamentos fronterizos con Venezuela. El comportamiento de la proporción de casos en esta población presenta un descenso estadísticamente significativo en 13 entidades territoriales e incremento en dos.
- Respecto a las características ginecobstétricas, la mayor razón de MME se presentó en mujeres multíparas con tendencia al descenso en las mujeres grandes multíparas. Las razones más altas corresponden a los casos con 4 o más controles prenatales con tendencia descendente en los casos sin controles prenatales y de 1 a 3 controles.
- Las principales causas agrupadas fueron trastornos hipertensivos, complicaciones hemorragias y sepsis de origen obstétrico, este mismo comportamiento se presentó en las mujeres con pertenencia étnica indígena y con nacionalidad extranjera.
- Los departamentos de Guainía y Chocó presentan los valores de indicadores de oportunidad, índice de letalidad e índice de muerte perinatal y neonatal tardía más desfavorables.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

6. Recomendaciones

- Continuar con la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema en todos los niveles del sistema: instituciones prestadoras de servicios de salud, direcciones municipales y locales de salud, secretarías departamentales y distritales de salud cuyo propósito redunda en la reducción de los desenlaces fatales y la discapacidad evitable.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud, las direcciones municipales y locales de salud y las secretarías departamentales y distritales, deben continuar trabajando en las cuatro áreas estratégicas que planteó la Organización Mundial de la Salud en el “plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave”: 1) prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos por medio de uso de métodos anticonceptivos modernos, 2) acceso universal a los servicios de maternidad asequibles y de calidad por medio de sistemas integrados de servicios de salud, 3) recursos humanos calificados para la atención preconcepcional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud, 4) información estratégicas para la acción y rendición de cuentas a partir de sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal y las estadísticas vitales (23).
- Las políticas, planes, programas y proyectos formulados, ejecutados y evaluados en Colombia deben priorizar el fortalecimiento de la atención de la salud sexual y reproductiva garantizando su pertinencia, oportunidad y calidad, incluyendo el acceso a los métodos anticonceptivos, con énfasis en las estrategias de prevención y promoción de la salud (24).
- Es necesario vincular de manera permanente a las políticas, planes, programas y proyectos formulados, ejecutados y evaluados en Colombia, el enfoque diferencial poblacional y territorial, que permita identificar y abordar los factores sociales, culturales y económicos de la población materno e infantil que podrían estar incrementando la probabilidad de factores de riesgo o predisponentes a complicaciones materno, perinatales y neonatales (15).

7. Referencias

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

1. Santana DS, Guida JPS, Pacagnella RC, Cecatti JG. Near miss materno - entendiendo e aplicando o conceito. Rev Med (Rio J) [Internet]. el 15 de junio de 2018 [citado el 11 de junio de 2024];97(2):187. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143212/140793>
2. De Mucio B, F. CGS, S. NM. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Revista Médica Clínica Las Condes. 2023;34(1):26–32.
3. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health. Ginebra, Suiza; 2011. 1–34 p.
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. Bogotá D.C.; 2023. p. 1–27.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) OP de la S (OPS). Recomendaciones para establecer un sistema de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en america Latina y el Caribe. Washington D.C.; 2021.
6. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2023 [citado el 12 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
7. Zwart JJ, Richters JM, Öry F, De Vries JIP, Bloemenkamp KWM, Van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. BJOG. el 1 de junio de 2008;115(7):842–50.
8. De Mucio B, Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Serruya S, Giordano D, et al. Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America. Reprod Health. 2016;13(134):10.
9. Instituto Nacional de Salud. Informe final_MME_2022 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2023. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Manual de conceptos, Censo Nacional de población y vivienda 2018 [Internet]. 2019 jul [citado el 14 de julio de 2024]. Disponible en: https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrEsoNGJZVmclw6jkqrcgx.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzIEdnRpZA MEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1721079239/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.dane.gov.co%2ffiles%2fcens o2018%2finformacion-tecnica%2fcnpv-2018-glosario.pdf/RK=2/RS=IU.qp_wn03D4JP2roOD_Q4KPrGy-
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Datos nacimientos en Colombia [Internet]. [citado el 14 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos>

12. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna. Versión 5 [Internet]. Bogotá; [citado el 12 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-msps.pdf>
13. Oppong SA, Bakari A, Bell AJ, Bockarie Y, Adu JA, Turpin CA, et al. Incidence, Causes, and Correlates of Maternal Near-Miss Morbidity: a multi-centre cross-sectional study. BJOG. 2019;126(6):755–62.
14. Heitkamp A, Meulenbroek A, van Roosmalen J, Gebhardt S, Vollmer L, de Vries JI, et al. Maternal mortality: Near-miss events in middle-income countries, a systematic review. Bull World Health Organ [Internet]. el 1 de octubre de 2021 [citado el 12 de junio de 2024];99(10):693-707F. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8477432/>
15. UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres. Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas. Unfpa. 2016.
16. Luna Florez AM, Muñoz Cordero L, Vattuone Ramirez ME. Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna. Piazza A, Castillo-Ruiz P, Vega G, editores. 2010. 266 p.
17. Bello-Álvarez LM, Parada Baños AJ. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(4):256.
18. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. 2019;51(3):208–19.
19. Aleman A, Colomar M, Colistro V, Tomaso G, Sosa C, Serruya S, et al. Predicting severe maternal outcomes in a network of sentinel sites in Latin-American countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2023;160(3):939–46.
20. Oladapo OT, Adetoro OO, Ekele BA, Chama C, Etuk SJ, Aboyeji AP, et al. When getting there is not enough: A nationwide cross-sectional study of 998 maternal deaths and 1451 near-misses in public tertiary hospitals in a low-income country. BJOG. 2016;123(6):928–38.
21. MSPS M de S y PS. Análisis de Situación de Salud Colombia 2022. Bogotá; 2023.
22. Oğlak SC, Tunç Ş, Obut M, Şeker E, Behram M, Tahaoğlu AE. Maternal near-miss patients and maternal mortality cases in a Turkish tertiary referral hospital. Ginekol Pol. el 23 de febrero de 2021;92(4).

23. OPS OP de la S. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Estrategia de monitoreo y evaluación. Washington D.C.; 2012.
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Observatorio de Igualdad de Género de America Latina y el Caribe. 2020.

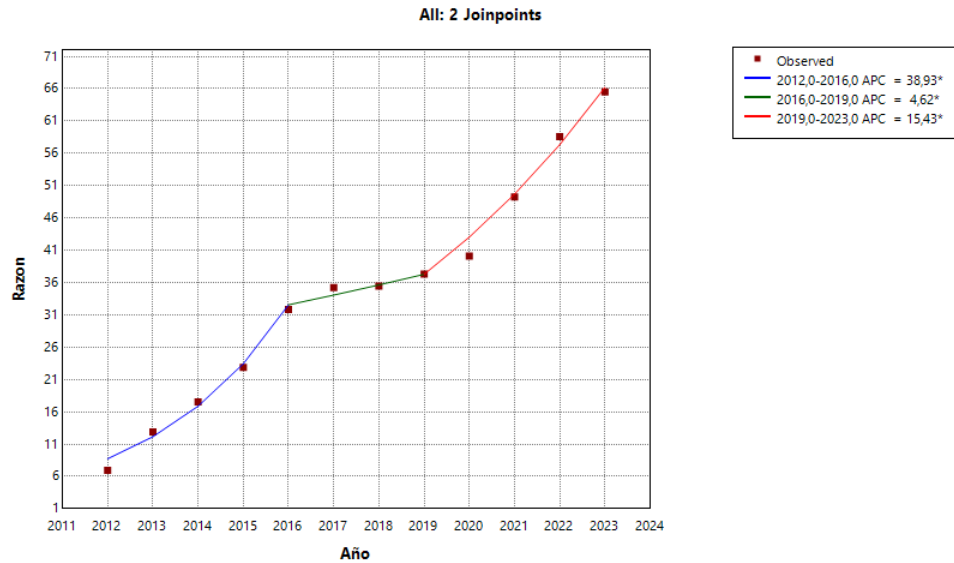


www.ins.gov.co



8. ANEXOS

ANEXO 1 TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA POR 1000 NACIDOS VIVOS EN COLOMBIA, 2012 A 2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 2 Joinpoints.

Estimated Joinpoints							
Joinpoint	Estimate	Lower CI	Upper CI				
1	2016	2015	2016				
2	2019	2019	2021				
Annual Percent Change (APC)							
Segment	Lower Endpoint	Upper Endpoint	APC	Lower CI	Upper CI	Test Statistic	P-Value
1	2012	2016	38,9*	29,2	79,6	--	< 0,001
2	2016	2019	4,6*	1,1	11,0	--	0,014
3	2019	2023	15,4*	14,0	18,9	--	< 0,001
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. -- Test Statistic not available for the Empirical Quantile method. See Help to Learn More							
Average Annual Percent Change (AAPC)							
Range	Lower Endpoint	Upper Endpoint	AAPC	Lower CI	Upper CI	Test Statistic	P-Value
Full Range	2012	2023	20,2*	18,1	26,8	--	< 0,001
* Indicates that the AAPC is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. -- Test Statistic not available for the Empirical Quantile method. See Help to Learn More							

Fuente:

Sivigila Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2023. DANE Nacimientos 2012-2022; RUAF ND V2.2023p.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia

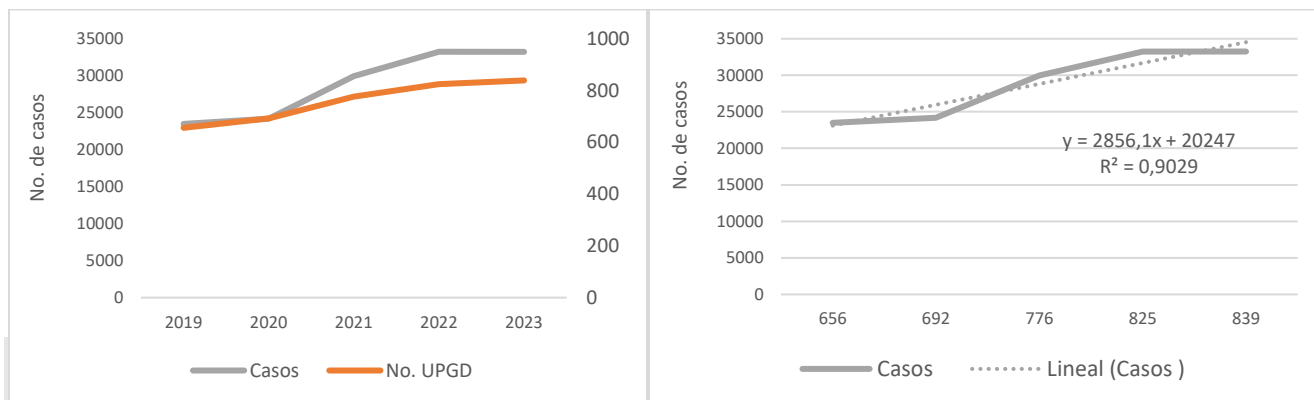


PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

ANEXO 2 TENDENCIA DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN NÚMERO DE UNIDADES PRIMARIAS GENERADORAS DE DATOS NOTIFICADORAS EN COLOMBIA, 2019 A 2023.



Fuente: Sivigila Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



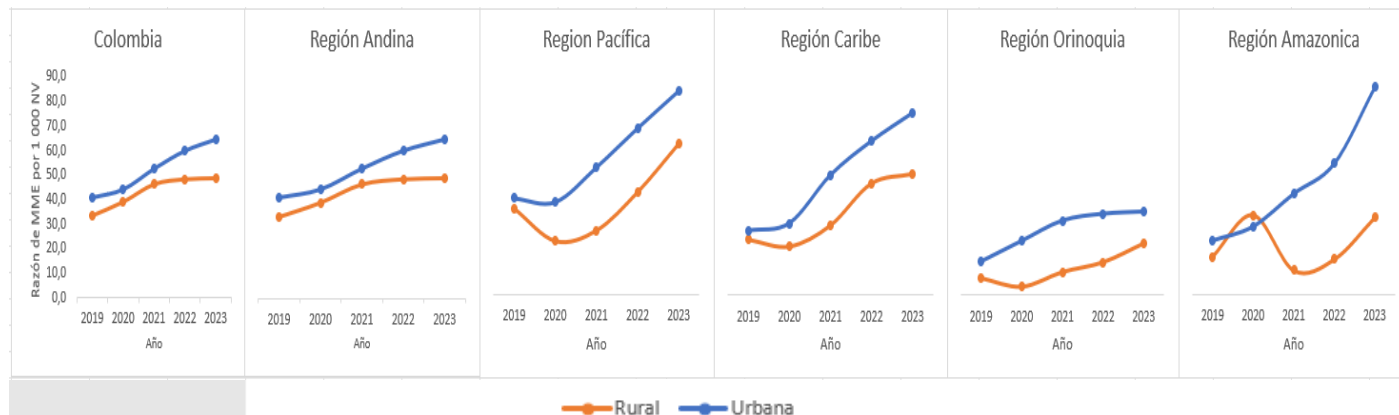
Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 3 TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA POR 1000 NACIDOS VIVOS, SEGÚN ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA EN COLOMBIA, 2019 A 2023.

Entidad territorial de residencia	2019		2020		2021		2022		Promedio		2023		Valor p (2-cola) Mid-p exacto	Situación
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón		
Colombia	23488	37,2	24208	38,5	29948	49,2	33240	58,6	27721	45,9	33233	65,5	0,046	Aumento
Barranquilla	703	30,0	1037	48,5	1934	93,2	1946	100,5	1405	68,1	1859	112,4	0,001	Aumento
Putumayo	234	53,6	243	52,6	317	65,7	333	72,5	281,75	61,1	425	106,5	0,000	Aumento
Nariño	804	48,9	738	45,1	914	56,7	1086	77,1	885,5	57,0	1274	101,1	0,000	Aumento
Caldas	244	30,0	500	63,0	631	80,2	635	82,2	502,5	63,8	593	88,4	0,051	Estable
Cauca	938	55,1	827	46,5	805	43,9	990	60,5	890	51,5	1197	84,8	0,003	Aumento
Cali	1262	52,9	1218	52,4	1477	68,4	1571	77,7	1382	62,9	1538	84,1	0,083	Estable
La Guajira	814	36,7	876	37,2	916	36,3	1444	65,2	1012,5	43,9	1621	80,3	0,001	Aumento
Bogotá	5525	64,9	5203	65,6	4821	72,0	4894	75,6	5110,75	69,5	4861	79,8	0,369	Estable
Atlántico	572	29,0	631	33,8	1072	58,9	1221	72,9	874	48,7	1207	79,5	0,004	Aumento
Santa Marta	427	22,0	450	48,5	508	63,8	460	57,1	461,25	47,8	598	78,5	0,004	Aumento
Risaralda	390	39,3	315	31,4	562	56,2	773	84,9	510	53,0	634	77,4	0,035	Aumento
Bolívar	694	42,4	685	41,2	946	51,9	1048	62,4	843,25	49,5	1095	74,8	0,019	Aumento
Cartagena	975	55,7	760	45,3	999	56,9	1117	65,3	962,75	55,8	1096	71,6	0,132	Estable
Amazonas	40	33,9	48	42,4	66	57,0	59	53,7	53,25	46,8	60	69,5	0,026	Aumento
Tolima	516	32,4	581	36,3	963	61,3	1014	69,1	768,5	49,8	865	66,4	0,138	Estable
Valle del Cauca	605	32,3	574	30,1	796	42,3	908	53,3	720,75	39,5	986	66,0	0,011	Aumento
Antioquia	1714	23,5	2177	30,3	3021	43,0	3710	55,6	2655,5	38,1	3777	64,0	0,010	Aumento
Magdalena	419	29,5	449	30,4	611	38,4	773	56,1	563	38,6	766	62,7	0,012	Aumento
Córdoba	534	21,4	445	18,0	807	31,1	1247	51,5	758,25	30,5	1254	59,5	0,001	Aumento
Buenaventura	76	16,3	90	20,4	109	23,0	105	29,1	95	22,2	193	58,9	0,000	Aumento
Boyacá	467	35,2	504	37,6	566	45,9	616	51,2	538,25	42,5	661	58,4	0,137	Estable
Casanare	207	35,0	298	48,6	338	54,6	298	51,3	285,25	47,4	311	57,3	0,382	Estable
Huila	871	50,7	872	51,9	875	50,6	790	48,7	852	50,5	851	56,2	0,630	Estable
Cundinamarca	1691	48,2	1642	47,1	1729	54,0	1807	58,0	1717,25	51,8	1533	52,8	0,922	Estable
Caquetá	94	13,7	144	22,9	189	28,4	223	38,2	162,5	25,8	259	50,4	0,005	Aumento
Sucre	437	29,4	409	29,0	726	48,8	686	50,3	564,5	39,4	544	45,4	0,590	Estable
Cesar	605	25,9	586	25,3	847	35,6	931	43,3	742,25	32,5	812	44,8	0,140	Estable
Chocó	216	30,8	109	12,7	286	29,8	341	46,9	238	30,1	265	41,8	0,159	Estable
Arauca	52	11,5	96	23,2	206	47,0	181	45,1	133,75	31,7	145	41,6	0,200	Estable
San Andrés	10	13,0	5	6,6	10	14,8	25	36,7	12,5	17,8	24	39,5	0,002	Aumento
Vaupés	10	14,4	18	26,8	20	23,2	42	48,7	22,5	28,3	26	37,8	0,221	Estable
Quindío	102	19,1	84	15,5	132	26,1	162	34,0	120	23,7	153	36,2	0,123	Estable
Vichada	46	30,1	53	29,4	48	23,8	69	33,9	54	29,3	58	35,3	0,538	Estable
Santander	558	20,4	785	29,9	730	28,4	724	29,6	699,25	27,1	716	32,7	0,442	Estable
Guaviare	25	19,8	11	8,7	21	15,3	36	28,7	23,25	18,1	36	31,8	0,048	Aumento
Norte de Santander	339	14,5	487	22,1	635	28,4	592	27,1	513,25	23,0	557	29,4	0,410	Estable
Meta	250	17,1	244	15,9	294	19,2	363	25,2	287,75	19,3	365	28,2	0,252	Estable
Guainía	22	22,9	14	13,3	21	16,0	20	16,1	19,25	17,1	18	24,5	0,222	Estable

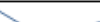
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023.DANE Nacimientos 2019-2022; RUAF NDV2. 2023p.

ANEXO 4 RAZÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA POR ÁREA DE RESIDENCIA EN COLOMBIA POR REGIONES 2019 – 2023.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023. DANE Nacimientos 2019-2022; RUAF NDV2. 2023p.

ANEXO 5 PROPORCIÓN DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN POBLACIÓN EXTRANJERA EN COLOMBIA, 2019-2023.

ET Residencia	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia	Esperado	Observado	Comportamiento
Colombia	17,3	12,7	12,9	11,0	10,6		14,3	10,6	Estable
Norte Santander	16,2	22,8	28,0	23,0	28,2		22,3	28,2	Aumento
Vichada	21,7	26,4	27,1	21,7	24,1		25,1	24,1	Estable
Arauca	17,3	27,1	30,1	27,6	22,1		24,8	22,1	Estable
Guajira	27,5	6,8	18,9	15,9	19,4		17,8	19,4	Estable
Santa Marta	26,7	25,3	26,4	17,0	18,7		26,1	18,7	Disminución
Guainia	13,6	35,7	14,3	10,0	16,7		21,2	16,7	Disminución
Bogota	17,8	20,8	20,7	18,7	16,1		19,8	16,1	Estable
Santander	16,8	15,4	14,1	14,8	15,4		15,5	15,4	Estable
Barranquilla	17,9	25,0	22,8	19,7	14,4		21,9	14,4	Disminución
Casanare	28,5	13,8	13,9	15,1	14,1		18,7	14,1	Estable
Atlantico	17,7	15,8	19,0	13,5	13,2		17,5	13,2	Estable
Antioquia	15,9	10,8	12,7	12,6	11,8		13,1	11,8	Estable
Quindio	17,6	10,7	9,1	15,4	11,8		12,5	11,8	Estable
Cundinamarca	17,1	13,9	17,7	13,1	11,7		16,2	11,7	Disminución
Boyaca	13,7	10,9	9,7	12,2	11,6		11,4	11,6	Estable
Guaviare	4,0	18,2	4,8	13,9	11,1		9,0	11,1	Estable
Risaralda	9,2	9,2	14,8	13,8	9,8		11,1	9,8	Estable
Valle	15,7	5,6	4,4	5,7	8,9		8,5	8,9	Estable
Cartagena	22,7	17,5	13,3	7,7	8,3		17,8	8,3	Disminución
Cali	10,5	5,3	3,8	3,6	8,2		6,5	8,2	Disminución
Magdalena	18,4	8,5	10,1	8,2	7,6		12,3	7,6	Estable
Cesar	6,1	7,5	4,3	5,5	6,9		6,0	6,9	Estable
Caldas	8,6	8,4	6,3	5,2	6,6		7,8	6,6	Estable
Meta	28,0	11,9	9,5	9,6	6,6		16,5	6,6	Disminución
Bolivar	11,5	7,6	7,9	4,7	5,8		9,0	5,8	Estable
Putumayo	11,1	5,8	6,6	6,9	5,6		7,8	5,6	Estable
Amazonas	0,0	0,0	0,0	1,7	5,0		0,0	5,0	Aumento
Tolima	5,2	4,5	4,6	4,9	4,5		4,8	4,5	Estable
Cauca	17,4	3,6	3,4	4,4	3,8		8,1	3,8	Disminución
Huila	7,7	2,2	1,8	1,1	3,4		3,9	3,4	Estable
Sucre	11,2	7,8	4,1	3,4	3,1		7,7	3,1	Disminución
Cordoba	11,6	2,5	2,5	1,3	2,0		5,5	2,0	Disminución
Caquetá	8,5	0,7	1,1	0,0	1,5		3,4	1,5	Estable
Nariño	12,7	2,8	3,0	3,5	1,4		6,2	1,4	Disminución
Chocó	20,4	0,9	0,7	1,2	0,4		7,3	0,4	Disminución
San Andres	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0		3,3	0,0	Disminución
Vaupes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	Estable

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 6 COMPORTAMIENTO INUSUAL DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA POR REGIONES, COLOMBIA, 2018-2023.

Region	ET residencia	Esperado	Observado	Categoría
Colombia		26760	33233	Ninguno
Amazonas	Putumayo	267	425	Aumento
	Caquetá	160	259	Aumento
	Amazonas	51	60	Ninguno
	Amazonas	50,8	60	Ninguno
	Guaviare	21,4	36	Aumento
	Vaupés	18,4	26	Aumento
	Guainía	23,6	18	Disminución
Andina	Bogotá	5129	4861	Ninguno
	Antioquia	2507	3777	Ninguno
	Cundinamarca	1675	1533	Ninguno
	Tolima	712	865	Ninguno
	Huila	845	851	Ninguno
	Santander	694	716	Ninguno
	Boyacá	531	661	Aumento
	Risaralda	496	634	Ninguno
	Caldas	443	593	Ninguno
	Norte Santander	473	557	Ninguno
	Quindío	126	153	Ninguno
Caribe	Barranquilla	1216	1859	Ninguno
	Guajira	970	1621	Aumento
	Córdoba	771	1254	Ninguno
	Atlántico	818	1207	Ninguno
	Cartagena	972	1096	Ninguno
	Bolívar	820	1095	Ninguno
	Cesar	686	812	Ninguno
	Magdalena	532	766	Ninguno
	Santa Marta	439	598	Aumento
	Sucre	557	544	Ninguno
	San Andrés	11,2	24	Aumento
Orinoquia	Meta	289	365	Ninguno
	Casanare	260	311	Ninguno
	Arauca	121	145	Ninguno
	Vichada	55	58	Ninguno
Pacífica	Cali	1282	1538	Ninguno
	Nariño	880	1274	Aumento
	Cauca	895	1197	Aumento
	Valle	668	986	Ninguno
	Chocó	257	265	Ninguno
	Buenaventura	91	193	Aumento

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2023.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 7 COMPORTAMIENTO INUSUAL DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, MUNICIPIOS CON POBLACIÓN MAYOR A 100 000 HABITANTES EN COLOMBIA, 2018-2023.

Departamento	Municipio	Numero esperado	Número observado	Categoría
Atlántico	Sabanalarga	36	68	Aumento
Boyacá	Tunja	131	192	Aumento
Caquetá	Florencia	61	102	Aumento
Cauca	Popayán	127	225	Aumento
Cundinamarca	Soacha	447	359	Disminución
Cundinamarca	Facatativá	55	20	Disminución
Cundinamarca	Funza	59	41	Disminución
La Guajira	Maicao	278	586	Aumento
Meta	Villavicencio	165	222	Aumento
Nariño	San Andrés de Tumaco	160	236	Aumento
Nariño	Pasto	256	379	Aumento
Cali	Cali	1282	0	Disminución
Valle del Cauca	Palmira	92	164	Aumento
Buenaventura	Buenaventura	91	0	Disminución
Santa Marta	Santa Marta	439	598	Aumento
Norte de Santander	Villa del Rosario	25	40	Aumento
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	25	59	Aumento

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 8 INDICADORES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN COLOMBIA, 2023

Entidad territorial	Casos notificación oportunos	Casos MME	N° casos MM temprana	N° MPNT	% oportunidad	% oportunidad	índice de letalidad (%)	Categoría	índice MPNT	Categoría
Colombia	29015	33233	226	1241	87,3	Regular	0,7	Bajo	3,7	Bajo
Guainía	3	5	1	3	60,0	Deficiente	16,7	Alto	60,0	Alto
Chocó	60	97	8	18	61,9	Deficiente	7,6	Alto	18,6	Alto
Vichada	35	36	2	7	97,2	Bueno	5,3	Alto	19,4	Alto
Buenaventura	103	116	5	8	88,8	Regular	4,1	Alto	6,9	Alto
Guaviare	27	27	1	2	100,0	Bueno	3,6	Alto	7,4	Alto
Atlántico	454	490	12	39	92,7	Bueno	2,4	Alto	8,0	Alto
Magdalena	362	414	10	23	87,4	Regular	2,4	Alto	5,6	Alto
Caquetá	195	251	5	18	77,7	Regular	2,0	Medio	7,2	Alto
Meta	335	353	6	17	94,9	Bueno	1,7	Medio	4,8	Medio
Arauca	116	120	2	9	96,7	Bueno	1,6	Medio	7,5	Alto
Cundinamarca	586	689	10	71	85,1	Regular	1,4	Medio	10,3	Alto
Bolívar	523	626	8	34	83,5	Regular	1,3	Bajo	5,4	Alto
Sucre	535	582	7	29	91,9	Bueno	1,2	Bajo	5,0	Medio
Guajira	1261	1582	19	75	79,7	Regular	1,2	Bajo	4,7	Medio
Cauca	687	848	10	50	81,0	Regular	1,2	Bajo	5,9	Alto
Quindía	146	175	2	11	83,4	Regular	1,1	Bajo	6,3	Alto
Valle	242	365	4	44	66,3	Deficiente	1,1	Bajo	12,1	Alto
Nariño	1229	1320	11	41	93,1	Bueno	0,8	Bajo	3,1	Bajo
Tolima	778	813	6	25	95,7	Bueno	0,7	Bajo	3,1	Bajo
Casanare	284	288	2	10	98,6	Bueno	0,7	Bajo	3,5	Bajo
Cesar	772	873	6	31	88,4	Regular	0,7	Bajo	3,6	Bajo
Cartagena	1118	1512	10	37	73,9	Regular	0,7	Bajo	2,4	Bajo
Santander	591	764	5	20	77,4	Regular	0,7	Bajo	2,6	Bajo
Boyacá	639	662	4	16	96,5	Bueno	0,6	Bajo	2,4	Bajo
Huila	784	877	5	29	89,4	Regular	0,6	Bajo	3,3	Bajo
Putumayo	370	376	2	14	98,4	Bueno	0,5	Bajo	3,7	Bajo
Santa Marta	577	784	4	10	73,6	Regular	0,5	Bajo	1,3	Bajo
Córdoba	1065	1373	7	60	77,6	Regular	0,5	Bajo	4,4	Medio
Antioquia	2950	3766	18	122	78,3	Regular	0,5	Bajo	3,2	Bajo
Risaralda	635	695	3	15	91,4	Bueno	0,4	Bajo	2,2	Bajo
Norte Santander	491	537	2	23	91,4	Bueno	0,4	Bajo	4,3	Medio
Bogotá	5637	5900	18	169	95,5	Bueno	0,3	Bajo	2,9	Bajo
Cali	2193	2555	5	61	85,8	Regular	0,2	Bajo	2,4	Bajo
Barranquilla	2661	2714	5	75	98,0	Bueno	0,2	Bajo	2,8	Bajo
Caldas	509	568	1	17	89,6	Regular	0,2	Bajo	3,0	Bajo
Amazonas	42	46	0	5	91,3	Bueno	0,0	Bajo	10,9	Alto
San Andrés	9	12	0	1	75,0	Regular	0,0	Bajo	8,3	Alto
Vaupés	11	22	0	2	50,0	Deficiente	0,0	Bajo	9,1	Alto

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia