

Informe de mortalidad materna, Colombia, 2024

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador (E)

Nidia Esperanza González Toloza

Subdirector

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Elaborado por:

Ana María García Bedoya
Grupo enfermedades no transmisibles

Mónica Marcela Benavides Ruiz
Grupo de casos especiales

Revisado por:

Liliana Judith Coronado Ortega
Nubia Stella Narváez Díaz
Grupo enfermedades no transmisibles
Subdirección de Vigilancia y Análisis
de Riesgo en Salud Pública

Aprobado por:

Hernán Quijada Bonilla
Director
Dirección de Vigilancia y Análisis de
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 2025. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

Página - 1 - de 31

www.ins.gov.co



Informe de mortalidad materna, Colombia, 2024

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; muerte tardía cuando ocurre desde el día 43 y hasta antes de un año (364 días) de terminada la gestación y 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, un problema de salud pública y de inequidad que vulnera el derecho a la salud y la vida (3). Es el resultado de un proceso multifactorial donde interactúan elementos estructurales como el sistema económico, las condiciones ambientales y la cultura. Además, intervienen otros factores relativos a la desigualdad social, como el racismo, la pobreza, la desigualdad de género y la falta de acceso al sistema de salud y sistema educativo (4).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2023 murieron 260 000 mujeres durante el embarazo o el parto; África Subsahariana y Asia meridional representaron alrededor del 87 % del total de muertes maternas. Si bien, hay regiones con razones de mortalidad materna elevada para el 2023, se ha logrado una reducción al compararla con el 2000; es así como, Europa oriental logró una disminución del 75 % (de 38 a 9) y Asia meridional del 71 % (de 405 a 117). En cinco regiones, el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se redujo en más de la mitad: África Subsahariana, África septentrional y Asia occidental, Australia y Nueva Zelanda, Asia oriental y sudoriental y Oceanía (5).

A nivel mundial, la causa más común de muerte materna entre 2009 y 2020 fue la hemorragia (27 %), seguida de las muertes obstétricas indirectas (23 %) y los trastornos hipertensivos (16 %). Hubo una variación regional en la proporción de muertes maternas por hemorragia; esta causó el 29 % de las muertes maternas en Asia Occidental y África del Norte y el 15 % de las muertes maternas en Australia y Nueva Zelanda, América del Norte y Europa. Se estimó que la región de América Latina y el Caribe tenía aproximadamente el doble de proporción de muertes maternas por hipertensión (22 %) que Australia y Nueva Zelanda (10 %). La proporción de muertes por embolia fue mayor en Australia y Nueva Zelanda (20 %) y menor en América Latina y el Caribe (5 %) (6).

Según información preliminar reportada en 2024 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la razón de muerte materna (RMM) en la región de las Américas disminuyó 44,8 % para el 2022, pasando de 71,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en 2021, a 39,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en 2022. Se observó además que persisten diferencias en la RMM entre los países, para

2023 Costa Rica (8,0) y Uruguay (19,1) reportaron razones bajas de mortalidad, mientras que Honduras (65,0) y Paraguay (83,0) reportaron razones mas altas de mortalidad (7).

Colombia para el año 2023, presentó una razón de muerte materna de 44,5 casos por cada 100 000 nacidos vivos. Las entidades territoriales que presentaron una 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. 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 (19,5 %), seguido por la hemorragia obstétrica (16,4 %) y evento tromboembólico (12,4 %) (8).

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 (9). Teniendo en cuenta que según las tendencias actuales, es probable que el 80 % de los países no alcance la meta nacional de mortalidad materna y reconociendo que los ODS tienen por objeto hacer efectivos los derechos humanos, la 77.ª Asamblea mundial de la salud recomienda garantizar el acceso a una atención de la salud de calidad, reorientar los sistemas de salud hacia un enfoque de atención primaria de salud y ampliar intervenciones costoeficaces basadas en la evidencia (10).

En Colombia, como estrategia para implementar los ODS se han establecido metas a través del CONPES 3918 de 2018 (11) y del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (12,13), en donde se establece la reducción de la mortalidad materna a 32 casos por cada 100 000 nacidos vivos. De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección Social ha diseñado un plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, que contempla seis líneas de acción orientadas a disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad materna (14).

Adicionalmente, como parte de los esfuerzos para mejorar el acceso y la calidad en la prestación de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Resolución 3280 de 2018, cuyo objeto es garantizar la atención integral en salud para las gestantes, sus familias y comunidades, enfocándose en el mejoramiento continuo de la calidad a lo largo de todo el proceso de atención, el logro de resultados en salud, la seguridad y aumento de satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos (15).

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 2024, 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 bajo el código de evento 551 entre 2020 al 2023 y código de evento 550 para 2024, notificados por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD). La información relacionada con el resumen de historia clínica, la entrevista familiar y el análisis de caso se toma del aplicativo Sivigila maternidad segura.

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 (16). 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.

La consistencia interna se evaluó para asegurar la fiabilidad y coherencia de la información. Este proceso se realizó mediante la verificación de las validaciones de las variables contenidas en la ficha de notificación de datos básicos y para 2024 de datos complementarios; verificando que las fechas de notificación fueran igual o mayor a la fecha de defunción, documento de identidad consistente con la edad, pertenencia étnica indígena con su respectivo grupo étnico y certificado de defunción correctamente diligenciado. No se identificaron datos atípicos.

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 2020 - 2023, RUAF ND datos preliminares 2024).

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías, para las variables con baja frecuencia ($n \leq 30$ acumulado) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson y para las variables con alta frecuencia ($n > 30$ acumulado) 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 histórico entre el 2020 y 2023 comparado con 2024 y se muestran resultados estadísticamente significativos con un valor de p inferior a 0,05. En el análisis por entidad territorial de residencia y variables sociodemográficas se realizó por una parte, 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 2024.

Por entidad territorial de residencia se comparó la razón de muerte materna en 2024 frente al promedio histórico de 2020 – 2023, 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. Para realizar el análisis de frecuencias y bivariado se agrupó la edad por quinquenio y los controles prenatales según el número de consultas durante la gestación.

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 (RMM) y el índice de pobreza multidimensional publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del año 2024. El resultado se presentó en un gráfico de dispersión, el cual se dividió en cuatro cuadrantes iguales: cuadrante superior izquierdo (alta RMM y baja pobreza), cuadrante inferior izquierdo (baja RMM y baja pobreza), cuadrante superior derecho (alta RMM y alta pobreza) y cuadrante inferior derecho (baja RMM y alta pobreza).

Se realizó unidad de análisis a los casos de mortalidad materna, identificando los factores relacionados con el evento a partir de la elaboración de los tableros de problemas consignados en el aplicativo siviligila maternidad segura y en Siviligila Web 4.0. Las situaciones y características identificadas fueron homologadas en dos categorías, la primera categoría corresponde a las características del individuo (4 factores y 31 características) y, la segunda categoría, corresponde a las situaciones problema de los servicios de salud (6 factores y 31 características). Se depuró y analizó la información de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos para el 2024.

Para el procesamiento de la información se utilizó Microsoft Excel, Epi-info versión 7.2 y el análisis de tendencia de la razón de mortalidad materna se llevó a cabo por medio de Joinpoint versión 5.4.0.

Como limitante se tiene la correspondencia con estadísticas vitales, ya que DANE cuenta con 12 meses para el cierre de sus bases de datos. Durante este tiempo, a través del cruce con diversas fuentes de información, se identifican defunciones que no fueron captadas por el sistema de vigilancia en salud pública, esto genera diferencias entre los datos publicados por ambas entidades.

Además, la información del sistema de vigilancia en salud pública se reporta según el calendario epidemiológico, el cual no cubre el año calendario completo, lo que también contribuye a las discrepancias entre los datos publicados por el INS y el DANE.

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 2024 se notificaron al Sivigila 395 casos de muerte materna. Se excluyeron 14 casos con ajuste D, entre ellos un caso de año epidemiológico anterior y tres casos con ajuste 6; para un total de 377 casos de muerte materna, de los cuales 11 residían en el exterior y 366 residían en Colombia.

Del total de casos de mujeres residentes en Colombia, 196 se clasificaron como muertes maternas tempranas, 127 como muertes maternas tardías y 43 como muertes maternas por causas coincidentes (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación según tipo de muerte materna, Colombia, 2020 - 2024

Año	Tipo de muerte									Total
	Temprana	%	IC 95 %	Tardía	%	IC 95 %	Coincidente	%	IC 95 %	
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
2024	196	53,6	50,3 - 55,6	127	34,7	31,5 - 36,4	43	11,7	9,3 - 12,6	366

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 - 2024

La razón de muerte materna temprana (RMM) en 2024 fue de 44,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (NV), con una disminución del 13,2 % en el número de casos notificados con respecto al 2023 (figura 1). Las entidades territoriales que presentaron razón por encima del percentil 75 (55,1 por cada 100 000 nacidos vivos) fueron Chocó, Vichada, Vaupés, La Guajira, Putumayo, Buenaventura, Nariño, Cesar, Meta y Cauca (anexo 1 y 2).

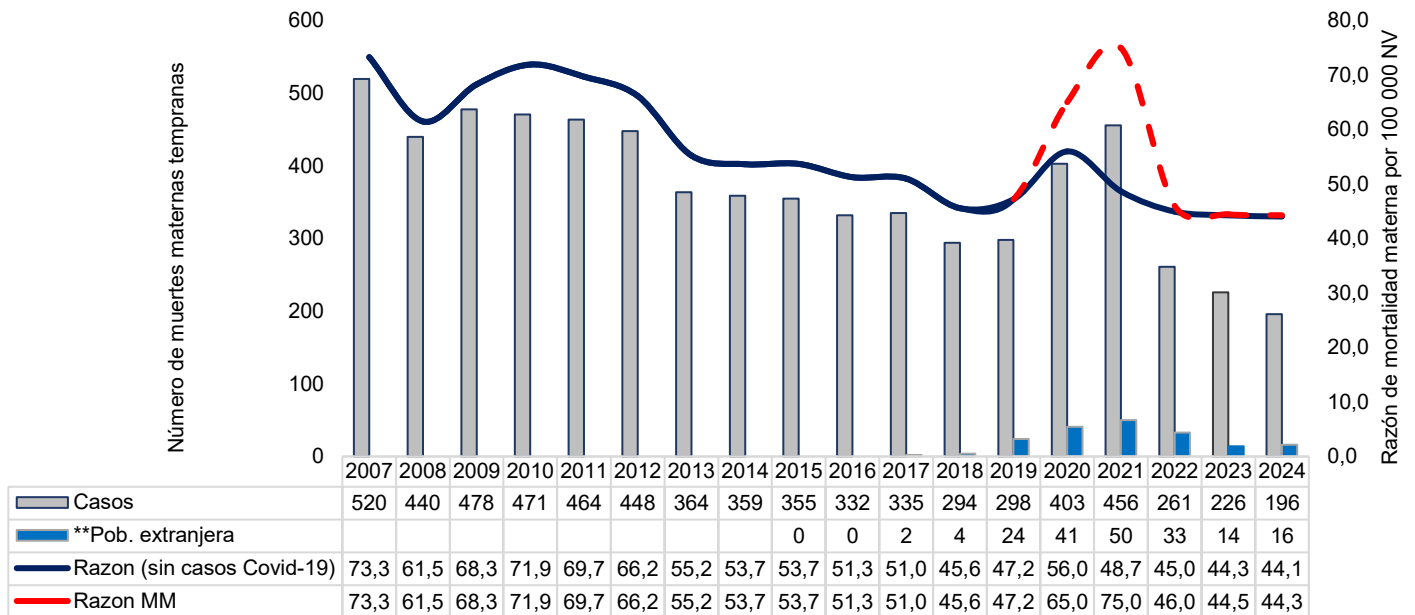
En el análisis por regiones, se observa que, en los últimos cinco años la región Caribe, Pacífica y Orinoquía presentan las razones más elevadas encontrándose por encima de la razón nacional; para el 2024 la mayor RMM se observó en la región Pacífica (68,6 casos por 100 000 NV) seguida por la región Orinoquía (53,6 casos por 100 000 NV). Las entidades territoriales que para el 2024 presentaron

un aumento en la razón frente al promedio historio 2020 -2023 fueron Chocó, Vichada, Vaupés y Putumayo (anexo 1 y 2).

La tendencia histórica de la muerte materna desde 2007 hasta 2024 tuvo un promedio de casos de 372, mediana de 364, con un rango intercuartílico de 147 (307 - 454). Se observó comportamiento hacia el descenso; con un cambio porcentual anual (APC por sus siglas en ingles) de -2,01 (IC 95% -2,8 a -1,2; p 0,001) lo que representa un descenso estadísticamente significativo (anexo 3).

Al realizar el análisis con tres puntos de corte, se observó aumento entre el 2016 al 2019 de 5,35 APC el cual se relacionó con la pandemia por Covid-19, disminuyendo nuevamente entre el 2022 al 2024 con -0,71 APC (anexo 3).

Figura 1. Razón de muerte materna, Colombia, 2007 a 2024



Fuente: numerador: DANE - Estadísticas Vitales - Defunciones 2007 – 2018; Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019 – 2024.

Denominador: Nacidos vivos DANE 2007 a 2023, RUAF ND 2024 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 2020 - 2023 por entidad territorial de residencia, se presentó decremento estadísticamente significativo para el 2024 en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caquetá, Cartagena, Córdoba, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta, Santander y Sucre. Al realizar el análisis excluyendo las muertes maternas por Covid-19 entre el 2020 al 2024, se observó comportamiento hacia el decremento en las mismas entidades territoriales (anexo 4).

En el análisis desagregado por municipios se observó decremento estadísticamente significativo en Turbo (Antioquia), Valledupar (Cesar) y Montería (Córdoba) (anexo 5).

Según las principales características sociales y demográficas de los últimos cinco años analizados, se observó que la RMM se incrementa a medida que aumenta la edad de la mujer; para el 2024 la RMM más elevada se ubicó en las mujeres mayores de 40 años (143,0 casos por cada 100 000 NV). Con respecto al área de residencia el 69,9 % residía en cabecera municipal, por otro lado, la RMM más elevada se identificó en las mujeres que residían en área rural (54,4 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 (53,9 y 83,6 casos por cada 100 000 NV respectivamente), los cuales representan el 74,5 % del total de casos notificados. El 22,4 % de los casos de muerte materna reportó pertenencia étnica indígena con una razón de 187,1 casos por cada 100 000 nacidos vivos.

En el análisis del comportamiento inusual de las variables sociodemográficas analizadas se presentó comportamiento significativo hacia el decremento al compararlo con el promedio histórico 2020 – 2023 en el grupo de edad de 35 a 39, mayores de 40 años y residencia en área rural dispersa (tabla 2).

Al realizar el análisis excluyendo los casos de Covid-19 entre el 2020 al 2023, se observó comportamiento significativo hacia el decremento en el grupo de edad de 30 a 24 años, 35 a 39 años, residencia en área rural dispersa, afiliación al régimen contributivo y pertenencia a otros grupos poblacionales.

Tabla 2. Características sociales y demográficas de los casos de mortalidad materna en Colombia, 2020 – 2024

Variables sociodemográficas	2020			2021			2022			2023			2024		
Grupos de edad	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón
10 a 14 años	2	0,5	47,4	4	0,9	83,3	1	0,4	24,1	6	2,7	158,4	3	1,5	95,8
15 a 19 años	53	13,2	49,5	34	7,5	32,3	34	13,0	36,8	25	11,1	32,3	29	14,8	46,1
20 a 24 años	86	21,3	48,1	76	16,7	44,1	60	23,0	38,7	40	17,7	29,3	35	17,9	29,7
25 a 29 años	83	20,6	53,9	111	24,3	72,9	48	18,4	33,1	45	19,9	34,3	46	23,5	39,6
30 a 34 años	86	21,3	84,2	118	25,9	114,9	52	19,9	51,1	46	20,4	48,0	35	17,9	40,6
35 a 39 años	65	16,1	118,7	76	16,7	139,3	47	18,0	88,5	46	20,4	92,8	30	15,3	68,3
40 y más años	28	6,9	181,5	37	8,1	233,3	19	7,3	122,4	18	8,0	125,9	18	9,2	143,0
Área de residencia	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón
Cabecera municipal	266	66,0	55,9	329	72,1	72,2	165	63,2	38,8	154	68,1	40,6	137	69,9	41,2
Centro poblado	51	12,7	112,0	45	9,9	98,6	19	7,3	46,3	16	7,1	45,7	14	7,1	50,7
Rural disperso	86	21,3	87,4	82	18,0	76,6	77	29,5	76,6	56	24,8	59,3	45	23,0	54,4
Tipo de seguridad social	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón
Contributivo	86	21,3	39,2	134	29,4	64,4	51	19,5	24,7	60	26,5	31,3	47	24,0	26,9
Subsidiado	265	65,8	81,2	259	56,8	77,9	181	69,3	57,3	150	66,4	51,7	134	68,4	53,9
No asegurado	40	9,9	63,8	52	11,4	91,0	28	10,7	75,9	10	4,4	47,5	12	6,1	83,6
Pertenencia étnica	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón
indígena	56	13,9	190,5	49	10,7	146,0	42	16,1	147,4	36	15,9	137,4	44	22,4	187,1
Afrocolombiano	24	6,0	101,2	29	6,4	114,8	21	8,0	97,9	15	6,6	77,5	18	9,2	111,9
Otros	321	79,7	56,7	378	82,9	68,9	198	75,9	38,3	175	77,4	37,8	134	68,4	33,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2020 - 2024. Nacidos vivos DANE 2020 – 2023. RUAF ND datos preliminares 2024

Se realizó análisis de muerte materna en población indígena desagregado por entidad territorial, observando que Magdalena, Chocó, Meta, Vichada, Antioquia, Cesar, La Guajira, Arauca y Boyacá han reportado razones superiores al percentil 75 en los últimos cinco años (anexo 6). Al realizar análisis por pueblo indígena, se identificó que en los últimos cinco años alrededor del 60 % de los casos se concentra en el pueblo Wayuu, Embera, Sikuani, Nasa y Arhuaco. En cuanto a la entidad territorial de residencia el 99 % de casos del pueblo Wayuu residen en La Guajira, el 50 % de casos del pueblo Sikuani residen en Vichada y el 80 % de casos del pueblo Nasa residen en Cauca. Según las características sociales y demográficas de las muertes en mujeres con pertenencia étnica indígena, en 2024 la mayor razón se registró en el grupo mayor de 40 años (536,5 casos por cada 100 000 NV), 10 a 14 años (496,3 casos por cada 100 000 NV), no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (415,8 casos por cada 100 000 NV) y residentes en zona rural dispersa (188,4 casos por cada 100 000 NV).

En cuanto a la población con nacionalidad extranjera que reside en Colombia durante el 2024, representó el 8,2 % (n=16) de los casos de muerte materna, con un aumento del 14,2 % al compararlo con el 2023. Las entidades territoriales donde se concentró la mayor proporción de casos fue Bogotá y Norte de Santander. En cuanto al comportamiento inusual, la entidad territorial de Cesar y Cundinamarca presentaron decremento al compararlo con el promedio histórico 2020 – 2023 (anexo 7).

Entre las mujeres que se notificaron como una morbilidad materna extrema durante el 2024, se identificó un mayor riesgo de muerte en las mujeres mayores de 35 años (RR 1,51 IC 95 % 1,09 - 2,09), afiliadas al régimen subsidiado (RR 1,91 IC 95 % 1,37 – 2,66), con pertenencia étnica indígena (RR 5,72 IC 95 % 4,10 - 7,97), pertenencia étnica afrocolombiano (RR 1,98 IC 95 % 1,22 - 3,20), residentes en área rural dispersa (RR 1,78 IC 95 % 1,28 - 2,49) y sin acceso a control prenatal (RR 4,11 IC 95 % 3,08 - 5,49) (tabla 3).

Tabla 3. Análisis bivariado entre muerte materna y morbilidad materna extrema, Colombia, 2024

Grupos de edad	Casos MM	Casos MME	X ²	RR - IC 95 %
10 a 14 años	3	283	0,53	1,78 (0,57 - 5,55)
15 a 19 años	29	4654	0,86	1,05 (0,71 - 1,56)
20 a 24 años	35	7886	0,05	0,69 (0,48 - 0,99)
25 a 29 años	46	7728	1,00	1,00 (0,72 - 1,39)
30 a 34 años	35	6605	0,5	0,86 (0,60 - 1,25)
35 y más años	48	5811	0,01	1,51 (1,09 - 2,09)
Tipo de seguridad social	Casos MM	Casos MME	X ²	RR - IC 95 %
Contributivo	47	12522	0,00	0,51 (0,36 - 0,71)
Subsidiado	134	18620	0,00	1,91 (1,37 - 2,66)
No afiliado	12	1234	0,12	1,66 (0,93 - 2,98)
Pertenencia étnica	Casos MM	Casos MME	X ²	RR - IC 95 %
Indígena	44	1552	0,00	5,72 (4,10 - 7,97)
Afrocolombiano	18	1593	0,00	1,98 (1,22 - 3,20)
Otros	134	29820	0,00	0,23 (0,17 - 0,31)
Área de residencia	Casos MM	Casos MME	X ²	RR - IC 95 %
Cabecera municipal	137	26161	0,00	0,60 (0,44 - 0,82)
Rural disperso	45	4692	0,00	1,78 (1,28 - 2,49)
Número de controles prenatales	Casos MM	Casos MME	X ²	RR - IC 95 %
Sin control prenatal	72	4029	0,00	4,11 (3,08 - 5,49)
Cuatro o más controles prenatales	87	24290	0,00	0,20 (0,14 - 0,27)

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024, 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 57,6 %, exceptuando el 2021 donde la principal causa fue indirecta a expensas del Covid-19. Las principales causas directas han sido hemorragia obstétrica, trastorno hipertensivo asociado al embarazo y evento tromboembólico. Para el 2024, el 62,8 % de los casos corresponde a muertes maternas directas y el 33,2 % a muertes maternas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue hemorragia obstétrica con el 19,9 %, seguido por trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 17,9 %. Por otra parte, la principal causa de muerte materna indirecta se agrupó en otras causas indirectas con el 14,8 %, seguido por sepsis no obstétrica con el 5,1 % (tabla 4).

Según análisis del comportamiento inusual al compararlo con el promedio histórico 2020 – 2023, se observó para el 2024 incremento estadísticamente significativo en muertes maternas por otras causas indirectas: dengue; por otra parte, se observó decremento estadísticamente significativo en trastorno hipertensivo, evento tromboembólico, sepsis obstétrica y neumonía por Covid-19 (tabla 4).

Tabla 4. Mortalidad materna por tipo y causa de muerte agrupada, Colombia, 2020-2024

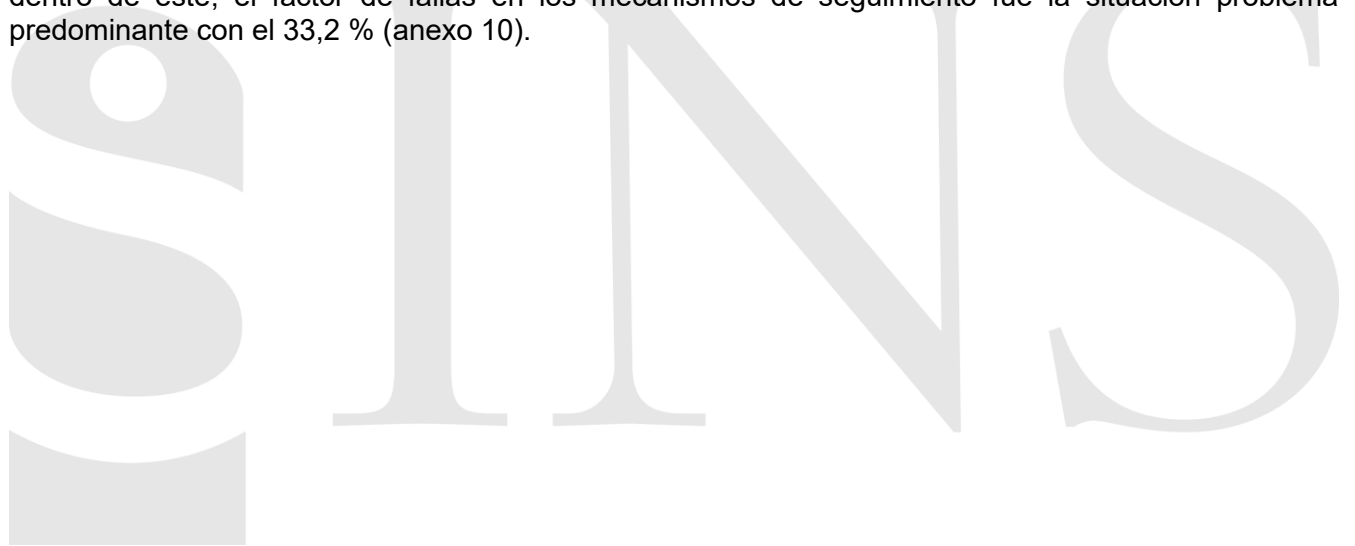
Causa agrupada	Total 2020		Total 2021		Total 2022		Total 2023		Total 2024	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
DIRECTA	210	52,1	185	40,6	170	65,1	153	67,7	123	62,8
Hemorragia obstétrica	76	18,9	49	10,7	43	16,5	37	16,4	39	19,9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	70	17,4	76	16,7	62	23,8	44	19,5	35	17,9
Evento tromboembólico como causa básica	20	5,0	22	4,8	23	8,8	28	12,4	15	7,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	6	1,5	2	0,4	12	4,6	14	6,2	13	6,6
Sepsis relacionada con el embarazo	25	6,2	21	4,6	20	7,7	19	8,4	11	5,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	1,0	3	0,7	4	1,5	5	2,2	6	3,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	0,2	4	0,9	2	0,8	1	0,4	2	1,0
Complicaciones no esperadas al tratamiento	1	0,2	0	0,0	0	0,0	4	1,8	1	0,5
Otras causas directas	7	1,7	8	1,8	4	1,5	1	0,4	1	0,5
INDIRECTA	161	40,0	271	59,4	84	32,2	69	30,5	65	33,2
Otras causas indirectas	41	10,2	54	11,8	37	14,2	26	11,5	29	14,8
Sepsis no obstétrica	20	5,0	13	2,9	12	4,6	12	5,3	10	5,1
Otras causas indirectas: cáncer	12	3,0	9	2,0	14	5,4	10	4,4	9	4,6
Sepsis no obstétrica: Neumonía	29	7,2	27	5,9	11	4,2	13	5,8	7	3,6
Otras causas indirectas: Tuberculosis	1	0,2	4	0,9	2	0,8	3	1,3	4	2,0
Otras causas indirectas: dengue	1	0,2	1	0,2	2	0,8	2	0,9	4	2,0
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	56	13,9	160	35,1	6	2,3	1	0,4	1	0,5
VIH/SIDA	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,5
Otras causas indirectas: malaria	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,9	0	0,0
Desconocida/indeterminada	4	1,0	0	0,0	5	1,9	2	0,9	1	0,5
En estudio	28	6,9	0	0	2	0,8	2	0,9	7	3,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2020 - 2024

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 Andina y Caribe; por otro lado, la hemorragia obstétrica se convierte en la primera causa de muerte en la región Pacífica y Orinoquia. Al realizar comparación de la razón con el promedio histórico 2020 – 2023, se identificó que el trastorno hipertensivo y la hemorragia obstétrica en la región de la Amazonia presentaron decremento estadísticamente significativo (anexo 8).

La correlación entre la razón de muerte materna con el índice de pobreza multidimensional presentó un coeficiente de correlación de 0,11, al realizar el análisis por cuadrantes Putumayo, Nariño y Cesar se encuentran en el cuadrante superior derecho con una alta razón de MM y alta pobreza. Si bien, las entidades territoriales de Cundinamarca, Huila y Meta 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).

Acerca del análisis de tablero de problemas de mortalidad materna para 2024, se observó unidad de análisis con tablero de problemas de mortalidad materna en 186 casos. La categoría en la cual se identificaron más situaciones problema fue prestación de servicios de salud con un 67,3 % (1775/2636). El 52,3 % de las características individuales / situaciones problema reportadas corresponde a las entidades de Chocó (341), La Guajira (283), Antioquia (256), Nariño (188), Bogotá (160) y Cundinamarca (146). Para la categoría individuo, los factores con mayor número de características identificadas fueron conocimientos, actitudes y prácticas en salud con el 59,7 % (517 características) del total de esta categoría. Respecto a la categoría de servicios de salud, se identificó que el factor predominante fue prestación de servicios individuales con el 73,2 % (1 301 situaciones problemas), dentro de este, el factor de fallas en los mecanismos de seguimiento fue la situación problema predominante con el 33,2 % (anexo 10).



4. Discusión

A nivel mundial el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se redujo en más de la mitad en cinco regiones: África Subsahariana, África septentrional y Asia occidental, Australia y Nueva Zelanda, Asia oriental y sudoriental y Oceanía; sin embargo, la mayoría de las muertes maternas presentadas podrían haberse evitado garantizando un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud (5).

La mortalidad materna es el resultado de un proceso multifactorial donde interactúan elementos estructurales como el sistema económico, las condiciones ambientales y culturales (4), observando diferencias de la razón entre las regiones, es así como en Latinoamérica; Colombia presenta una razón por debajo de Honduras y Paraguay, pero se encuentra con una razón superior que Costa Rica y Uruguay, lo que pone en evidencia las expresiones de inequidad y desigualdad entre los territorios (7,17).

En 2024, Colombia registró una razón de mortalidad materna de 44,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. Aunque este indicador cumple con la meta establecida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aún supera la meta nacional del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, fijada en 32 muertes por 100 000 nacidos vivos (12,13). Por otro lado, en la 77.^a Asamblea mundial de la salud manifiestan que es probable que cerca del 80 % de los países no alcancen la meta nacional de mortalidad materna, situación que pone en evidencia, que aun falta fortalecer los procesos para evitar mortalidades prevenibles (10).

Se observó que la razón de muerte materna aumenta con la edad, siendo más alta en mujeres mayores de 40 años con 143,0 casos por 100 000 NV y en mayores de 35 años se observó riesgo de muerte frente las mujeres que presentaron una morbilidad materna extrema de 1,51 (IC 95 % 1,09 - 2,09), lo que pone en evidencia lo descrito en la literatura, reconociendo la edad como un factor determinante para evaluar el riesgo de complicaciones durante la gestación, ya 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 (18); de igual manera, en un estudio de cohorte se identificó que las mujeres mayores de 40 años tenían ocho veces más riesgo de embolia de líquido amniótico, tres veces más riesgo de morbilidad materna grave en comparación con mujeres de 25 a 29 años, y presentan las tasas más altas de parto por cesárea, preeclampsia, hemorragia posparto, diabetes gestacional, trombosis e histerectomía (19). Por otra parte, en la revisión sistemática realizada por Saccone G et al, identificaron que las mujeres ≥ 40 años tenían un riesgo significativamente mayor de muerte materna (RR 3,18, IC 95% 1,68–5,98) (20).

En cuanto la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) presentaron mayor riesgo de mortalidad las mujeres afiliadas al régimen subsidiado (1,91 IC 95 % 1,37 – 2,66); al comparar el comportamiento de esta variable en los últimos 5 años, se observó que las mujeres sin afiliación han ido disminuyendo, con aumento de la afiliación al régimen subsidiado, por otro lado, cerca del 80 % de las muertes maternas sin afiliación al sistema, correspondían a migrantes con nacionalidad venezolana, lo que puso en evidencia el alto grado de vulnerabilidad social y económica por el que atravesaron las gestantes migrantes (21).

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 una compleja relación de factores

socioeconómicos (pobreza, educación limitada, empleo precario), culturales (uso de la lengua materna, prácticas ancestrales, desconfianza institucional) y estructurales (discriminación, falta de infraestructura, inexistencia de un enfoque intercultural) (22), 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 (23).

La pertenencia étnica indígena, se asocia frecuentemente con la residencia en áreas rurales dispersas, lo cual representa cerca del 45% de los casos analizados. Ambos factores, etnicidad y ubicación geográfica, son considerados determinantes sociales de riesgo para la ocurrencia de complicaciones y muertes maternas. Las barreras económicas, como los costos de transporte, hospedaje y alimentación son limitantes para el acceso efectivo a los servicios de salud (24,25).

Se ha demostrado que el acceso temprano y la adecuada cantidad de controles prenatales durante la gestación reduce significativamente la morbimortalidad materna y perinatal (26,27). Asistir a cuatro o más controles prenatales se considera una conducta protectora, ya que no solo permite la identificación oportuna del riesgo obstétrico, sino que también favorece la adopción de conductas saludables que contribuyen a la reducción de complicaciones (28). En Colombia, las mujeres que realizaron cuatro o más controles prenatales presentaron un menor riesgo (RR 0,20; IC 95%: 0,14–0,27) en comparación con aquellas que no asistieron a ninguno (RR 4,11; IC 95%: 3,08–5,49).

En Colombia la principal causa de muerte materna es directa por hemorragia obstétrica, seguido por trastorno hipertensivo asociado al embarazo y evento tromboembólico, similar al comportamiento del evento en el mundo, en donde se observó como primera causa de muerte la hemorragia (27 %), seguida de las muertes obstétricas indirectas (23 %) y los trastornos hipertensivos (16 %) (6).

La hemorragia obstétrica es la principal causa evitable de muerte materna directa en el mundo, representando alrededor del 27 % de las muertes, su prevalencia varía entre regiones, siendo más baja en Oceanía (7 %) y más alta en África (25 %). En Latinoamérica representa el 21 % de los casos (24), mientras que en Colombia el 19 %. Según la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de las muertes ocurren durante las primeras 24 horas después del parto, las cuales podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado (25). Para el cumplimiento de los ODS es fundamental implementar actividades de capacitación para los profesionales del sector salud, aplicar protocolos y guías integrales de urgencias obstétricas adaptadas a cada unidad médica, y garantizar la disponibilidad de insumos necesarios en todas las instituciones de salud; se ha demostrado que el trabajo en equipo y la comunicación efectiva, junto con la capacitación con equipos de simulación y la retroalimentación posterior a los episodios de hemorragia posparto, mejoran los desenlaces clínicos (24).

En cuanto la información analizada del tablero de problemas de 2024 en Colombia continúa la persistencia de inequidades estructurales en la atención referente a la salud materna, especialmente en territorios como Chocó, La Guajira, Nariño, Antioquia y Cundinamarca. Más del 50 % de las características individuales o situaciones problema fueron identificadas en estas regiones, estudios han demostrado que las inequidades geográficas están directamente relacionadas con mayores tasas de mortalidad materna, en parte debido a la limitada capacidad resolutoria de los servicios en niveles de atención primaria y la distancia significativa respecto a servicios de mayor complejidad (26).

A nivel individual, el predominio del factor “conocimientos, actitudes y prácticas en salud”, refleja una brecha educativa y cultural en salud materna. Las mujeres en zonas rurales del país aún presentan un bajo reconocimiento de los signos de alarma obstétrica, una limitada apropiación de sus derechos en salud y patrones de comportamiento que priorizan prácticas tradicionales frente al acceso oportuno a la atención médica institucional (27). Estas dificultades no son únicamente relacionadas con las mujeres, sino también influye el entorno social, educativo y económico en el que se encuentran, estas características se encuentran relacionadas como un determinante estructural de la muerte materna (28). Estudios como el de Ricaurte y colaboradores identifican la percepción errónea del riesgo en salud, la desconfianza hacia los servicios médicos y la falta de autonomía para tomar decisiones como barreras persistentes en el país, particularmente entre mujeres indígenas y afrodescendientes (27).



5. Conclusiones

La razón de muerte materna temprana (RMM) en 2024 fue de 44,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (NV), con una disminución del 13,2 % en el número de casos notificados con respecto al 2023.

Se observó comportamiento hacia el descenso; con un cambio porcentual anual (APC por sus siglas en inglés) de -2,01 (IC 95% -2,8 a -1,2; p 0,001) lo que representa un descenso estadísticamente significativo.

Las entidades territoriales que para el 2024 presentaron razón por encima del percentil 75 fueron Chocó, Vichada, Vaupés, La Guajira, Putumayo, Buenaventura, Nariño, Cesar, Meta y Cauca.

La región del Caribe, Orinoquia y 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 mayores de 35 años, afiliadas al régimen subsidiado, con pertenencia étnica indígena, afrocolombiano, residentes en área rural dispersa y sin acceso a control prenatal.

En los años analizados la principal causa de muerte materna ha sido directa, para el 2024 cambia la primera causa por hemorragia obstétrica, en segundo lugar, trastorno hipertensivo asociado al embarazo, las cuales pueden ser evitables con un adecuado abordaje del control prenatal y de la emergencia obstétrica.

Con base en las unidades de análisis la categoría donde se identificaron más situaciones problema fue prestación de servicios de salud, se identificó como factor predominante de esta categoría la prestación de servicios individuales, con predominio en fallas en los mecanismos de seguimiento.

6. Recomendaciones

Entidades territoriales:

Implementar 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.

Garantizar el cumplimiento de los lineamientos definidos para el evento muerte materna.

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 en salud pública. Mortalidad Materna [Internet]. Colombia; 2024 Dec [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_mortalidad%20materna%202024.pdf
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-estrat%C3%A9gico-interagencial-para-la-reducci%C3%B3n-de-la-morbi-mortalidad-materna#:~:text=La%20reducci%C3%B3n%20de%20la%20mortalidad,por%20cada%20100%2C000%20nacidos%20vivos.>
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna en la Región de las Américas, basada en la Atención Primaria de Salud [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud ; 2024 [cited 2025 Apr 24]. 1–48 p. Available from: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/estrategia-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna0.pdf>
5. Organización Mundial de La Salud. Mortalidad materna, datos y cifras [Internet]. 2025 Apr [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health [Internet]. 2025 Apr [cited 2025 Apr 24];13(4):e626–34. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00560-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00560-6/fulltext)
7. Organización Panamericana de la Salud. Portal de indicadores básicos Región de las Americas [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#latestdata>
8. García Bedoya AM, Pulido Domínguez PA. Informe de Evento 2023. Mortalidad Materna [Internet]. Bogotá; 2024 Jul [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>

9. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
10. Organización Mundial de la Salud. Acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 77.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Punto 11.7 del orden del día. Apr 28, 2024. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF5-sp.pdf
11. 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>
12. 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%202022.pdf
13. 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%202023.pdf
14. 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>
15. 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>
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Diseño conceptual y metodológico censo general 2005 [Internet]. Colombia; 2005 p. 1–49. Available from: https://observatoriocensal.files.wordpress.com/2015/11/disen%C3%B3-conceptual-y-metodologico_col_2005.pdf
17. 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









































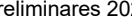


18. Donoso S E, Villarroel del P L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev Med Chil [Internet]. 2003 Jan [cited 2024 Jun 10];131(1). Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100008
19. Cabrera Ramos SG. Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2023 Oct 22;69(3).
20. 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: [/pmc/articles/PMC9543904/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39543904/)
21. 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.
22. Guadalupe Vargas ME, BTJJ, ZCMN, GDAK, & GMJM. Disparidades étnicas en la mortalidad materna: Un enfoque en los grupos mestizo, indígena y afroecuatoriano. Ciencia y Educación [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 30];835–44. Available from: <https://cienciayeducacion.com/index.php/journal/article/view/zenodo.15760449/1308>
23. 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>
24. Briones Garduño Jesus Carlos. Avances en el control de la hemorragia posparto: una revisión semisistemática. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 1];93(4). Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412025000400152&script=sci_arttext
25. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. 2014 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1
26. Caicedo-Velásquez B, Álvarez-Castaño LS, Marí-Dell’Olmo M, Borrell C. Evolución de las inequidades en mortalidad por causas externas entre los municipios de Antioquia (Colombia). Gac Sanit [Internet]. 2016 Jul [cited 2025 Jul 1];30(4):279–86. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000400007
27. Ricaurte-Cepeda M, Guerrero-Luna YP. Salud materna de mujeres indígenas. Experiencias tradicionales e institucionales. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 1];42. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/353540>

28. Ciattini A. La inferioridad de la mujer entre naturaleza y cultura. *Revista Universidad y Sociedad* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 1];10(4):127–34. Available from: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1016>

INS

Anexos

Anexo 1. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, 2020 – 2024

Región	Entidad territorial de residencia	Casos 2020	Casos 2021	Casos 2022	Casos 2023	Casos 2024	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos					Tendencia	Valor p
							2020	2021	2022	2023	2024		
	Colombia	403	456	261	226	196	65,0	75,0	46,0	44,5	44,3		0,19
Amazonia	Vaupés	1	0	1	0	1	148,8	0,0	116,0	0,0	183,8		0,00
	Putumayo	7	4	1	2	4	151,4	82,9	21,8	50,0	114,8		0,00
	Amazonas	2	1	1	0	0	176,5	86,4	91,1	0,0	0,0		0,00
	Caquetá	6	3	3	5	0	95,5	45,0	51,4	97,3	0,0		0,00
	Guainía	3	0	1	1	0	285,4	0,0	80,4	135,5	0,0		0,00
	Guaviare	0	2	0	1	0	0,0	145,2	0,0	88,4	0,0		0,00
	Total región	19	10	7	9	5	126,4	61,7	47,0	71,5	44,2		0,00
Andina	Huila	6	8	5	5	7	35,7	46,3	30,8	33,0	53,9		0,07
	Cundinamarca	26	24	10	10	13	74,6	75,0	32,1	34,4	48,1		0,55
	Tolima	4	12	4	6	4	25,0	76,4	27,3	45,9	36,1		0,43
	Bogotá	23	46	23	18	20	29,0	68,7	35,5	29,6	35,4		0,56
	Norte de Santander	15	14	10	2	5	68,0	62,7	45,8	10,5	31,7		0,08
	Antioquia	36	38	22	18	16	50,2	54,1	33,0	30,5	30,7		0,19
	Santander	11	22	1	5	5	42,0	85,5	4,1	22,8	26,8		0,13
	Risaralda	4	6	3	3	2	39,8	60,0	32,9	36,6	26,6		0,05
	Boyacá	5	4	6	4	2	37,3	32,4	49,9	35,3	19,5		0,01
	Caldas	5	7	1	1	1	63,0	89,0	12,9	14,9	17,0		0,00
Quindío	1	4	2	2	0	18,4	79,2	41,9	47,3	0,0		0,00	
Total región	136	185	87	74	75	44,8	64,8	31,8	29,8	33,8		0,30	
Caribe	La Guajira	38	33	22	19	23	161,3	130,7	99,4	93,4	133,0		0,45
	Cesar	14	18	16	6	11	60,5	75,6	74,4	33,1	74,3		0,22
	Magdalena	20	17	11	10	5	135,5	106,8	79,8	81,8	51,9		0,00
	Córdoba	19	24	14	7	7	76,7	92,4	57,8	33,2	39,7		0,01
	Atlántico	19	13	5	12	5	101,9	71,5	29,8	79,0	39,4		0,00
	Santa Marta	6	14	6	4	2	64,6	175,7	74,4	52,3	32,2		0,00
	Barranquilla	15	8	8	5	4	70,2	38,6	41,3	30,2	29,5		0,06
	Bolívar	12	19	13	8	3	72,2	104,2	77,5	54,6	24,9		0,00
	Sucre	10	8	5	7	2	71,0	53,8	36,7	58,4	21,0		0,00
	Cartagena	12	11	10	10	0	71,4	62,6	58,4	65,3	0,0		0,00
Total región	165	165	110	88	62	90,1	87,5	63,5	57,5	49,3		0,02	
Orinoquía	Vichada	3	4	5	2	3	166,6	198,2	245,7	117,6	227,4		0,02
	Meta	11	15	3	6	7	71,7	97,9	20,8	46,2	60,4		0,92
	Casanare	4	8	0	2	1	65,3	129,2	0,0	36,8	21,5		0,00
	Arauca	4	4	2	2	0	96,5	91,2	49,8	57,4	0,0		0,00
Total región	22	31	10	12	11	80,2	111,0	38,1	50,8	53,6		0,12	
Pacífica	Chocó	12	19	14	8	15	139,5	198,1	192,7	120,4	265,7		0,00
	Buenaventura	4	4	1	5	3	90,6	84,2	27,7	152,2	112,2		0,09
	Nariño	16	14	15	11	10	97,8	86,8	106,5	87,2	87,8		0,60
	Cauca	12	3	10	10	7	67,5	16,4	61,1	70,8	55,6		0,84
	Cali	10	11	5	5	5	43,0	51,0	24,7	27,3	29,6		0,38
	Valle del Cauca	7	14	2	4	3	36,7	74,3	11,7	26,8	22,2		0,05
Total región	61	65	47	43	43	68,2	72,9	59,8	61,5	68,6		0,79	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2020 - 2024. Nacidos vivos DANE, 2020 – 2023, RUAF ND datos preliminares 2024

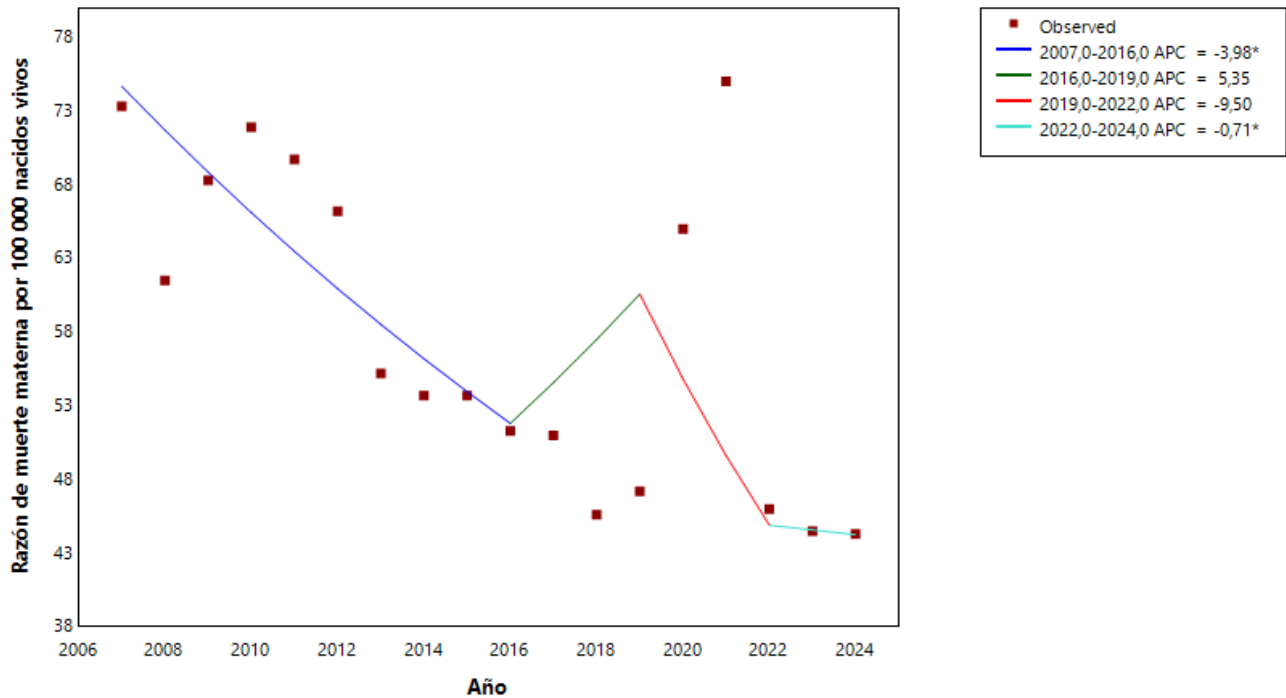
*semaforización: color gris corresponde a decremento, color naranja corresponde a incremento

Anexo 2. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, 2024

Región	Código-entidad territorial de residencia	Entidad territorial de residencia	Casos 2024	Nacidos vivos (denominador)	RMM por 100 000 nv
Amazonía	97	Vaupés	1	544	183,8
	86	Putumayo	4	3485	114,8
	91	Amazonas	0	768	0,0
	18	Caquetá	0	4819	0,0
	94	Guainía	0	715	0,0
	95	Guaviare	0	992	0,0
	Total región		5	11323	44,2
Andina	41	Huila	7	12983	53,9
	25	Cundinamarca	13	27052	48,1
	73	Tolima	4	11094	36,1
	11	Bogotá	20	56553	35,4
	54	Norte de Santander	5	15765	31,7
	05	Antioquia	16	52159	30,7
	68	Santander	5	18659	26,8
	66	Risaralda	2	7517	26,6
	15	Boyacá	2	10265	19,5
	17	Caldas	1	5889	17,0
63	Quindío	0	3728	0,0	
	Total región		75	221664	33,8
Caribe	44	La Guajira	23	17287	133,0
	20	Cesar	11	14798	74,3
	47	Magdalena	5	9638	51,9
	23	Córdoba	7	17625	39,7
	08	Atlántico	5	12686	39,4
	47001	Santa Marta	2	6209	32,2
	08001	Barranquilla	4	13553	29,5
	13	Bolívar	3	12043	24,9
	70	Sucre	2	9534	21,0
13001	Cartagena	0	12515	0,0	
	Total región		62	125888	49,3
Orinoquía	99	Vichada	3	1319	227,4
	50	Meta	7	11599	60,4
	85	Casanare	1	4642	21,5
	81	Arauca	0	2955	0,0
	Total región		11	20515	53,6
Pacífica	27	Chocó	15	5645	265,7
	76109	Buenaventura	3	2674	112,2
	52	Nariño	10	11384	87,8
	19	Cauca	7	12598	55,6
	76001	Cali	5	16864	29,6
	76	Valle del Cauca	3	13510	22,2
	Total región		43	62675	68,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2024. Nacidos vivos RUAF ND datos preliminares 2024

Anexo 3. Tendencia de la razón de mortalidad materna en Colombia, 2007-2024



Annual Percent Change (APC)							
Segment	Lower Endpoint	Upper Endpoint	APC	Lower CI	Upper CI	Test Statistic (t)	Prob > t
1	2007	2016	-4,0*	-6,6	-1,3	-3,5	0,010
2	2016	2019	5,3	-32,5	64,3	0,3	0,790
3	2019	2022	-9,5	-37,8	31,7	-0,6	0,549
4	2022	2024	-0,7*	-1,3	-0,1	-2,6	0,035

* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.

Average Annual Percent Change (AAPC)							
Range	Lower Endpoint	Upper Endpoint	AAPC	Lower CI	Upper CI	Test Statistic~	P-Value~
Full Range	2007	2024	-2,0*	-2,8	-1,2	-5,4	< 0,001

* Indicates that the AAPC is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
 ~ If the AAPC is within one segment, the t-distribution is used. Otherwise, the normal (z) distribution is used. [See Help to Learn More](#)

Fuente: numerador: DANE - Estadísticas Vitales - Defunciones 2007 – 2018; Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019 – 2024. Denominador: Nacidos vivos DANE 2007 a 2023, RUAF ND 2024 datos preliminares

Anexo 4. Comportamiento inusual de muerte materna por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020 – 2024

Entidad territorial de residencia	Mortalidad materna 2020 - 2024			Mortalidad materna 2020 - 2024 (Sin Covid-19)		
	Esperado	Observado	Variación % 2023- 2024	Esperado	Observado	Variación % 2023 - 2024
Colombia	337	196	13,3	335	195	13,3
Amazonas	1	0	0,0	1	0	0,0
Antioquia	29	16	-11	29	16	-11
Arauca	3	0	-100	3	0	-100
Atlántico	12	5	-58	12	5	-58
Barranquilla	9	4	-20	9	4	-20
Bogotá	28	20	11	28	20	11
Bolívar	13	3	-63	13	3	-63
Boyacá	5	2	-50	5	2	-50
Buenaventura	4	3	-40	4	3	-40
Caldas	4	1	0,0	4	1	0,0
Cali	8	5	0,0	8	5	0,0
Caquetá	4	0	-100	4	0	-100
Cartagena	11	0	-100	11	0	-100
Casanare	4	1	-50	4	1	-50
Cauca	9	7	-30	9	7	-30
Cesar	14	11	83	14	11	83
Choco	13	15	88	13	15	88
Córdoba	16	7	0,0	16	7	0,0
Cundinamarca	18	13	30	18	13	30
Guainía	1	0	-100	1	0	-100
La Guajira	28	23	21	28	23	21
Guaviare	1	0	-100	1	0	-100
Huila	6	7	40	6	7	40
Magdalena	15	5	-50	15	5	-50
Meta	9	7	17	9	7	17
Nariño	14	10	-9	14	10	-9
Norte Santander	10	5	150	10	5	150
Putumayo	4	4	100	4	4	100
Quindío	2	0	-100	2	0	-100
Risaralda	4	2	-33	4	2	-33
Santa Marta	8	2	-50	8	2	-50
Santander	10	5	0,0	10	5	0,0
Sucre	8	2	-71	7	2	-67
Tolima	7	4	-33	7	3	-50
Valle del Cauca	7	3	-25	7	3	-25
Vaupés	1	1	0,0	1	1	0,0
Vichada	4	3	50	4	3	50

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2020 - 2024.

Anexo 5. Comportamiento inusual de muerte materna en municipios, Colombia, 2020 – 2024

Departamento	Municipio	Esperado	Observado	Variación % 2023 - 2024
Antioquia	Turbo	4	0	-100
Cesar	Valledupar	6	0	-100
Córdoba	Montería	5	1	-50

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2020 - 2024.



Anexo 6. Tendencia de la razón de mortalidad materna en mujeres indígenas según entidad territorial de residencia, Colombia, 2020 – 2024

Entidad territorial de residencia	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	Situación
Colombia	190,5	146,0	147,4	137,4	187,1		Sin cambio
Amazonas	365,0	158,7	168,4	0,0	0,0		Sin cambio
Antioquia	230,4	458,0	0,0	409,0	238,1		Sin cambio
Arauca	369,0	597,0	0,0	421,9	0,0		Sin cambio
Atlántico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Barranquilla	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Bogotá	0,0	0,0	781,3	0,0	0,0		Sin cambio
Bolívar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Boyacá	680,3	438,6	549,5	1360,5	0,0		Sin cambio
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Caldas	223,2	207,5	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Cali	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Caquetá	0,0	0,0	0,0	1612,9	0,0		Sin cambio
Cartagena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Casanare	0,0	704,2	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Cauca	126,6	23,2	81,8	93,2	73,6		Sin cambio
Cesar	105,0	229,4	631,6	160,5	168,6		Sin cambio
Chocó	155,2	144,0	491,8	264,6	1066,9		Incremento
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	270,3		Sin cambio
Cundinamarca	3571,4	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Guainía	415,5	0,0	0,0	162,9	0,0		Sin cambio
Guaviare	0,0	1075,3	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
La Guajira	210,2	175,0	132,7	137,6	164,7		Sin cambio
Huila	0,0	0,0	478,5	0,0	613,5		Incremento
Magdalena	1123,6	0,0	0,0	943,4	1234,6		Sin cambio
Meta	484,7	0,0	128,0	340,1	717,7		Incremento
Nariño	126,7	0,0	121,4	70,9	141,0		Sin cambio
Norte Santander	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Quindío	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Risaralda	104,8	0,0	104,6	120,6	0,0		Sin cambio
San Andrés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Santa Marta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Santander	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Sucre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Tolima	0,0	1574,8	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Valle del Cauca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Vaupés	165,6	0,0	129,2	0,0	209,2		Sin cambio
Vichada	262,9	310,1	363,1	85,8	316,5		Sin cambio

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2020 - 2024. Nacidos vivos DANE, 2020 – 2023, RUAF ND datos preliminares 2024
 *semaforización: color gris corresponde a decremento, color naranja corresponde a incremento








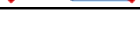






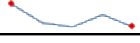



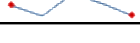



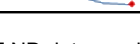
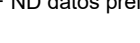
Anexo 7. Tendencia de la mortalidad materna en mujeres con nacionalidad extranjera residente en Colombia, 2020 – 2024

Entidad territorial de residencia	2020		2021		2022		2023		2024		Situación
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
COLOMBIA	41	10,2	50	11,0	33	12,6	14	6,2	16	8,2	Decremento
Amazonas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Antioquia	5	13,9	4	10,5	2	9,1	1	5,6	1	6,3	Sin cambio
Arauca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Atlántico	2	10,5	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Barranquilla	2	13,3	4	50,0	2	25,0	1	20,0	0	0,0	Sin cambio
Bogotá	6	26,1	10	21,7	6	26,1	3	16,7	4	20,0	Sin cambio
Bolívar	0	0,0	1	5,3	1	7,7	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Boyacá	0	0,0	1	25,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Buenaventura	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Caldas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	Sin cambio
Cali	2	20,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	Sin cambio
Caquetá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Cartagena	1	8,3	0	0,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Casanare	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	Sin cambio
Cauca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Cesar	4	28,6	4	22,2	1	6,3	1	16,7	0	0,0	Decremento
Choco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Córdoba	1	5,3	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	14,3	Sin cambio
Cundinamarca	6	23,1	3	12,5	1	10,0	1	10,0	0	0,0	Decremento
Guainía	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
La Guajira	2	5,3	7	21,2	5	22,7	1	5,3	2	8,7	Sin cambio
Guaviare	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Huila	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	Sin cambio
Magdalena	1	5,0	1	5,9	3	27,3	3	30,0	0	0,0	Sin cambio
Meta	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	1	14,3	Sin cambio
Nariño	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Norte Santander	1	6,7	5	35,7	1	10,0	0	0,0	3	60,0	Sin cambio
Putumayo	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Quindío	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Risaralda	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
San Andrés	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Santander	1	9,1	2	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Santa Marta	2	33,3	1	7,1	2	33,3	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Sucre	2	20,0	0	0,0	1	20,0	1	14,3	0	0,0	Sin cambio
Tolima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Valle del Cauca	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	Sin cambio
Vaupés	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Vichada	1	33,3	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2020 - 2024.

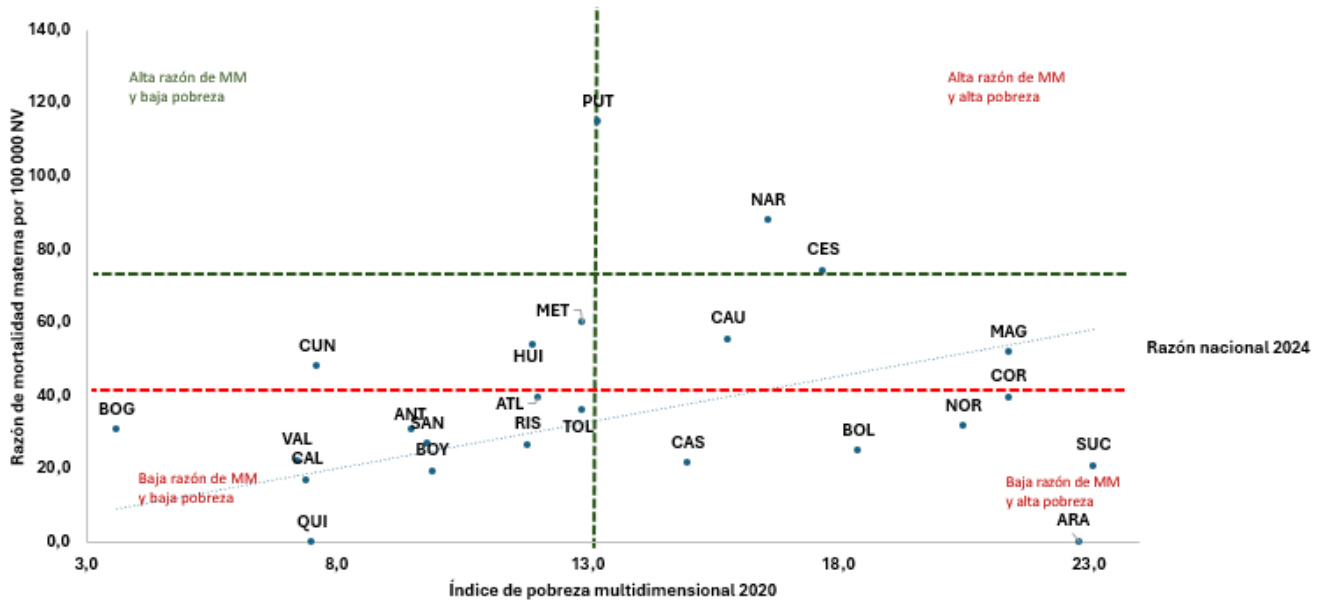
*semaforización: color gris corresponde a decremento, color naranja corresponde a incremento

Anexo 8. Mortalidad materna por tipo y causa de muerte agrupada, Colombia, 2020-2024

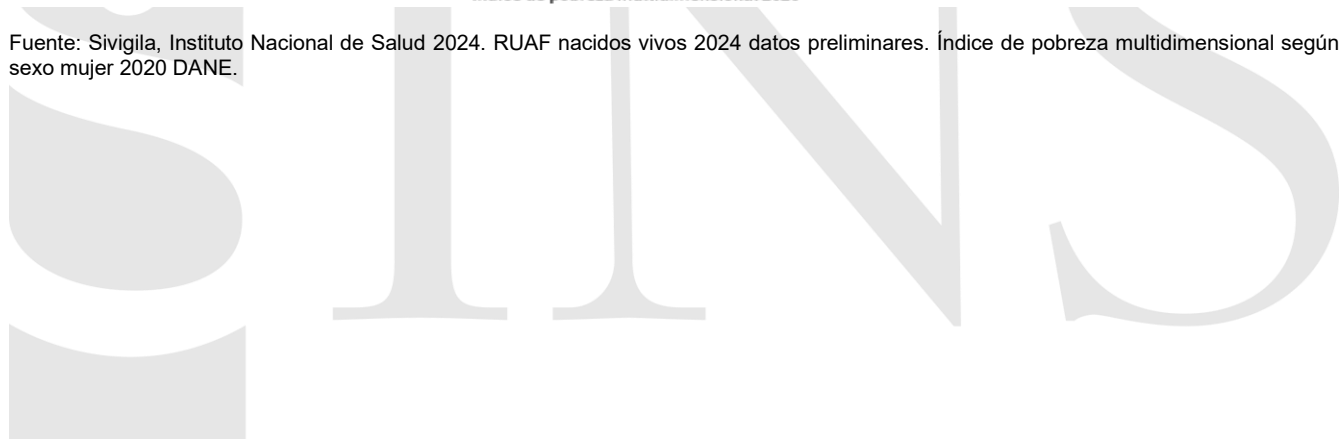
	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	Valor p
Colombia							
Hemorragia obstétrica	12,3	8,1	7,6	7,3	8,8		0,50
Trastorno Hipertensivo	11,3	12,5	10,9	8,7	7,9		0,48
Sepsis obstétrica	4,0	3,5	3,5	3,7	2,5		0,68
Evento tromboembólico	3,2	3,6	3,2	4,7	2,5		0,68
Amazonia							
Trastorno hipertensivo	6,7	18,5	13,4	31,8	0,0		0,00
Hemorragia obstétrica	33,3	6,2	6,7	7,9	0,0		0,00
Sepsis obstétrica	13,3	6,2	0,0	0,0	0,0		0,06
Evento tromboembólico	0,0	6,2	0,0	0,0	0,0		0,50
Orinoquía							
Hemorragia obstétrica	32,8	21,5	7,6	4,2	19,5		0,61
Trastorno hipertensivo	10,9	7,2	0,0	8,5	9,7		0,45
Sepsis obstétrica	0,0	3,6	11,4	16,9	4,9		0,42
Evento tromboembólico	0,0	0,0	0,0	8,5	0,0		0,25
Pacífica							
Hemorragia obstétrica	17,9	15,7	11,5	15,7	23,9		0,19
Trastorno hipertensivo	11,2	14,6	15,3	11,4	9,6		0,40
Sepsis obstétrica	7,8	3,4	2,5	5,7	3,2		0,50
Evento tromboembólico	6,7	2,2	1,3	4,3	1,6		0,45
Caribe							
Trastorno hipertensivo	19,0	16,9	15,5	9,8	10,3		0,32
Hemorragia obstétrica	9,8	9,5	12,1	9,1	8,7		0,64
Evento tromboembólico	3,3	4,2	3,4	5,9	4,0		0,50
Sepsis obstétrica	3,8	3,2	4,6	3,9	3,2		0,72
Andina							
Trastorno hipertensivo	6,9	9,1	7,7	6,0	6,3		0,79
Hemorragia obstétrica	9,2	3,5	3,7	4,0	4,1		0,75
Evento tromboembólico	2,6	3,9	4,0	4,0	2,3		0,68
Sepsis obstétrica	3,0	3,5	2,6	2,0	1,8		0,68

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2020 - 2024. Nacidos vivos DANE, 2020 – 2023, RUAF ND datos preliminares 2024
 *semaforización: color gris corresponde a decremento, color naranja corresponde a incremento

Anexo 9. Razón de muerte materna en entidades territoriales por índice de pobreza multidimensional en Colombia, 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2024. RUAF nacidos vivos 2024 datos preliminares. Índice de pobreza multidimensional según sexo mujer 2020 DANE.



Anexo 10. Factores y características del individuo para el evento muerte materna, Colombia, 2024

Factores	n
Individuo	861
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud	514
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	285
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	17
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	110
Desconocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud	13
Experiencias negativas en los servicios de salud o con el aseguramiento	25
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	61
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	3
Acceso a los servicios de salud	211
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	125
No cuenta con la capacidad económica necesaria para los gastos de la atención en salud (medicamentos, insumos)	56
Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud	19
Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud	7
Situaciones de orden público que retrasan el acceso al servicio de salud	4
Determinantes intermedios	105
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	24
Desocupado	76
Habitante de calle	1
Hogar con servicios públicos deficientes (acueducto, alcantarillado, luz, gas, telefonía, otros)	2
Población con discapacidad	2
Determinantes estructurales	31
Desplazado	13
Menor de edad	7
Migrante	10
Sin afiliación al SGSSS	1
Prestación de servicios individuales	1775
Prestación de servicios individuales	1301
Diagnostico tardío o inadecuado	337
Falla en los mecanismos de seguimiento	411
Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención	75
Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	13
No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente	1
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	23
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	81
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	91
Tratamiento inadecuado o inoportuno	251

Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención.	4
Diagnóstico tardío o inadecuado	12
Dificultades en la remisión a otras especialidades	2
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud	262
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	67
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	130
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	9
Incumplimiento en las acciones de protección específica	4
Incumplimiento en las estrategias para comunicar el riesgo al paciente	45
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida (consulta preconcepcional)	6
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida (control prenatal)	1
Procesos de gestión del talento humano	103
Deficiencias en el trato respetuoso y de cuidado establecido en los derechos del paciente	2
Insuficiente disponibilidad del talento humano	101
Gestión del aseguramiento	82
Barreras administrativas para acceder a la atención en salud	69
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios	11
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	2
Prestación de servicios colectivos	27
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	27
Total general	2636

Fuente: Tablero de problemas, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, Instituto Nacional de Salud, 2024