



Informe de evento Mortalidad Materna

Código 551

2021

Grupo de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

notransmisibles@ins.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

Informe de evento Mortalidad Materna

Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ

Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboró

NANCY MONTEALEGRE CASTILLO

Referente Mortalidad Materna

Grupo de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

Revisó

GREACE ALEJANDRA AVILA MELLIZO

Coordinadora Grupo de Vigilancia de

Enfermedades No Transmisibles

LUIS CARLOS GÓMEZ ORTEGA

Coordinador Grupo Enfermedades Transmisibles

Endoepidémicas y ETS

NUBIA STELLA NARVÁEZ DIAZ

Profesional especializado Grupo de Vigilancia de

Enfermedades No Transmisibles

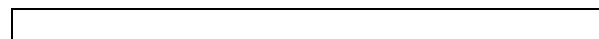
Aprobó

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO

Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,

Colombia Av. Calle 26 No. 51-20



Informe de Mortalidad Materna, Colombia, 2021

1. Introducción

Las Naciones Unidas han reconocido a la Mortalidad Materna como un problema de salud pública y de derechos humanos, destacando que los altos índices de morbilidad y mortalidad maternas afectan el derecho de las mujeres y las niñas a la vida, a la salud, a la igualdad y a la no discriminación, el derecho a gozar de los avances del conocimiento científico y del más alto estándar de salud alcanzable (1). Por lo tanto, con la intención de valorar el impacto de las políticas sanitarias de un país encaminadas a lograr la reducción de este flagelo, resulta imprescindible contar con indicadores fidedignos que reflejen la real situación que enfrentarán las mujeres a lo largo de su vida reproductiva.

Según los cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna ha disminuido en un 37% desde 2000. En Asia oriental, África septentrional y Asia meridional, la mortalidad materna ha disminuido alrededor de dos tercios. No obstante, la tasa de mortalidad materna —la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con las que lo hacen— en las regiones en desarrollo es todavía 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas. Más mujeres están recibiendo atención prenatal. En las regiones en desarrollo, la atención prenatal aumentó del 65% en 1990 al 83% en 2012. Tan solo la mitad de las mujeres de las regiones en desarrollo reciben la cantidad recomendada de atención médica que necesitan, menos adolescentes tienen hijos, pero este progreso se ha ralentizado. El gran aumento que tuvo lugar en la década de los noventa del uso de anticonceptivos no se corresponde con el que se ha dado en los años 2000. La necesidad de planificación familiar se está cubriendo lentamente para más mujeres, mientras que la demanda sigue aumentando rápidamente. (1)

Actualmente, el mundo se enfrenta a una crisis sanitaria sin precedentes; la COVID-19 está propagando el sufrimiento humano, desestabilizando la economía mundial y cambiando drásticamente las vidas de miles de millones de personas en todo el mundo, dentro de ellas la población gestante. Antes de la pandemia, se consiguieron grandes avances en la mejora de la salud de millones de personas. En concreto, estos grandes avances se alcanzaron al aumentar la esperanza de vida y reducir algunas de las causas de muerte comunes asociadas con la mortalidad infantil y materna (2)

Por lo anterior, la reducción de la mortalidad materna incluida en las metas clave de los Objetivos de Desarrollo del sostenible (ODS), en la que se insta a reducir para el 2030 la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y que debe ser prioridad en los planes de desarrollo de los gobiernos (3).

Para dar cumplimiento a esta meta, Colombia plantea en el Conpes 3918 del 2018 reducir la mortalidad materna a 51,0 casos para 2018 y para 2030 reducir a 32,0 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos (3). Por otra parte, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se define 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 (3).

Según datos oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) la razón de mortalidad materna en Colombia muestra una tendencia a la disminución donde se pasa de 73,3 casos en el 2007 a 51,0 casos por 100 000 nacidos vivos en el 2017. Durante los años 2018 (46,1 casos por 100 000 nacidos vivos) y 2019 (47,1 casos por 100 000 nacidos vivos), la razón de mortalidad materna del país es inferior a 50 casos por 100 000 nacidos vivos.

El objetivo del presente informe es describir el comportamiento de la mortalidad materna durante el 2021, para orientar y fortalecer las estrategias de prevención, vigilancia y control de las muertes maternas y brindar información para los tomadores de decisiones y cumplir las metas de reducción de muertes maternas según los Objetivos de Desarrollo del sostenible (ODS)

2. Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad materna notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública- Sivigila mediante el código 551 y el sistema de vigilancia de mortalidad materna basado en web (Sivigila maternidad – segura) durante 2021.

Se utilizó la definición de caso dispuesta en el protocolo de vigilancia del evento, los datos se obtuvieron por medio de la notificación inmediata individual de casos de muertes maternas tempranas, tardías y por lesión de causa externa realizada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de las 37 entidades territoriales del país. Adicionalmente, se obtuvo información a través de fuente secundaria de entrevista familiar, resumen de historia clínica y análisis de caso, información tomada del aplicativo Sivigila, maternidad segura.

Se realizó la depuración y validación de los datos, se excluyen del análisis los casos notificados con ajuste 6 (casos descartados) y ajuste D, para los casos repetidos de muertes maternas, se tuvo en cuenta el registro de la institución que certificó la muerte en RUAF. Se recodificaron algunas variables (CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto), para complementar el análisis. Se coteja cada registro con la información diligenciada en el certificado de defunción consultado en el módulo de defunciones del registro único de afiliación RUAF-ND.

El análisis de la mortalidad materna se realizó por residencia, de acuerdo con la definición de residencia establecida por el DANE (residencia por un tiempo igual o mayor a 6 meses).

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e incluyó análisis univariado y bivariado. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, se calculó el indicador de Razón de mortalidad materna (RMM) para algunas de las principales variables sociales (edad), demográficas (ruralidad) y del sistema de salud, (aseguramiento a sistemas de seguridad social en salud), se realizó análisis de causas de muerte agrupada, edad (recodificada por grupos), régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud, pertenencia étnica, área de residencia y principales variables del análisis por determinantes sociales. Los denominadores para el cálculo de la RMM corresponden a los nacidos vivos de 2020 oficiales reportados por el DANE. Se calcularon comportamientos inusuales utilizando como prueba de significancia la distribución de Poisson, estableciendo cambios estadísticamente significativos entre lo esperado y lo observado con un valor de significancia $<0,05$.

Para el procesamiento de la información obtenida, se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel. La información se analizó con el programa Joinpoint Regression

4.7 (4), para calcular las tendencias de la razón de mortalidad materna de los años 2009 a 2020 que presentaron un comportamiento estadísticamente significativo con un valor de $p < 0,05$ y con un nivel de confianza del 95 %.

La información es presentada en tabla, gráficos y mapas, estos últimos usando el paquete informático QGIS con base en el marco geoestadístico nacional del DANE para los límites de los departamentos (4).

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de la mortalidad materna, 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 y del aplicativo Sivigila- maternidad segura, 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.

Resultados

Comportamiento de la notificación de la mortalidad materna

Durante el 2021 se notificaron 654 muertes maternas, de las cuales 637 eran residentes en Colombia y 17 eran residentes en el exterior. Del total de casos de mujeres residentes en Colombia, 456 se clasificaron como mortalidades maternas tempranas, 138 como mortalidades maternas tardías y 43 como muertes maternas por causas coincidentes (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Tabla 1. Muertes relacionadas con el embarazo por tipo, Colombia, 2018-2021

Año	Tipo de muerte		
	Temprana	Tardía	Coincidente
2018	279	165	79
2019	326	169	57
2020	403	152	34
2021	456	138	43

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud, el cálculo de la razón de muerte materna se realiza con los casos de muerte materna temprana, por lo cual para el análisis se tienen en cuenta 456 casos de muertes tempranas.

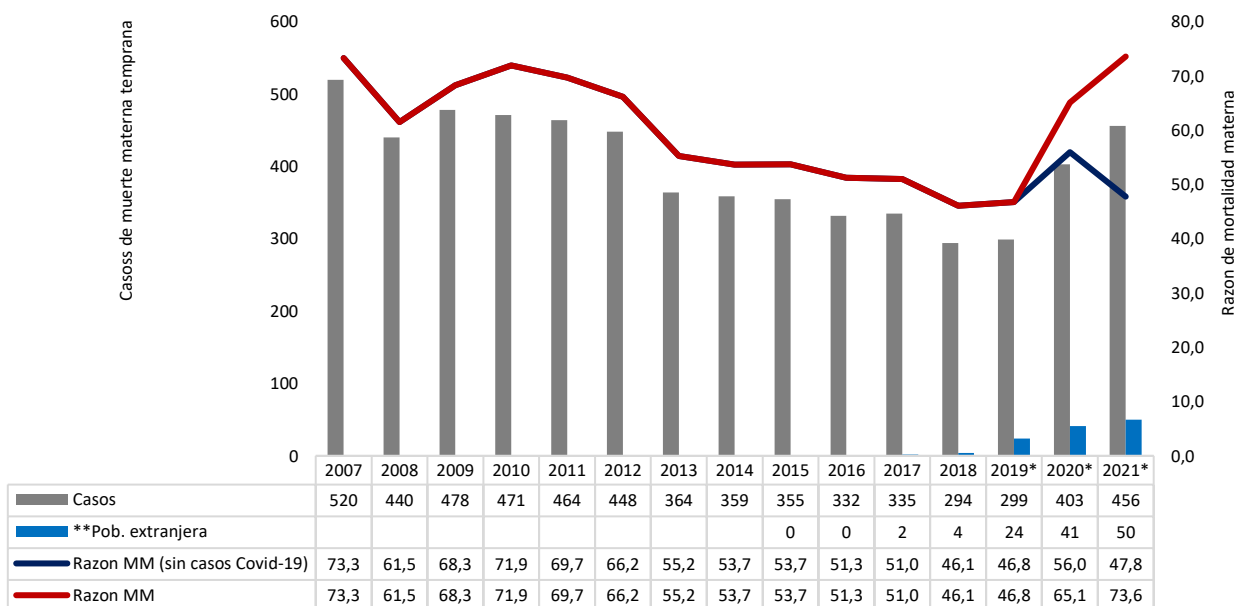
Tendencia de la mortalidad materna

La razón de mortalidad materna durante los años 2009 a 2019 presentó tendencia a la disminución, la cual es estadísticamente significativa ($P=0.000359$) con un nivel de confianza del 95 %. En 2020 se presentó un aumento del 23,6 % en el número de casos de mortalidad materna temprana respecto al año 2019; para 2021 se presenta aumento en el número de casos de mortalidad materna del 13,2 % respecto al 2020 y del 39,9 % respecto a 2019.

A partir del año 2017 se inicia la identificación, a través de la ficha de notificación y de unidades de análisis, de los casos de mortalidad materna residentes en Colombia y con nacionalidad extranjera. Para 2021 se notificaron 49 casos con nacionalidad venezolana residentes en Colombia y uno caso con nacionalidad española también residente en el país. En este sentido, la población extranjera aporta el 11% de los casos del país.

La razón de mortalidad materna nacional se encontró en 73,6 casos por cada 100.000 nacidos vivos, sin embargo al excluir las muertes maternas con causa básica Covid-19, la razón de muerte materna se encuentra en 47,8 casos por 100.000 nacidos vivos, presentando una ligera disminución con respecto al año anterior (ver Figura 1).

Figura 1. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Colombia, 2007 a 2021



Fuente: 2007 a 2018, DANE - Estadísticas Vitales. 2019 a 2021, INS – Sivigila.

* Casos con fuente Sivigila – INS. ** Casos notificados a Sivigila con nacionalidad extranjera y residencia en Colombia.

Durante 2021 las entidades territoriales de Vichada, Chocó, Guaviare, Santa Marta, La Guajira, Casanare, Magdalena y Bolívar presentaron las razones de mortalidad materna más altas con más de 100 casos por 100 000 nacidos vivos (Anexo 1).

Las entidades territoriales que presentan comportamientos inusuales de aumento al analizar el número de casos de los años 2017 a 2020 comparados con 2021 son Antioquia, Bogotá, Bolívar, Casanare, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Meta, Quindío, Santander, Santa Marta, Tolima y Valle del Cauca; por su parte, Cauca presenta comportamiento inusual hacia la disminución (Anexo 2).

Análisis de mortalidad materna por principales variables sociales y demográficas

Según el lugar residencia, el área rural presento la razón de mortalidad materna más alta al compararla con el área urbana con 88,2 casos por 100 000 nacidos

vivos. Por pertenencia étnica, la población indígena es la más afectada con 163,4 casos por 100 000 nacidos vivos y, respecto al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el régimen subsidiado es el que más aporta en el número de muertes maternas en los últimos tres años para el 2021 con 79,3 casos por 100 000 nacidos vivos (p 0.005) (Tabla 2).

El grupo de edad de mayores de 40 años presentó la razón de mortalidad materna más alta con 237,9 casos por 100 000 nacidos vivos.

Tabla 2. Mortalidad materna principales variables sociales y demográficas, Colombia, 2019 a 2021

Variable	2019		2020		2021		Valor de P
	Casos	RMM	Casos	RMM	Casos	RMM	
Área de residencia							
Rural	81	60,57	139	102,1	127	88,2	0,025
Urbana	218	44,2	275	54,9	329	69,2	0,01
Pertenencia étnica							
Indígena	47	199,14	58	254,0	49	163,4	0,2
Afrodescendiente	20	82,15	24	100,9	29	122,1	0,01
Otros	232	39,31	332	56,6	378	65,7	0,01
Régimen de afiliación							
No afiliado	27	41,78	50	77,4	55	76,2	0,025
Subsidiado	204	62,48	268	82,1	259	79,3	0,005
Contributivo	63	27,41	88	38,3	134	61,1	0,025
Especial	2	Sin dato	2	Sin dato	0	Sin dato	0,1
Excepción	3	Sin dato	6	Sin dato	8	Sin dato	0,05
Grupo edad							
10-14 años	1	21,02	2	42,4	4	93,0	0,1
15-19 años	46	39,1	57	48,9	34	30,7	0,025
20-24 años	57	30,99	88	48,1	76	41,7	0,01
25-29 años	64	41,05	85	54,9	111	71,1	0,025
30-34 años	55	52,53	86	82,7	118	114,4	0,024
35-39 años	49	87,12	66	118,0	76	137,7	0,01
40 y más años	27	179,92	30	201,2	37	237,9	0,005

Fuente: Base de datos mortalidad materna, Sivigila-INS, Colombia, 2019-2021

Mortalidad materna por tipo de muerte y causa principal agrupada

De acuerdo con la causa de muerte el 39,3 % de los casos corresponde a muertes maternas directas y el 60,7 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna en 2021 relacionada con causas directas fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 16,7 % (p 0,05), la hemorragia obstétrica con el 10,7 % (p 0,01), y Sepsis relacionada con el embarazo con el 4,6% (p 0,025). Por otra

parte, la principal causa de muerte materna indirecta fue la Neumonía por Covid 19 con el 35,1% (p 0,20), seguida por otras causas indirectas 11,8% (p 0,01), (tabla 3).

Tabla 3. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, 2019-2021

Razón /Causa agrupada	Total 2019		Total 2020		Total 2021		Valor p
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
DIRECTA	162	54,2	186	44,9	179	39,3	
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	53	17,7	64	15,5	76	16,7	0,05
Hemorragia obstétrica	56	18,7	74	17,9	49	10,7	0,01
Sepsis relacionada con el embarazo	10	3,3	24	5,8	21	4,6	0,025
Evento tromboembólico como causa básica	7	2,3	7	1,7	16	3,5	0,05
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	10	3,3	4	1	3	0,7	0,10
Otras causas directas	18	6	7	1,7	8	1,8	0,05
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	1	6	1,4	2	0,4	0,05
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	5	1,7	1	0,2	4	0,9	0,10
INDIRECTA	118	39,5	164	39,6	277	60,7	
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	0	0	56	13,5	160	35,1	0,20
Otras causas indirectas	45	15,1	38	9,2	54	11,8	0,01
Sepsis no obstétrica: Neumonía	11	3,7	27	6,5	27	5,9	0,05
Sepsis no obstétrica	29	9,7	16	3,9	13	2,9	0,05
Otras causas indirectas: cáncer	9	3	8	1,9	9	2,0	0,001
Evento tromboembólico como causa básica	7	2,3	13	3,1	6	1,3	0,05
Otras causas indirectas: Tuberculosis	2	0,7	1	0,2	4	0,9	0,10
Otras causas indirectas: malaria	1	0,3	0	0	1	0,2	0,10
Otras causas indirectas: dengue	0	0	0	0	1	0,2	0
VIH/SIDA	3	1	1	0,2	2	0,4	0,05
Otras causas indirectas: Lupus	4	1,3	1	0,2	0	0	0,20
Desconocida/indeterminada	4	1,3	1	0,2	0	0	0,20
Neumonía por virus influenza H1N1	2	0,7	0	0	0	0	0,20
Otras causas indirectas: Varicela	0	0	1	0,2	0	0	0,20
En estudio	19	6,4	64	15,5	0	0	0,15

Fuente: Base de datos mortalidad materna, Sivigila-INS, Colombia, 2019-2021

Respecto a la población extranjera, el 80 % residía en zona urbana, la ciudad en donde reside mayor población extranjera notificada como mortalidad materna es el Distrito Capital de Bogotá con 20%, en cuanto al régimen de seguridad social en salud el 88 % no se encontraba afiliada, el 69,5% de las mortalidades maternas se presentaron en el grupo poblacional de 25 a 34 años, cuya principal causa de muerte materna es Sepsis no obstétrica: neumonía por COVID-19 con el 22% seguido de Trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 12%. (Tabla No. 5)

Tabla 4. Mortalidad materna en población migrante, principales variables sociales y demográficas, Colombia, 2019 a 2021

Variable	2019	%	2020	%	2021	%
Área de residencia						
Rural	9	20,9	7	14,9	10	20
Urbana	34	79,1	40	85,1	40	80
Pertenencia étnica						
Indígena	8	18,6	5	10,6	3	6,0
Afrodescendiente	0	0	0	0	0	0,0
Otros	35	81,4	42	89,4	47	94,0
Régimen de afiliación						
No afiliado	36	83,7	40	85,1	52	98,1
Subsidiado	4	9,3	5	10,6	1	1,9
Contributivo	2	4,7	2	4,3	0	0,0
Especial	1	2,3	0	0	0	0,0
Excepción	0	0	0	0	0	0,0

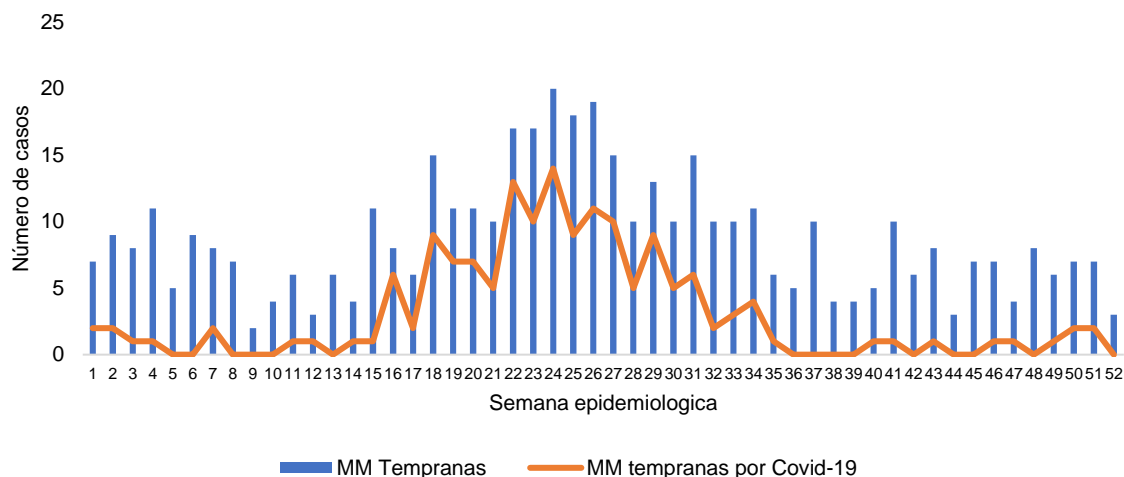
Fuente: Sivigila-INS, Colombia, 2019-2021

Las entidades territoriales con el mayor número de casos de mortalidad materna en población migrante son Bogotá (10 casos), La Guajira (7), Norte de Santander (5) y, Antioquia, Barranquilla y Cesar con 4 casos cada uno.

Análisis de la mortalidad materna por Covid 19

Se notificaron 160 casos de muerte materna con causa básica de muerte Covid-19 (de acuerdo con conclusiones unidad de análisis) el mayor número se presentó en semana epidemiológica 24 con 14 casos (ver Figura 2). Según entidad territorial de procedencia, se encontró que en Bogotá y Antioquia se presentaron el mayor número de casos (n=18), seguido del Córdoba y Santander con 13 casos cada una y Magdalena con 10 muertes maternas con causa de muerte básica Covid-19.

Figura 2. Mortalidad materna temprana por COVID 19 Colombia, 2021



Al analizar las principales variables sociodemográficas de estos casos, se encontró que el 81,3 % se encuentran ubicados en el área urbana, por pertenecía étnica indígena 7,5 %, afiliadas al régimen subsidiado el 46,9 %, y en cuanto al grupo de edad, la mayoría se encuentran en el grupo de 30 a 34 años con el 33,1%.

Respecto a los antecedentes personales se identificó que el 12,1 % presentaban hipertensión arterial y el 14,3 % preeclampsia; como factor de riesgo se encontró que solo el 22,1 % de los casos presentaba peso normal antes del embarazo. El 4,8% de los casos no asistió a controles porque no lo consideró importante y el 18,5 % no asistió por la pandemia Covid19.

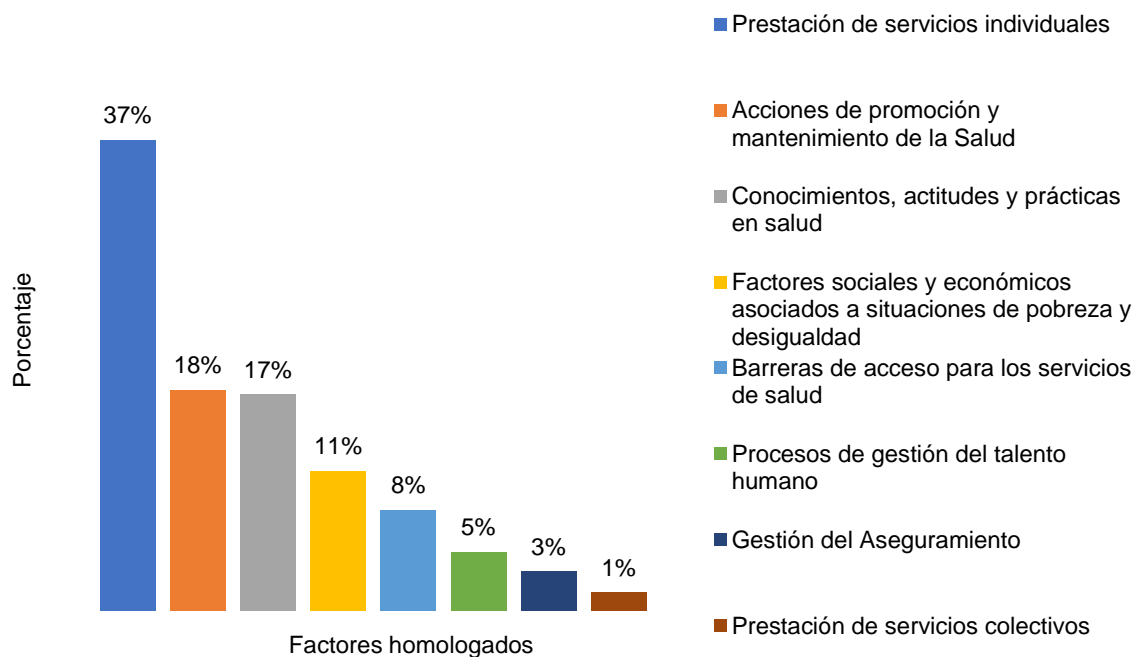
Respecto a las complicaciones durante el embarazo y antes del parto el 26,6 % presento hipertensión arterial, el 17,1 % preeclampsia-eclampsia y el 15,1 % anemia aguda crónica. El 43,4 % de los casos fueron en el momento del parto, el 67,9 % requirieron cesárea de emergencia y fueron atendidos por medico gineco- obstetra. La letalidad en gestantes confirmadas con COVID 19 es del 0,93 %, la cual es inferior a la de mujeres (2,0 %) y población general (2,8 %). Según el momento de ocurrencia se encontró que el 17,1 % estaban embarazadas al fallecer.

Tablero de problemas unidades de análisis

Durante la vigencia 2021 se recibieron 431 tableros de problemas para muerte materna, correspondientes a 35 entidades territoriales. Se calculó una razón de 8,7 problemas por cada caso. El 82,4 % (6,516) de las situaciones problemas identificadas corresponden a cuatro factores, 37, % (2,929) corresponde a dificultades y fallas en la prestación de servicios de salud, 18% (1,373) por deficiencias en las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, 17% (1,345) problemas relacionados con actores sociales y económicos asociados a situaciones

de pobreza y desigualdad 11 % (869), Barreras de acceso para los servicios de salud 8 % (628) .Las anteriores situaciones problemas identificadas son similares al comportamiento de las situaciones del tablero de problemas nacional para esta vigencia (ver Figura 3).

Figura 3. Tablero de problemas Mortalidad Materna, Colombia, 2021.



3. Discusión

Los departamentos de Chocó, Casanare, Córdoba, Huila y Meta que muestran comportamiento inusual de aumento, no muestran un número alto de casos en población migrante y causa de muerte Covid 19. Posiblemente por la no consulta preconcepcional, la dificultad a la accesibilidad oportuna y efectiva en los controles penales.

En el país hay dos variables atribuibles al aumento de casos, por un lado, el efecto migratorio que aporta el 11 % muertes y la pandemia por Covid 19, el 35,1 %, los últimos reportes de OPS refieren que al menos mil embarazadas han muerto por complicaciones del virus en las Américas. Advierten que, si esto continúa, el progreso en la reducción de la mortalidad materna podría desaparecer, y pidió garantizar a las mujeres, adolescentes y niñas el acceso a la atención durante la pandemia (5).

Otro factor determinante en el aumento de casos de mortalidad materna, es la migración, el cual, es un determinante estructural que tiene un impacto diferencial en la salud y a lo largo de la vida de las personas. Durante los flujos migratorios se pueden incrementar las

desigualdades en el uso de servicios de salud, las personas se exponen a riesgos de enfermedades transmisibles y a múltiples formas de violencia; en particular, las mujeres y niñas, personas con alguna discapacidad, personas trans, personas con orientación sexual diversa, indígenas, afros y adolescentes (8). En Colombia el número de migrantes que cumplen con la definición de residencia viene aumentando en los últimos años, pasando de 24 casos notificados para el año 2019 a 41 casos para el 2020 y 50 casos para el 2021, que presentan como condiciones de vulnerabilidad la falta de afiliación a seguridad social en el 85,1% de los casos y edades de 15 a 34 años en el 65,2% de los casos.

En las unidades de análisis como factores de riesgo personal se identificaron la diabetes e hipertensión arterial y sobrepeso- obesidad; la mayoría falleció dentro de las 6 semanas posteriores al parto y como principal complicación durante embarazo y antes del parto la hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, lo cual tiene relación directa con publicaciones de la OPS donde las comorbilidades más frecuentes entre las fallecidas fueron: diabetes (16,3 %), cardiopatía (13,3 %), obesidad (11,9 %), e hipertensión (5,9 %) (15). Se observó que las mujeres embarazadas presentaron 5,4 veces más probabilidades de ser hospitalizadas (IC 95% = 5,1–5,6), 1,5 veces más de probabilidades de ser admitidas en la UCI (IC 95% = 1,2–1,8) y 1,7 veces más probabilidades de recibir ventilación mecánica (IC 95% = 1,2–2,4) que las no embarazadas (6).

En los datos nacionales la principal causa de mortalidad materna temprana de acuerdo con la causa de muerte, en el 39,3 % de los casos corresponde a muertes maternas directas y el 60,7 % a causas indirectas; La principal causa de muerte materna en 2021 fue Neumonía por Covid 19 con el 35,1%, seguido por las principales causas directas como trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 16,7 %, la hemorragia obstétrica con el 10,7 % y Sepsis relacionada con el embarazo con el 4,6 %.

Las demoras en la atención en salud, el trato no digno, la discriminación, el desconocimiento y la falta de apropiación de los lineamientos nacionales constituyen las barreras más comunes en la atención institucional del parto de las personas migrantes, poniendo en riesgo sus vidas, su calidad de vida y la de sus bebés pese a que las migrantes venezolanas tienen acceso a la atención del parto, enfrentan diversas situaciones que no garantizan una experiencia positiva (7,8).

Respecto al comportamiento de la mortalidad materna con estas variables que inciden directamente, es importante tener en cuenta tres aspectos: las entidades territoriales que presentaron comportamientos inusuales, las principales causas de muerte específicamente aquellas que presentan aumento y las variables sociales y demográficas con tendencia al aumento. Las entidades territoriales que presentan comportamiento inusual de aumento de casos respecto a su comportamiento histórico y que su aumento se vio afectado por el número de casos de población migrante y Covid 19 son Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Cundinamarca, La Guajira y Valle del Cauca.

Las principales causas de muerte directa en años anteriores fueron la hemorragia obstétrica y el trastorno hipertensivo asociado al embarazo, la literatura mundial refiere que la mayoría de estas causas aparecen durante el periodo del embarazo y que en su mayoría son prevenibles o tratables (11). En cuanto a las causas indirectas se suma a las sepsis no obstétricas, el aumento de las sepsis no obstétricas por Covid 19 que para 2021 corresponde a la principal causa de muerte materna en el país. El reporte de OMS registra

que en 2019, la neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias inferiores fueron el grupo más mortífero de enfermedades transmisibles y en conjunto, se clasificaron como la cuarta causa principal de muerte (12).

Según los datos preliminares de DANE para 2020, el exceso de mortalidad en este año y por todas las causas, fue de 28,8% frente al valor esperado. Es decir, la pandemia podría estar relacionada con un incremento del 28,8% en el total de defunciones en el país (13). En el boletín DANE se describe el exceso de mortalidad por Covid 19 y el aumento por el grupo de enfermedades respiratorias donde Antioquia lidera en defunciones por neumonía e influenza con un 13,4% del total de casos registrados para el país, seguido de Valle del Cauca con el 10,0%, y en tercer lugar Bogotá y Bolívar con 9,1% cada uno.

Las defunciones de gestantes por COVID-19 en comunidades indígenas representan el 2,1% del total nacional, las ocurridas a las comunidades afrocolombianas representan el 4,5 (13). En estas poblaciones, consideradas de alguna forma vulnerable, persisten las desigualdades económicas y sociales que es un hecho de larga duración. Por otro lado, desde hace tiempo es sabido que las poblaciones con altos índices de mortalidad materna son precisamente aquellas más vulnerables en el aspecto social, el económico, el político e, incluso el cultural (14).

La evidencia científica demuestra que las causas relacionadas con la muerte materna no son solo resultados de las alteraciones y fallas orgánicas, sino que están determinadas por las condiciones de vida y la calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio. Por tanto, la salud para este grupo, como para cualquier otro, no es solamente un hecho natural sino un constructo social. El análisis de la mortalidad materna desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, aborda las problemáticas en salud desde la complejidad propia de las estructuras y dinámicas sociales, donde se producen y reproducen las condiciones de vida en la que las mujeres según sea su grupo social desarrollan sus capacidades y por tanto se posibilitan condiciones de bienestar o, por el contrario, desventajas sociales que propician resultados en salud desfavorables e inequitativos (15).

4. Conclusiones

- La mortalidad materna en Colombia durante los años 2009 a 2019 presenta una tendencia a la disminución, para el año 2020 aumenta el número de casos en un 34,3 % respecto al año 2019, y la razón de mortalidad materna con 65,1 casos por 100 000 NV muestra un incremento siendo similar a la registrada en el año 2009. Para el año 2021 presenta aumento en el número de casos de mortalidad materna del 13,2 % respecto al 2020 y del 39,9 % respecto a 2019.
- En el país hay dos variables atribuibles al aumento de casos de muerte materna, inicialmente el efecto migratorio que aporta el 10,9 % y la pandemia por COVID-19 el 35,1 %.
- En Colombia, durante el año 2020 se identificaron 56 casos de mortalidad materna por esta causa, para el año 2021 se identificaron un total de 160 casos donde las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, La Guajira, Santander, Córdoba, Cundinamarca y Valle del Cauca agrupan la mayor proporción de casos.
- En Colombia el número de migrantes que cumplen con la definición de residencia viene aumentando en los últimos años, pasando de 24 casos notificados para el año 2019 a 50 casos para el 2021. Las principales variables identificadas incluyen la falta de afiliación a seguridad social en el 98,1% de los casos, en edades de 25 a 34 años en el 62 % de los casos.
- Las demoras en la atención en salud, el trato no digno, la discriminación, el desconocimiento y la falta de apropiación de los lineamientos nacionales constituyen las barreras más comunes en la atención institucional del parto de las personas migrantes, poniendo en riesgo sus vidas, su calidad de vida y la de sus bebés

5. Recomendaciones

- Se recomienda a las UPGD fortalecer la calidad en el registro de las mortalidades maternas en los sistemas de información.
- Fortalecer la búsqueda activa institucional de casos a partir de la búsqueda intencionada en todos los casos de muertes en mujeres en edad fértil.
- Implementar la metodología RAMOS cuyo objetivo es corregir el subregistro y la mala clasificación de muertes maternas a partir del estudio de los certificados y actas de defunción y otras fuentes de información tales como los resúmenes clínicos, los resultados de necropsias, los dictámenes de los comités de mortalidad, las notificaciones de muerte materna, las aclaraciones de los certificantes y la realización de autopsias verbales (16).

- Agrupar correctamente las causas de muerte materna de acuerdo con la codificación la OMS CIE 10 (17).

6. Referencias

1. Naciones Unidas. Informe de Naciones Unidas sobre objetivos de desarrollo sostenible [Sitio virtual]. Nueva York: Naciones Unidas; [citado 2021 my. 31]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible 2020 [Sitio virtual]. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud; 2015. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ods) en Colombia <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
4. Joinpoint Regression Program. Versión 3.5.1. National Cancer Institute. Bethesda, EEUU [Sitio virtual]. [citado 2011 jul. 30]. Disponible en: <http://srab.cancer.gov/joinpoint>
5. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org) <https://www.paho.org/en/documents/response-covid-19-pandemic-americas-response-strategy-and-donor-appeal-january-december>
6. Alerta Epidemiológica COVID-19 durante el embarazo https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52613/EpiUpdate13August2020_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
7. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia [Internet]. Asociación Profamilia y Oficina de los Estados Unidos de PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA INFORME DE EVENTO Versión: [04 2019 05 31](#) [Página 18 de 23](#) [FOR-R02.4000-001 Asistencia para Desastres en el Extranjero \(OFDAUSAID\) Bogotá, D.C. Colombia 2020.](#) <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/77206.pdf>
8. Profamilia, IPPF. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Cúcuta, Riohacha, Valledupar, Bogotá D.C. [Internet]. Primera. Bogotá: Profamilia & IPPF; 2019. 90 p. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wpcontent/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-lasnecesidades-insatisfechas-SSRy-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>
9. OPS. Informe OPS: COVID-19 ocasiona impactos "devastadores" en las mujeres, afirma la Directora de la OPS [sitio de internet]. Washington: OPS; 2021 [citado 2021 my. 26]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26->

[5-2021-covid-19- ocasiona-impactos-devastadores-mujeres-afirma-directora-ops.](#)

10. Reducción de la Mortalidad Materna <https://lac.unfpa.org/es/news/nuevo-documento-revela-que-hay-un-estancamiento-en-la-reducci%C3%B3n-de-la-mortalidad-materna-en-la>
11. OPS. Migración y Salud en las Américas [Internet]. Washington: OPS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13708:migration-health-americanas&Itemid=72502&lang=es.
12. DANE. Estadísticas vitales año 2018 [Internet]. 2019. 48 p. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2018.pdf>
13. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq2018/rmq182a.pdf>
14. América Latina: tablas de mortalidad, 1950-2025 = Latin America: life tables, 1950-2025 <https://www.cepal.org/es/publicaciones/39505-america-latina-tablas-mortalidad-1950-2025-latin-america-life-tables-1950-2025>
15. Documento técnico y conceptual sobre la metodología de análisis de información para la auditoría de la calidad de la atención materna https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf
16. Búsqueda intencionada de muertes maternas en México Procedimiento http://ais.paho.org/classifications/doc_maternas/Mexico%20B%C3%BAsqueda%20intencionada%20de%20MM_EL%20PROCEDIMIENTO%20EN%20MEXICO.pdf?ua=1
17. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&Itemid=219&lang=es

Anexo 1. Razón de muerte materna por entidad territorial de residencia, Colombia, 2021

Entidad territorial	Casos	Razón de MM por 100.000 NV
Vichada	4	222,1
Chocó	19	220,8
Guaviare	2	157,5
Santa Marta	14	150,7
La Guajira	33	140,1
Casanare	8	130,5
Magdalena	17	115,2
Bolívar	19	114,3
Meta	15	97,7
Córdoba	24	96,9
Arauca	4	96,5
Buenaventura	4	90,6
Amazonas	1	88,3
Caldas	7	88,2
Putumayo	4	86,5
Nariño	14	85,6
Santander	22	83,9
Cesar	18	77,7
Tolima	12	75,1
Quindío	4	73,6
Colombia	456	73,6
Atlántico	13	69,7
Cundinamarca	24	68,8
Cartagena	11	65,5
Norte de Santander	14	63,4
Risaralda	6	59,8
Valle del Cauca	25	59,1
Bogotá	46	58,0
Sucre	8	56,8
Antioquia	38	52,9
Caquetá	3	47,8
Huila	8	47,6
Barranquilla	8	37,5
Boyacá	4	29,9
Cauca	3	16,9
Guainía	0	0,0
San Andrés y Providencia	0	0,0
Vaupés	0	0,0

Fuente: INS, Colombia, 2021 - DANE, Estadísticas Vitales, 2021

Anexo 2. Comportamientos inusuales de muerte materna por entidad territorial, Colombia, 2017 a 2021

Entidad territorial	Observado	Media	Poisson
Amazonas	1	1,50	0,335
Antioquia	38	28,75	0,017
Arauca	4	2,25	0,113
Atlántico	13	15,25	0,092
Barranquilla	8	11,25	0,083
Bogotá	46	22,75	0,000
Bolívar	19	8,00	0,000
Boyacá	4	5,50	0,156
Buenaventura	4	5,00	0,175
Caldas	7	4,00	0,060
Caquetá	3	4,25	0,183
Cartagena	11	10,75	0,119
Casanare	8	2,50	0,003
Cauca	3	9,50	0,011
Cesar	18	13,00	0,040
Choco	19	12,00	0,016
Córdoba	24	16,00	0,014
Cundinamarca	24	17,75	0,030
Guainía	0	2,33	0,097
Guaviare	2	0,50	0,076
Huila	8	4,25	0,038
Guajira	33	29,75	0,058
Magdalena	17	13,50	0,063
Meta	15	6,75	0,002
Nariño	14	13,50	0,105
Norte Santander	14	12,75	0,100
Putumayo	4	3,75	0,194
Quindío	4	0,33	0,000
Risaralda	6	4,00	0,104
San Andrés	0	0,00	1,000
Santander	22	9,50	0,000
Sta. Marta D.E.	14	6,75	0,005
Sucre	8	9,00	0,132
Tolima	12	6,50	0,018
Valle	25	10,00	0,000
Vaupés	0	1,00	0,368
Vichada	4	4,25	0,194