

# Informe de Evento Primer Semestre Morbilidad Materna Extrema, 2023

## INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

### Coordinador

Grace Alejandra Avila Mellizo

### Subdirector

Diana Marcela Walteros Acero

#### Elaborado por:

**Nubia Stella Narvaez Diaz**  
Grupo Vigilancia y control de  
enfermedades no transmisibles

#### Revisado por:

**Grace Alejandra Avila Mellizo**  
Coordinadora Grupo Enfermedades  
No transmisibles

**Sandra Lucero Bonilla Molano**  
Coordinadora Prevenibles por  
vacunación y relacionadas con la  
atención en salud

#### Aprobado por:

**Diana Marcela Walteros**  
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y  
Control en salud pública

**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?

© Fecha de elaboración: agosto de 2023. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá, Colombia • PBX: (601) 220 77 00 exts. 1101 - 1214



## Informe de Evento Primer Semestre Morbilidad Materna Extrema, 2023

### 1. Introducción

Una forma de medir los resultados de la salud materna es por medio de un indicador negativo como la Razón de mortalidad materna (RMM), la cual refleja la capacidad de abordar de una forma efectiva los riesgos obstétricos y las complicaciones ocurridas durante la gestación, por parte de los sistemas de salud para lograr una maternidad segura (1). Sin embargo, se han evidenciado dificultades en muchos países, para medir este indicador ya que no cuentan con una buena cobertura en el registro de nacimientos ni en la identificación de los casos de muerte materna. Por esta razón, el Sistema de Naciones Unidas ha conformado un grupo interagencial para estimar la mortalidad materna, y de esta manera está dando respuesta a las dificultades de información(2).

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).

El monitoreo de este evento permite conocer 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 (2,4).

La vigilancia de la MMEG es un indicador relativamente nuevo que no ha sido adoptado por todos los países, y se presenta una gran variación de cifras debido a diferencias en los criterios para la definición del evento, momento de recolección de la información (prospectiva o

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

retrospectiva), diferentes fuentes de información, o errores en el número de nacimientos, que altera el cálculo del indicador (5).

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 (2,6).

Las morbilidades maternas extremas y las muertes maternas, 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 (7,8).

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 % (9). En contraste con lo anterior, un estudio descriptivo realizado en México reportó que la MME se presentó en el 85 % de los pacientes que cursaban su tercer trimestre de gestación, el 88,3 % de las pacientes habían contado con controles prenatales, y el 7,8 % terminaron en histerectomías como procedimiento quirúrgico de emergencia (9).

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 cada 1 000 nacidos vivos. Las razones de MME se concentraron principalmente en las entidades territoriales de Barranquilla (93,8 casos por cada 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 cada 1 000 nacidos vivos). Por otra parte, las mayores razones de MME se concentraron en las edades extremas (de 10 a 14 años y mayores de 35 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 por cada 1 000 nacidos vivos (10).

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá, Colombia • PBX: (601) 220 77 00 exts. 1101 - 1214

El propósito de este documento es describir el comportamiento de la morbilidad materna extrema en Colombia durante el primer semestre de 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) durante 2018 hasta la semana epidemiológica (SE) 24 de 2023. Para los nacidos vivos (NV) se tomó la fuente de información oficial publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2018 al 2021.

Con respecto a Sivigila, los datos se obtienen a través la notificación individual de casos al evento 549: morbilidad materna extrema, realizada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de las 38 entidades territoriales del país, de acuerdo con el flujo de información establecido por el sistema.

Es importante recordar que 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” (11).

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 (11).

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

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

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.

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. 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, 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 ginecoobstétricos como paridad (primigestante, múltipara: entre 2 y 5 gestaciones y gran múltipara: 6 y más gestaciones), número de controles prenatales (sin CPN, 1 a 3 CPN, más de 4 CPN) y causa agrupada de MME.

Se analizó la tendencia de la razón de MME en el periodo 2019 a 2022, comparando con el año 2023 (hasta semana epidemiológica 24) según las variables sociales, demográficas, epidemiológicas y ginecobstétricas mencionadas en el párrafo anterior, utilizando la distribución de probabilidades de Poisson con el fin de establecer incremento o decremento estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

Adicionalmente, se graficó la tendencia de la razón de MME, índice de letalidad y oportunidad en la notificación inmediata en Joinpoint Regression Program versión 5.0, teniendo en cuenta que las diferencias significativas, se establecieron con  $p < 0,05$ , para un nivel de significación del 95 %.

Se realizó un análisis de desigualdades comparando la razón de morbilidad materna extrema con la incidencia de pobreza monetaria según departamento de residencia. Esta información corresponde a datos del DANE del año 2020, con base en la información de la Encuesta Nacional de Presupuesto de los Hogares. Se presenta en un gráfico de dispersión y se analizó de acuerdo con los departamentos que presentaron alta razón de MME y alta pobreza, alta razón de MME y baja pobreza, baja razón de MME y alta pobreza y baja razón de MME y baja pobreza.

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

## 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, con corte a semana epidemiológica 24, se notificaron a Sivigila 17 832 casos de morbilidad materna extrema (MME). Posterior al proceso de depuración se identificaron 388 casos con ajuste 6 o D, 33 casos que se convirtieron en muerte materna sin descarte en la base, 1 568 casos repetidos, 6 casos que no cumplen la definición para el evento y 164 que no se tuvieron en cuenta por tener fecha de notificación, consulta o egreso por fuera del periodo analizado. De esta forma, el total de casos de morbilidad materna extrema correspondientes al primer semestre de 2023 fue de 15 508, de los cuales, se identificaron 1 710 casos (11 %), que corresponde a población extranjera (según nacionalidad) residentes y no residentes en Colombia.

Para efectos del análisis del evento se tienen en cuenta sólo los casos de MME que residen en Colombia, que corresponden a 15 390 casos para el primer semestre de 2023.

La razón de morbilidad materna extrema para el 2023 (corte a semana epidemiológica 24) fue de 52,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos, con una tendencia hacia el incremento estadísticamente significativo desde 2015 hasta 2021 (valor  $p$  0,0047), con una variación porcentual anual (APC) de 13,5 (IC 95% 2,8 – 127,8). Para el periodo 2021-2023 la variación no es significativa (Figura 1).

#OrgullosamenteINS



@INSColombia

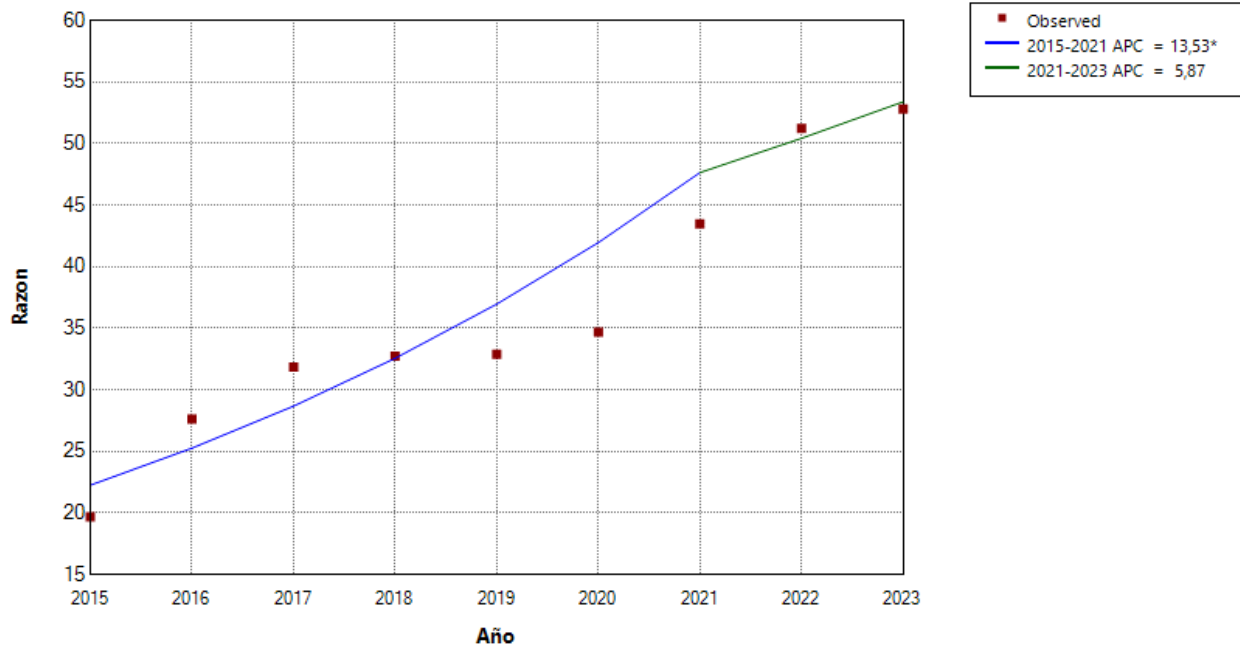


@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

**Figura 1. Tendencia de la razón de morbilidad materna extrema, Colombia, 2015-2023p (Semanas 1 a 24)**



\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
-- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.  
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Fuente: DANE Nacimientos 2015-2021; Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2023p

Las entidades territoriales con las razones de MME más altas para el primer semestre de 2023 fueron: Barranquilla (90,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos), Nariño (73,8), Putumayo (72,8), Bogotá y Risaralda (68,9 cada una), Cali (66,9), Caldas (66,3), Santa Marta (65,4), Cauca (63,1) y Cartagena (62,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos). Así mismo, se observó que, para el primer semestre de 2023, 26 entidades territoriales reportaron comportamientos hacia el aumento en la razón de morbilidad materna extrema y tres entidades presentaron comportamiento hacia el decremento (Cundinamarca, Guainía y Vichada), este comportamiento es estadísticamente significativo (valor  $p < 0,05$ ) con respecto al comportamiento registrado entre 2018 y 2022 (Anexo 1).

De acuerdo con las características sociales y demográficas más relevantes para el evento, durante el primer semestre de 2023 se identificó que las razones de MME más altas se concentraron en las edades extremas: 40 años y más (100,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos), 35 a 39 años (77,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos), 30 a 34 años (63,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos) y 10 a 14 años (49,7 casos por cada 1 000 nacidos vivos). Todas

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia

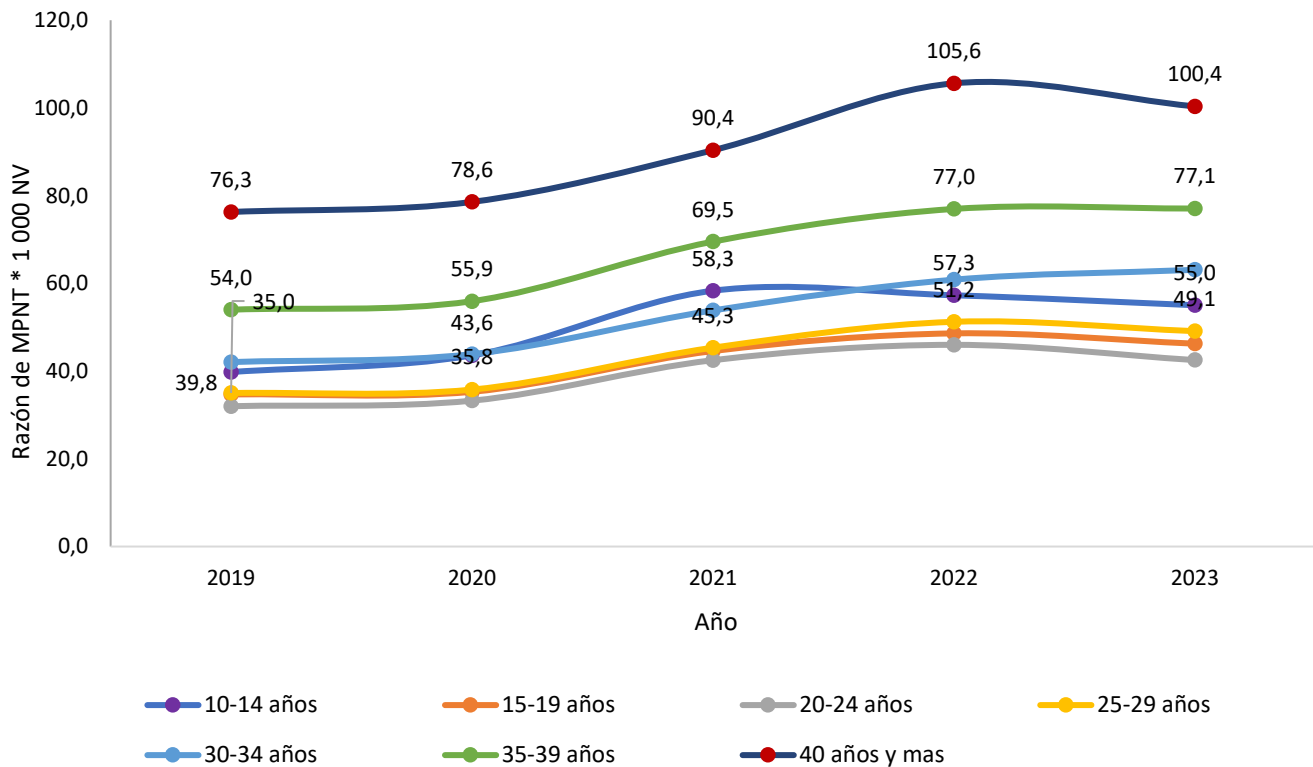


Instituto Nacional de Salud de Colombia



las edades registraron comportamientos hacia el aumento estadísticamente significativos (valor  $p < 0,05$ ), con respecto al comportamiento registrado entre el 2019 al 2022 (Figura 2, Anexo 2).

**Figura 2. Razón de MME según grupo de edad, Colombia, 2019-2023p (Semanas 1 a 24)**



Fuente: DANE Nacimientos 2015-2021; Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2023p

La razón de MME en mujeres no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud para el primer semestre de 2023 reportó un descenso estadísticamente significativo (valor  $p < 0,05$ ) con respecto a lo registrado entre el 2019 y 2022, este indicador corresponde a 28,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos, por su parte los regímenes contributivo y subsidiado presentaron una tendencia ascendente (valor  $p < 0,05$ ) con razones de 57,3 y 53,8 casos por 1 000 nacidos vivos respectivamente (Anexo 2).

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia





De acuerdo con el área de residencia, la mayor razón de MME corresponde al área urbana con 56,5 casos por 1 000 nacidos vivos y se observa un incremento estadísticamente significativo con respecto a lo observado en el periodo 2019 a 2022 (Anexo 2).

Según pertenencia étnica, se evidencia una razón de MME mayor en la población que no se identifica con alguna pertenencia étnica (otros) con 54,8 casos por 1 000 NV, seguida de indígena y afrocolombiano, se evidencia incremento en “otros” e indígenas. Los casos de MME correspondientes a pertenencia étnica indígena, representan el 3,7 % del total de casos de MME (575 casos), de ellos, la mayor proporción corresponden al pueblo Wayuu con el 52,5 % (302 casos) ubicados principalmente en La Guajira, seguidos del pueblo Nasa con el 7,5 % (46 casos) que se encuentran principalmente en el departamento del Cauca y el grupo Embera Chamí con el 3,5 % (20 casos) ubicados principalmente en los departamentos de Risaralda y Caldas. Según edad de las mujeres con pertenencia étnica indígena, la mayor proporción de casos se registra en el grupo de 15 a 19 años con el 24,7 %, seguido del grupo de 20 a 24 años con el 23,1 %.

El total de casos de MME en población extranjera, según nacionalidad es de 1 605 casos, que corresponde al 10,4 % del total de casos de MME, principalmente de Venezuela con 1 584 casos. La mayoría las mujeres reportadas con MME se encuentran en los grupos de edad de 20 a 24 años (26,1 %), 15 a 19 años (21,9 %) y 25 a 29 años (21,2 %). Según afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el 19,3 % de los casos no cuentan con aseguramiento, seguido del régimen subsidiado con el 19,0 % y el régimen contributivo con el 4,8 %.

La mayor proporción de casos de MME en esta población para el primer semestre de 2023 se presentó principalmente en departamentos fronterizos como Vichada (33,3 %), Norte de Santander (26,5 %) y Arauca (23,5 %). Al realizar análisis de comportamientos inusuales por Poisson se identifica disminución estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en Santa Marta, Guaviare, Guainía, Meta, Cartagena, Bolívar, Sucre, Córdoba, Chocó, Buenaventura y Caquetá. A nivel nacional se observa un descenso, sin embargo, este comportamiento no es estadísticamente significativo (Anexo 3).

### **Características gineco obstétricas**

Teniendo en cuenta el número de gestaciones de las mujeres reportadas como casos de MME para el primer semestre de 2023, la mayor razón de MME se encontró en las mujeres grandes multíparas (6 y más gestaciones) con 69,1 casos por 1 000 NV, las mujeres primigestantes con 57,9 casos por 1 000 NV y las mujeres multíparas (entre 2 y 5 gestaciones) presentaron una razón de 48,7 casos por 1 000 NV. La razón de MME para los

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia









Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá, Colombia • PBX: (601) 220 77 00 exts. 1101 - 1214

tres grupos, presenta un incremento estadísticamente significativo respecto a lo registrado entre el 2019 y 2022 (Anexo 4).

Respecto al número de controles prenatales, en 2023 se ha observado un incremento estadísticamente significativo (valor  $p < 0,05$ ) con respecto a lo registrado entre el 2019 al 2022, para la razón de MME en los casos que reportaron tener 1 a 3 controles prenatales (62,7 casos por 1 000 nacidos vivos), lo mismo sucedió con los casos reportados con 4 o más controles prenatales con una razón 45,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos. Por el contrario, los casos sin controles prenatales presentan un descenso estadísticamente significativo reportando una razón de MME para el primer semestre de 2023 de 144,3 casos por 1 000 NV (Anexo 4).

De acuerdo con la causa agrupada de MME, los trastornos hipertensivos concentraron las razones más altas con 37,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos, en segundo lugar, se ubicaron las complicaciones hemorrágicas con 7,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos y la sepsis de origen obstétrico con una razón de MME de 2,6 por 1 000 NV. Las causas agrupadas: trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas, sepsis de origen obstétrico y no obstétrico, complicaciones del aborto y enfermedad preexistente que se complica presentan una tendencia ascendente, sin embargo, no es estadísticamente significativa, por su parte la sepsis de origen pulmonar presenta una tendencia descendente que no resultó ser estadísticamente significativa (Anexo 4 y Tabla 1).

**Tabla 1. Causas agrupadas de MME, Colombia, 2019-2023p (Semanas 1 a 24)**

Causa agrupada	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia	Poisson
	Razón MME	Razón MME	Razón MME	Razón MME	Razón MME		
Trastornos hipertensivos	26,5	29,5	35,9	39,7	37,4		0,05
Complicaciones hemorrágicas	4,7	5,2	6,8	7,8	7,6		0,14
Sepsis de origen obstétrico	2,1	2,0	2,3	2,8	2,6		0,27
Otra causa	1,5	1,2	1,6	1,8	1,7		0,33
Complicaciones de aborto	0,8	0,7	0,9	1,1	1,4		0,36
Enfermedad preexistente que se complica	0,5	0,5	0,6	0,8	1,2		0,33
Sepsis de origen no obstétrico	0,4	0,3	0,3	0,4	0,7		0,70
Sepsis de origen pulmonar	0,2	0,3	0,9	0,3	0,2		0,66

Fuente: DANE Nacimientos 2015-2021; Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2023p.

Al revisar el comportamiento de las causas agrupadas de MME en poblaciones especiales, se observa en la población con pertenencia étnica indígena un comportamiento similar a lo encontrado a nivel general en el país, siendo las principales causas de MME los trastornos hipertensivos (32,4 %), complicaciones hemorrágicas (7,0 %) y sepsis de origen obstétrico

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

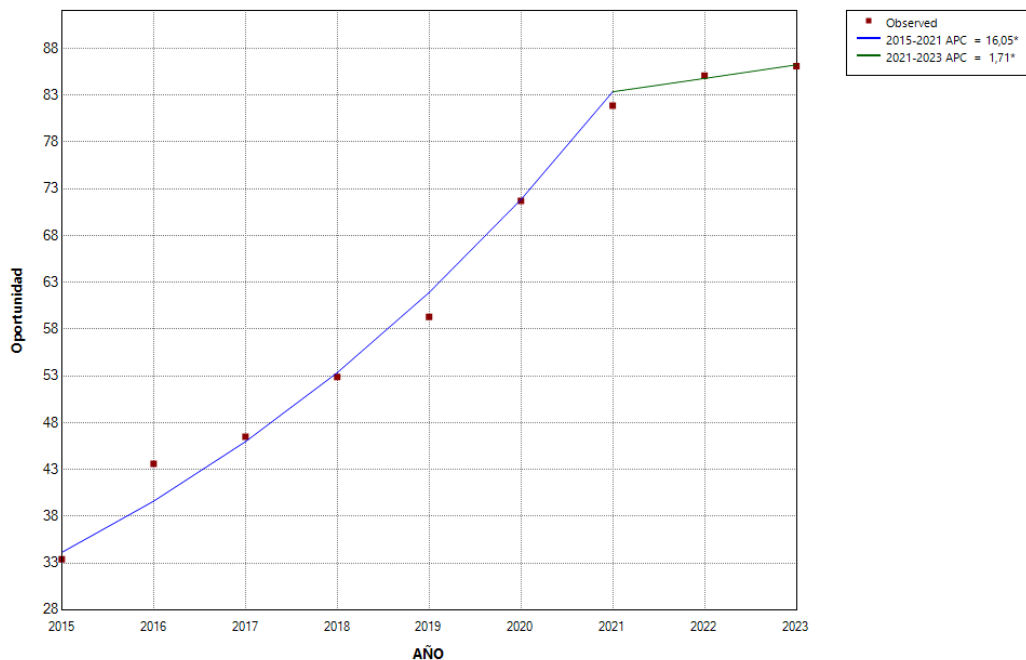


(3,4 %). Igual situación con las mujeres extranjeras que reportan como principales causas trastornos hipertensivos (72,9 %), complicaciones hemorrágicas (12,6 %) y sepsis de origen obstétrico (6,4 %).

### Indicadores de vigilancia, morbilidad materna extrema

Respecto al indicador de oportunidad de notificación inmediata de los casos de MME, para el 2023 con corte a SE 24 la oportunidad a nivel nacional se encontró en 86,1 %, según la categorización establecida en el protocolo de vigilancia del evento corresponde a una oportunidad regular (entre el 70 y el 90 %). En indicador presenta una tendencia ascendente ( $p=0,000121$ ) con una variación porcentual anual (APC) de 16,05 % (IC 95 % 15,4 – 22,4) de 2015 a 2021, mientras que para el periodo 2022 a 2023 la variación no resultó estadísticamente significativa (Figura 3). Según notificación, las entidades territoriales que presentan una oportunidad deficiente (menor del 70 %) son: Vaupés (54,5 %), Chocó (61,9 %) y el distrito de Santa Marta (66,8 %).

**Figura 3. Tendencia de la oportunidad de notificación inmediata de MME, Colombia, 2015 – 2023p (SE 1 a 24)**



\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
-- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.  
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2023p.

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia

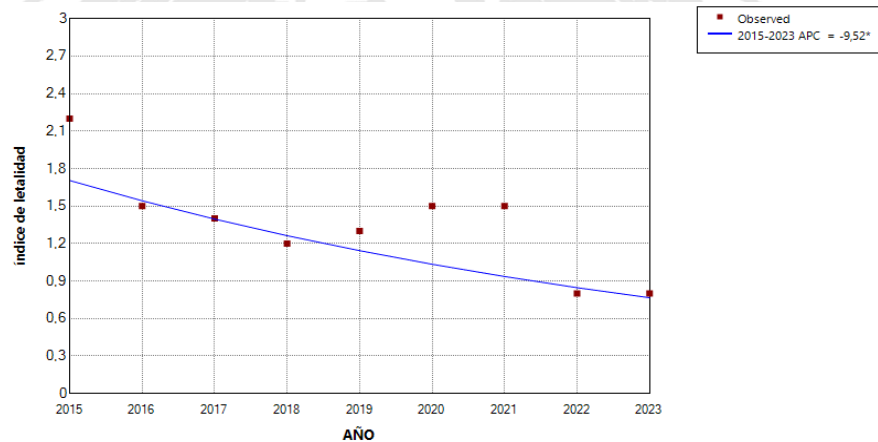


Instituto Nacional de Salud de Colombia



El índice de letalidad para Colombia fue de 0,77 % con una tendencia hacia el decrecimiento ( $p=0,000121$ ), con una variación porcentual anual (APC) de -9,52 % (IC 95 % -13,3 a -2,3) (Figura 4).

**Figura 4. Tendencia índice de letalidad, Colombia, 2015-2023p (SE 1 a 24)**

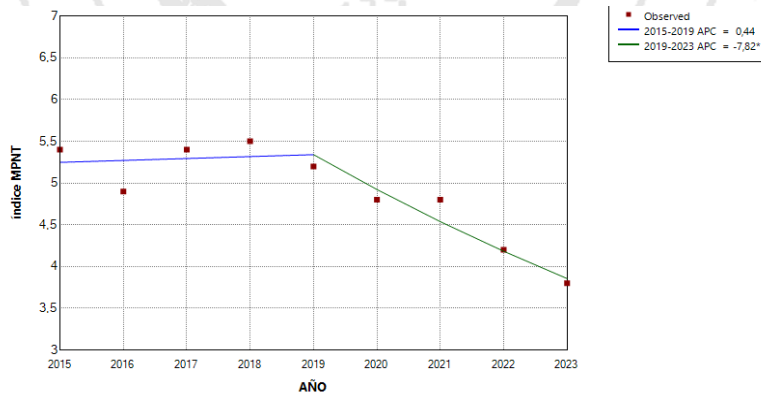


\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
-- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.  
Final Selected Model: 0 Joinspoints.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2023p.

El índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) en la MME fue del 3,8 %, con una tendencia al decrecimiento ( $p=0,046$ ) en el periodo 2019 a 2023 (semanas 1 a 24) con una variación porcentual de -7,82 (IC 95 % -13,7 a -5,1). En el periodo 2015 a 2019 no se observa variación significativa (Figura 5).

**Figura 5. Tendencia índice de MPNT en MME, Colombia, 2015-2023p (SE 1 a 24)**



\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
-- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.  
Final Selected Model: 1 Joinspoint.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2023p

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



#### 4. Discusión

La tendencia hacia el incremento de la MME para Colombia en primer lugar podría estar relacionada con el fortalecimiento de la vigilancia del evento en el país, la aceptabilidad de los actores del sistema en la participación de la vigilancia, y la intensificación de estrategias de vigilancia en parte impulsadas por el “Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna” liderado por el Ministerio de Salud y Protección social” a partir de 2022 que tiene dentro de sus objetivos de choque e instrumentos de líneas de acción: “Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de atención en Salud Materno Perinatal”, donde se incluye el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con salud materna y seguimiento a la morbilidad materna extrema (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 de la MME. La razón de MME para Colombia durante el primer semestre de 2023 supera el comportamiento registrado en un estudio multicéntrico realizado en 12 países de América Latina (razón 11,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos) (9). Igualmente, se encuentra por encima de lo reportado en otro estudio multicéntrico realizado en el sur de Ghana, África occidental, con 34,2 morbilidades maternas extremas por cada 1 000 nacidos vivos (13).

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 básicos, inseguridad alimentaria, pobreza, desempleo, entre otros (14).

Con respecto a la población migrante según 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. Lo cual coincide con lo reportado en un estudio realizado respecto a

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

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 solo 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 (15).

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 (16).

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, 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 (17). 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 la muerte de nuevos casos (18). La oportunidad de notificación inmediata con una calificación deficiente corresponde a las entidades territoriales de Vaupés, Chocó y Santa Marta.

Las entidades territoriales de Chocó, Guaviare, Vichada y Meta concentraron para el primer semestre de 2023 los mayores índices de letalidad y de mortalidad perinatal y neonatal tardía, superando el comportamiento de 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 Orinoquia-Amazonía con 32,2, ambas con un incremento con

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

respecto al 2019 (17). 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 (IPS) hasta diciembre de 2021 se observó que dichos departamentos tuvieron menor densidad del recurso humano y proporciones inferiores al 1,0 % para las IPS (18).

## 5. Conclusiones

- Durante el primer semestre de 2023 se notificaron 15 390 casos de MME que corresponde a una razón de MME de 52,8 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 y residentes en el área urbana presentan la mayor razón de MME.
- Las mujeres con pertenencia étnica indígena representan un 3,7 % del total de casos notificados para MME en el primer semestre de 2023, residen principalmente en La Guajira y pertenecen al pueblo indígena Wayuu.
- Las mujeres con nacionalidad extranjera reportadas con MME representan el 10,4 % del total de casos de MME, el 19,3 % de ellas no se encuentra afiliada al sistema de salud y se encuentran principalmente en departamentos fronterizos con Venezuela. El comportamiento de la proporción de casos en esta población presenta un descenso estadísticamente significativo en 10 entidades territoriales.
- Respecto a las características ginecobstétricas, la mayor razón de MME se presentó en mujeres gran multíparas, mujeres que asistieron a menos de cuatro controles prenatales y las principales causas 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 indicadores de razón de MME y oportunidad en la notificación inmediata presentan un comportamiento ascendente, mientras que el índice de letalidad y el índice de mortalidad perinatal en MME presentan un comportamiento descendente.

#OrgullosamenteINS



@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 redundante en la reducción de los desenlaces fatales y en las discapacidades evitables.
- 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 estratégica 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 (19).
- 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 (20).
- 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 (14).

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



## 7. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud O. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/ops-pe-14-19-compendium-indicadores-nov-2014.pdf>
2. De Mucio B, F. CGS, S. NM. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. Clínica Las Condes; 2023;34(1):26-32. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.005>
3. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health [Internet]. Ginebra, Suiza; 2011 [citado 15 de noviembre de 2017]. 1-34 p. Recuperado a partir de: [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)
4. 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 [Internet]. Washington D.C.; 2021. Recuperado a partir de: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54093/9789275323908\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54093/9789275323908_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
5. Callaghan WM, Creanga AA, Kuklina E V. Severe maternal morbidity among delivery and postpartum hospitalizations in the United States. Obstet Gynecol [Internet]. noviembre de 2012 [citado 8 de octubre de 2018];120(5):1029-36. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23090519>
6. 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 An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1 de junio de 2008 [citado 8 de junio de 2023];115(7):842-50. Recuperado a partir de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2008.01713.x>
7. Luna Florez AM, Muñoz Cordero L, Vattuone Ramirez ME. Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna [Internet]. Piazze A, Castillo-Ruiz P, Vega G, editores. 2010. 266 p. Recuperado a partir de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Salud-de-la-mujer-indigena->

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Intervenciones-para-reducir-la-muerte-materna.pdf

8. 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 [Internet]. 2017;68(4):256. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n4/es\\_0034-7434-rcog-68-04-00256.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n4/es_0034-7434-rcog-68-04-00256.pdf)
9. 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 [Internet]. 2016 [citado 4 de mayo de 2018];13(134):10. Recuperado a partir de: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0250-9>
10. Instituto Nacional de Salud. Informe final\_MME\_2022 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2023. Recuperado a partir de: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
11. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de Morbilidad Materna Extrema [Internet]. Bogotá D.C.; 2023. p. 1-27. Recuperado a partir de: [http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO\\_Morbilidad Materna Extrema.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Morbilidad_Materna_Extrema.pdf)
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna [Internet]. Bogotá, Colombia; 2022. p. 29. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-materna-100-dias-gobierno.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 [Internet]. 2019 [citado 11 de junio de 2023];126(6):755-62. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6459711/pdf/nihms-1001244.pdf>
14. UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres. Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas [Internet]. Unfpa. 2016. Recuperado a partir de: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet\\_v20\\_Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_Spanish.pdf)
15. 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

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



- rápida en Salud Pública. Rev la Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2019;51(3):208-19. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v51n3/0121-0807-suis-51-03-208.pdf>
16. 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. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2023;160(3):939-46. Recuperado a partir de: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.14436>
  17. 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 An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2016;123(6):928-38. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016783/pdf/BJO-123-928.pdf>
  18. MSPS M de S y PS. Análisis de Situación de Salud Colombia 2022 [Internet]. Bogotá; 2023. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>
  19. 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 [Internet]. Washington D.C.; 2012. Recuperado a partir de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49332/CLAP1593.pdf?sequence=3&isAllOwed=y>
  20. 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 [Internet]. Observatorio de Igualdad de Género de America Latina y el Caribe. 2020. Recuperado a partir de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46483/1/S2000906\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46483/1/S2000906_es.pdf)

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

## 8. Anexos

### Anexo 1. Tendencia de la razón de MME por 1000 NV, según entidad territorial de residencia, Colombia. 2018-2023p (Semanas 1 a 24)

Entidad territorial de residencia	2018			2019			2020			2021			2022			2023			Poisson	Situación
	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón		
Barranquilla	460	2,0%	18,9	703	3,0%	30,0	1037	4,3%	48,5	1934	6,5%	93,2	1946	5,9%	93,8	853	55,4	90,2	0,0000	INCREMENTO
Nariño	859	3,7%	48,1	804	3,4%	48,9	738	3,0%	45,1	914	3,1%	56,7	1086	3,3%	67,4	597	38,8	73,8	0,0018	INCREMENTO
Putumayo	208	0,9%	47,0	234	1,0%	53,6	243	1,0%	52,6	317	1,1%	65,7	333	1,0%	69,0	178	11,6	72,8	0,0088	INCREMENTO
Bogotá	5200	22,7%	59,6	5525	23,5%	64,9	5203	21,5%	65,6	4821	16,1%	72,0	4894	14,7%	73,1	2206	143,3	68,9	0,0480	INCREMENTO
Risaralda	441	1,9%	43,5	390	1,7%	39,3	315	1,3%	31,4	562	1,9%	56,2	773	2,3%	77,3	338	22,0	68,9	0,0022	INCREMENTO
Cali	881	3,8%	35,4	1262	5,4%	52,9	1218	5,0%	52,4	1477	4,9%	68,4	1571	4,7%	72,8	699	45,4	66,9	0,0226	INCREMENTO
Caldas	203	0,9%	23,5	244	1,0%	30,0	500	2,1%	63,0	631	2,1%	80,2	635	1,9%	80,7	254	16,5	66,3	0,0192	INCREMENTO
Santa Marta	348	1,5%	36,4	427	1,8%	22,0	450	1,9%	48,5	508	1,7%	63,8	460	1,4%	57,7	250	16,2	65,4	0,0013	INCREMENTO
Cauca	916	4,0%	51,1	938	4,0%	55,1	827	3,4%	46,5	805	2,7%	43,9	990	3,0%	54,0	571	37,1	63,1	0,0109	INCREMENTO
Cartagena	1007	4,4%	53,4	975	4,2%	55,7	760	3,1%	45,3	999	3,3%	56,9	1117	3,4%	63,6	497	32,3	62,1	0,0328	INCREMENTO
Atlántico	593	2,6%	32,7	572	2,4%	29,0	631	2,6%	33,8	1072	3,6%	58,9	1221	3,7%	67,1	494	32,1	58,7	0,0077	INCREMENTO
Amazonas	41	0,2%	29,7	40	0,2%	33,9	48	0,2%	42,4	66	0,2%	57,0	59	0,2%	50,9	31	2,0	58,3	0,0046	INCREMENTO
La Guajira	798	3,5%	39,0	814	3,5%	36,7	876	3,6%	37,2	916	3,1%	36,3	1444	4,3%	57,2	662	43,0	58,0	0,0036	INCREMENTO
Antioquia	1912	8,3%	25,6	1714	7,3%	23,5	2177	9,0%	30,3	3021	10,1%	43,0	3710	11,2%	52,8	1933	126,6	57,5	0,0002	INCREMENTO
Bolívar	726	3,2%	43,1	694	3,0%	42,4	685	2,8%	41,2	946	3,2%	51,9	1048	3,2%	57,5	473	30,7	55,8	0,0293	INCREMENTO
Tolima	488	2,1%	28,5	516	2,2%	32,4	581	2,4%	36,3	963	3,2%	61,3	1014	3,1%	64,5	387	25,1	50,6	0,0412	INCREMENTO
Cundinamarca	1505	6,6%	196,7	1691	7,2%	48,2	1642	6,8%	47,1	1729	5,8%	54,0	1807	5,4%	56,5	774	50,3	50,3	0,0001	DECREMENTO
Boyacá	503	2,2%	36,4	467	2,0%	35,2	504	2,1%	37,6	566	1,9%	45,9	616	1,9%	50,0	297	19,3	49,9	0,0275	INCREMENTO
Córdoba	820	3,6%	23,5	534	2,3%	21,4	445	1,8%	18,0	807	2,7%	31,1	1247	3,8%	48,0	628	40,8	49,4	0,0001	INCREMENTO
Huila	818	3,6%	44,0	871	3,7%	50,7	872	3,6%	51,9	875	2,9%	50,6	790	2,4%	45,7	418	27,2	49,1	0,0568	ESTABLE
Valle del Cauca	456	2,0%	23,5	605	2,6%	32,3	574	2,4%	30,1	796	2,7%	42,3	908	2,7%	48,2	444	28,8	48,2	0,0073	INCREMENTO
Magdalena	408	1,8%	28,9	419	1,8%	29,5	449	1,9%	30,4	611	2,0%	38,4	773	2,3%	48,6	354	23,0	46,5	0,0128	INCREMENTO
Casanare	160	0,7%	25,3	207	0,9%	35,0	298	1,2%	48,6	338	1,1%	54,6	298	0,9%	48,1	133	8,6	43,1	0,0604	ESTABLE
Caquetá	152	0,7%	21,6	94	0,4%	13,7	144	0,6%	22,9	189	0,6%	28,4	223	0,7%	33,5	131	8,5	39,1	0,0013	INCREMENTO
Sucre	525	2,3%	34,2	437	1,9%	29,4	409	1,7%	29,0	726	2,4%	48,8	686	2,1%	46,1	240	15,6	33,9	0,0522	ESTABLE
Cesar	460	2,0%	20,3	605	2,6%	25,9	586	2,4%	25,3	847	2,8%	35,6	931	2,8%	39,1	368	23,9	32,8	0,0619	ESTABLE
Arauca	68	0,3%	13,6	52	0,2%	11,5	96	0,4%	23,2	206	0,7%	47,0	181	0,5%	41,3	68	4,4	31,9	0,0563	ESTABLE
Chocó	334	1,5%	12,7	216	0,9%	30,8	109	0,5%	12,7	286	1,0%	29,8	341	1,0%	35,6	134	8,7	29,0	0,0483	INCREMENTO
San Andrés	6	0,0%	7,7	10	0,0%	13,0	5	0,0%	6,6	10	0,0%	14,8	25	0,1%	36,9	9	0,6	29,0	0,0009	INCREMENTO
Buenaventura	73	0,3%	14,9	76	0,3%	16,3	90	0,4%	20,4	109	0,4%	23,0	105	0,3%	22,1	70	4,5	28,7	0,0136	INCREMENTO
Quindío	152	0,7%	27,1	102	0,4%	19,1	84	0,3%	15,5	132	0,4%	26,1	162	0,5%	32,1	69	4,5	28,1	0,0545	ESTABLE
Vaupés	2	0,0%	2,9	10	0,0%	14,4	18	0,1%	26,8	20	0,1%	23,2	42	0,1%	48,8	11	0,7	27,8	0,0572	ESTABLE
Vichada	59	0,3%	46,1	46	0,2%	30,1	53	0,2%	29,4	48	0,2%	23,8	69	0,2%	34,2	27	1,8	26,1	0,0371	DECREMENTO
Norte de Santander	311	1,4%	13,9	339	1,4%	14,5	487	2,0%	22,1	635	2,1%	28,4	592	1,8%	26,5	272	17,7	26,0	0,0457	INCREMENTO
Santander	675	2,9%	23,4	558	2,4%	20,4	785	3,2%	29,9	730	2,4%	28,4	724	2,2%	28,1	322	20,9	26,0	0,0780	ESTABLE
Meta	293	1,3%	19,6	250	1,1%	17,1	244	1,0%	15,9	294	1,0%	19,2	363	1,1%	23,7	175	11,4	23,4	0,0569	ESTABLE
Guaviare	14	0,1%	10,7	25	0,1%	19,8	11	0,0%	8,7	21	0,1%	15,3	36	0,1%	26,1	13	0,8	19,6	0,0715	ESTABLE
Guainía	41	0,2%	44,2	22	0,1%	22,9	14	0,1%	13,3	21	0,1%	16,0	20	0,1%	15,2	10	0,6	14,7	0,0177	DECREMENTO

Fuente: DANE Nacimientos 2017-2021; Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017-2022

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



## Anexo 2. Razón MME según características sociales y demográficas, Colombia 2019 – 2023p. (Semanas 1 a 24)

Variable	2019		2020		2021		2022		2023p		Poisson	Situación
	Casos	Razón MME	Casos	Razón MME	Casos	Razón MME	Casos	Razón MME	Casos	Razón MME		
<b>Grupo edad</b>												
10 a 14 años	187	39,8	184	43,6	280	58,3	275	57,3	120	55,0	0,032	Incremento
15 a 19 años	3994	34,7	3811	35,3	4692	44,6	5116	48,6	2352	43,3	0,031	Incremento
20 a 24 años	5782	32	5946	33,3	7321	42,5	7926	46	3563	42,5	0,035	Incremento
25 a 29 años	5390	35	5510	35,8	6902	45,3	7801	51,2	3573	49,1	0,022	Incremento
30 a 34 años	4368	42,1	4482	43,9	5526	53,8	6246	60,8	3046	63,1	0,021	Incremento
35 a 39 años	3017	54	3063	55,9	3794	69,5	4201	77	1979	77,1	0,016	Incremento
40 y más años	1141	76,3	1212	78,6	1433	90,4	1675	105,6	757	100,4	0,008	Incremento
<b>Área</b>												
Urbana	19035	38,5	19591	41,2	24096	52,9	26595	58,4	12250	56,5	0,019	Incremento
Rural	4453	32,7	4617	32,1	5852	38,3	6645	43,5	3140	42,2	0,036	Incremento
<b>Afiliación SGSSS</b>												
Contributivo	9673	42	9330	42,6	11078	53,2	12499	60	5594	57,3	0,018	Incremento
Subsidiado	11541	34,8	11383	34,9	14699	44,2	17715	53,3	8671	53,8	0,014	Incremento
No asegurado	1994	35,9	2924	46,7	3543	62	2308	40,4	795	28,9	0,040	Decremento
<b>Pertenencia étnica</b>												
Indígena	732	29,2	772	26,3	873	26	1207	35,9	575	36,4	0,040	Incremento
Afrocolombiano	748	29,8	505	21,3	759	30	831	32,9	381	29,3	0,057	Estable
Otros	21922	37,8	22853	40,4	28256	51,5	31123	56,7	14390	54,8	0,022	Incremento

Fuente: DANE Nacimientos 2019-2021; Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023p (Semanas 01 a 24)

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



















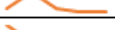






















@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá, Colombia • PBX: (601) 220 77 00 exts. 1101 - 1214

### Anexo 3. Proporción de casos de MME en población extranjera, Colombia, 2019-2023p. (Semanas 1 a 24)

ET Residencia	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia	Esperado	Observado	Poisson	Situación
Vichada	21,7	26,4	27,1	21,7	33,3		24,2	33,3	0,02	Incremento
Norte Santander	16,2	22,8	28,0	23,0	26,5		22,5	26,5	0,06	Estable
Arauca	17,3	27,1	30,1	27,6	23,5		25,5	23,5	0,07	Estable
Guaviare	4,0	18,2	4,8	13,9	23,1		10,2	23,1	0,00	Incremento
La Guajira	27,5	6,8	18,9	15,9	18,4		17,3	18,4	0,09	Estable
Santa Marta	26,7	25,3	26,4	17,0	18,4		23,8	18,4	0,04	Decremento
Bogotá	17,8	20,8	20,7	18,7	17,6		19,5	17,6	0,08	Estable
Quindío	17,6	10,7	9,1	15,4	15,9		13,2	15,9	0,09	Estable
Casanare	28,5	13,8	13,9	15,1	15,8		17,8	15,8	0,08	Estable
Santander	16,8	15,4	14,1	14,8	14,6		15,3	14,6	0,10	Estable
Boyacá	13,7	10,9	9,7	12,2	13,8		11,6	13,8	0,10	Estable
Barranquilla	17,9	25,0	22,8	19,7	12,7		21,3	12,7	0,01	Decremento
Cundinamarca	17,1	13,9	17,7	13,1	12,5		15,4	12,5	0,08	Estable
Antioquia	15,9	10,8	12,7	12,6	11,6		13,0	11,6	0,10	Estable
Atlántico	17,7	15,8	19,0	13,5	10,5		16,5	10,5	0,03	Decremento
Guainía	13,6	35,7	14,3	10,0	10,0		18,4	10,0	0,01	Decremento
Meta	28,0	11,9	9,5	9,6	9,7		14,8	9,7	0,04	Decremento
Valle del Cauca	15,7	5,6	4,4	5,7	8,6		7,8	8,6	0,14	Estable
Cartagena	22,7	17,5	13,3	7,7	8,5		15,3	8,5	0,02	Decremento
Risaralda	9,2	9,2	14,8	13,8	8,3		11,8	8,3	0,07	Estable
Cali	10,5	5,3	3,8	3,6	6,6		5,8	6,6	0,16	Estable
Amazonas	0,0	0,0	0,0	1,7	6,5		0,4	6,5	0,00	Incremento
Cesar	6,1	7,5	4,3	5,5	6,3		5,8	6,3	0,16	Estable
Putumayo	11,1	5,8	6,6	6,9	6,2		7,6	6,2	0,13	Estable
Magdalena	18,4	8,5	10,1	8,2	5,9		11,3	5,9	0,02	Decremento
Bolívar	11,5	7,6	7,9	4,7	5,5		7,9	5,5	0,09	Estable
Caldas	8,6	8,4	6,3	5,2	4,7		7,1	4,7	0,09	Estable
Tolima	5,2	4,5	4,6	4,9	4,7		4,8	4,7	0,18	Estable
Cauca	17,4	3,6	3,4	4,4	4,4		7,2	4,4	0,08	Estable
Sucre	11,2	7,8	4,1	3,4	2,9		6,6	2,9	0,03	Decremento
Buenaventura	9,2	0,0	0,9	0,0	2,9		2,5	2,9	0,25	Estable
Caquetá	8,5	0,7	1,1	0,0	2,3		2,6	2,3	0,25	Estable
Córdoba	11,6	2,5	2,5	1,3	1,9		4,5	1,9	0,05	Estable
Huila	7,7	2,2	1,8	1,1	1,4		3,2	1,4	0,13	Estable
Nariño	12,7	2,8	3,0	3,5	1,3		5,5	1,3	0,02	Decremento
Chocó	20,4	0,9	0,7	1,2	0,0		5,8	0,0	0,00	Decremento
San Andrés	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0		2,5	0,0	0,08	Estable
Vaupés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	1,00	Estable
Colombia	17,3	12,7	12,9	11,0	10,4		13,5	10,4	0,08	Estable

Fuente: DANE Nacimientos 2019-2021; Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2023p (Semanas 01 a 24)

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



### Anexo 4. Características ginecobstetricas de casos de MME, Colombia, 2019-2022

Variable	2019		2020		2021		2022		2023p		Poisson	Situación
	Casos	Razón MME	Casos	Razón MME	Casos	Razón MME	Casos	Razón MME	Casos	Razón MME		
<b>Número de gestaciones</b>												
Primigestante	9926	37,9	10202	40,3	12308	51,4	14018	58,6	6537	57,9	0,02	Incremento
Múltipara	12625	37,6	13038	39,1	16490	49,4	18036	54,1	8292	48,7	0,02	Incremento
Gran múltipara	937	27,6	929	28,2	18036	54,1	1186	33,7	561	69,1	0,00	Incremento
<b>Número de controles prenatales (CPN)</b>												
Sin CPN	4544	167,1	5120	154,9	5443	175,9	4926	159,2	2157	144,3	0,01	Decremento
1 a 3 CPN	3518	51,5	3968	47,4	4959	64,3	5196	67,4	2419	62,7	0,04	Incremento
4 o más CPN	15817	29,7	15120	30,5	19546	39,1	23118	46,2	10814	45,8	0,02	Incremento
<b>Pertenencia étnica</b>												
Trastornos hipertensivos	16935	26,5	17982	29,5	21844	35,9	24134	39,7	10901	37,42	0,02	Incremento
Complicaciones hemorrágicas	3036	4,7	3173	5,2	4121	6,8	4746	7,8	2219	7,62	0,13	Incremento
Sepsis de origen obstétrico	1320	2,1	1211	2	1417	2,3	1677	2,8	767	2,63	0,36	Incremento
Otra causa	976	1,5	730	1,2	962	1,6	1102	1,8	487	1,67	0,27	Incremento
Complicaciones de aborto	519	0,8	434	0,7	542	0,9	650	1,1	394	1,35	0,72	Incremento
Enfermedad preexistente que se co	331	0,5	304	0,5	348	0,6	465	0,8	355	1,22	0,65	Descenso
Sepsis de origen no obstétrico	256	0,4	176	0,3	184	0,3	268	0,4	203	0,70	0,59	Incremento
Sepsis de origen pulmonar	115	0,2	159	0,3	530	0,9	198	0,3	64	0,2	0,34	Incremento

Fuente: DANE Nacimientos 2019-2021; Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2022

#OrgullosamenteINS



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

