

INFORME DEL EVENTO

MORTALIDAD MATERNA COLOMBIA AÑO 2017

INFORME DE EVENTO MORTALIDAD MATERNA, COLOMBIA, AÑO 2017

María Eugenia Pinilla Saraza
Referente evento Mortalidad Materna
Equipo Funcional Maternidad Segura
Grupo Enfermedades No Transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN



La salud materna e infantil son prioridad a nivel mundial y son indicadores trazadores que reflejan la calidad de vida y la calidad de los servicios de salud, en este sentido, la mortalidad materna es además la máxima expresión de injusticia social, porque afecta las mujeres con mayor vulnerabilidad, con mayores índices de pobreza, residentes en áreas rurales, con menor nivel educativo, las que tienen mayores problemas de acceso a los servicios de salud, entre otras situaciones. En el mundo cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, de las cuales el 99% ocurren en países en desarrollo (1).

En la Cumbre del Milenio del año 2000 Colombia se comprometió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) definidos para los Estados miembros de las Naciones Unidas a disminuir en tres cuartas partes las muertes maternas para el año 2015. En este sentido, en el Conpes 140 de 2011 se definieron las metas y estrategias del país para el logro del objetivo, estableciendo como meta nacional reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. A nivel mundial a partir del año 2000 la reducción en la razón de mortalidad materna fue en promedio de 5,5% anual (1, 2).

A partir de dicha disminución y teniendo en cuenta que, si es posible mejorar el indicador, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Esta meta se refiere al Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 que consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial, estos objetivos han de alcanzarse entre 2015 y 2030. Por su parte, Colombia en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 plantea como una meta del componente de “Promoción de los derechos

sexuales y reproductivos y equidad de género” que la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país para el año 2021(1, 3, 4).

Por lo anterior la vigilancia en salud pública de la mortalidad materna es una herramienta básica para el monitoreo y seguimiento de dichas metas, así como para la toma de decisiones e implementación de estrategias que impacten la salud de las gestantes y prevengan las muertes maternas a nivel nacional.

El objetivo del presente informe es describir el comportamiento de la mortalidad materna en Colombia 2017, desde el análisis epidemiológico, demográfico y social de la población afectada.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad materna notificados al Sistema de Nacional de Vigilancia en Salud Pública- SIVIGILA mediante el código 550 del año 2017.

Los datos se obtuvieron a través de fuente secundaria, por medio de la notificación inmediata individual de casos de muertes en mujeres durante la gestación parto y hasta un año posterior a la terminación de la gestación independiente de la causa de la muerte, cotejando cada registro con la información registrada en el certificado de defunción en el registro único de afiliación en el módulo de defunciones RUAF-ND.

Se realizó la depuración y validación de los datos, casos notificados con ajuste 6 y D, casos repetidos de muertes maternas en donde se tuvo en cuenta el registro de la institución que certificó la muerte en RUAF y se recodificaron algunas variables para complementar el análisis.

Se realiza el análisis mediante la herramienta Excel, se calcularon frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados, medidas de tendencia central y de dispersión, que describen el comportamiento del evento a nivel nacional.

3. RESULTADOS



Comportamiento de la notificación

Para el año 2017 se notificaron un total 511 casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), de los cuales 332 corresponden a muertes maternas tempranas

(muertes ocurridas durante el embarazo parto y hasta los 42 días postparto), 132 muertes maternas tardías (las que ocurres desde el día 43 y hasta un año de terminada la gestación), y 47 muertes maternas por causas coincidentes. Al observar el comportamiento de las muertes maternas de los años anteriores encontramos una disminución en las muertes maternas tempranas en el año 2017 con respecto al año 2015 en un 3,2% (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

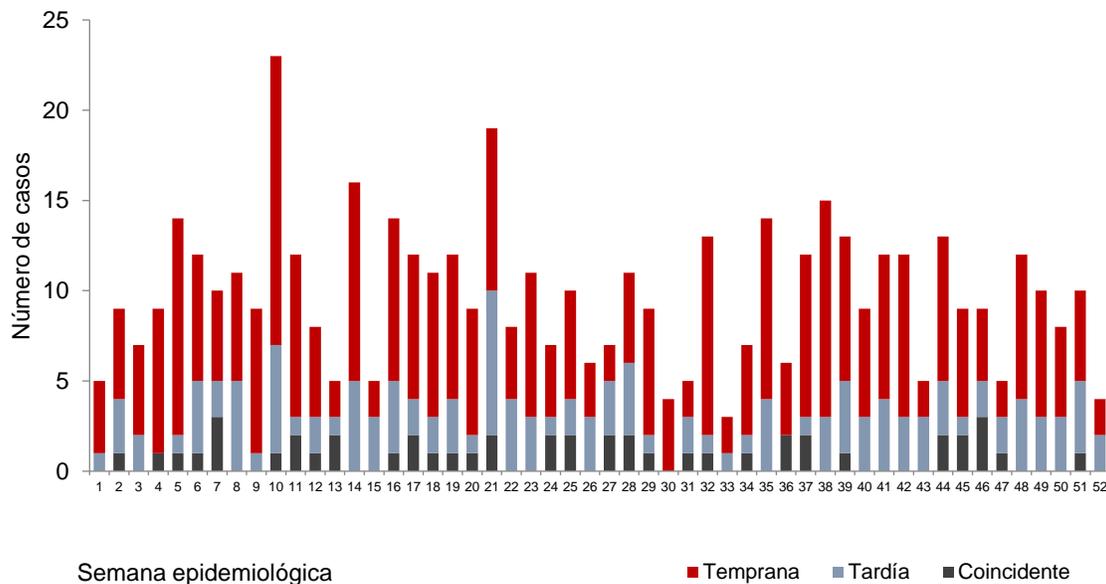
Tabla 1. Muertes relacionadas con el embarazo por tipo, Colombia, 2017

Año	Temprana	Tardía	Coincidente	Total
2015	344	106	45	495
2016	326	129	36	491
2017	332	132	47	511

Fuente: INS, Colombia, 2015 - 2017

De acuerdo al comportamiento por semanas epidemiológicas, el mayor número de casos de muertes maternas se notificó en la semana 10 con un total de 23 casos, de los cuales 16 correspondieron a muertes maternas tempranas, seis a muertes maternas tardías y una muerte materna por causas coincidentes. Frente a muertes maternas tempranas el mayor número se notificó en las semanas 10 con 16 casos, en muertes maternas tardías el mayor número se notificó en la semana 21 con siete casos. (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Gráfico 1. Comportamiento de la notificación de muertes materna por tipo y semana epidemiológica de ocurrencia, Colombia, 2017.

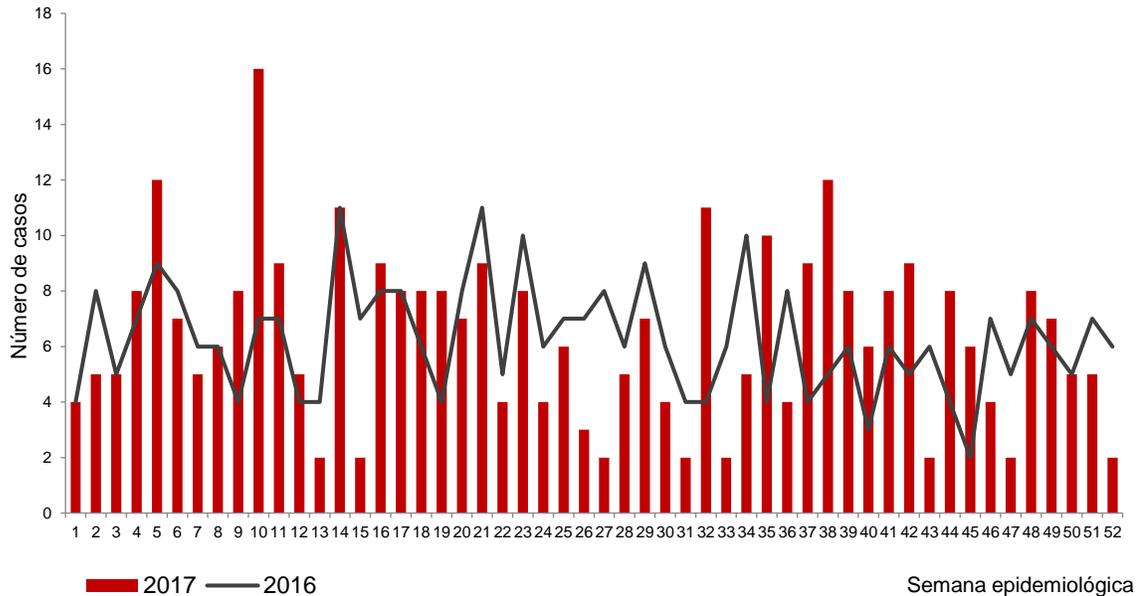


Fuente: INS, Colombia, 2017

Para el año 2017 se notificaron un total de 332 casos de muerte materna temprana, las cuales se definen como la muerte de una mujer durante la gestación, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, y son los casos con los cuales se realiza la estimación del indicador de razón de mortalidad materna.

El promedio semanal de casos de muerte materna temprana fue de 6,3 casos, manteniendo un número similar frente a lo notificado en el mismo periodo de 2016, en donde el promedio fue de 6,2 casos de muerte materna temprana por semana epidemiológica. Durante todas las semanas epidemiológicas del año se han notificado casos de muerte materna temprana con un mínimo de dos casos y una máxima de 16 casos en la semana 10 (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Gráfico 2. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas por semana epidemiológica, Colombia, 2016 - 2017

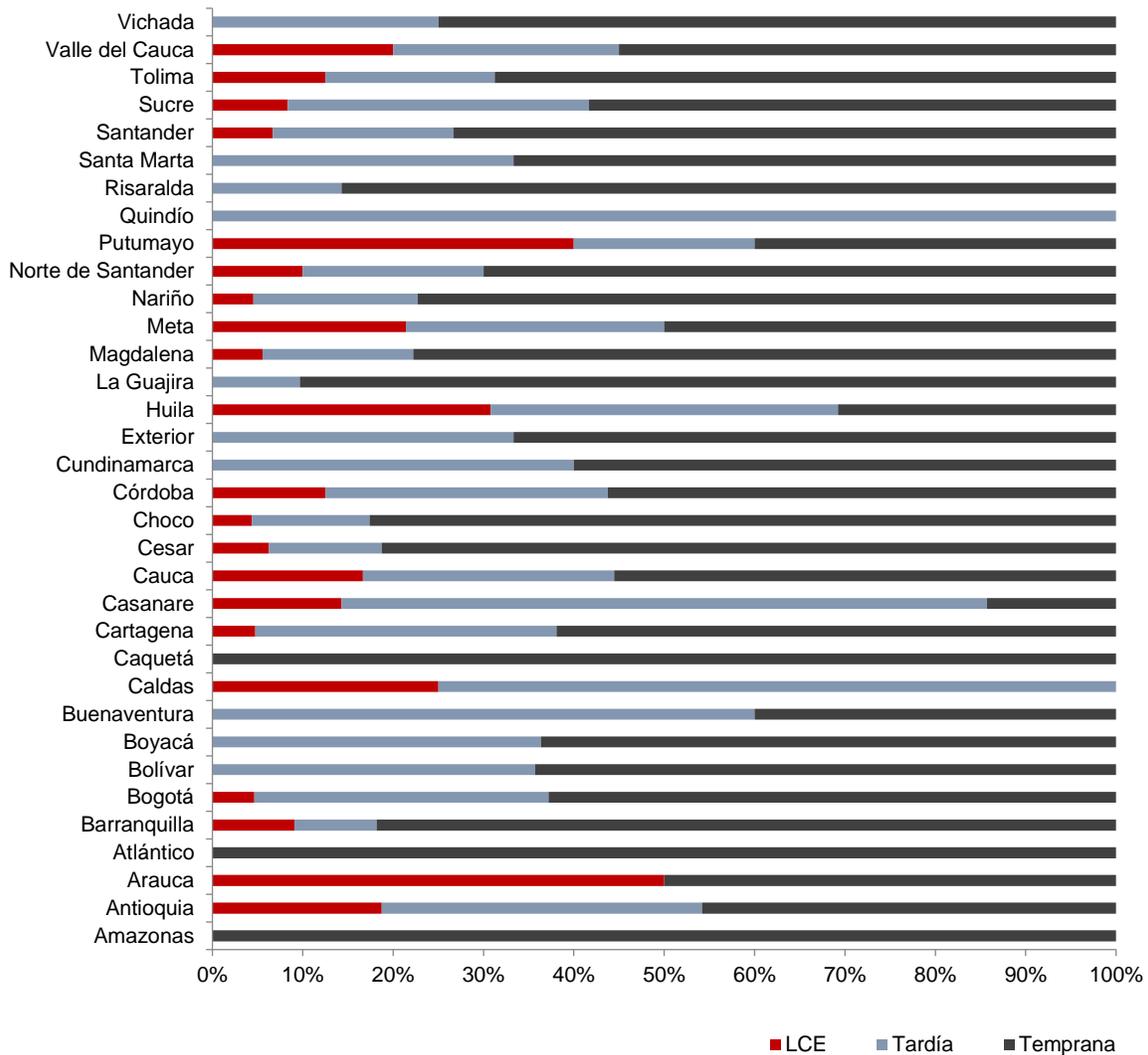


Fuente: INS, Colombia, 2016-2017

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el 2017 se notificaron muertes maternas en mujeres residentes en 28 departamentos y cinco distritos del país, las cuales en mayor proporción se concentran en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, La Guajira y Córdoba. En Antioquia se presentaron 48 muertes maternas, de las cuales 22 corresponden a muertes tempranas, 17 muertes tardías y 9 muertes maternas por causas coincidentes, en Bogotá se presentaron 43 muertes de las cuales 27 son muertes maternas tempranas, 14 muertes maternas tardías y dos muertes maternas por causas coincidentes, en la Guajira se presentaron 31 muertes maternas de las cuales 27 corresponden a muertes tempranas, y en Córdoba se presentaron 30 muertes maternas de las cuales 18 correspondieron a muertes tempranas. (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

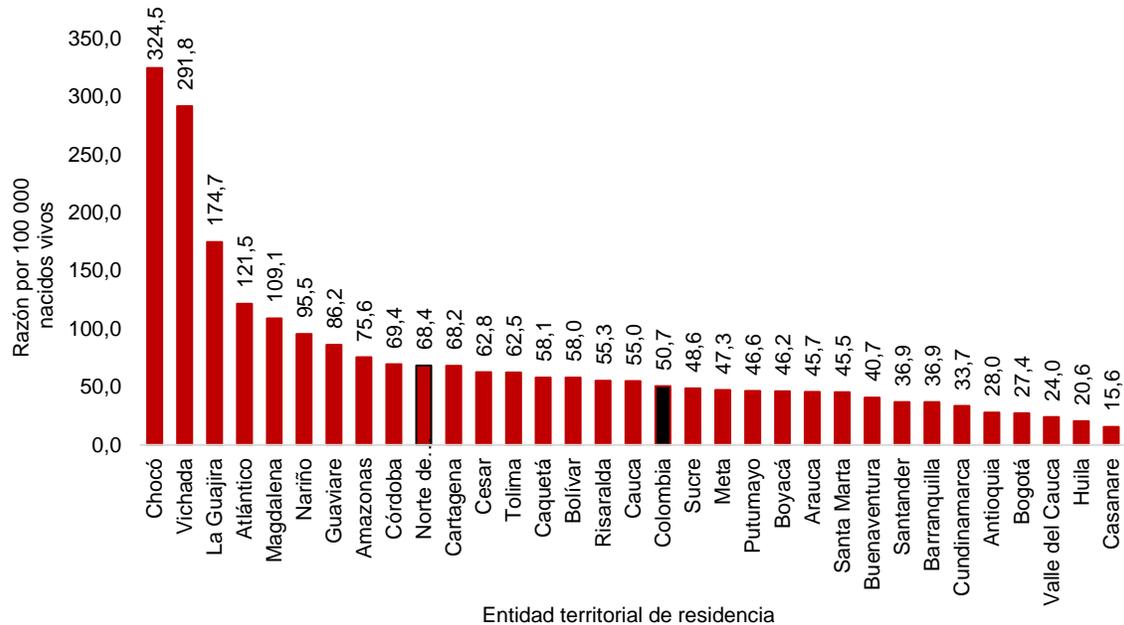
Gráfico 3. Muerte materna según tipo de muerte por entidad territorial de residencia, Colombia, 2017



Fuente: INS, Colombia, 2017

La razón de mortalidad materna nacional es de 50,7 casos por 100.000 nacidos vivos, siendo superior en 17 entidades territoriales. Las razones más altas, con más de 100 casos por cada 100 000 nacidos vivos se registran en Chocó con 324,5 Vichada con 291,8, La Guajira con 174,7, Atlántico con 121,5 y Magdalena 109,1 casos por cada 100. 000 nacidos vivos. La menor razón de muerte materna se encontró en las entidades territoriales de Casanare con 15,6, Huila 20,6, Valle 24,0 y Bogotá 27,4 casos por 100.000 nacidos vivos (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Gráfico 4. Razón de muerte materna por entidad territorial de residencia, Colombia, 2017



Fuente: INS, Colombia, 2017 - DANE, Estadísticas Vitales, 2016

De acuerdo a las características demográficas y sociales de los casos de mortalidad materna temprana se encontró que el 47,7% de los casos se registró en mujeres residentes en el área urbana, sin embargo, la razón de mortalidad materna más alta se encontró en residentes en área rural con 76,4 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Por régimen de afiliación el mayor porcentaje se encontró en el régimen subsidiado y la razón más alta se registró en las mujeres sin afiliación con 112,4 casos por 100.000 nacidos vivos. Por pertenencia étnica el mayor porcentaje se notificó en mujeres de “otros” grupos poblacionales, pero la razón más alta se registró en mujeres indígenas con 284,9 casos por 100.000 nacidos vivos. Finalmente por grupos de edad el porcentaje más alto se encontró en mujeres de 20 a 24 años, sin embargo las razones más altas se encontraron en las edades extremas, mujeres de 35 a 39 años con 100,1 y mujeres de 40 y más años con 170,7 casos por 100.000 nacidos vivos (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.2).**

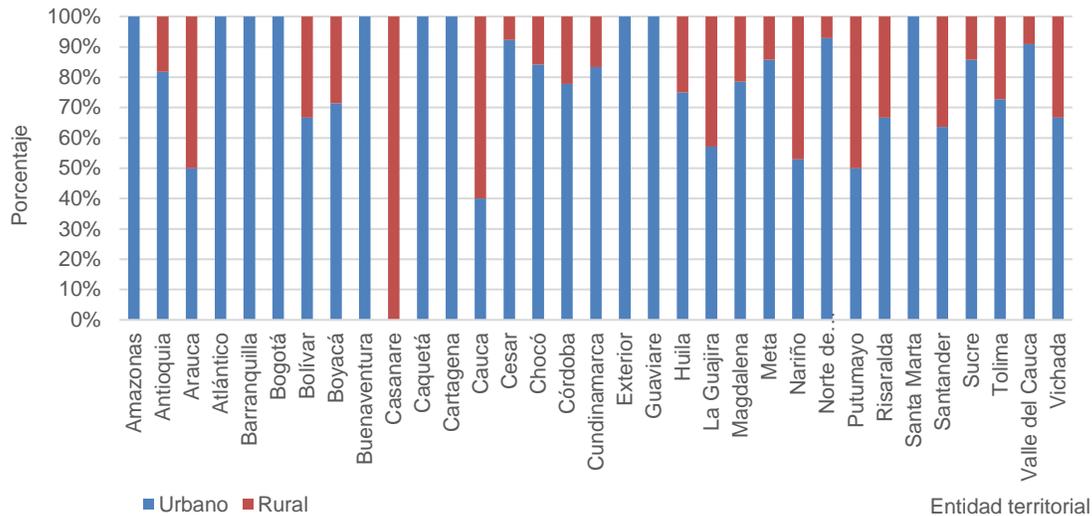
Tabla 2. Mortalidad materna y características demográficas y sociales, Colombia, 2017

Variable	Categoría	Casos	%	Razón de MM por 100 000 nacidos vivo
Área de residencia	Urbano	267	80,5	47,7
	Rural	65	19,5	76,4
Tipo de régimen	Contributivo	97	29,4	34,9
	Subsidiado	214	64,3	64,0
	Excepción	4	1,2	24,3
	Especial	0	0,0	0,0
	No afiliado	17	5,1	112,4
Pertenencia étnica	Indígena	48	14,4	284,9
	ROM, (gitano)	0	0,0	0,0
	Raizal	1	0,3	262,5
	Palenquero	0	0,0	0,0
	Afro colombiano	36	10,8	117,6
Grupos de edad	Otros	247	74,5	41,4
	10 a 14 años	2	0,6	36,0
	15 a 19 años	50	15,0	38,4
	20 a 24 años	74	22,2	39,2
	25 a 29 años	64	19,2	42,4
	30 a 34 años	64	19,5	62,5
	35 a 39 años	54	16,2	100,1
	40 y más años	24	7,2	170,7

Fuente: INS, Colombia, 2017 - DANE, Estadísticas Vitales, 2016.

Por área de residencia, el mayor porcentaje de casos de muerte materna temprana en el área rural se presentaron en los departamentos de Casanare, Arauca y Cauca. En contraste en las entidades territoriales de Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Buenaventura, Caquetá, Cartagena, Guaviare y Santa Marta Barranquilla, Buenaventura, Caldas, chaqueta, Cartagena, Guaviare, Meta, Quindío y Risaralda los casos de muerte materna temprana ocurrieron en su totalidad en residentes en el área urbana (ver Gráfico 5).

Gráfico 5. Mortalidad materna temprana por entidad territorial y área de residencia, Colombia, 2017



Fuente: INS, Colombia, 2017.

Los casos de muerte materna temprana en indígenas fueron reportados por residentes de 15 entidades territoriales. El mayor número de casos fue reportado en el departamentos de La Guajira con 21 casos, seguido de Chocó con siete casos y Cauca con cuatro casos. Las mayores razones de muerte materna específica en mujeres indígenas por entidad territorial de residencia se encontraron en Chocó y Boyacá con razones superiores a 800 casos por 100.000 nacidos vivos (ver Tabla 3).

Tabla 3. Muerte materna temprana en población indígena por entidad territorial de residencia, Colombia, 2017.

Entidad territorial	Casos	Nacidos vivos	Razón de MM por 100.000
AMAZONAS	1	720	138,9
ARAUCA	1	262	381,7
BOYACA	1	111	900,9
CAUCA	4	3.023	132,3
CESAR	1	204	490,2
CHOCO	7	368	1902,2
CORDOBA	1	476	210,1
GUAJIRA	21	6.196	338,9
HUILA	1	188	531,9
META	1	323	309,6

NARIÑO	1	841	118,9
RISARALDA	2	758	263,9
TOLIMA	1	129	775,2
VALLE	1	239	418,4
VICHADA	3	414	724,6
Colombia	45	16.846	267,1

Fuente: INS, Colombia, 2017 - DANE, Estadísticas Vitales, 2016.

Comportamiento otras variables de interés

Antecedentes maternos

Frente a los antecedentes maternos de los casos de muerte materna temprana se encontró que el 88,0% de casos falleció en un hospital o clínica, el 6,9% falleció en el domicilio, el 3,0% falleció durante el traslado. En relación con la convivencia, el 66,4% de los casos vivía con la pareja y el 28,8% vivía con la familia. En escolaridad se encontró que el mayor porcentaje de casos ocurrió en mujeres con escolaridad secundaria con un 41,1%. Los antecedentes de gestaciones muestran que el 52,9% de las mujeres tenían antecedentes de entre dos y cuatro embarazos previos, 27,6% eran primigestantes y el 19,2% correspondían a mujeres con cinco o más gestaciones (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.4**).

Tabla 4. Muerte materna temprana y antecedentes maternos, Colombia, 2017.

Variable	Categoría	Casos	Proporción
Sitio de defunción	Hospital / Clínica	293	88,0%
	IPS (centro / puesto de salud)	3	0,9%
	Lugar de trabajo	1	0,3%
	Durante el traslado	10	3,0%
	Domicilio	23	6,9%
	Sin información	2	0,6%
Convivencia	Cónyuge	221	66,4%
	Familia	96	28,8%
	Sola	9	2,7%
	Otro	6	1,8%
Escolaridad	Ninguna	19	5,7%
	Primaria	76	22,8%
	Secundaria	137	41,1%
	Superior	31	9,3%
	Sin información	69	20,7%
Gestaciones	Primigestante	92	27,6%
	2 a 4 gestaciones	176	52,9%
	5 o más gestaciones	64	19,2%

Fuente: INS, Colombia, 2017.

Los antecedentes de regulación de la fecundidad mostraron que el 59,7% de los casos no usaban ningún método de regulación de la fecundidad de las cuales el 44,4% no usaba métodos porque no deseaba, el 10,8% no usaba por desconocimiento y el 4,5% no los usaba por problemas de acceso a los mismos. Por otra parte, el 40,3% usaba métodos de regulación de la fecundidad dentro de los cuales el mayor porcentaje usaba métodos naturales, seguido de otro tipo de métodos y métodos hormonales (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.5**).

Tabla 5. Muerte materna temprana y regulación de la fecundidad, Colombia, 2017.

Variable	Categoría	Casos	Proporción
No usó métodos	No usó métodos por que no deseaba	148	44,4%
	No usó métodos por desconocimiento	36	10,8%
	No usó métodos por acceso	15	4,5%
Usó métodos	Natural	68	20,4%
	Otro	31	9,3%
	Hormonal	18	5,4%
	Barrera	7	2,1%
	Dispositivo intrauterino	8	2,4%
	Quirúrgico	2	0,6%

Fuente: INS, Colombia, 2017.

Factores de riesgo y complicaciones

Dentro de los antecedentes de riesgo identificados en las mujeres a través de la ficha de notificación se encuentran los antecedentes de obesidad en un 8,4%, deficiencias socioeconómicas en un 6,9%, cardiopatías e hipertensión crónica en un 5,4% de los casos y otras infecciones (diferentes a ITS) en un 5,7% de los casos (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.6**).

Tabla 6. Antecedentes de riesgo en los casos de mortalidad materna temprana, Colombia, 2017.

Antecedentes de riesgo	Casos	Porcentaje
Obesidad	28	8,4
Deficiencias socioeconómicas	23	6,9
Otras infecciones	19	5,7
Cardiopatía	18	5,4
Hipertensión crónica	14	4,2
Recién nacido pre termino	11	3,3
Intergenesis menor a dos años	8	2,4
Desnutrición crónica	8	2,4
VIH / SIDA	7	2,1

Diabetes	7	2,1
Sustancias psicoactivas	5	1,5
Trastorno mental	4	1,2
Alcoholismo	4	1,2
Recién nacido macrosómico	3	0,9
Tabaquismo	3	0,9
Recién nacido de bajo peso	3	0,9
RH negativo	3	0,9
Sífilis	2	0,6
Mola hidatiforme	1	0,3
Hepatitis B	1	0,3
Otros	160	48,0

Fuente: INS, Colombia, 2017.

En las complicaciones del embarazo actual se encuentra la sepsis en un 17,1% de los casos, seguido de la Preeclampsia en un 15,6%, la eclampsia en un 6,3% y síndrome de Hellp en el 10,2% de los casos de muerte materna temprana. (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.7**).

Tabla 7. Complicaciones del embarazo relacionada con la muerte de los casos de mortalidad materna temprana, Colombia, 2017.

Complicaciones	Casos	Porcentaje
Sepsis	57	17,1
Preeclampsia	52	15,6
Síndrome de Hellp	34	10,2
Eclampsia	21	6,3
Embarazo no deseado	13	3,9
Enfermedad autoinmune	11	3,3
Hemorragia 3er trimestre	7	2,1
Hemorragia 1er trimestre	7	2,1
Retardo de crecimiento intrauterino	4	1,2
Gestación producto de violencia sexual	3	0,9
Diabetes gestacional	3	0,9
Síntomas depresivos	2	0,6
Hemorragia 2do trimestre	2	0,6
Desproporción céfalo pélvica	2	0,6
Violencia contra la gestante	2	0,6

Feto incompatible con la vida	1	0,3
Malaria	0	0,0
Otras complicaciones	111	33,3

Fuente: INS, Colombia, 2017.

Antecedentes prenatales

Frente a los antecedentes prenatales se encontró que el mayor porcentaje de los casos, correspondiente al 39,0% de muerte materna temprana había asistido a cuatro o más controles prenatales, lo siguen las mujeres que no asistieron a ningún control prenatal que ascendieron al 36,9%. De los 209 casos que realizaron controles prenatales el 39,6% iniciaron el control en el primer trimestre de gestación, el 42,9% fue atendido por médico general y el 40,5% se realizó en un primer nivel de atención (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.8**).

Tabla 8. Antecedentes prenatales de los casos de mortalidad materna temprana, Colombia, 2017.

Variable	Categoría	Casos	Proporción
Número de CPN	Sin control prenatal	123	36,9%
	1 a 3 controles prenatales	79	23,7%
	4 o más controles prenatales	130	39,0%
Semana de inicio de CPN	Primer trimestre	132	39,6%
	Segundo trimestre	67	20,1%
	Tercer trimestre	10	3,0%
Profesional que realiza el CPN	Médico general	143	42,9%
	Médico obstetra	56	16,8%
	Enfermera	7	2,1%
	Auxiliar de enfermería	3	0,9%
Nivel de atención del CPN	I	135	40,5%
	II	43	12,9%
	III	27	8,1%
	IV	4	1,2%

Fuente: INS, Colombia, 2017.

Antecedentes de embarazo y puerperio (en el momento de la muerte)

En los antecedentes del embarazo y puerperio de la gestación relacionada con la muerte se encontró que el mayor porcentaje de muertes maternas tempranas ocurrió en el puerperio mayor a 24 horas (41,1%) seguido de las muertes maternas tempranas ocurridas durante la gestación con un 30,0% y de acuerdo a la semana de gestación para la mortalidad materna, el mayor porcentaje ocurrió en el tercer trimestre de embarazo en un 61,3%. De los casos en los que la muerte ocurrió durante el parto o puerperio temprano, en 40,5% terminó en cesárea y 24,0% terminó en un parto vaginal, el 53,2% de los casos fue atendido por medico obstetra y el 32,7% se atendió en el tercer nivel de atención (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.9**).

Tabla 9. Antecedentes de embarazo y puerperio del embarazo relacionado con la muerte de los casos de mortalidad materna temprana, Colombia, 2017.

Variable	Categoría	Casos	Proporción
Momento en que ocurrió la muerte	Gestación	100	30,0%
	Parto	20	6,0%
	Puerperio < 24 horas	75	22,5%
	Puerperio > 24 horas	137	41,1%
Semana de gestación para la mortalidad	Primer trimestre	63	18,9%
	Segundo trimestre	65	19,5%
	Tercer trimestre	204	61,3%
Tipo de parto	Vaginal	80	24,0%
	Cesárea	135	40,5%
	Instrumentado	7	2,1%
	Ignorado	10	3,0%
Atención del parto	Médico general	32	9,6%
	Médico obstetra	177	53,2%
	Partera	8	2,4%
	Otro	8	2,4%
	Sin dato	7	2,1%
Nivel de atención	I	30	9,0%
	II	49	14,7%
	III	109	32,7%
	IV	21	6,3%

Fuente: INS, Colombia, 2017.

En relación a las causas de muerte materna temprana el 51,6% corresponden a causas directas, el 32,4% a causas indirectas y el 1,8% corresponden a causas desconocidas o indeterminadas. Las principales causas directas agrupadas corresponden a las hemorragias obstétricas con el 17,1% seguido de trastornos hipertensivos asociados al embarazo con el 16,2% de los casos y sepsis obstétrica con el 9,9%. De las causas indirectas las más frecuentes son las sepsis no obstétricas con el 8,1%, los eventos tromboembólicos con el 3,0% y las sepsis de origen pulmonar con el 2,1%. (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.10**).

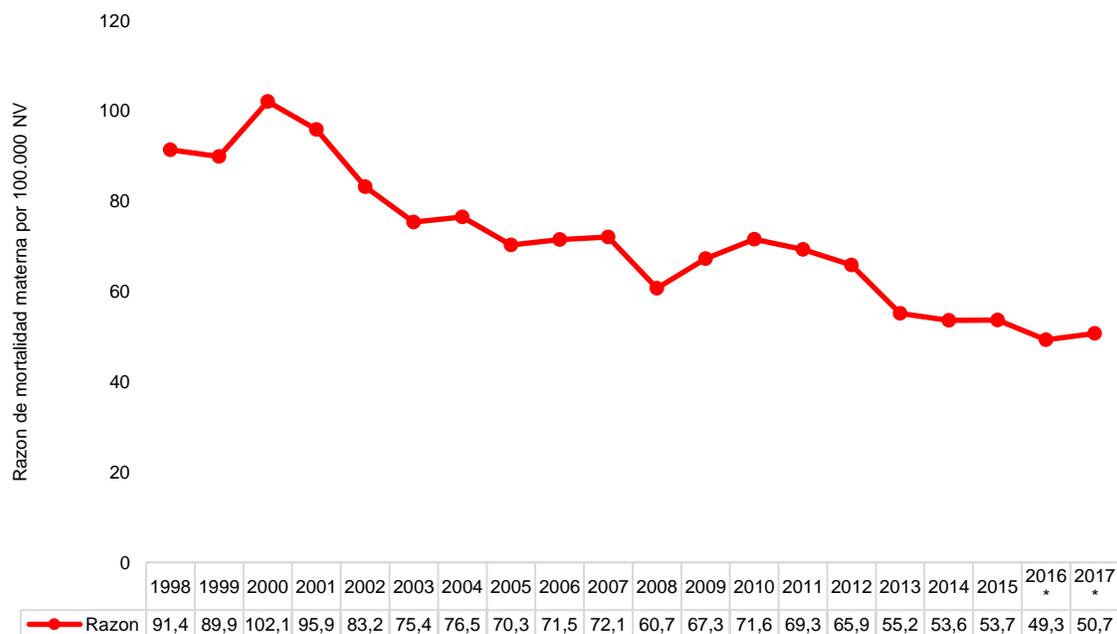
Tabla 20. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, 2017.

Tipo	Causa agrupada	Casos	Porcentaje
Directa	Hemorragia obstétrica	57	17,1
	Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	54	16,2
	Sepsis obstétrica	33	9,9
	Eventos tromboembólicos como causa básica	10	3,0
	Otras causas directas	7	2,1
	Complicaciones del aborto	5	1,5
	Embolia de líquido amniótico	4	1,2
	Derivada del tratamiento	2	0,6
Indirecta	Otras causas indirectas	51	15,3
	Sepsis no obstétrica	27	8,1
	Eventos tromboembólicos como causa básica	10	3,0
	Sepsis de origen pulmonar	7	2,1
	Oncológica	6	1,8
	Cardiovascular	2	0,6
	Cerebrovascular	2	0,6
	Lupus eritematoso sistémico	1	0,3
Varicela	1	0,3	
Desconocida / indeterminada	Muerte obstétrica de causa no especificada	6	1,8
En estudio		47	14,1

Tendencia del evento

De acuerdo a los datos oficiales del DANE para el país en el periodo 1998 a 2014 la razón de mortalidad materna ha presentado un descenso, oscilado entre 91,4 a 53,6 casos por cada 100.000 nacidos vivos con una máxima de 102,1 en el año 2000. Al comparar los años 2016, 2017 los datos preliminares arrojados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) dejan ver un leve aumento, obteniendo una razón de mortalidad materna de 50,7, por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2017 (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Gráfico 6. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Colombia 1998 – 2017.



Fuente: INS, Colombia, 2015-2017 - DANE, Estadísticas Vitales, 1998-2016.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.

Según los datos notificados al Sivigila en el evento de mortalidad materna se observa que 17 de las entidades territoriales presentan razones de muerte materna que superan a la nacional (RMM de 50,7), entre los cuales están Chocó 324,5, Vichada 291,8, La Guajira 174,7, Atlántico 121,5 y Magdalena 109,1, casos por cada 100.000 nacidos vivos tienen RMM superiores a 100 (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.11**).

Tabla 11. Indicadores de vigilancia de la mortalidad materna por departamento, Colombia, 2017

Entidad territorial	Muerte materna temprana	Porcentaje	Nacidos vivos	Razón de MM
Amazonas	1	0,3	1322	75,6
Antioquia	22	6,6	75024	29,3
Arauca	2	0,6	4378	45,7
Atlántico	20	6	16466	121,5
Barranquilla	9	2,7	24414	36,9
Bogotá	27	8,1	98653	27,4
Bolívar	9	2,7	15507	58,0
Boyacá	7	2,1	15157	46,2
Buenaventura	2	0,6	4911	40,7
Caldas	0	0	9563	0,0
Caquetá	4	1,2	6883	58,1
Cartagena	13	3,9	19051	68,2
Casanare	1	0,3	6394	15,6
Cauca	10	3	18190	55,0
Cesar	13	3,9	20701	62,8
Chocó	19	5,7	5855	324,5
Córdoba	18	5,4	25919	69,4
Cundinamarca	12	3,6	35594	33,7
Guainía	0	0	661	0,0
Guaviare	1	0,3	1160	86,2
Huila	4	1,2	19435	20,6
La Guajira	28	8,4	16031	174,7
Magdalena	14	4,2	12837	109,1

Meta	7	2,1	14806	47,3
Nariño	17	5,1	17804	95,5
Norte de Santander	13	4,2	20468	63,5
Putumayo	2	0,6	4290	46,6
Quindío	0	0	5843	0,0
Risaralda	6	1,8	10853	55,3
San Andrés	0	0	880	0,0
Santa Marta	4	1,2	8795	45,5
Santander	11	3,3	29823	36,9
Sucre	7	2,1	14398	48,6
Tolima	11	3,3	17607	62,5
Valle del Cauca	11	3,3	45844	24,0
Vaupés	0	0	528	0,0
Vichada	3	0,9	1.028	291,8
Exterior	4	1,5	NA	NA
Colombia	328	100	647521	50,7

Fuente: INS, Colombia, 2017 - DANE, Estadísticas Vitales, 2016.

4. DISCUSIÓN



El panorama descrito con la información de la vigilancia en salud pública del evento mortalidad materna refleja las inequidades presentes en los territorios, en cuanto a condiciones de vida, acceso a servicios maternos de calidad y culturalmente apropiados, que tienen distintos efectos en las mujeres en función de factores tales como la edad, los ingresos, el grupo étnico, el alfabetismo y la zona geográfica de residencia, también muestra que el comportamiento en el año anterior evidencio las mismas variables que afectan la mortalidad materna en el territorio nacional .

Las muertes maternas en población indígena, en mujeres residentes en el área rural y sin aseguramiento reflejan brechas más amplias frente al reto en torno a la reducción de las muertes, dado que condiciones como los condicionantes culturales, socioeconómicas y las dificultades a nivel geográfico para el acceso a servicios de salud crea escenarios para eventos fatales como este.

De otra parte la información de la vigilancia del evento provee evidencias sobre las debilidades en la prestación de los servicios de salud, las cuales son susceptibles de intervenir, entre ellas están la de eliminar barreras de acceso a programas y métodos de regulación de la fecundidad más efectivos, el acceso universal al control prenatal, el seguimiento estricto a la gestante durante todo el embarazo detectando los riesgos biopsicosociales y los eventos susceptibles de complicaciones haciendo intervenciones oportunas, en especial a partir de la finalización del tercer trimestre del embarazo, contar con mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia en torno a las complicaciones detectadas a las gestantes y su feto o recién nacido, así como contar con los mejores recursos humanos e insumos para la atención del parto, postparto y las complicaciones del recién nacido.

Continúan siendo en los últimos años r las principales causas de muerte materna los trastornos hipertensivos, las complicaciones hemorrágicas, las sepsis, el aborto, se identifica que de acuerdo con los avances en el campo de la medicina y tecnologías en salud son problemas que se pudieron intervenir oportunamente mediante la identificación de las complicaciones iniciales. Un ejemplo de ello es las complicaciones hemorrágicas postparto, que con el adecuado monitoreo de la mujer puérpera, la organización y activación del equipo de salud y contar con los insumos para corregir las complicaciones que se inician durante la primera hora en que inicia la hemorragia por problemas derivados del parto, se puede prevenir eventos fatales. Los trastornos hipertensivos igualmente, se pueden detectar y controlar desde el control prenatal, así como la administración de medicamentos con el fin de prevenir complicaciones.

El aborto sigue presente dentro de las principales causas de muerte en donde independiente del tipo de aborto ya sea espontaneo o provocado su atención no fue oportuna y segura lo cual desencadeno una complicación por sepsis o hemorragia que llevo a la mujer a la muerte.

En este sentido, se evidencia que a pesar de los avances en la institucionalización del parto y de la atención por personal calificado, los servicios de salud requieren fortalecer su calidad respecto a la identificación oportuna de los riesgos obstétricos para ser remitidas a instituciones de mayor complejidad donde puedan acceder a atención especializada de acuerdo con sus patologías de base o desencadenadas por la gestación.

El evento de mortalidad materna no afecta únicamente la salud pública del país, es además una tragedia para la familia y afecta la salud de los hijos que quedan sin madre, por lo cual es además un problema social.

CONCLUSIONES

La tendencia de la notificación de la mortalidad materna presenta un patrón similar para los últimos cinco años, el promedio de una muerte materna diaria, en todo el país, sigue siendo crítico frente a la falta de impacto en acciones básicas para la población de gestantes desde la promoción y prevención y aún más crítico en la atención oportuna y adecuada del parto y el postparto por personal calificado, dado que el momento de ocurrencia se concentra en estos momentos.

La información de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, evidencia deficiencias en la prestación de los servicios de salud, las cuales son susceptibles de intervenir, entre las prioritarias están la de eliminar barreras de acceso a programas, barreras lingüísticas en el caso de la población indígena y garantizar el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, el acceso universal al control prenatal, la intervención de riesgos oportuna y adecuada durante el mismo, el seguimiento estricto a la gestante durante todo el embarazo en especial a partir de la finalización del tercer trimestre del embarazo, contar con mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia en torno a las complicaciones detectadas a las gestantes y su feto o recién nacido, así como contar con los mejores recursos humanos e insumos para la atención del parto, postparto y las complicaciones del recién nacido.

Frente a las principales causas de muerte maternas reportadas: Trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas y sepsis obstétricas evidencian el comportamiento sostenido de las mismas en los últimos años. La carga de la enfermedad para la salud materna cobra

un nuevo reto, dado que las políticas en salud y los prestadores de servicios de salud se deben abordar el manejo preventivo y resolutivo oportuno.

Es definitivo mejorar la capacidad instalada de las instituciones que atienden partos tanto de bajo como de alto riesgo, frente a insumos para atender urgencias obstétricas, así como elevar las capacidades y habilidades del talento humano para atender las principales complicaciones de la gestación, mediante entrenamientos y evaluación de la calidad de la atención en forma rutinaria.

RECOMENDACIONES

La *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente 2016 -2030* de Naciones Unidas, establece estrategias para terminar las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes y crear entornos donde estos grupos poblacionales se desarrollen, brindándoles salud y bienestar. Todo ello para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como parte de estas estrategias, la Organización Mundial de la Salud colabora con los países asociados para:

- *Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;*
- *Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal;*
- *Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas;*
- *Reforzar los sistemas de salud para que puedan responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y*
- *Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad. (1)*

Dichas estrategias deben ser adaptadas y adoptadas para hacerlas realidad en cada territorio teniendo en cuenta sus particularidades con el fin de brindar a la población mejor calidad en la atención en salud y garantizar su acceso tanto a la atención como tal como a estrategias y programas de promoción y prevención, como control prenatal, regulación de la fecundidad, crecimiento y desarrollo, plan ampliado de inmunización y demás que tienen que ver con la salud de las mujeres, niños y adolescentes.

Las mejoras planteadas, también deben estar enfocadas a la gestante de una forma integral, teniendo en cuenta no solo su condición clínica sino aquellos determinantes que pueden influir en la aparición de complicaciones en su estado de salud.

Es prioritario iniciar capacitaciones continuas al personal de atención en salud primordialmente al personal médico para mejorar el proceso, realizar una revisión exhaustiva de los protocolos de manejo de las diferentes instituciones prestadoras de salud que atienden población gestante incluyendo instituciones de tercer nivel de atención las cuales manejan las mayores complicaciones.

Específicamente para la vigilancia del evento de mortalidad materna, en el territorio nacional las entidades territoriales tienen la responsabilidad de garantizar la calidad del dato generado desde la UPGD, en donde la identificación precisa de la causa de muerte es fundamental para el direccionamiento de intervenciones para mejorar la salud de las mujeres.

En este sentido, las entidades territoriales deben asumir un mayor apoyo y empoderamiento para el análisis exhaustivo de cada caso de muerte materna reportada, que mediante la realización de las unidades de análisis que permiten identificar toda la ruta de atención y las condiciones que presentó la gestante durante su proceso y posterior fallecimiento, para tomar medidas que generen un impacto importante en la atención.

Para ello es fundamental que las personas que asistan a dichas unidades de análisis sean profesionales de diferentes disciplinas y que tengan poder de decisión de las áreas de salud pública, aseguramiento, calidad de servicios de salud, promoción y prevención, entre otros. Lo anterior, para abordar las causas médicas y no médicas inmersas dentro de cada caso de muerte materna, y hacer un análisis integral de cada caso.

Las IPS que cuentan con servicios de atención obstétrica tanto de primer nivel como de mayor nivel de complejidad deben garantizar de acuerdo a su nivel, los procesos e insumos en cuanto a infraestructura física, ambulancias, medicamentos, equipos médicos y talento humano capacitado y empoderado para brindar una atención de calidad a toda mujer con un evento obstétrico (legrado, interrupción voluntaria del embarazo, atención del parto o cesárea, atención del puerperio) e identificación oportuna del riesgo y de las complicaciones presentadas para que sea remitida y atendida tempranamente en el nivel de atención y por los especialistas que requiera, teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de muertes maternas obedecen a problemas de la calidad de atención, durante la atención del evento obstétrico y posterior al mismo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Organización Mundial de la Salud. (noviembre de 2015). *Centro de prensa*. Recuperado el 18 de mayo de 2016, de Mortalidad Materna. Nota descriptiva N° 348: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
 2. Departamento Nacional de Planeación. (2011). *Documento Conpes Social 140*. Bogotá D.C.
 3. Organización Mundial de la Salud. (2016). *Plan operacional para llevar adelante la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. Consejo ejecutivo, 138° reunión*
 4. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Publica. PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C.
-