

# Informe de Evento 2023

## Mortalidad Materna

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

### Coordinador

Greace Alejandra Ávila Mellizo

### Elaborado por:

Ana María García Bedoya  
Grupo Enfermedades No Transmisibles

Paola Andrea Pulido Domínguez  
Grupo De Casos Especiales

### Revisado por:

Liliana Judith Coronado Ortega  
Grupo enfermedades no transmisibles

Marlib Paloma Sánchez Torres  
Dirección de Vigilancia y Análisis Del  
Riesgo En Salud Pública

### Aprobado por:

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

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI \_\_\_\_ NO ☒\_X\_

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

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

<https://doi.org/10.33610/infoeventos.45.1>

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

## Informe de Evento 2023 - Mortalidad Materna

### 1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, independientemente de la duración, localización del embarazo y las causas de defunción (1).

La muerte materna se clasifica como temprana cuando ocurre durante el embarazo, parto y hasta 42 días de terminada la gestación, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales; como muerte tardía cuando ocurre desde el día 43 y hasta antes de un año (364 días) de terminada la gestación y como muerte materna por causas coincidentes cuando incluye en su clasificación nosológica lesiones de causa externa (2).

La mortalidad materna es reconocida en el mundo y en la región como indicador del nivel de desarrollo, considerándose más que un problema de salud, ante todo, una cuestión de derechos humanos, en vista de que toda mujer tiene derecho a la maternidad segura (3). Aun así, estas muertes siguen siendo una expresión de inequidad de género, etnia, raza, lugar de residencia, nivel educativo y socioeconómico, siendo evitables mediante una combinación de medidas en política pública (4).

Con el fin de garantizar una vida sana, promover el bienestar en todas las edades y reducir la mortalidad evitable se establece a nivel internacional, por medio de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos (5). Siguiendo esta línea, el Consenso Estratégico Interagencial para la reducción de la morbi-mortalidad materna, promueve la creación de políticas públicas que aborden las brechas en la equidad para el acceso a la salud materna, mejorar la calidad de la atención en salud materna e identificar las barreras que enfrentan las personas para acceder a los servicios de salud materna (3).

En Colombia, se establece como meta por medio del Conpes 3418 de 2018 (6) y del plan decenal de salud pública 2022 – 2031, reducir las muertes maternas a 32 por cada 100 000 nacidos vivos (7,8). Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social formula el plan de aceleración para la reducción de la muerte materna, en el que por medio de la implementación de seis líneas de acción busca reducir la morbimortalidad materna (9).

Como estrategia para el acceso y calidad en la prestación del servicio se adopta la resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objetivo es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos (10).

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la razón de muerte materna presenta en general una tendencia decreciente; sin embargo, durante los primeros cinco años de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se detuvo el descenso; para el 2016, se estimaron 223 (entre 206 a 245) muertes por 100 000 nacidos vivos, esto se mantuvo igual en 2020, con 223 (entre 202 a 255) muertes por 100 000 nacidos vivos, presentando una tasa media anual de reducción de -0,03 % (-1,6 % a 1,1 %). El riesgo de por vida no descendió significativamente en esos cinco años, de 1 en 194 en 2016 a 1 en 210 en 2020 (11).

Según información preliminar reportada en 2023 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la razón de muerte materna (RMM) en América Latina y el Caribe aumentó 46,9 % para el 2021, pasando de 47,3 a 69,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. Se observó además que persisten las diferencias en la RMM entre los países, para el 2021 se reportó en Chile (19,0) y Nicaragua (31,2) y para el 2022 Costa Rica (15,1) y Uruguay (3,1) presentaron razones bajas de mortalidad, mientras que Honduras (125,0) y Paraguay (160,0) reportaron razones altas de mortalidad (12).

Colombia para el año 2022 presentó una razón de muerte materna de 46,0 casos por cada 100 000 nacidos vivos. Las entidades territoriales que presentaron una razón por encima del percentil 75 (74,4 por cada 100 000 nacidos vivos) fueron Vichada, Chocó, Vaupés, Nariño, La Guajira, Amazonas, Guainía, Magdalena, Bolívar y Cesar (13).

Este documento tiene como objetivo describir el comportamiento de la notificación de casos de muerte materna, sus características sociales, demográficas y clínicas en Colombia durante el 2023, como herramienta que permita el monitoreo continuo del evento para el diseño de política pública y creación de estrategias de intervención que impacten en su reducción.

## 2. Materiales y métodos

Se realizó un análisis descriptivo transversal. Las fuentes de información fueron el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), del que se tomaron los casos de muerte materna notificados desde 2019 hasta 2023 por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) a través de la ficha código 551 y el aplicativo Sivigila maternidad segura, del que obtuvo la información relacionada con el resumen de historia clínica, la entrevista familiar y el análisis de caso.

La información notificada se sometió a un proceso de depuración, verificando completitud y consistencia. Se realizó análisis de los casos residentes en Colombia, teniendo en cuenta lo establecido por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), quien define la residencia habitual en un territorio específico por un tiempo igual o mayor a 6 meses. Se eliminaron los casos notificados con ajuste 6 y D, es decir aquellos que por error se notificaron o que no cumplieron con los criterios para muerte materna y se descartaron; para los registros repetidos se analizaron los casos de la institución que generó el certificado de defunción. Para realizar el análisis de frecuencias y bivariado se agrupó la edad por quinquenio, los controles prenatales según el número de consultas durante la gestación.

El análisis central se llevó a cabo con las muertes maternas tempranas; es decir, las ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación.

La razón de muerte materna se calculó usando como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar (DANE año cerrado 2019 – 2022, RUAF ND datos preliminares 2023).

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías, para las variables con baja frecuencia se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento, para las variables con alta frecuencia se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2019 y 2022, las diferencias estadísticas significativas se establecieron con un valor de p inferior a 0,05. En el análisis por entidad territorial de residencia y variables sociodemográficas se realizó con el total de muertes maternas tempranas y por otra parte excluyendo las muertes maternas con causa básica Covid-19 en los años 2020 al 2023.

Se realizó comparación de razones por entidad territorial de residencia, para lo cual se comparó la razón de muerte materna en 2023 frente al promedio histórico de 2019 – 2022, las diferencias estadísticas significativas se establecieron con un valor de p inferior a 0,05.

Para el análisis de la información se establecieron frecuencias absolutas y relativas que describen el comportamiento del evento en tiempo, persona y lugar según las características sociales, demográficas y clínicas.

El análisis bivariado de las características sociales y demográficas se realizó con el total de casos de morbilidad materna extrema y muerte materna, definiendo como condición final “vivo” y “muerto” respectivamente, con el fin de identificar la relación entre las variables: edad, área de residencia, régimen de afiliación al sistema de salud, pertenencia étnica y acceso a controles prenatales. La relación entre las variables se calculó con la prueba de Chi cuadrado, las diferencias significativas se establecieron con un valor de  $p < 0,05$ , para un nivel de significancia del 95 %, como medida de asociación se estableció razón proporcional de mortalidad bajo la metodología de riesgo relativo.

La agrupación de las causas de muerte materna se realizó con base en lo definido en la guía de la OMS para la aplicación del CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM (1).

Se realizó un análisis de desigualdades en el que se midió la correlación entre la razón de muerte materna (MM) y el índice de pobreza multidimensional publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del año 2023 (14). El resultado se presentó en un gráfico de dispersión, el cual se dividió en cuatro cuadrantes iguales: cuadrante superior izquierdo (alta razón de MM y baja

pobreza), cuadrante inferior izquierdo (baja razón de MM y baja pobreza), cuadrante superior derecho (alta razón de MM y alta pobreza) y cuadrante inferior derecho (baja razón de MM y alta pobreza).

Los factores relacionados con la muerte se analizaron bajo la metodología del tablero de problemas, el cual contempla factores ambientales, sociales y de accesibilidad que no son competencia directa o exclusiva del sector salud, considerado como un insumo para hacer frente a los problemas de salud y sus determinantes sociales (15). Los datos extraídos del aplicativo Sivigila maternidad segura se sometieron a un proceso de homologación, consolidación, depuración, procesamiento y análisis de acuerdo con lo establecido en el manual para realización de unidades de análisis y tablero de problemas de eventos de interés en salud pública priorizados (16).

Para el procesamiento de la información se utilizó el software Microsoft Excel Epi-info versión 7.2, el análisis de tendencia de la razón de mortalidad materna se llevó a cabo por medio de Joinpoint versión 5.1.

Como limitante se tiene la correspondencia con estadísticas vitales, ya que DANE cuenta con 12 meses para el cierre de sus bases de datos, periodo en el que por medio de cruce con diferentes fuentes de información se identifican muertes que no fueron captadas por el sistema de vigilancia en salud pública.

### Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (17). La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

## 3. Resultados

Durante el 2023 se notificaron al Sivigila 502 casos de muerte materna. Se excluyeron 19 casos con ajuste D, seis casos con ajuste 6, cuatro casos repetidos y un caso de año epidemiológico anterior; para un total de 472 casos de muerte materna, de los cuales 13 residían en el exterior y 459 residían en Colombia.

Del total de casos de mujeres residentes en Colombia, 226 se clasificaron como muertes maternas tempranas, 156 como muertes maternas tardías y 77 como muertes maternas por causas coincidentes (Tabla 1).

**TABLA 1 CLASIFICACIÓN SEGÚN TIPO DE MUERTE MATERNA, COLOMBIA, 2019 - 2023**

Año	Tipo de muerte									Total
	Temprana	%	IC 95 %	Tardía	%	IC 95 %	Coincidente	%	IC 95 %	
2019	298	58,4	55,8 - 60,1	156	30,6	27,9 - 32,0	56	11,0	9,6 - 12,3	510
2020	403	67,6	65,0 - 68,9	152	25,5	23,2 - 26,7	41	6,9	5,8 - 7,9	596
2021	456	71,6	69,2 - 72,8	138	21,7	19,3 - 22,6	43	6,8	5,8 - 7,8	637
2022	261	55,3	52,7 - 57,2	151	32,0	29,8 - 34,1	60	12,7	10,5 - 13,5	472
2023	226	49,2	46,6 - 51,3	156	34,0	31,7 - 36,2	77	16,8	14,2 - 17,7	459

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

En Colombia la razón de muerte materna temprana (RMM) en 2023 fue de 44,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (NV), con una disminución del 13,4 % en el número de casos notificados con respecto al 2022 (Figura 1). Las entidades territoriales que presentaron razón por encima del percentil 75 (76,9 por cada 100 000 nacidos vivos) fueron Buenaventura, Guainía, Chocó, Vichada, Caquetá, La Guajira, Guaviare, Nariño, Magdalena y Atlántico (ANEXO 1).

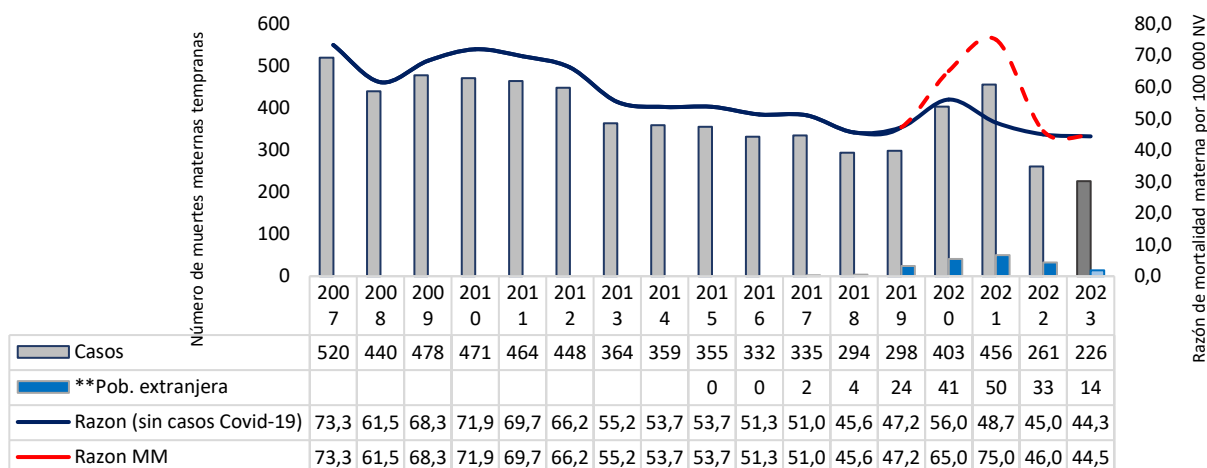
En el análisis por regiones, se observa que en los últimos cinco años las regiones de la Amazonia, Caribe y del Pacífico presentan las razones más elevadas encontrándose por encima de la razón nacional; para el 2023 la mayor RMM se observó en la región de la Amazonia (71,7 casos por 100 000 NV) seguida por la región Pacífica (61,8 casos por 100 000 NV). Las entidades territoriales que para el 2023 presentaron un aumento en la razón frente al promedio historio 2019 -2022 fueron Buenaventura, Cauca, Caquetá y Guaviare (ANEXO 1).

La tendencia histórica de la muerte materna desde 2007 hasta 2023 tuvo un promedio de casos de 382, mediana de 364, con un rango intercuartílico de 124 (332 - 456). Se observó comportamiento hacia el descenso; con un cambio porcentual anual (APC por sus siglas en ingles) de -3,2 (IC 95% -4,5 a -1,5; p 0,001) lo que representa un descenso estadísticamente significativo (ANEXO 2).

Al realizar el análisis con dos puntos de corte, se observó aumento entre el 2019 al 2020 de 1,06 APC incluyendo las muertes por Covid-19 en su cálculo, disminuyendo nuevamente entre el 2020 al 2023 con -5,30 APC (ANEXO 2).



**FIGURA 1 RAZÓN DE MUERTE MATERNA, COLOMBIA, 2007 A 2023**



Fuente: numerador: DANE - Estadísticas Vitales - Defunciones 2007 – 2018; Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019 – 2023. Denominador: Nacidos vivos DANE 2007 a 2022, RUAF ND 2023 datos preliminares.

\*\*Población extranjera (casos de muerte materna temprana notificados al Sivigila con nacionalidad extranjera residentes en Colombia).

En el análisis del comportamiento inusual de notificación de casos de muerte materna temprana comparado con el promedio histórico 2019 - 2022 por entidad territorial de residencia, se presentó decremento estadísticamente significativo para el 2023 en Antioquia, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santander. Al realizar el análisis excluyendo las muertes maternas por Covid-19 entre el 2020 al 2023, se observó comportamiento hacia el decremento en Antioquia, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, y Norte de Santander (ANEXO 3).

En el análisis desagregado por municipios con población mayor a 100 000 habitantes, se observó incremento estadísticamente significativo en Envigado (Antioquia), Tunja (Boyacá), Popayán (Cauca), Pitalito (Huila) y Jamundí (Valle del Cauca) (ANEXO 4).

En los últimos cinco años la correspondencia con DANE ha superado el 90 %, a excepción de 2021 donde la correspondencia fue de 88,9 % (ANEXO 5).

En relación con las principales características sociales y demográficas, se observó que durante los últimos cinco años analizados la RMM se incrementó con el aumento en la edad de la mujer. Sin embargo, para el 2023 la RMM más elevada se presentó en las edades de 10 a 14 años (158,6 casos por cada 100 000 NV). Con respecto al área de residencia el 68,1 % residía en cabecera municipal, por otro lado, la RMM más elevada se identificó en las mujeres que residían en área rural (59,7 casos por cada 100 000 NV). Según tipo de seguridad social en salud, el régimen subsidiado y el no afiliado

concentraron las razones más altas (51,7 y 47,6 casos por cada 100 000 NV respectivamente), los cuales representan el 70,8 % del total de casos notificados. El 15,9 % de los casos de muerte materna reportó pertenencia étnica indígena con una razón de 140,1 casos por cada 100 000 nacidos vivos (Tabla 2).

Se realizó análisis del comportamiento inusual comparando el 2023 con el promedio histórico 2019 – 2022, identificando decremento estadísticamente significativo en las edades de 20 a 24 y mayores de 40 años, no estar asegurado al régimen de seguridad social en salud, residencia en centro poblado, pertenencia étnica indígena y afrocolombiano. Por otra parte, se presentó incremento estadísticamente significativo en las edades de 10 a 14 años (Tabla 2).

Al realizar el análisis del comportamiento inusual excluyendo las muertes por Covid-19 entre el 2020 al 2023, se observó comportamiento significativo hacia el decremento en las edades de 20 a 24 años, 40 y más años, no estar asegurado al régimen de seguridad social en salud y afrocolombiano, a su vez, se presentó incremento estadísticamente significativo en las edades de 10 a 14 años.

**TABLA 2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA, 2019 - 2023**

Variables	2019			2020			2021			2022			2023			Situación
	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	
<b>Colombia</b>	298	100	47,2	403	100	65,0	456	100	75,0	261	100	46,0	226	100	44,5	Decremento
<b>Grupos de edad</b>	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	
10 a 14 años	1	0,3	21,3	2	0,5	47,4	4	0,9	83,3	1	0,4	24,1	6	2,7	158,6	Incremento
15 a 19 años	46	15,4	39,9	53	13,2	49,1	34	7,5	32,3	34	13,0	36,8	25	11,1	32,4	Estable
20 a 24 años	57	19,1	31,5	86	21,3	48,1	76	16,7	44,1	60	23,0	38,7	40	17,7	29,4	Decremento
25 a 29 años	64	21,5	41,6	83	20,6	53,9	111	24,3	72,9	48	18,4	33,1	45	19,9	34,3	Estable
30 a 34 años	55	18,5	53,0	86	21,3	84,2	118	25,9	114,9	52	19,9	51,1	46	20,4	48,1	Estable
35 a 39 años	49	16,4	87,7	65	16,1	118,7	76	16,7	139,3	47	18,0	88,5	46	20,4	93,0	Estable
40 y más años	26	8,7	173,8	28	6,9	181,5	37	8,1	233,3	19	7,3	122,4	18	8,0	126,2	Decremento
<b>Área de residencia</b>	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Situación
Cabecera municipal	218	73,2	44,0	266	66,0	55,9	329	72,1	72,2	165	63,2	38,8	154	68,1	40,7	Estable
Centro poblado	21	7,0	46,3	51	12,7	112,0	45	9,9	98,6	19	7,3	46,3	16	7,1	45,8	Decremento
Rural disperso	59	19,8	65,1	86	21,3	87,4	82	18,0	76,6	77	29,5	76,6	56	24,8	59,7	Estable
<b>Tipo de seguridad social</b>	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Situación
Contributivo	62	20,8	26,9	86	21,3	39,2	134	29,4	64,4	51	19,5	24,7	60	26,5	31,3	Estable
Subsidiado	204	68,5	61,4	265	65,8	81,2	259	56,8	77,9	181	69,3	57,3	150	66,4	51,7	Estable



No asegurado	27	9,1	48,6	40	9,9	63,8	52	11,4	91,0	28	10,7	75,9	10	4,4	47,6	Decremento
<b>Pertenencia étnica</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Razón</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Razón</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Razón</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Razón</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Razón</b>	<b>Situación</b>
Indígena	47	15,8	187,7	56	13,9	190,5	49	10,7	146,0	42	16,1	147,4	36	15,9	140,0	Decremento
Afrocolombiano	20	6,7	79,6	24	6,0	101,2	29	6,4	114,8	21	8,0	97,9	15	6,6	77,8	Decremento
Otros	228	76,5	39,3	321	79,7	56,7	378	82,9	68,9	198	75,9	38,3	175	77,4	37,9	Estable

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2019 - 2023. Nacidos vivos DANE 2019 – 2022. RUAF ND datos preliminares 2023

\*semaforización: color gris corresponde a decremento, color amarillo corresponde a incremento

Se realizó análisis de muerte materna en población indígena desagregado por entidad territorial, observando que Boyacá, Magdalena, Arauca, Antioquia, Meta, Chocó, Cesar y La Guajira han reportado razones superiores al percentil 75 en los últimos cinco años, sin embargo, La Guajira presenta comportamiento estadísticamente significativo al decremento (ANEXO 6). Al realizar el análisis por pueblo indígena, se identificó que en los últimos cinco años el mayor número de casos se presentó en el pueblo Wayuu (102 casos) residentes principalmente en La Guajira, seguido por el pueblo Sikuni (17 casos) residentes principalmente en Vichada y el pueblo Nasa (16 casos) residentes principalmente en Cauca. Según las características sociales y demográficas de las muertes en mujeres con pertenencia étnica indígena, en 2023 las razones más altas se registraron en el grupo 35 a 39 años (443,9 casos por cada 100 000 NV), en el de 10 a 14 años (223,1 casos por cada 100 000 NV), en no afiliadas al régimen de salud (205,5 casos por cada 100 000 NV) y en residentes en zona rural dispersa (148,1 casos por cada 100 000 NV).

En cuanto a la población con nacionalidad extranjera que reside en Colombia, durante el 2023 representó el 6,2 % (n=14) de los casos de muerte materna, con un descenso del 57,6 % al compararlo con el 2022. Las entidades territoriales donde se concentró la mayor proporción de casos fueron Bogotá y Magdalena. Al analizar el comportamiento inusual en esta población, la entidad territorial de Casanare presentó incremento en comparación con el promedio histórico 2019 – 2022. A nivel nacional se observó decremento estadísticamente significativo (ANEXO 7).

Entre las mujeres que se notificaron como una morbilidad materna extrema durante el 2023 tienen mayor riesgo de muerte las mujeres con edades extremas, entre 10 a 14 años (RR 3,22 IC 95 % 1,44 – 7,18) y mayores de 35 años (RR 1,79 IC 95 % 1,34 – 2,39), así como las residentes en área rural dispersa (RR 2,07 IC 95 % 1,53 – 2,80); con afiliación al régimen subsidiado (RR 1,56 IC 95 % 1,17 – 2,07), no aseguradas (RR 3,89 IC 95 % 2,07 – 7,33), con pertenencia étnica indígena (RR 4,15 IC 95 % 2,92 – 5,90), afrocolombiano (RR 2,46 IC 95 % 1,46 – 4,15), y las que no tuvieron acceso a controles prenatales (RR 3,11 IC 95 % 2,35 – 4,12) (Tabla 3).

**TABLA 3 ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE MUERTE MATERNA Y MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, COLOMBIA, 2023**

Grupos de edad	Casos MM	Casos MME	X <sup>2</sup>	RR - IC 95 %
10 a 14 años	6	275	0,00	3,22 (1,44 - 7,18)
15 a 19 años	25	4886	0,14	0,72 (0,47 - 1,09)
20 a 24 años	40	7724	0,05	0,71 (0,50 - 1,00)
25 a 29 años	45	7884	0,06	0,73 (0,53 - 1,00)
30 a 34 años	46	6493	0,69	1,07 (0,79 - 1,45)
35 y más años	64	5971	0,00	1,79 (1,34 - 2,39)
Área de residencia	Casos MM	Casos MME	X <sup>2</sup>	RR - IC 95 %
Cabecera municipal	154	26533	0,00	0,54 (0,41 - 0,71)
Centro poblado	16	2176	0,85	1,08 (0,65 - 1,80)
Rural disperso	56	4524	0,00	2,07 (1,53 - 2,80)
Tipo de seguridad social	Casos MM	Casos MME	X <sup>2</sup>	RR - IC 95 %
Contributivo	60	12149	0,00	0,63 (0,46 - 0,84)
Subsidiado	150	18802	0,00	1,56 (1,17 - 2,07)
No afiliado	10	1593	0,00	3,89 (2,07 - 7,33)
Pertenencia étnica	Casos MM	Casos MME	X <sup>2</sup>	RR - IC 95 %
Indígena	36	1421	0,00	4,15 (2,92 - 5,90)
Afrocolombiano	15	920	0,00	2,46 (1,46 - 4,15)
Otros	175	30833	0,00	0,26 (0,19 - 0,36)
Número de controles prenatales	Casos MM	Casos MME	X <sup>2</sup>	RR - IC 95 %
Sin control prenatal	72	4417	0,00	3,11 (2,35 - 4,12)
Entre 1 y 3 controles prenatales	58	4905	0,00	2,04 (1,51 - 2,75)
Cuatro o más controles prenatales	91	23911	0,00	0,23 (0,17 - 0,32)

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, evento muerte materna – morbilidad materna extrema

De acuerdo con la causa de muerte, en los cinco años analizados la principal causa ha sido directa, con un promedio de 55 % al año, exceptuando el 2021 donde la principal causa fue indirecta a expensas del Covid-19. Las principales causas directas fueron trastorno hipertensivo asociado al embarazo, hemorragia obstétrica, sepsis de origen obstétrico y evento tromboembólico. Para el 2023 el 67,7 % de los casos corresponde a muertes maternas directas y el 30,5 % a muertes maternas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,5 %, seguido por la hemorragia obstétrica con el 16,4 % y evento tromboembólico como causa básica con el 12,4 %. Por otra parte, la principal causa de muerte materna indirecta se agrupó en otras causas indirectas con el 10,6 %, seguida por neumonía con el 5,8 % y sepsis no obstétrica con el 5,3 % (Tabla 4).

Al realizar el análisis del comportamiento inusual, en el 2023 se observó un incremento estadísticamente significativo, en comparación con el promedio histórico 2019 – 2022, en el evento tromboembólico como causa básica y en las complicaciones no esperadas al tratamiento. Adicionalmente, se presentó en el 2023 un decremento estadísticamente significativo en neumonía, sepsis no obstétrica y neumonía por Covid-19 (Tabla 4).

**TABLA 4 MORTALIDAD MATERNA POR TIPO Y CAUSA DE MUERTE AGRUPADA, COLOMBIA, 2019-2023**

Causa agrupada	Total 2019		Total 2020		Total 2021		Total 2022		Total 2023		Situación
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
<b>Colombia</b>	<b>298</b>	<b>100</b>	<b>403</b>	<b>100</b>	<b>456</b>	<b>100</b>	<b>261</b>	<b>100</b>	<b>226</b>	<b>100</b>	Decremento
<b>DIRECTA</b>	<b>160</b>	<b>53,7</b>	<b>210</b>	<b>52,1</b>	<b>185</b>	<b>40,6</b>	<b>170</b>	<b>65,1</b>	<b>153</b>	<b>67,7</b>	
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	51	17,1	70	17,4	76	16,7	62	23,8	44	19,5	Estable
Hemorragia obstétrica	56	18,8	76	18,9	49	10,7	43	16,5	37	16,4	Estable
Evento tromboembólico como causa básica	14	4,7	20	5,0	22	4,8	23	8,8	28	12,4	Incremento
Sepsis relacionada con el embarazo	17	5,7	25	6,2	21	4,6	20	7,7	19	8,4	Estable
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	1,0	6	1,5	2	0,4	12	4,6	14	6,2	Estable
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	10	3,4	4	1,0	3	0,7	4	1,5	5	2,2	Estable
Complicaciones no esperadas al tratamiento	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	4	1,8	Incremento
Otras causas directas	9	3,0	7	1,7	8	1,8	4	1,5	1	0,4	Decremento
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,2	4	0,9	2	0,8	1	0,4	Estable
<b>INDIRECTA</b>	<b>115</b>	<b>38,6</b>	<b>161</b>	<b>40,0</b>	<b>271</b>	<b>59,4</b>	<b>84</b>	<b>32,2</b>	<b>69</b>	<b>30,5</b>	
Otras causas indirectas	45	15,1	39	9,7	54	11,8	35	13,4	24	10,6	Decremento
Sepsis no obstétrica: Neumonía	10	3,4	29	7,2	27	5,9	11	4,2	13	5,8	Decremento
Sepsis no obstétrica	33	11,1	20	5,0	13	2,9	12	4,6	12	5,3	Decremento
Otras causas indirectas: cáncer	9	3,0	12	3,0	9	2,0	14	5,4	10	4,4	Estable
Otras causas indirectas: Tuberculosis	7	2,3	1	0,2	4	0,9	2	0,8	3	1,3	Estable
Otras causas indirectas: malaria	2	0,7	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,9	Estable
Otras causas indirectas: dengue	4	1,3	1	0,2	1	0,2	2	0,8	2	0,9	Estable
Otras causas indirectas: Lupus	1	0,3	2	0,5	0	0,0	2	0,8	2	0,9	Estable
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	0	0,0	56	13,9	160	35,1	6	2,3	1	0,4	Decremento
VIH/SIDA	4	1,3	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0	Estable
<b>Desconocida/indeterminada</b>	<b>6</b>	<b>2,0</b>	<b>4</b>	<b>1,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>1,9</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	
<b>EN ESTUDIO</b>	<b>17</b>	<b>5,7</b>	<b>28</b>	<b>6,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	

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

\*semaforización: color gris corresponde a decremento, color amarillo corresponde a incremento

En el análisis de las causas de muerte por regiones del país, se observó que el trastorno hipertensivo es la primera causa de muerte en la región de la Amazonia, Caribe y Andina; por otro lado, la principal causa de muerte materna en la región de la Orinoquia es la sepsis obstétrica y en la región del pacífico es la hemorragia obstétrica. Al realizar la comparación de la razón con el promedio histórico 2019 – 2022, e identificó que en la Amazonía y en la Orinoquía el trastorno hipertensivo y la sepsis obstétrica respectivamente, presentaron aumento estadísticamente significativo. A su vez, se observó un

descenso estadísticamente significativo para las causas directas hemorragia obstétrica y sepsis obstétrica en la región Amazonía y para hemorragia obstétrica en la región Orinoquía (ANEXO 8).

La correlación entre la razón de muerte materna temprana con el índice de pobreza multidimensional presentó un coeficiente de correlación de 0,70, al realizar el análisis por cuadrantes Putumayo, Bolívar, Arauca, Sucre, Cauca, Nariño y Magdalena se encuentran en el cuadrante superior derecho con una alta razón de MM y alta pobreza. Si bien, las entidades territoriales de Tolima, Meta y Quindío se ubican en el cuadrante de baja razón de MM y baja pobreza, estas razones de muerte materna se ubican por encima de la razón nacional y se encuentran por encima de la meta establecida en el plan decenal de salud pública 2022 - 2031 (ANEXO 9).

El factor con más características identificadas fue conocimientos, actitudes y prácticas en salud con un total de 396 registros, en este factor las principales características la baja percepción de riesgo en salud acceso a servicios de salud y la falta de autonomía para la toma de decisiones en salud (ANEXO 10).

Los principales problemas relacionados con servicios de salud se identificaron en la prestación de servicios individuales siendo el no cumplimiento en las acciones establecidas en guías de atención clínica y el diagnóstico tardío o inadecuado los que más se presentaron (ANEXO 11).

## 4. Discusión

En los últimos cinco años el evento ha presentado correspondencia con DANE superior al 90 %, llegando al 97 % para el 2020, con un descenso para el 2021 (88,9 %); esta disminución está relacionada con la pandemia por Covid-19, adicional que los tiempos para el cierre de bases de datos de DANE son más amplios, lo que permite hacer búsqueda en diferentes fuentes para garantizar el ingreso de estos casos al sistema de información.

La correspondencia permite que se capten mayor número de casos lo que representa un aumento en la notificación de muerte materna tardía y coincidente; convirtiéndose en una estrategia para la búsqueda de casos y la identificación de muertes que por la innovación en tecnología médica permite que las mujeres sobrevivan a los resultados adversos del embarazo y el parto y retrasan algunas muertes más allá de los 42 días postparto; sin embargo, estas muertes no son medidas en el indicador por incompatibilidad en la clasificación internacional (11).

La tendencia histórica de la razón de mortalidad materna temprana evidencia un descenso estadísticamente significativo al compararlo con la serie histórica 2007 - 2022, sin embargo, presentó un aumento durante el 2020 y 2021 relacionado con la pandemia por Covid-19, similar al comportamiento del evento en el mundo y la región de las Américas, donde se presentó aumento de la razón del 9 % en 2020 frente a las muertes maternas registradas en 2019 a raíz de la pandemia por Covid-19, viéndose afectados en este periodo, la cobertura universal en salud sexual y reproductiva y la disponibilidad, recursos y equipamiento de los servicios de salud (4).

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



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



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



[contactenos@ins.gov.co](mailto:contactenos@ins.gov.co)

En 2023 la razón de muerte materna en Colombia fue de 44,5 casos por 100 000 NV, si bien, se cumple con la meta definida en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, no se cumple con la meta propuesta en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (7,8).

Al comparar la razón con países de Latinoamérica, Colombia se encuentra por debajo de la razón reportada por Paraguay (160 casos por 100 000 NV), Honduras (125 casos por 100 000 NV) y Brasil (117,4 casos por 100 000 NV), por otro lado, presenta razones superiores a las reportadas por Chile (19,2 casos por 100 000 NV), Nicaragua (31,2 casos por 100 000 NV) y Costa Rica (40,5 casos por 100 000 NV) (12), lo que pone en evidencia expresiones de inequidad y desigualdad entre las regiones (18); estas inequidades también se observan dentro del país, teniendo en cuenta que la región de la Amazonia, pacífica y caribe presentan las razones más elevadas.

La edad es considerada como un factor determinante para evaluar el riesgo de complicaciones durante la gestación, se ha identificado que el embarazo en adolescentes es factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino (19), mientras que el embarazo en mayores de 40 años aumenta el riesgo de presentar patologías médicas crónicas y la mayoría de éstas se agravan por los cambios fisiológicos propios del embarazo lo que conlleva a la muerte (20). En Colombia, la RMM en mujeres de 10 a 14 años fue de 158,6 casos por 100 000 NV, con un riesgo tres veces mayor; seguido por las mujeres mayores de 40 años con 126,2 casos por 100 000 NV. Situación similar a la identificada en otros países como en Chile, donde en el estudio realizado por Donoso et al, identificó que el riesgo de muerte en gestantes se duplica en las mujeres de 30-34 años y es 18 veces mayor en las gestantes de 45 - 49 años (21). Por otra parte, se realizó una revisión sistemática en la que se incluyeron 27 estudios, identificando que las mujeres  $\geq 40$  años tenían un riesgo significativamente mayor de muerte materna (RR 3,18, IC 95% 1,68–5,98) (22).

Con base en el modelo de Determinantes Sociales de la Salud adoptado por la OMS, el sistema de salud se considera como determinante intermedio, que interacciona y puede modificar el efecto de los otros determinantes sociales (23). En el país se presentó desigualdad relacionada con el régimen de afiliación, ya que las mujeres afiliadas al régimen subsidiado presentaron mayor riesgo de muerte (RR 1,56 IC 95% 1,17 - 2,07) frente las afiliadas al régimen contributivo, de tal manera que son reflejo de condiciones de vulnerabilidad partiendo de las reglas de elegibilidad para ingresar al sistema de salud (24).

Por otro lado, las mujeres no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud presentaron un riesgo de 3,89 (IC 95 % 2,07 - 7,33) frente las mujeres afiliadas al sistema, en los últimos 5 años, cerca del 80 % de estas mujeres corresponde a migrantes con nacionalidad venezolana, similar a lo identificado en el estudio “Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano”, lo que pone en evidencia el alto grado de vulnerabilidad social y económica por el que atraviesan las gestantes migrantes (25).



Con respecto a la pertenencia étnica, en los cinco años analizados la razón de muerte materna más alta se concentró en población indígena. Estos hallazgos evidencian que la etnia es un determinante social tipo estructural complejo de impactar (26,27), por lo que se hace necesario tomar en cuenta los saberes propios de las comunidades indígenas (creencias, costumbres, prácticas y su relación con los seres espirituales), para planear intervenciones que tengan en cuenta su cultura y así impactar de manera positiva en su salud (26).

Relacionado con la etnia, también se encuentra la residencia en área rural dispersa, representando cerca del 45 % de los casos con pertenencia étnica indígena, considerándose dos factores de riesgo para presentar una complicación y muerte; los gastos relacionados con el transporte, el hospedaje y la alimentación hacen que en la práctica muchas mujeres no accedan a la atención en salud (28,29).

Se ha identificado que el acceso temprano y el número de controles prenatales durante la gestación, disminuye la morbilidad materna y perinatal (30,31), considerándose una conducta protectora las gestantes que asisten a 4 o más controles prenatales (32), evidenciado en el análisis realizado para el evento durante el 2023, donde las mujeres que accedieron a 4 o más controles prenatales (RR 0,23 IC 95 % 0,17 - 0,32) tienen menor riesgo frente a las que no tuvieron controles prenatales (RR 3,11 IC 95 % 2,35 - 4,12), adicional a ello, no solo propende con la identificación del riesgo obstétrico sino con la adopción de conductas saludables que influyen en la reducción de los riesgos (32).

En Colombia la principal causa de muerte materna es directa por trastorno hipertensivo asociado al embarazo, seguido por hemorragia obstétrica y evento tromboembólico, similar al comportamiento del evento en el mundo, en donde se observó con mayor frecuencia evento tromboembólico en el Reino Unido y los Países Bajos, trastornos hipertensivos en los Países Bajos, embolia de líquido amniótico en Francia y hemorragia en Italia (33), la mayoría de estas complicaciones aparecen durante el embarazo, siendo prevenibles y tratables.

A nivel mundial, se estima que los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son responsables de aproximadamente el 14 % de las muertes maternas (34); en EE. UU. representó el 16 % del total de hospitalizaciones para el parto, en Colombia es la primera causa de muerte con el 19,5 %. Diferentes estudios han evidenciado que la edad, etnia, antecedente de preeclampsia en gestaciones previas y diagnóstico de trastorno hipertensivo crónico presentan un factor de riesgo para el desarrollo de los (THE) (35), motivo por el cual se hace necesario fortalecer la capacidad de respuesta del talento humano en salud frente a la identificación de los factores de riesgo y el manejo oportuno, adecuado y con calidad para de la emergencia obstétrica evitar el desenlace fatal.

En el tablero de problemas de los casos analizados, como principales características del individuo se identificaron los determinantes de conocimientos, actitudes y prácticas; en Colombia, estos determinantes abarcan varios aspectos que influyen en el comportamiento de las personas en relación con la salud como conocimientos, experiencias, influencia social, hábitos, autoconfianza, motivación, actitudes y posibilidades de cambio, características de comportamiento en salud necesarios que conducen a cambios, resultados obtenidos de diversos estudios orientan el proporcionarle a los



profesionales e instituciones de la salud un conocimiento que permita construir relaciones de confianza para promocionar actitudes y prácticas que sean coherentes con las construcciones socioculturales de las mujeres y sus familias (16).

Finalmente, la muerte materna debe entenderse como una de las problemáticas más visibles del impacto en la inadecuada distribución de los determinantes sociales, por lo que requiere de acciones intersectoriales que verdaderamente traten de afectar la distribución de estos determinantes en la población. Mientras tanto, el sistema de salud debe garantizar igualdad de acceso y atención con calidad a las mujeres embarazadas (36).

## 5. Conclusiones

Se presentó descenso estadísticamente significativo de la razón de muerte materna durante los años 2007 a 2023, con un aumento entre el año 2020 y 2021 relacionado con la pandemia por Covid-19.

Las entidades territoriales que para el 2023 presentaron razón por encima del percentil 75 fueron Buenaventura, Guainía, Chocó, Vichada, Caquetá, La Guajira, Guaviare, Nariño, Magdalena y Atlántico, de estos presentó descenso estadísticamente significativo Chocó, La Guajira y Magdalena.

La región de la Amazonia, Caribe y del Pacífico presentaron las razones más elevadas encontrándose por encima de la razón nacional en los cinco años analizados.

Entre las mujeres que se notificaron como una morbilidad materna extrema tiene mayor riesgo de muerte las mujeres con edad entre 10 a 14 años y mayores de 35 años, residencia en área rural dispersa, afiliación al régimen subsidiado, no aseguradas al sistema general de seguridad social en salud, pertenencia étnica indígena, afrocolombiana y no acceder a controles prenatales.

En los años analizados la principal causa de muerte materna ha sido directa, principalmente por trastorno hipertensivo asociado al embarazo, hemorragia obstétrica, sepsis de origen obstétrico y evento tromboembólico, los cuales pueden ser evitables con un adecuado abordaje del control prenatal y de la emergencia obstétrica.

El problema con mayor frecuencia de reporte en las unidades de análisis fue conocimientos, actitudes y prácticas en salud relacionado principalmente con la baja percepción del riesgo y desconocimiento de signos y síntomas de alerta; en segundo lugar, se encuentra la prestación de servicios individuales, principalmente con el incumplimiento de las acciones establecidas en la guía de práctica clínica y deficiencia en la pertinencia de la atención en salud.

## 6. Recomendaciones

### Entidades territoriales

Liderar la implementación de las seis líneas de acción descritas en el plan de aceleración para la reducción de la muerte materna haciendo énfasis en:

- Fortalecer las capacidades del talento humano en salud en las acciones de la ruta de atención integral materno perinatal, de esta manera se logrará identificar los riesgos e intervenirlos de manera oportuna.
- Cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención de las gestantes con emergencias obstétricas.
- Fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud reproductiva y la salud, materno-perinatal con perspectiva intercultural y de género.
- Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de atención en Salud Materno Perinatal por medio de la conformación de equipos extramurales multidisciplinarios para el despliegue de las intervenciones en las áreas rurales dispersas.

Fortalecer las capacidades técnicas de las parteras he incluir en el sistema de salud formal los saberes propios ancestrales de las comunidades indígenas y afrocolombianas; lo que permitirá una mejor atención durante la gestación, parto, puerperio y recién nacido.

Realizar trabajo articulado entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y red prestadora de servicios, con el fin de fortalecer la captación temprana de la gestante, gestionar los riesgos identificados y brindar campañas de comunicación e información que fortalezcan el conocimiento y habilidades de las madres, familias y cuidadores.

Divulgar periódicamente desde las entidades territoriales los resultados del análisis de la muerte materna con el fin de generar insumos para orientar las intervenciones y priorizar los grupos poblacionales más afectados.

### Unidades Primarias Generadoras de Datos

Intensificar la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, teniendo en cuenta que su objetivo principal es la reducción de los desenlaces fatales y discapacidades evitables.

Fortalecer las capacidades del talento humano en salud en las acciones de la ruta de atención integral materno perinatal.

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



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



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



[contactenos@ins.gov.co](mailto:contactenos@ins.gov.co)

## 7. Referencias

1. 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 [Internet]. 2012 [cited 2023 Mar 28]. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna [Internet]. Bogotá; [cited 2023 Jun 8]. Available from: <https://doi.org/10.33610/infoeventos.45>
3. UNFPA LACRO. Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030 [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://lac.unfpa.org/es/resources/consenso-estrategico-interagencial-para-la-reduccion-de-la-morbi-mortalidad-materna#:~:text=La%20reduccion%20de%20la%20mortalidad,por%20cada%20100%20000%20nacidos%20vivos.>
4. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la mortalidad materna. Nueve pasos para reducir la mortalidad materna [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 26]. Available from: [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cmm\\_-\\_9\\_pasos\\_esp\\_1.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cmm_-_9_pasos_esp_1.pdf)
5. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
6. Departamento nacional de planeación. Documento CONPES 3918 [Internet]. Colombia 2018 p. 1–74. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022 [Internet]. 2022 p. 1–273. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%2022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%2022.pdf)
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023 [Internet]. Colombia ; 2023 p. 1–381. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%2023.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%2023.pdf)
9. Ministerio de salud y protección social., Dirección de promoción y prevención. Grupo salud sexual y reproductiva. Grupo curso de vida. Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna [Internet]. 2023 p. 1–29. Available from: <https://actualisalud.com/wp-content/uploads/2023/05/Plan-Aceleracion-Reduccion-Muertes-Maternas.pdf>

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



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



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



[contactenos@ins.gov.co](mailto:contactenos@ins.gov.co)

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Bogotá; 2018 p. 1–348. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
11. UN Children's Fund/UN Department of Economic and Social Affairs/United Nations Population Fund/World Bank/World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020 [Internet]. Genova; 2023 Feb [cited 2023 Mar 28]. Available from: [https://reliefweb.int/report/world/trends-maternal-mortality-2000-2020-estimates-who-unicef-unfpa-world-bank-group-and-undesapopulation-division-enarruzh?gclid=Cj0KCQjww4-hBhCtARIsAC9gR3ZvUMZGyGz-NbCw85DOQRYgRgyx7pxED4panLxSGu97LgEEQlwv86saAoQVEALw\\_wcB](https://reliefweb.int/report/world/trends-maternal-mortality-2000-2020-estimates-who-unicef-unfpa-world-bank-group-and-undesapopulation-division-enarruzh?gclid=Cj0KCQjww4-hBhCtARIsAC9gR3ZvUMZGyGz-NbCw85DOQRYgRgyx7pxED4panLxSGu97LgEEQlwv86saAoQVEALw_wcB)
12. Organización Panamericana de la Salud. Portal de indicadores básicos Región de las Américas [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 17]. Available from: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#latestdata>
13. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento mortalidad materna periodo epidemiológico V de 2024. Bogotá; 2024 Jun.
14. DANE. Índice de Pobreza Multidimensional-Agregado municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) [Internet]. Bogotá; 2021 Dec [cited 2023 Jul 20]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional/pobreza-multidimensional-2021>
15. Instituto Nacional de Salud. Manual tablero de problemas [Internet]. Bogotá; [cited 2023 Jun 25]. Available from: [https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacin%20para%20hacer%20%20unidad%20de%20anlisis%20de%20caso/Anexo\\_manual\\_tablero\\_problemas.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacin%20para%20hacer%20%20unidad%20de%20anlisis%20de%20caso/Anexo_manual_tablero_problemas.pdf)
16. Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2024 [cited 2024 Apr 14]. Available from: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisis-2024.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Resolución 8430 de 1993 Colombia; 1993 p. 1–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada [Internet]. Bogotá; 2021 Jun [cited 2023 Jun 25]. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>

19. Congote L VMRLCACR. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007. Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Jun 11 [cited 2024 Jun 10];63(2):119–26. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342012000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000200004)
20. Donoso S E, Villarroel del P L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev Med Chil [Internet]. 2003 Jan [cited 2024 Jun 10];131(1). Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000100008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100008)
21. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chil [Internet]. 2014 [cited 2023 Jun 8];142(2):168–74. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
22. Saccone G, Gragnano E, Ilardi B, Marrone V, Strina I, Venturella R, et al. Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Gynaecology and Obstetrics [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2023 Jun 8];159(1):43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3543904/>
23. Vega J SOIA. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [Internet]. Washington D.C.; 2010 [cited 2024 Jun 10]. Available from: [https://issuu.com/sdssalud/docs/equidad\\_dss\\_conceptos\\_basicos#google\\_vignette](https://issuu.com/sdssalud/docs/equidad_dss_conceptos_basicos#google_vignette)
24. Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. Biomédica. 2019 Dec 1;39(4):737–47.
25. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. 2019 Jul 20;51(3):208–19.
26. Bello-Álvarez L, Parada-Baños A. 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 Dec 20 [cited 2023 Jun 8];68(4):256–65. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2925>
27. UNFPA. Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas [Internet]. [cited 2023 Jun 8]. Available from: [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)
28. Materna EM, Neonatal Y. DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EVIDENCIAS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN. 2017 [cited 2023 Jun 8]; Available from:












































<https://colombia.unfpa.org/es/publications/determinantes-sociales-de-las-desigualdades-en-mortalidad-materna-y-neonatal-en-las>

29. UNFPA. LOS FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE LA MUERTE Y LA DISCAPACIDAD MATERNAS [Internet]. 2012 Jun [cited 2023 Jun 25]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>
30. Dávila Flores JX, Palacios Tavera M del S, Macías Gaytán ÁM, Macay Moreira R del R. Mortalidad materna y control prenatal. RECIMUNDO. 2023 Feb 23;7(1):456–67.
31. Moya-Plata D, Guiza-Salazar IJ, Mora-Merchán MA. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. Revista CUIDARTE. 2010 Dec 1;1(1).
32. Miranda Mellado C, Castillo Avila I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Revista CUIDARTE [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2024 Jun 10];7(2):1345. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359546229012.pdf>
33. Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, Bloemenkamp K, Bødker B, Buoncristiano M, et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. BMJ. 2022 Nov 16;e070621.
34. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ligera o moderada en el embarazo [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240008793>
35. Galindo J GLMÁGRRDCMCJ. Trastornos hipertensivos y utilidad del score MAMÁ y score MACAS en gestantes mestizas y de etnia SHUAR. AVFT–Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica,. 2019;38(3):1–8.
36. Ortiz GD, Navarro-Vargas JR, Eslava-Schmalbach J. Inequidad en el sistema de salud: el panorama de la analgesia obstétrica. Colombian Journal of Anesthesiology [Internet]. 2013 [cited 2023 Jun 25];41(3):215–7. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-33472013000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472013000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)



## 8. Anexos

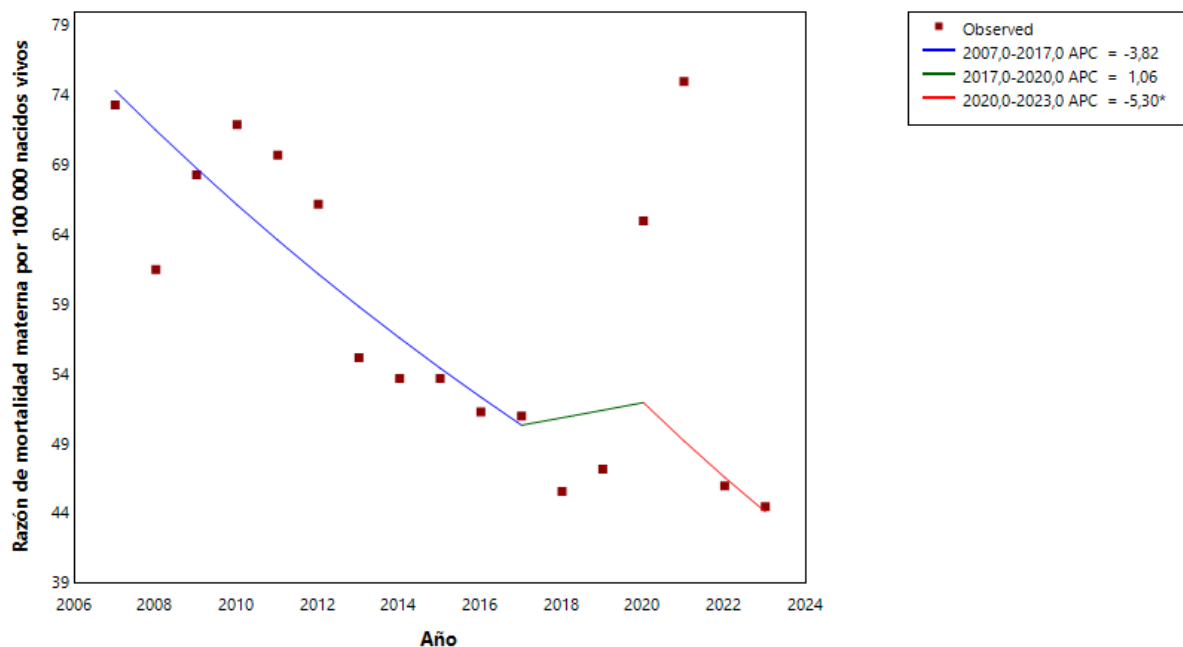
### ANEXO 1 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA, COLOMBIA, 2019 - 2023

Región	Entidad territorial de residencia	Casos 2019	Casos 2020	Casos 2021	Casos 2022	Casos 2023	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos						
							2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia	Valor de p
Amazonia	Colombia	298	403	456	261	226	47,2	65,0	75,0	46,0	44,5		0,08
	Amazonas	2	2	1	1	0	169,6	176,5	86,4	91,1	0,0		0,00
	Caquetá	3	6	3	3	5	43,8	95,5	45,0	51,4	97,4		0,00
	Guainía	1	3	0	1	1	104,2	285,4	0,0	80,4	135,9		0,12
	Guaviare	1	0	2	0	1	79,2	0,0	145,2	0,0	88,3		0,00
	Putumayo	3	7	4	1	2	68,7	151,4	82,9	21,8	50,1		0,00
	Vaupés	1	1	0	1	0	143,7	148,8	0,0	116,0	0,0		0,00
	<b>Total región</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>71,8</b>	<b>126,4</b>	<b>61,7</b>	<b>47,0</b>	<b>71,7</b>		0,34
Andina	Antioquia	26	36	38	22	18	35,6	50,2	54,1	33,0	30,5		0,06
	Bogotá	19	23	46	23	18	22,3	29,0	68,7	35,5	29,5		0,13
	Boyacá	3	5	4	6	4	22,6	37,3	32,4	49,9	35,4		0,50
	Caldas	1	5	7	1	1	12,3	63,0	89,0	12,9	14,9		0,00
	Cundinamarca	18	26	24	10	10	51,3	74,6	75,0	32,1	34,4		0,00
	Huila	4	6	8	5	5	23,3	35,7	46,3	30,8	33,0		0,45
	Norte de Santander	14	15	14	10	2	59,9	68,0	62,7	45,8	10,5		0,00
	Quindío	0	1	4	2	2	0,0	18,4	79,2	41,9	47,3		0,07
	Risaralda	2	4	6	3	3	20,2	39,8	60,0	32,9	36,6		0,40
	Santander	5	11	22	1	5	18,3	42,0	85,5	4,1	22,9		0,02
	Tolima	8	4	12	4	6	50,2	25,0	76,4	27,3	46,1		0,41
	<b>Total región</b>	<b>100</b>	<b>136</b>	<b>185</b>	<b>87</b>	<b>74</b>	<b>31,9</b>	<b>44,8</b>	<b>64,8</b>	<b>31,8</b>	<b>29,8</b>		0,05
Caribe	Atlántico	14	19	13	5	12	71,1	101,9	71,5	29,8	79,0		0,43
	Barranquilla	12	15	8	8	5	51,2	70,2	38,6	41,3	30,2		0,01
	Bolívar	8	12	19	13	8	48,9	72,2	104,2	77,5	54,7		0,03
	Cartagena	11	12	11	10	10	62,8	71,4	62,6	58,4	65,4		0,43
	Cesar	12	14	18	16	6	51,3	60,5	75,6	74,4	33,1		0,00
	Córdoba	10	19	24	14	7	40,0	76,7	92,4	57,8	33,2		0,00
	La Guajira	31	38	33	22	19	139,9	161,3	130,7	99,4	94,1		0,00
	Magdalena	13	20	17	11	10	91,4	135,5	106,8	79,8	81,9		0,05
	Santa Marta	5	6	14	6	4	48,0	64,6	175,7	74,4	52,5		0,00
	Sucre	9	10	8	5	7	60,6	71,0	53,8	36,7	58,4		0,38
	<b>Total región</b>	<b>125</b>	<b>165</b>	<b>165</b>	<b>110</b>	<b>88</b>	<b>66,8</b>	<b>90,1</b>	<b>87,5</b>	<b>63,5</b>	<b>57,6</b>		0,04
Orinoquia	Arauca	1	4	4	2	2	22,1	96,5	91,2	49,8	57,4		0,26
	Casanare	2	4	8	0	2	33,8	65,3	129,2	0,0	36,9		0,01
	Meta	4	11	15	3	6	27,3	71,7	97,9	20,8	46,4		0,21
	Vichada	4	3	4	5	2	261,4	166,6	198,2	245,7	121,6		0,00
	<b>Total región</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>41,3</b>	<b>80,2</b>	<b>111,0</b>	<b>38,1</b>	<b>51,1</b>		0,07
Pacífica	Buenaventura	10	4	4	1	5	214,5	90,6	84,2	27,7	152,5		0,00
	Cali	6	10	11	5	5	25,2	43,0	51,0	24,7	27,4		0,13
	Cauca	8	12	3	10	10	47,0	67,5	16,4	61,1	70,9		0,02
	Chocó	8	12	19	14	8	114,0	139,5	198,1	192,7	126,1		0,01
	Nariño	12	16	14	15	11	73,0	97,8	86,8	106,5	87,3		0,38
	Valle del Cauca	7	7	14	2	4	37,4	36,7	74,3	11,7	26,8		0,04
	<b>Total región</b>	<b>51</b>	<b>61</b>	<b>65</b>	<b>47</b>	<b>43</b>	<b>58,2</b>	<b>68,2</b>	<b>72,9</b>	<b>59,8</b>	<b>61,8</b>		0,39

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2019 - 2023. Nacidos vivos DANE, 2019 – 2022, RUAF ND datos preliminares 2023

\*semaforización: color gris corresponde a decremento, color amarillo corresponde a incremento

## ANEXO 2 TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA, 2007-2023



\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Annual Percent Change (APC)							
Segment	Lower Endpoint	Upper Endpoint	APC	Lower CI	Upper CI	Test Statistic	P-Value
1	2007	2017	-3,8	-16,1	10,9	--	0,318
2	2017	2020	1,1	-11,6	9,1	--	0,867
3	2020	2023	-5,3*	-10,0	-0,2	--	0,042
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. -- Test Statistic not available for the Empirical Quantile method. <a href="#">See Help to Learn More</a>							
Average Annual Percent Change (AAPC)							
Range	Lower Endpoint	Upper Endpoint	AAPC	Lower CI	Upper CI	Test Statistic	P-Value
Full Range	2007	2023	-3,2*	-4,5	-1,5	--	< 0,001
* Indicates that the AAPC is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. -- Test Statistic not available for the Empirical Quantile method. <a href="#">See Help to Learn More</a>							

Fuente: numerador: DANE - Estadísticas Vitales - Defunciones 2007 – 2018; Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019 – 2023.  
Denominador: Nacidos vivos DANE 2007 a 2022, RUAF ND 2023 datos preliminares

### ANEXO 3 COMPORTAMIENTO INUSUAL DE MUERTE MATERNA POR ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA, COLOMBIA, 2019 – 2023

Entidad territorial de residencia	Mortalidad materna 2019 - 2023					Mortalidad materna 2019 - 2023 (Excluyendo muertes por Covid-19)				
	Observado	Esperado	Poisson	Situación	Variación % 2022- 2023	Observado	Esperado	Poisson	Situación	Variación % 2022 - 2023
Colombia	226	355	0,000	Decremento	13,4	225	299	0,000	Decremento	-11,8
Amazonas	0	2	0,135	Estable	-100	0	2	0,135	Estable	-100
Antioquia	18	31	0,004	Decremento	-18,2	18	25	0,032	Decremento	-18,2
Arauca	2	3	0,224	Estable	0	2	2	0,271	Estable	0
Atlántico	12	13	0,11	Estable	140	12	10	0,095	Estable	140
Barranquilla	5	11	0,022	Decremento	-37,5	5	9	0,061	Estable	-37,5
Bogotá	18	28	0,012	Decremento	-21,7	18	23	0,052	Estable	-21,7
Bolívar	8	13	0,046	Decremento	-38,5	8	12	0,066	Estable	-38,5
Boyacá	4	5	0,175	Estable	-33,3	4	4	0,195	Estable	-33,3
Buenaventura	5	5	0,175	Estable	400	5	5	0,175	Estable	400
Caldas	1	4	0,073	Estable	0	1	3	0,149	Estable	0
Cali	5	8	0,092	Estable	0	5	7	0,128	Estable	25
Caquetá	5	4	0,156	Estable	66,7	5	3	0,101	Estable	66,7
Cartagena	10	11	0,119	Estable	0	10	10	0,125	Estable	0
Casanare	2	4	0,147	Estable	100	2	2	0,271	Estable	100
Cauca	10	8	0,099	Estable	0	10	8	0,099	Estable	11,1
Cesar	6	15	0,005	Decremento	-62,5	6	12	0,025	Decremento	-62,5
Chocó	8	13	0,046	Decremento	-42,9	8	13	0,046	Decremento	-42,9
Córdoba	7	17	0,003	Decremento	-50	7	12	0,044	Decremento	-50
Cundinamarca	10	20	0,006	Decremento	0	10	17	0,023	Decremento	0
Guainía	1	1	0,368	Estable	0	1	1	0,368	Estable	0
Guaviare	1	1	0,368	Estable	100	1	1	0,368	Estable	100
Huila	5	6	0,161	Estable	0	5	5	0,175	Estable	0
La Guajira	19	31	0,006	Decremento	-13,6	19	27	0,024	Decremento	-13,6
Magdalena	10	15	0,049	Decremento	-9,1	10	14	0,066	Estable	-9,1
Meta	6	8	0,122	Estable	100	6	7	0,149	Estable	200
Nariño	11	14	0,084	Estable	-26,7	11	14	0,084	Estable	-26,7
Norte Santander	2	13	0	Decremento	-80	2	11	0,001	Decremento	-75
Putumayo	2	4	0,147	Estable	100	2	4	0,147	Estable	100
Quindío	2	2	0,271	Estable	0	2	1	0,184	Estable	0
Risaralda	3	4	0,195	Estable	0	3	3	0,224	Estable	50
Santa Marta	4	8	0,057	Estable	-33,3	4	6	0,134	Estable	-33,3
Santander	5	10	0,038	Decremento	400	5	6	0,161	Estable	400
Sucre	7	8	0,14	Estable	40	6	8	0,122	Estable	20
Tolima	6	7	0,149	Estable	50	6	6	0,161	Estable	50
Valle del Cauca	4	8	0,057	Estable	100	4	6	0,134	Estable	100
Vaupés	0	1	0,368	Estable	-100	0	1	0,368	Estable	-100
vichada	2	4	0,147	Estable	-60	2	4	0,147	Estable	-60

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

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia



@insaludcolombia



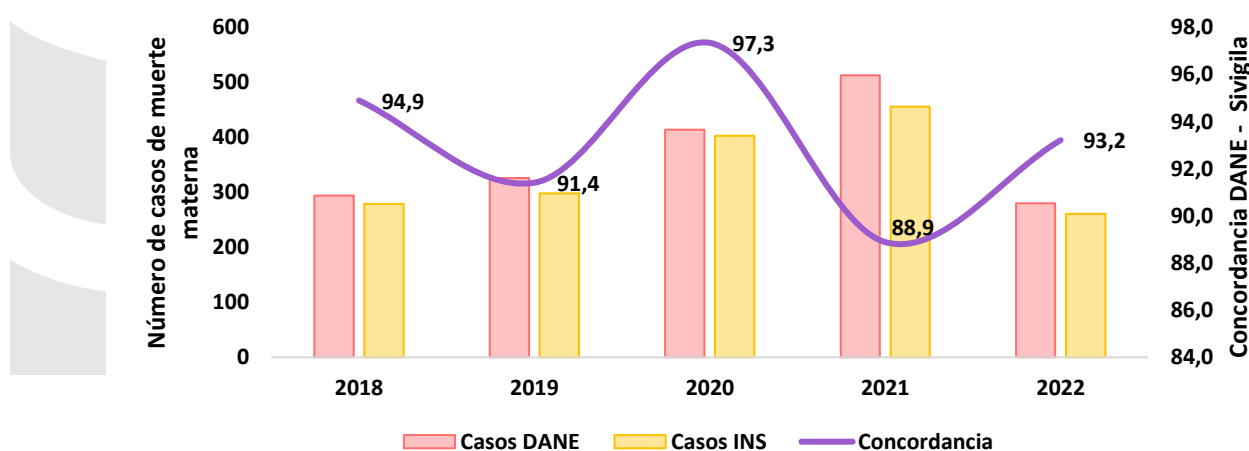
Instituto Nacional de Salud de Colombia

## ANEXO 4 COMPORTAMIENTO INUSUAL DE MUERTE MATERNA EN MUNICIPIOS CON POBLACIÓN MAYOR A 100 000 HABITANTES, COLOMBIA, 2019 – 2023

Departamento	Municipio	Observado	Esperado	Poisson	Situación	Variación % 2022 - 2023
Antioquia	Medellín	2	6	0,04	Decremento	-33,3
Antioquia	Envigado	1	0	0,00	Incremento	100
Boyacá	Tunja	1	0	0,00	Incremento	100
Cauca	Popayán	1	0	0,00	Incremento	100
Cesar	Valledupar	1	7	0,01	Decremento	-85,7
Cundinamarca	Soacha	0	5	0,01	Decremento	-100
Huila	Pitalito	1	0	0,00	Incremento	100
La Guajira	Maicao	3	10	0,01	Decremento	-40
Norte de Santander	San José de Cúcuta	1	6	0,01	Decremento	-80
Valle del Cauca	Jamundí	1	0	0,00	Incremento	100

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

## ANEXO 5 CORRESPONDENCIA DE MUERTE MATERNA DANE - SIVIGILA, COLOMBIA, 2018 - 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2018 - 2022. DANE defunciones 2018 – 2022.

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia










































@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

## ANEXO 6 TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN MUJERES INDÍGENAS SEGÚN ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA, COLOMBIA, 2019 – 2023

Entidad territorial de residencia	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia	Situación
<b>Colombia</b>	187,7	190,5	146,0	147,4	140,0		Decremento
Amazonas	292,4	365,0	158,7	168,4	0,0		Estable
Antioquia	0,0	230,4	458,0	0,0	421,1		Estable
Arauca	0,0	369,0	597,0	0,0	421,9		Estable
Atlántico	7142,9	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Barranquilla	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Bogotá	0,0	0,0	0,0	781,3	0,0		Estable
Bolívar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Boyacá	0,0	680,3	438,6	549,5	1360,5		Estable
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Caldas	0,0	223,2	207,5	0,0	0,0		Estable
Cali	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Caquetá	0,0	0,0	0,0	0,0	1612,9		Incremento
Cartagena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Casanare	0,0	0,0	704,2	0,0	0,0		Estable
Cauca	168,1	126,6	23,2	81,8	93,3		Estable
Cesar	123,2	105,0	229,4	631,6	160,5		Estable
Choco	220,9	155,2	144,0	491,8	304,3		Estable
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Cundinamarca	0,0	3571,4	0,0	0,0	0,0		Estable
Guainía	0,0	415,5	0,0	0,0	163,4		Estable
Guaviare	540,5	0,0	1075,3	0,0	0,0		Estable
La Guajira	241,7	210,2	175,0	132,7	139,5		Decremento
Huila	0,0	0,0	0,0	478,5	0,0		Estable
Magdalena	2083,3	1123,6	0,0	0,0	1000,0		Estable
Meta	0,0	484,7	0,0	128,0	369,0		Estable
Nariño	62,9	126,7	0,0	121,4	70,9		Estable
Norte Santander	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Quindío	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Risaralda	125,8	104,8	0,0	104,6	121,2		Estable
San Andrés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Santa Marta	7142,9	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Santander	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Sucre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Tolima	0,0	0,0	1574,8	0,0	0,0		Estable
Valle del Cauca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Estable
Vaupés	164,7	165,6	0,0	129,2	0,0		Estable
Vichada	391,4	262,9	310,1	363,1	89,9		Estable

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2019 - 2023. Nacidos vivos DANE, 2019 – 2022, RUAF ND datos preliminares 2023  
 \*semaforización: color gris corresponde a decremento, color amarillo corresponde a incremento

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

## ANEXO 7 TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MUJERES CON NACIONALIDAD EXTRANJERA RESIDENTE EN COLOMBIA, 2019 – 2023








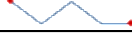
















Entidad territorial de residencia	2019		2020		2021		2022		2023		Situación
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
<b>Colombia</b>	<b>24</b>	<b>8,1</b>	<b>41</b>	<b>10,2</b>	<b>50</b>	<b>11,0</b>	<b>33</b>	<b>12,6</b>	<b>14</b>	<b>6,2</b>	<b>Decremento</b>
Amazonas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Antioquia	2	7,7	5	13,9	4	10,5	2	9,1	1	5,6	Estable
Arauca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Atlántico	2	14,3	2	10,5	3	23,1	0	0,0	0	0,0	Estable
Barranquilla	3	25,0	2	13,3	4	50,0	2	25,0	1	20,0	Estable
Bogotá	3	15,8	6	26,1	10	21,7	6	26,1	3	16,7	Estable
Bolívar	2	25,0	0	0,0	1	5,3	1	7,7	0	0,0	Estable
Boyacá	0	0,0	0	0,0	1	25,0	2	33,3	0	0,0	Estable
Buenaventura	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Caldas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Cali	0	0,0	2	20,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	Estable
Caquetá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Cartagena	1	9,1	1	8,3	0	0,0	4	40,0	0	0,0	Estable
Casanare	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	Incremento
Cauca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Cesar	4	33,3	4	28,6	4	22,2	1	6,3	1	16,7	Estable
Choco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Córdoba	1	10,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	1	14,3	Estable
Cundinamarca	2	11,1	6	23,1	3	12,5	1	10,0	1	10,0	Estable
Guainía	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
La Guajira	2	6,5	2	5,3	7	21,2	5	22,7	1	5,3	Estable
Guaviare	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Huila	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Magdalena	0	0,0	1	5,0	1	5,9	3	27,3	3	30,0	Estable
Meta	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	Estable
Nariño	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	Estable
Norte Santander	1	7,1	1	6,7	5	35,7	1	10,0	0	0,0	Estable
Putumayo	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Quindío	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Risaralda	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
San Andrés	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Santander	0	0,0	1	9,1	2	9,1	0	0,0	0	0,0	Estable
Santa Marta	0	0,0	2	33,3	1	7,1	2	33,3	0	0,0	Estable
Sucre	0	0,0	2	20,0	0	0,0	1	20,0	1	14,3	Estable
Tolima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Valle del Cauca	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0	Estable
Vaupés	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Estable
Vichada	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	20,0	0	0,0	Estable

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

\*semaforización: color gris corresponde a decremento, color amarillo corresponde a incremento

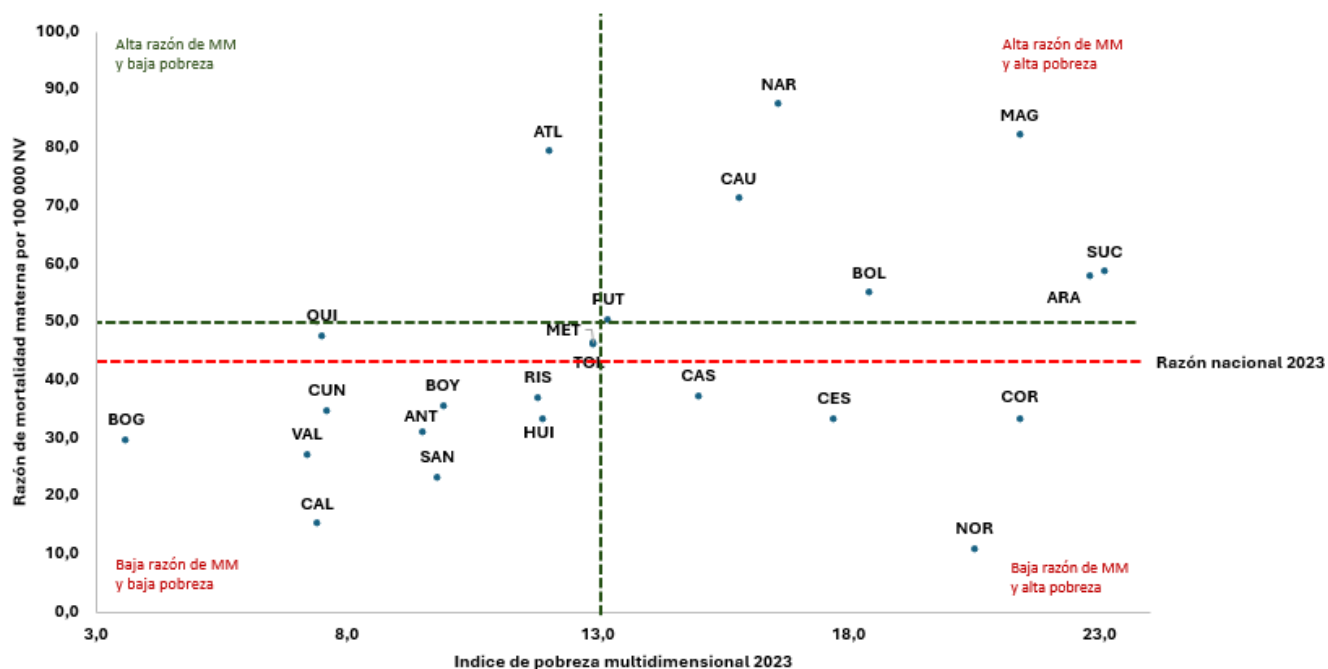


## ANEXO 8 MORTALIDAD MATERNA POR TIPO Y CAUSA DE MUERTE AGRUPADA, COLOMBIA, 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia	Valor p
<b>Colombia</b>							
Trastorno Hipertensivo	8,1	11,3	12,5	10,9	8,7		0,32
Hemorragia obstétrica	8,9	12,3	8,1	7,6	7,3		0,31
Evento tromboembólico	2,2	3,2	3,6	3,2	4,7		0,36
Sepsis obstétrica	2,7	4,0	3,5	3,5	3,7		0,50
<b>Amazonia</b>							
Trastorno Hipertensivo	6,5	6,7	18,5	13,4	31,9		0,00
Hemorragia obstétrica	19,6	33,3	6,7	6,7	6,7		0,01
Sepsis obstétrica	0,0	13,3	6,7	0,0	0,0		0,01
Evento tromboembólico	6,5	0,0	6,7	0,0	0,0		0,06
<b>Orinoquia</b>							
Sepsis obstétrica	0,0	0,0	3,6	11,4	17,0		0,00
Trastorno Hipertensivo	11,3	10,9	7,2	0,0	8,5		0,40
Hemorragia obstétrica	15,0	32,8	21,5	7,6	4,3		0,00
Evento tromboembólico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,50
<b>Pacífica</b>							
Hemorragia obstétrica	19,4	17,9	15,7	11,5	15,8		0,43
Trastorno Hipertensivo	9,1	11,2	14,6	15,3	11,5		0,41
Sepsis obstétrica	5,7	7,8	3,4	2,5	5,8		0,37
Evento tromboembólico	1,1	6,7	2,2	1,3	4,3		0,22
<b>Caribe</b>							
Trastorno Hipertensivo	11,7	19,0	16,9	15,5	9,8		0,11
Hemorragia obstétrica	8,5	9,8	9,5	12,1	9,1		0,41
Evento tromboembólico	2,7	3,3	4,2	3,4	5,9		0,25
Sepsis obstétrica	3,7	3,8	3,2	4,6	3,9		0,50
<b>Andina</b>							
Trastorno Hipertensivo	5,4	6,9	9,1	7,7	6,0		0,39
Hemorragia obstétrica	5,1	9,2	3,5	3,7	4,0		0,37
Evento tromboembólico	1,9	2,6	3,9	4,0	4,0		0,36
Sepsis obstétrica	1,6	3,0	3,5	2,6	2,0		0,50

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2019 - 2023. Nacidos vivos DANE, 2019 – 2022, RUAF ND datos preliminares 2023  
 \*semaforización: color gris corresponde a decremento, color amarillo corresponde a incremento

## ANEXO 9 RAZÓN DE MUERTE MATERNA EN ENTIDADES TERRITORIALES POR ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN COLOMBIA, 2023



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2023. RUAF nacidos vivos 2023 datos preliminares. Índice de pobreza multidimensional según sexo mujer 2020 DANE.

## ANEXO 10 FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO DE MUERTES CONFIRMADAS PARA MUERTE MATERNA, COLOMBIA, 2023

Factores y características	Número de características
<b>Conocimientos, actitudes y prácticas en salud</b>	<b>396</b>
Baja percepción de riesgo en salud acceso a servicios de salud	156
Falta autonomía toma de decisiones en salud	61
Desconocimiento signos y síntomas de alerta por paciente o cuidador	59
Desconocimiento mecanismos acceso a servicios de salud	58
Desconocimiento derechos y deberes en salud	26
Experiencias negativas en servicios de salud o aseguramiento	21
Inoportunidad toma de decisión acceso a servicio de salud	15
<b>Acceso a los servicios de salud</b>	<b>177</b>
Sin capacidad económica necesaria para traslado de residencia a atención médica	60
Sin capacidad económica necesaria para gastos de atención en salud (medicamentos, insumos)	47
Residencia en área que retrasa acceso a servicio de salud	39
Prácticas domiciliarias o comunitarias retrasan acceso a servicio de salud	27
Situaciones de orden público retrasan acceso a servicio de salud	4
<b>Determinantes intermedios</b>	<b>124</b>
Desocupado	82
Bajo nivel educativo o analfabetismo paciente o cuidador	37
Población con afectaciones salud mental	1
Ocupado informal	1
Población con discapacidad	1
Consumidor sustancias psicoactivas	1
Habitante de calle	1
<b>Determinantes estructurales</b>	<b>37</b>
Migrante	13
Desplazado	10
Menor de edad	10
Sin afiliación SGSSS	2
Comunidades étnicas	2
<b>Total</b>	<b>734</b>

9.

Fuente: Tablero de problemas, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, Instituto Nacional de Salud, 2023

## ANEXO 11 FACTORES Y SITUACIONES PROBLEMA DE MUERTES CONFIRMADAS PARA MUERTE MATERNA, COLOMBIA, 2023

Factores y problemas	Número de problemas
<b>Prestación servicios individuales</b>	<b>600</b>
No se cumplieron acciones establecidas en guías de atención clínica	159
Diagnostico tardío o inadecuado	113
Tratamiento inadecuado o inoportuno	95
Falla mecanismos de seguimiento	69
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportuna	62
No se realizó remisión a otras especialidades según las Rutas Integrales de Atención en Salud	42
Falta o deficiencia en disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención	31
Inadecuado diligenciamiento de historia clínica	23
No disponibilidad apoyo diagnóstico pertinente	6
<b>Acciones promoción y mantenimiento de la salud</b>	<b>245</b>
Incumplimiento acciones de demanda inducida	118
Incumplimiento acciones de educación y comunicación para la salud	47
Incumplimiento estrategias para comunicar el riesgo al paciente	33
Incumplimiento acciones de protección específica	31
Incumplimiento acciones de detección temprana	16
<b>Gestión del aseguramiento</b>	<b>132</b>
Incumplimiento acciones de demanda inducida	59
Barreras administrativas acceso a atención en salud	33
No desarrollo acciones específicas o intervenciones según caracterización poblacional	18
No se realiza atención integral de su población afiliada	7
No seguimiento a procesos de afiliación de su población a cargo	7
EAPB o entidad territorial no garantizan red de servicios suficiente, oportuna, accesible o resolutive	6
Incumplimiento oferta de prestación de servicios	2
<b>Procesos gestión talento humano</b>	<b>66</b>
Insuficiente disponibilidad del talento humano	64
Deficiencias enfoque intercultural del talento humano para atención en salud	1
Deficiencias trato respetuoso y de cuidado establecido en los derechos del paciente	1
<b>Prestación servicios colectivos</b>	<b>22</b>
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	14
Inoportunidad o ausencia de contratación para ejecución del PIC	6
Inaccesibilidad a actividades del Plan de Intervenciones Colectivas	2
<b>Gobernanza</b>	<b>12</b>
Ausencia de coordinación de acciones intersectoriales en el territorio	7
Fallas en identificación y canalización a programas de protección social según necesidad del paciente y oferta disponible del estado	4
No desarrollo de planes, programas o proyectos para control y mitigación de eventos de interés en salud pública	1
<b>Total</b>	<b>1077</b>

Fuente: Tablero de problemas, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales

[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



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



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



[contactenos@ins.gov.co](mailto:contactenos@ins.gov.co)