

Informe de evento código 550 – mortalidad materna, 2025

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Yenny Zulima Vásquez Alejo

Subdirector

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Elaborado por:

Ana María García Bedoya
Grupo enfermedades no transmisibles
Subdirección de Vigilancia y Análisis
de Riesgo en Salud Pública

Revisado por:

Yohanna Catalina Chaparro
Rodríguez
Grupo unidad análisis casos
especiales
Subdirección de Vigilancia y Análisis
de Riesgo en Salud Pública

Dirección de Vigilancia y Análisis de
Riesgo en Salud Pública

Aprobado por:

Hernán Quijada Bonilla
Director
Director de Vigilancia y Análisis de
Riesgo en Salud Pública

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ☐ NO ☒

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

©30 de mayo de 2026. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

Página - 1 - de 35

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

Contenido

Contenido

1. Introducción.....	4
2. Materiales y métodos.....	6
2.1. Plan de análisis.	7
2.2. Consideraciones éticas.	8
3. Resultados.....	9
4. Discusión.....	15
5. Conclusiones.....	18
6. Recomendaciones.....	19
7. Referencias.....	21
8. Anexos.....	25

Listado de tablas

Tabla 1. Clasificación según tipo de muerte materna, Colombia, 2021 - 2025.....	9
Tabla 2. Características sociales y demográficas de los casos de mortalidad materna en Colombia, 2021 – 2025.....	11
Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados entre mortalidad materna y morbilidad materna extrema, Colombia, 2025.....	12
Tabla 4. Mortalidad materna por tipo y causa de muerte agrupada, Colombia, 2021-2025 ...	13

Listado de figuras

Figura 1. Razón de muerte materna, Colombia, 2007 a 2025	9
--	---

Listado de anexos

Anexo 1. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, 2021 – 2025.....	25
Anexo 2. Tendencia de la razón de mortalidad materna en Colombia, 2007-2025	26
Anexo 3. Comportamiento inusual de muerte materna por entidad territorial de residencia, Colombia, 2021 – 2025.....	27
Anexo 4. Comportamiento inusual de muerte materna en municipios, Colombia, 2021 – 2025	28
Anexo 5. Tendencia de la razón de mortalidad materna en mujeres indígenas según entidad territorial de residencia, Colombia, 2021 – 2025.....	29
Anexo 6. Tendencia de la mortalidad materna en mujeres con nacionalidad extranjera, Colombia, 2021 – 2025.....	30
Anexo 7. Mortalidad materna por tipo y causa de muerte agrupada, Colombia, 2021 - 2025	31
Anexo 8. Razón de muerte materna en entidades territoriales por índice de pobreza multidimensional en Colombia, 2025	32
Anexo 9. Correspondencia entre DANE – Sivigila para el evento muerte materna, Colombia, 2018 - 2024.....	33
Anexo 10. Análisis de problemas identificados en unidades de análisis de muerte materna, Colombia, 2025.....	34

Informe de evento código 550 – mortalidade materna, 2025

1. Introducción.

La mortalidad materna es un evento de alta relevancia en salud pública, reconocido como un indicador sensible del nivel de desarrollo y de las inequidades que vulnera el derecho a la salud y la vida (1). Su ocurrencia responde a un proceso multifactorial en el que interactúan determinantes estructurales como las condiciones económicas, el entorno ambiental y los factores culturales, además de elementos asociados a la desigualdad social, como la pobreza, el racismo, la inequidad de género y las barreras en el acceso a los servicios de salud y educación (2).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de terminada la gestación, independientemente de la duración, localización del embarazo y las causas de defunción (3).

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 (4).

A nivel mundial, entre 2000 y 2023, la razón de mortalidad materna (RMM) se redujo en un 40 %, pasando de 328 a 197 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, con una reducción de la tasa media anual del 2,2 % según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (5). A pesar de estos avances persisten desigualdades entre regiones; es así como, Europa oriental logró una disminución del 75 % (de 38 a 9) y Asia meridional del 71 % (de 405 a 117), mientras que, en regiones como África Subsahariana, África septentrional y Asia occidental, Australia y Nueva Zelanda, Asia oriental y sudoriental y Oceanía el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se redujo en más de la mitad (6,7).

Para el 2023, aproximadamente el 75 % de las muertes maternas en el mundo se relacionan con hemorragias obstétricas, sepsis de origen obstétrico, hipertensión asociada al embarazo, complicaciones en el parto y abortos peligrosos (6). Entre 2009 y 2020, la hemorragia obstétrica se mantuvo como la principal causa de muerte (27 %), con variación a nivel regional, representando 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. En América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos del embarazo representaron el 22 % de las muertes maternas, aproximadamente el doble de lo observado en regiones como Australia y Nueva Zelanda (10 %) (8).

Entre el 2000 y 2023 en América Latina y el Caribe la RMM ha disminuido 16,8 %, siendo la región con menor reducción a nivel global. De los cuatro países con mayor incremento en la razón de mortalidad materna (República Dominicana, Jamaica, Estados Unidos y la República Bolivariana de Venezuela), tres se encuentran en la región de América Latina y el Caribe (9). Según información reportada a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aún persisten diferencias en la RMM entre los países, es así como para el 2023, Chile (18,9) Uruguay (19,1) y Costa Rica (32,7) presentan razones bajas de mortalidad, mientras que República Dominicana (126,3) y Jamaica (136,9) reportan razones altas de mortalidad (10).

En Colombia, para 2024, se registró una RMM de 44,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, con una disminución del 13,2 % en el número de casos notificados con respecto al 2023. Las entidades territoriales con razones superiores al percentil 75 (55,1 por cada 100 000 nacidos vivos) fueron Chocó, Vichada, Vaupés, La Guajira, Putumayo, Buenaventura, Nariño, Cesar, Meta y Cauca. La principal causa de muerte es directa con el 62,8 % del total de muertes maternas; las principales causas directas corresponden a: hemorragia obstétrica (19,9 %), los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (17,9 %) y los eventos tromboembólicos (7,7 %) (11).

En el marco de la agenda global, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecen como meta reducir la mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (12). Sin embargo, las tendencias actuales indican que cerca del 80 % de los países no alcanzarán este objetivo, lo que ha motivado en la 77.^a Asamblea mundial de la salud el fortalecimiento de estrategias orientadas a garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, reorientar los sistemas de salud hacia un enfoque de atención primaria de salud y ampliar intervenciones costo eficaces basadas en la evidencia (13).

En Colombia, estas metas se han adoptado a través del CONPES 3918 de 2018 (14) y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (15,16), que establecen como objetivo la reducción de la mortalidad materna a 32 casos por cada 100 000 nacidos vivos. De manera complementaria, 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 (17).

Asimismo, 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 (18).

En este contexto, el presente informe tiene como objetivo describir el comportamiento de la notificación de casos de muerte materna, sus características sociales, demográficas y clínicas en Colombia durante el 2025, con el fin de fortalecer el monitoreo del evento y orientar la toma de decisiones en salud pública para su reducción.

2. Materiales y métodos.

Se realizó un análisis descriptivo transversal, como fuente de información se tomaron los casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) bajo el código de evento 551 entre 2021 al 2023 y código de evento 550 para 2024 y 2025. La información relacionada con el resumen de historia clínica, la entrevista familiar y el análisis de caso se toma del módulo unidad de análisis de Sivigila Web 4.0.

El análisis central de la mortalidad materna, se realizó con las muertes maternas tempranas; es decir, las ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación, cuya causa básica de muerte no corresponde a lesiones de causa externa.

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 (19). Se eliminaron los casos notificados con ajuste 6 y D, es decir aquellos que se notificaron con error en las variables llave 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 - 2025 datos complementarios. Para las variables contenidas en datos básicos, se verificó que: la fecha de notificación fuera igual o posterior a la fecha de defunción; el documento de identidad fuera consistente con la edad; la pertenencia étnica indígena con su respectivo grupo poblacional; en los casos donde se registró grupo poblacional “gestantes” se encontrara diligenciada la semana gestacional y el certificado de defunción estuviera correctamente diligenciado.

En relación con los datos complementarios, se evaluó que las mujeres con acceso a control prenatal tuvieran diligenciada la semana de inicio del control prenatal y el número de controles realizados. Asimismo, en los casos en los que el momento de la muerte se registró como “en los últimos 42 días posteriores al parto” o “entre 43 días y un año después del parto”, se verificó el diligenciamiento de la fecha de terminación de la gestación, el tipo de parto y el profesional que atendió el parto. No se identificaron datos atípicos.

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 2021 y 2024 comparado con 2025 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 con el total de muertes maternas tempranas y por otra parte excluyendo las muertes maternas con causa básica Covid-19 en los años 2021 al 2025.

Por entidad territorial de residencia se comparó la razón de muerte materna en 2025 frente al promedio histórico de 2021 – 2024, las diferencias estadísticas significativas se establecieron con un valor de p inferior a 0,05.

Para el procesamiento de la información se utilizó el software Microsoft Excel, OpenEpi versión 3.01, el análisis de tendencia de la razón de mortalidad materna se llevó a cabo por medio de Joinpoint versión 6.0.1

La fuente oficial de las estadísticas de mortalidad en el país corresponde al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Como limitación se encuentra la correspondencia con estadísticas vitales, dado que DANE dispone de un periodo de hasta nueve meses para el cierre de sus bases de datos. Durante este tiempo y mediante el cruce con diversas fuentes de información, se identifican defunciones que no fueron captadas por el sistema de vigilancia en salud pública lo que genera diferencias entre los datos publicados por ambas entidades. Adicionalmente, la información del sistema de vigilancia en salud pública se reporta según el calendario epidemiológico, el cual no coincide con el año calendario completo, lo que también contribuye a las discrepancias entre los datos publicados por el INS y el DANE.

2.1. Plan de análisis.

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.

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 2021 - 2024, RUAF ND datos preliminares 2025).

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 definieron como muertes maternas en estudio aquellas que, al momento del cierre de bases de datos, no contaba con la determinación de la cadena causal por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Las muertes maternas que contaban con una cadena causal preliminar emitida por esta institución se agruparon de acuerdo con su causa básica de muerte.

Se realizó un análisis de desigualdades mediante la correlación entre la razón de muerte materna (RMM) y el índice de pobreza multidimensional (IPM) publicado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el 2025. El resultado se presentó en un gráfico de dispersión, el cual se dividió en cuatro cuadrantes iguales: superior izquierdo (alta RMM y bajo nivel de pobreza), inferior izquierdo (baja RMM y bajo nivel de pobreza), superior derecho (alta RMM y alto nivel de pobreza) e inferior derecho (baja RMM y alto nivel de pobreza). Adicionalmente, se agrupó el IPM en quintiles según el nivel de pobreza. Para estimar la magnitud de

la desigualdad, se cálculo la diferencia entre el promedio de la RMM del quintil uno (población con menor nivel de pobreza) frente al quintil cinco (poblacion con mayor nivel de pobreza).

Se realizó el análisis del tablero de problemas identificado durante las unidades de análisis de los casos de mortalidad materna temprana en mujeres residentes en territorio colombiano registrados en el módulo unidad de análisis de Sivigila Web 4.0. Las situaciones y características identificadas se agruparon en tres categorías: mujer, familia – comunidad y servicios de salud. La información fue depurada y analizada de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos para la vigilancia del evento durante 2025.

2.2. 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 (20). 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.

SIVIGILA

3. Resultados.

Durante el 2025 se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 430 casos de muerte materna. Del total de registros, se excluyeron 12 casos con ajuste D, dos con ajuste 6 y un registro repetido; para un total de 415 casos analizados. De estos, 10 se notificaron con residencia en el exterior y 405 con residencia en Colombia.

Del total de casos de muertes maternas residentes en Colombia, 196 (48,4 %), se clasificaron como muertes maternas tempranas, 146 (36,0 %) como muertes maternas tardías y 63 (15,6 %) como muertes maternas por causas coincidentes (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación según tipo de muerte materna, Colombia, 2021 - 2025

Año	Tipo de muerte									Total
	Temprana	%	IC 95 %	Tardía	%	IC 95 %	Coincidente	%	IC 95 %	
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
2025	196	48,4	45,5 - 50,4	146	36,0	33,6 - 38,3	63	15,6	14,1 - 17,8	405

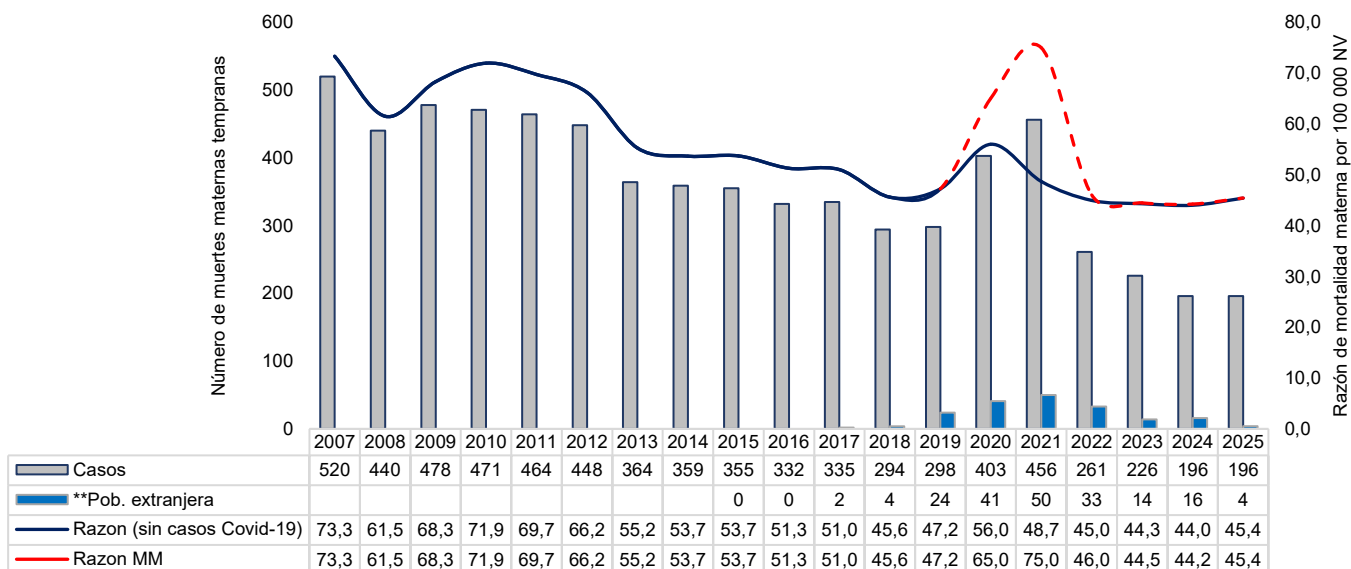
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 - 2025

La razón de mortalidad materna (RMM) en 2025 fue de 45,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (NV) (figura 1). Las entidades territoriales con razones superiores al percentil 75 (63,7 por cada 100 000 NV) fueron Guainía, Chocó, La Guajira, Casanare, Magdalena, Cesar, Norte de Santander, Nariño, Vichada y Atlántico (anexo 1).

En el análisis por regiones, se observa que, durante los últimos cinco años las regiones Caribe, Pacífica y Orinoquía han presentado las razones más elevadas encontrándose por encima de la razón nacional. Para 2025, la mayor RMM se observó en la región de la Amazonia (63,8 casos por 100 000 NV) seguida por la región Caribe (59,7 casos por 100 000 NV). Las entidades territoriales que mostraron un incremento en la razón para 2025, en comparación con el promedio histórico del periodo 2021 -2024, fueron Guainía, Norte de Santander, Cesar y Casanare (anexo 1).

En relación con la tendencia histórica de la mortalidad materna entre 2007 y 2025 presentó un promedio de 363 casos y una mediana de 359, con un rango intercuartílico de 114 (281 - 395). Se observó comportamiento hacia el descenso; con un cambio porcentual anual (APC por sus siglas en ingles) de -2,4 (IC 95% -3,2 a -1,3; p 0,001) lo que representa un descenso estadísticamente significativo (anexo 2).

Figura 1. Razón de muerte materna, Colombia, 2007 a 2025



Fuente: numerador: DANE - Estadísticas Vitales - Defunciones 2007 – 2018; Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019 – 2025. Denominador: Nacidos vivos DANE 2007 a 2024, RUAF ND 2025 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 la notificación de muertes maternas, en comparación con el promedio histórico del periodo 2021 - 2024 por entidad territorial de residencia, se observó decremento estadísticamente significativo en 2025 para Antioquia, Bogotá D.C, Bolívar, Cartagena, Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Meta, así como un incremento en Guainía y Norte de Santander. Al realizar el análisis excluyendo las muertes maternas por Covid-19 durante el periodo 2021 - 2024, se mantuvo un comportamiento hacia el decremento en Bolívar, Cartagena, Cauca y Chocó, mientras que se observó un incremento en Casanare, Guainía y Norte de Santander (anexo 3).

En el análisis desagregado por municipios se observó decremento estadísticamente significativo en Maicao (La Guajira) y un incremento estadísticamente significativo en Bagadó (Chocó), Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia) y Ábrego (Norte de Santander) (anexo 4).

Respecto las principales características sociales y demográficas de los últimos cinco años analizados, se observó que la RMM es más alta en edades extremas (10 a 14 años y mayores de 40 años); a partir de los 25 años la razón se incrementa progresivamente con la edad; para el 2025 la RMM más elevada se ubicó en las mujeres mayores de 40 años (120,9 muertes por cada 100 000 NV). En relación con el área de residencia, el 63,8 % correspondió a mujeres residentes en cabecera municipal, sin embargo, la RMM más elevada se presentó en el área rural dispersa (70,9 muertes por cada 100 000 NV).

Según el régimen de afiliación en salud, el régimen subsidiado presentó la razón más alta (56,4 muertes por cada 100 000 NV), concentrando el 69,4 % de las muertes notificadas en 2025. Por su parte, la población no asegurada también presentó una razón elevada (49,3 muertes por cada 100 000 NV), sin embargo, se observó una tendencia al descenso en el número de casos, pasando de 52 muertes en 2022 a seis muertes en 2025, lo que representó el 3,1 % del total de muerte notificadas para este año.

En los últimos cuatro años analizados, el 55 % de las muertes maternas se notificaron en mujeres afiliadas a las EPS: Nueva EPS, Coosalud, Salud Total, Asmet Salud, Cajacopi y Mutual Ser.

En el análisis del comportamiento inusual de las variables sociodemográficas, se presentó un decremento estadísticamente significativo en comparación con el promedio histórico 2021 – 2024, en el grupo de edad de 10 a 14 y en las mujeres con pertenencia étnica afrocolombiana, este comportamiento se mantuvo al realizar el análisis excluyendo los casos de Covid-19 (tabla 2).

Tabla 2. Características sociales y demográficas de los casos de mortalidad materna en Colombia, 2021 – 2025

Variables sociodemográficas	2021			2022			2023			2024			2025		
Grupos de edad	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón
10 a 14 años	4	0,9	83,3	1	0,4	24,1	6	2,7	158,4	3	1,5	95,7	0	0,0	0,0
15 a 19 años	34	7,5	32,3	34	13,0	36,8	25	11,1	32,3	29	14,8	46,0	30	15,3	52,2
20 a 24 años	76	16,7	44,1	60	23,0	38,7	40	17,7	29,3	35	17,9	29,7	38	19,4	34,0
25 a 29 años	111	24,3	72,9	48	18,4	33,1	45	19,9	34,3	46	23,5	39,5	39	19,9	33,7
30 a 34 años	118	25,9	114,9	52	19,9	51,1	46	20,4	48,0	35	17,9	40,6	36	18,4	41,5
35 a 39 años	76	16,7	139,3	47	18,0	88,5	46	20,4	92,8	30	15,3	68,2	38	19,4	85,7
40 y más años	37	8,1	233,3	19	7,3	122,4	18	8,0	125,9	18	9,2	142,8	15	7,7	120,9
Área de residencia	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón
Cabecera municipal	329	72,1	72,2	165	63,2	38,8	154	68,1	40,6	137	69,9	41,2	125	63,8	38,4
Centro poblado	45	9,9	98,6	19	7,3	46,3	16	7,1	45,7	14	7,1	50,6	15	7,7	55,4
Rural disperso	82	18,0	76,6	77	29,5	76,6	56	24,8	59,3	45	23,0	54,1	56	28,6	70,9
Tipo de seguridad social	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón
Contributivo	134	29,4	64,4	51	19,5	24,7	60	26,5	31,3	47	24,0	26,9	50	25,5	29,0
Subsidiado	259	56,8	77,9	181	69,3	57,3	150	66,4	51,7	134	68,4	53,9	136	69,4	56,4
No asegurado	52	11,4	91,0	28	10,7	75,9	10	4,4	47,5	12	6,1	83,5	6	3,1	49,3
Pertenencia étnica	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón	Casos	%	Razón
indígena	49	10,7	146,0	42	16,1	147,4	36	15,9	137,4	44	22,4	184,2	49	25,0	205,1
Afrocolombiano	29	6,4	114,8	21	8,0	97,9	15	6,6	77,5	18	9,2	111,1	14	7,1	91,1
Otros	378	82,9	68,9	198	75,9	38,3	175	77,4	37,8	134	68,4	33,3	133	67,9	33,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 - 2025. Nacidos vivos DANE 2021 – 2024. RUAF ND datos preliminares 2025

Se realizó análisis de la mortalidad materna en población indígena desagregado por entidad territorial, observando que Antioquia, Cesar, Chocó, La Guajira, Huila, Magdalena y Vichada presentaron razones superiores al percentil 75 en al menos tres años de los últimos cinco años analizados (anexo 5).

Al desagregar el análisis por pueblo indígena, se identificó que, en este mismo periodo de tiempo alrededor del 60 % de los casos se concentra en el pueblo Wayuu, Nasa, Arhuaco, Sikuani y Embera Katio. En cuanto a la distribución territorial, el 99 % de los casos del pueblo Wayuu residen en La Guajira, el 67 % de casos del pueblo Nasa en Cauca y el 71 % de casos del pueblo Arhuaco en Cesar. Respecto a las características sociales y demográficas de las muertes en mujeres con pertenencia étnica indígena, para 2025 las mayores razones se registraron en mujeres de 35 a 39 años (485 muertes por cada 100 000 NV), seguidas del grupo de 15 a 19 años (300 muertes por cada 100 000 NV). Asimismo, se observaron razones más elevadas en mujeres no afiliadas al

sistema de salud (226 muertes por cada 100 000 NV) y residentes en centros poblados (207 muertes por cada 100 000 NV).

En cuanto a la mortalidad materna en mujeres con nacionalidad extranjera, durante el 2025 representó el 4,9 % (n=10) del total de casos notificados, evidenciando una reducción del 60,0 % en comparación con 2024. Las entidades territoriales con notificación de muertes maternas fueron Amazonas, Arauca, Barranquilla, Bogotá D.C, Guainía, La Guajira y Vichada. En los cinco años analizados alrededor del 90 % correspondió a mujeres de nacionalidad venezolana. En el análisis del comportamiento inusual, Bogotá D.C, La Guajira y Norte de Santander presentaron un decremento al compararlo con el promedio histórico del periodo 2021 – 2024 (anexo 6).

Por otra parte, entre las mujeres notificadas para morbilidad materna extrema durante el 2025, se identificaron factores asociados con mayor riesgo de muerte materna, estos incluyeron: edad mayor de 35 años (RR: 1,72; IC 95 %: 1,2–2,3), afiliación al régimen subsidiado (RR: 1,87; IC 95 %: 1,4–2,5), pertenencia étnica indígena (RR: 6,53; IC 95 %: 4,7–9,0), residencia en área rural dispersa (RR: 2,37; IC 95 %: 1,7–3,2) y ausencia de control prenatal (RR: 5,79; IC 95 %: 4,4–7,7) (tabla 3).

Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados entre mortalidad materna y morbilidad materna extrema, Colombia, 2025

Grupos de edad	Casos MM	Casos MME	X2	RR - IC 95 %
Menor a 29 años	107	22615	0,01	0,73 (0,5 - 0,9)
Mayor a 35 años	53	6469	0,00	1,72 (1,2 - 2,3)
Tipo de seguridad social	Casos MM	Casos MME	X2	RR - IC 95 %
Contributivo	50	14349	0,00	0,52 (0,4 - 0,7)
Subsidiado	136	20149	0,00	1,87 (1,4 - 2,5)
Pertenencia étnica	Casos MM	Casos MME	X2	RR - IC 95 %
Indígena	49	1730	0,00	6,53 (4,7 - 9,0)
Otros	133	33068	0,00	0,22 (0,2 - 0,3)
Área de residencia	Casos MM	Casos MME	X2	RR - IC 95 %
Cabecera municipal	125	29088	0,00	0,45 (0,3 - 0,6)
Rural disperso	56	5240	0,00	2,37 (1,7 - 3,2)
Número de controles prenatales	Casos MM	Casos MME	X2	RR - IC 95 %
Sin control prenatal	85	4194	0,00	5,79 (4,4 - 7,7)
Uno o más controles prenatales	111	32295	0,00	0,17 (0,1 - 0,2)
Cuatro o más controles prenatales	82	27494	0,00	0,23 (0,2 - 0,3)

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025, evento muerte materna – morbilidad materna extrema

De acuerdo con la causa de muerte, en los cinco años analizados las muertes maternas directas han predominado, con un promedio anual del 60 %, exceptuando el año 2021, donde las muertes indirectas fueron las más frecuentes a expensas del COVID-19.

Las principales causas de muerte materna directa han sido los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, la hemorragia obstétrica, los eventos tromboembólicos y la sepsis de origen obstétrico. Para el 2025 el 63,8 % de los casos correspondió a muertes maternas directas y el 33,7 % a muertes maternas indirectas. Entre las causas directas, los trastornos hipertensivos del embarazo representaron el mayor porcentaje (19,9 %), seguidos de la hemorragia obstétrica (17,9 %). En cuanto a las causas indirectas, la mayor proporción se agrupó en otras causas indirectas (11,7 %), seguida de la neumonía (10,8 %) (tabla 4).

Al comparar el comportamiento observado en 2025 con el promedio histórico del periodo 2021 – 2024, se evidenció un incremento estadísticamente significativo en las muertes maternas por embarazo terminado en aborto con causa directa sepsis, así como en las muertes indirectas por neumonía y malaria (tabla 4).

Tabla 4. Mortalidad materna por tipo y causa de muerte agrupada, Colombia, 2021-2025

Causa agrupada	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
DIRECTA	185	40,6	170	65,1	153	67,7	123	62,8	125	63,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	76	16,7	62	23,8	44	19,5	35	17,9	39	19,9
Hemorragia obstétrica	49	10,7	43	16,5	37	16,4	39	19,9	35	17,9
Evento tromboembólico como causa básica	22	4,8	18	6,9	24	10,6	11	5,6	17	8,7
Sepsis relacionada con el embarazo	21	4,6	20	7,7	19	8,4	11	5,6	12	6,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	0,7	4	1,5	5	2,2	6	3,1	8	4,1
Embarazo ectópico	0	0,0	8	3,1	11	4,9	10	5,1	7	3,6
Embolia de líquido amniótico	0	0,0	5	1,9	4	1,8	4	2,0	4	2,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	0,4	4	1,5	3	1,3	3	1,5	3	1,5
Otras causas directas	8	1,8	4	1,5	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Complicaciones no esperadas al tratamiento	0	0,0	0	0,0	4	1,8	1	0,5	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	4	0,9	2	0,8	1	0,4	2	1,0	0	0,0
INDIRECTA	271	59,4	84	32,2	69	30,5	65	33,2	66	33,7
Otras causas indirectas	54	11,8	37	14,2	26	11,5	29	14,8	23	11,7
Sepsis no obstétrica: neumonía	27	5,9	11	4,2	13	5,8	7	3,6	20	10,2
Sepsis no obstétrica	13	2,9	12	4,6	12	5,3	10	5,1	10	5,1
Otras causas indirectas: cáncer	9	2,0	14	5,4	10	4,4	9	4,6	7	3,6
Otras causas indirectas: malaria	1	0,2	0	0,0	2	0,9	0	0,0	3	1,5
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	0,9	2	0,8	3	1,3	4	2,0	2	1,0
Otras causas indirectas: VIH/SIDA	2	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5
Otras causas indirectas: dengue	1	0,2	2	0,8	2	0,9	4	2,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por COVID-19	160	35,1	6	2,3	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Desconocida/indeterminada	0	0,0	5	1,9	2	0,9	1	0,5	1	0,5
En estudio	0	0,0	2	0,8	2	0,9	7	3,6	4	2,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 - 2025

Para 2024, la principal causa de muerte materna directa correspondió a la hemorragia obstétrica. En el análisis desagregado, se identificó que el 41,0 % de estas muertes ocurrieron en mujeres con pertenencia étnica indígena principalmente en los grupos poblacionales Embera, Wayuu, Awa y Sikuani. Asimismo, el 46 % de las muertes correspondió a mujeres residentes en áreas rurales, con mayor concentración en las entidades territoriales de Chocó (23,1 %), La Guajira (10,3 %), Nariño (10,3 %), Norte de Santander (7,7 %) y Vichada (7,7 %).

Para 2025, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo se ubicaron nuevamente como la principal causa de muerte materna. En el análisis desagregado, se observó que el 71,8 % de las muertes correspondieron a otros grupos poblacionales y el 20,5 % a población con pertenencia étnica indígenas de los pueblos Wayuu, Arhuaco y Piapoco. Asimismo, el 59,0 % de las muertes se concentró en las entidades territoriales de Cesar, La Guajira, Bogotá D.C, Antioquia, Barranquilla y Magdalena.

En el análisis de las causas de muerte por regiones del país, se observó que, para 2025 los trastornos hipertensivos asociados al embarazo constituyen la principal causa de muerte en las regiones Amazonia y Caribe; por otro lado, la hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte en las regiones Orinoquia, Pacífica y Andina. Al comparar las razones observadas en 2025 con el promedio histórico del periodo 2021 – 2024, se

identificó un incremento de la hemorragia obstétrica en la región de la Amazonia, mientras que en la región de la Orinoquia se evidenció un decremento en la sepsis de origen obstétrico (anexo 7).

La correlación entre la razón de muerte materna y el índice de pobreza multidimensional presentó un coeficiente de correlación de 0,08 lo que indica que no existe ningún patrón lineal entre las variables. En el análisis por cuadrantes las entidades territoriales de Magdalena, Cesar, Nariño, Norte de Santander y Putumayo se ubicaron en el cuadrante superior derecho con una alta RMM y altos niveles de pobreza. Por su parte, Antioquia, Bogotá D.C, Bolívar, Caquetá, Córdoba, Huila, Risaralda y Tolima se situaron en el cuadrante de baja RMM y menor nivel de pobreza, no obstante, en estas entidades la razón de mortalidad materna se mantiene por encima de la meta establecida en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031. Al analizar la desigualdad por quintiles, se observó una diferencia de 26 muertes por cada 100 000 nacidos vivos entre el quintil con mayor nivel de pobreza y el quintil con menor nivel de pobreza (anexo 8).

En cuanto al análisis de los indicadores definidos para la vigilancia del evento, se observó un incremento entre las fuentes DANE y Sivigila durante los últimos 4 años, alcanzando para 2024 una correspondencia del 94,3 % (anexo 9).

Por otra parte, para 2025 se observó un cumplimiento en la realización de las unidades de análisis de mortalidad materna del 97,2 % (n=179) y una oportunidad en su realización de 78,2 % (n=140).

La categoría con mayor frecuencia de reporte correspondió a servicios de salud (43,6 %), en la cual predominó el factor prestación de servicios individuales. Dentro de este, se identificaron como principales situaciones específicas el diagnóstico tardío o inadecuado, el tratamiento inadecuado o inoportuno y fallas en los mecanismos de seguimiento. En segundo lugar, se ubicaron las acciones de promoción y mantenimiento de la salud destacándose el incumplimiento en las acciones de demanda inducida (consulta preconcepcional). En tercer lugar, se identificaron los procesos de gestión del talento humano, en los que se observaron situaciones como insuficiente disponibilidad del talento humano y deficiencias en el trato respetuoso y de cuidado establecido en los derechos del paciente.

La categoría mujer representó el 28,1 %, predominando el factor relacionado con los conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Entre las principales situaciones se identificaron la baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud, falta de autonomía para la toma de decisiones en salud y la inoportunidad en la toma de decisiones para acceder a servicios de salud. Así mismo se destacó el factor individuo en condición vulnerable o riesgo social, observando la afiliación al régimen subsidiado en salud, bajo nivel educativo y riesgo por edad mayor a 35 años.

Finalmente, la categoría familia y comunidad correspondió al 4,0 %, en la que predominó el factor barreras en el acceso a los servicios de salud; como situación específica se describieron barreras geográficas, físicas y económicas para el acceso a los servicios de salud (anexo 10).

4. Discusión

A nivel mundial se han documentado avances en la disminución de la mortalidad materna, estos han sido desiguales entre regiones, siendo América Latina y el Caribe una de las regiones con menor reducción. Los hallazgos del presente informe son coherentes con este contexto, evidenciando que, a pesar de la disminución en el número de casos, persisten inequidades territoriales y poblacionales que limitan el cumplimiento de las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (9).

La mortalidad materna en Colombia durante 2025 presentó una razón de 45,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, con una tendencia histórica al descenso estadísticamente significativa, sin embargo, la razón permanece por encima de la meta nacional establecida en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (14,16). 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 aún falta fortalecer los procesos para evitar mortalidades prevenibles (13).

Las razones más altas se concentran en entidades territoriales como Guainía, Chocó, La Guajira, Norte de Santander, Nariño, Vichada y regiones como Caribe, Pacífica y Orinoquia. Este patrón se asocia a determinantes estructurales relacionados con las condiciones económicas, dispersión geográfica y acceso a los servicios de salud (2). De igual manera, al comparar Colombia con países de la región, presenta una razón por debajo de República Dominicana y Jamaica, pero se encuentra con una razón superior a Chile, Uruguay y Costa Rica, lo que pone en evidencia las expresiones de inequidad y desigualdad entre los territorios (10).

En el análisis de desigualdades se observó una diferencia de 26 muertes por cada 100 000 nacidos vivos entre el quintil con mayor nivel de pobreza y el quintil con menor nivel de pobreza, lo cual es consistente con lo publicado por Naciones Unidas, en donde se documenta que en América Latina la mortalidad materna en los quintiles de menor ingreso puede ser hasta siete veces mayor en comparación con los grupos más favorecidos, lo que resalta el impacto de la inequidad social en este evento (21).

La población indígena continúa presentando las razones más elevadas de mortalidad materna en el país. 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).

Por otro lado, las mujeres con pertenencia étnica indígena registran razones elevadas en mayores de 35 años, no afiliadas al sistema de salud y residencia en áreas rurales. Factores como la etnicidad, ubicación geográfica y afiliación al sistema de salud, 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 observó que la razón de muerte materna aumenta con la edad, siendo más alta en mujeres mayores de 40 años. Asimismo, en mujeres mayores de 35 años se identificó un mayor riesgo de muerte en comparación con aquellas que presentaron morbilidad materna extrema, lo cual es concordante con lo descrito en la literatura, donde la edad materna avanzada se reconoce como un factor determinante para el desarrollo 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 (26); en este sentido, estudios de cohorte han evidenciado que las mujeres en este grupo de edad presentan un riesgo ocho veces mayor de embolia de líquido amniótico y tres veces mayor de morbilidad

materna grave en comparación con mujeres de 25 a 29 años. Además, registran mayores tasas de cesárea, preeclampsia, hemorragia posparto, diabetes gestacional, eventos tromboticos e histerectomía (27).

En relación con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se observó un mayor riesgo de mortalidad materna en mujeres afiliadas al régimen subsidiado. Al analizar el comportamiento de esta variable en los últimos cinco años, se evidenció una disminución de las mujeres sin afiliación y un aumento en la afiliación al régimen subsidiado. No obstante, cerca del 80 % de las muertes maternas en población no afiliada correspondieron a mujeres migrantes de nacionalidad venezolana, lo que pone en evidencia el alto grado de vulnerabilidad social y económica por el que atravesaron las gestantes migrantes (28).

Por otra parte, se ha demostrado que el acceso oportuno y la adecuada frecuencia de controles prenatales durante la gestación reduce significativamente la morbilidad materna y perinatal (29). La asistencia 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 (30). En Colombia, las mujeres que realizaron cuatro o más controles prenatales presentaron un menor riesgo (RR 0,23; IC 95%: 0,2–0,3) en comparación con aquellas que no asistieron a ninguno (RR 5,79; IC 95%: 4,4–7,7), lo que resalta la importancia del fortalecimiento de las estrategias de acceso y adherencia al control prenatal como intervención clave para la reducción del evento.

Desde el punto de vista clínico, las causas directas representan la principal causa de muerte en el país, destacándose los trastornos hipertensivos asociados al embarazo y la hemorragia obstétrica. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que estas condiciones siguen siendo las principales causas de muerte materna a nivel global y que son altamente prevenibles mediante intervenciones oportunas y de calidad. Este hallazgo evidencia oportunidades de mejora en la detección temprana y el manejo adecuado de complicaciones obstétricas (6).

La mortalidad por hemorragia obstétrica se relaciona con variaciones en la oportunidad del diagnóstico, el acceso a la atención de la emergencia obstétrica y la capacidad de respuesta de los servicios de salud, particularmente en contextos con barreras geográficas y limitaciones en la disponibilidad de talento humano e insumos críticos (6,8). Este comportamiento es consistente con lo observado en Colombia, donde factores como la lejanía a los servicios de salud, las limitaciones económicas y la presencia de prácticas no seguras antes o durante el embarazo, el parto y el puerperio han contribuido a la ocurrencia del evento.

El trastorno hipertensivo asociado al embarazo está estrechamente relacionado con la detección tardía y el manejo inadecuado durante el control prenatal y la atención del parto, lo que evidencia la importancia de una vigilancia clínica oportuna y una adecuada clasificación del riesgo obstétrico (31). Asimismo, su ocurrencia se asocia a factores como la edad materna avanzada, etnia, comorbilidades preexistentes y barreras en el acceso a servicios de salud (32), lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de atención integral, desde la detección temprana hasta la atención especializada, con el fin de reducir la ocurrencia de desenlaces adversos prevenibles.

Como factores asociados con mayor riesgo de mortalidad materna se identificaron la edad mayor de 35 años, afiliación al régimen subsidiado, pertenencia étnica indígena, residir en área rural dispersa y ausencia de control prenatal. En el artículo publicado por Diana y colaboradores; respalda que factores como la falta de atención prenatal, condiciones clínicas preexistentes y retrasos en la atención están estrechamente asociados con un mayor riesgo de mortalidad materna (33).

En el análisis del tablero de problemas se identificó que factores relacionados con la prestación del servicio de salud como el diagnóstico tardío, el tratamiento inadecuado o inoportuno y las fallas en los mecanismos de seguimiento son los principales hallazgos en las unidades de análisis de las muertes maternas del país. En el

estudio realizado por Qian et al, evidencia que una alta proporción de las muertes maternas son prevenibles y están asociadas a fallas en la atención en salud, incluyendo aspectos del sistema, del proveedor y del acceso a servicios (34). Por otro lado, 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 (35).

A nivel individual, el predominio del factor relacionado con los conocimientos, actitudes y prácticas en salud refleja la persistencia de brechas educativas y culturales en salud materna. En zonas rurales del país, las mujeres presentan un bajo reconocimiento de los signos de alarma obstétrica, una limitada apropiación de sus derechos en salud y patrones de comportamiento que, en algunos contextos, priorizan prácticas tradicionales frente al acceso oportuno a los servicios de salud institucionales (36). Estas dificultades están mediadas por el entorno social, educativo y económico en el que se encuentran, configurándose como determinantes estructurales de la mortalidad materna (37). Estudios como el de Ricaurte y colaboradores han documentado 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 (36).

En conjunto, los hallazgos del presente informe confirman que la mortalidad materna en Colombia continúa siendo un evento prevenible, determinado por la interacción de factores sociales, económicos y del sistema de salud. La persistencia de desigualdades, la concentración en poblaciones vulnerables y el predominio de causas evitables evidencian la necesidad de fortalecer las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de la atención, reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud y abordar los determinantes sociales que condicionan la salud materna.

5. Conclusiones.

La mortalidad materna durante 2025 presentó una razón de 45,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (NV), con el mismo número de casos notificados respecto al año anterior.

La tendencia histórica mostró comportamiento hacia el descenso; con un cambio porcentual anual (APC por sus siglas en inglés) de -2,4 (IC 95% -3,2 a -1,3; p 0,001) lo que representa un descenso estadísticamente significativo; sin embargo, no se cumple con la meta establecida en Plan Decenal de Salud Pública.

Las entidades territoriales que para el 2025 presentaron razón por encima del percentil 75 fueron Guainía, Chocó, La Guajira, Casanare, Magdalena, Cesar, Norte de Santander, Nariño, Vichada y Atlántico.

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

Entre las mujeres que se notificaron con morbilidad materna extrema tiene mayor riesgo de muerte las mujeres con edad mayor de 35 años (RR: 1,72; IC 95 %: 1,2–2,3), afiliación al régimen subsidiado (RR: 1,87; IC 95 %: 1,4–2,5), pertenencia étnica indígena (RR: 6,53; IC 95 %: 4,7–9,0), residencia en área rural dispersa (RR: 2,37; IC 95 %: 1,7–3,2) y ausencia de control prenatal (RR: 5,79; IC 95 %: 4,4–7,7).

El 60 % de los casos con pertenencia étnica indígena se concentró en el pueblo Wayuu, Nasa, Arhuaco, Sikuani y Embera Katio.

En los años analizados la principal causa de muerte materna ha sido directa, predominando los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, la hemorragia obstétrica y los eventos tromboembólicos; los cuales pueden ser evitables con un adecuado abordaje del control prenatal y de la emergencia obstétrica.

Para el 2025 se observó un incremento estadísticamente significativo en las muertes maternas por embarazo terminado en aborto con causa directa sepsis, así como en las muertes indirectas por neumonía y malaria.

En el análisis de desigualdades se observó una diferencia de 26 muertes por cada 100 000 nacidos vivos entre el quintil con mayor nivel de pobreza y el quintil con menor nivel de pobreza, lo que refleja la influencia de determinantes sociales y barreras de acceso a servicios de salud en la ocurrencia del evento.

Con base en las unidades de análisis la categoría donde se identificaron más situaciones problema fue servicios de salud, como factor predominante de esta categoría la prestación de servicios individuales, con predominio en diagnóstico tardío o inadecuado, tratamiento inadecuado o inoportuno y 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 con mayor riesgo.

Promover acciones intersectoriales orientadas a abordar los determinantes sociales de la mortalidad materna, incluyendo educación, condiciones de vida y acceso a servicios de salud.

Garantizar la realización de las unidades de análisis de mortalidad materna, así como la adopción de planes de mejoramiento que busquen disminuir las brechas identificadas.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)

Articular con entidades territoriales la implementación del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, priorizando territorios con mayores inequidades.

Garantizar la afiliación efectiva y continuidad en la atención, priorizando la identificación y vinculación de personas en capacidad de gestar no aseguradas.

Garantizar la oportunidad en el acceso a servicios materno-perinatales, incluyendo: consulta preconcepcional, control prenatal, atención especializada para las emergencias obstétricas.

Implementar modelos de gestión del riesgo individual, con seguimiento nominal de la cohorte de gestantes y orientar la gestión por alerta ante incumplimientos.

Monitorear y evaluar el desempeño de su red prestadora de servicios de salud en calidad del control prenatal, resultados materno-perinatales y cumplimiento de indicadores de vigilancia epidemiológica.

Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Fortalecer la calidad de la atención obstétrica mediante la adopción de las guías de práctica clínica para el manejo de: trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia obstétrica, sepsis y evento tromboembólico.

Mejorar la capacidad resolutoria de los servicios, garantizando: disponibilidad del talento humano en salud, acceso a medicamentos e insumos esenciales y funcionamiento de servicios de urgencias obstétricas.

Implementar estrategias para mejorar la detección temprana de riesgos obstétricos, con énfasis en el control prenatal de calidad y la estratificación del riesgo.

Fortalecer los procesos de seguimiento clínico y continuidad del cuidado, especialmente en el posparto, con enfoque en prevención de complicaciones.

Garantizar la prestación de servicios bajo un enfoque de humanización de la atención y respeto por los derechos de las usuarias, reduciendo barreras relacionadas con trato inadecuado o discriminación.

Fortalecer la detección temprana del riesgo obstétrico, garantizando la captación temprana de gestantes para inicio del control prenatal, con énfasis en mujeres adolescentes, mayores de 35 años y población en zonas rurales dispersas.

Implementar estrategias extramurales y comunitarias para reducir barreras de acceso, especialmente en zonas rurales dispersas y poblaciones étnicas.

7. Referencias

1. 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.>
2. 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>
3. 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>
4. 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 doi:10.33610/UFOZ8779
5. UNICEF. Mortalidad materna [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
6. 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>
7. World Health Organization. Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva; 2025 Apr [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789240108462-eng.pdf>
8. 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. 2025 Apr;13(4):e626–34. doi:10.1016/S2214-109X(24)00560-6
9. UNFPA. América Latina y el Caribe necesita acelerar los avances en la reducción de la mortalidad materna para alcanzar las metas globales en 2030 [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 14]. Available from: <https://reliefweb.int/report/world/america-latina-y-el-caribe-necesita-acelerar-los-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-para-alcanzar-las-metas-globales-en-2030>
10. Organización Panamericana de la Salud. Portal de indicadores básicos Región de las Américas [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 14]. Available from: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#latestdata>

11. García AM, Benavides M. Informe de mortalidad materna, Colombia, 2024 [Internet]. Bogotá D.C; 2025 Jul [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
12. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
13. 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. 2024 Apr 28. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF5-sp.pdf
14. Departamento nacional de planeación. Documento CONPES 3918. Colombia [Internet]. 2018. p. 1–74. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
15. 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
16. 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
17. 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>
18. 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>
19. 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_col2005.pdf
20. 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>
21. Naciones Unidas. Noticias ONU [Internet]. 2024 [cited 2026 May 28]. La mortalidad materna entre las mujeres más pobres de América Latina es siete veces mayor que la de las mujeres más ricas. Available from: <https://news.un.org/es/story/2024/10/1533686>

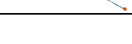
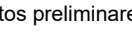
22. Guadalupe Vargas ME, BTJJ, ZCMN, GDAK, & GMJM. Disparidades étnicas en la mortalidad materna: Un enfoque en los grupos mestizo, indígena y afroecuatoriano. Ciencia y Educación [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 30];835–44. Available from: <https://cienciayeduacion.com/index.php/journal/article/view/zenodo.15760449/1308>
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. 2017 Dec 20;68(4):256–65. doi:10.18597/RCOG.2925
24. UNFPA, OPS, UNICEF, et al. Determinantes Sociales de las Desigualdades en Mortalidad Materna y Neonatal en las Comunidades Indígenas Arhuaca y Wayuu [Internet]. 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>
25. UNFPA. Los factores sociales determinantes de la muerte y la discapacidad materna [Internet]. 2012 Jun [cited 2023 Jun 25]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>
26. Donoso S E, Villarroel del P L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev Med Chil. 2003 Jan;131(1). doi:10.4067/S0034-98872003000100008
27. Cabrera Ramos SG. Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2023 Oct 22;69(3). doi:10.31403/rpgo.v69i2553
28. 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. doi:10.18273/revsal.v51n3-2019004
29. 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. doi:10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.456-467
30. 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). doi:10.15649/cuidarte.v1i1.73
31. Bonet M, Barreix M, Gupta S, Tamrat T, Tunçalp Ö, Portela A. Efforts to implement WHO recommendations on antenatal, intrapartum and postnatal care. Bull World Health Organ. 2025 Sep 1;103(9):518-518A. doi:10.2471/BLT.25.294453
32. 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.
33. Diana S, Wahyuni CU, Prasetyo B. Maternal Complications and Risk Factors for Mortality. J Public Health Res. 2020 Jul 3;9(2). doi:10.4081/jphr.2020.1842

34. Qian J WCKB. Insights from preventability assessments across 42 state and city maternal mortality reviews in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2024 [cited 2026 May 29];232(4):232–394. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(24\)00870-6/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(24)00870-6/abstract)
35. 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*. 2016 Jul;30(4):279–86. doi:10.1016/j.gaceta.2016.02.010
36. Ricaurte-Cepeda M, Guerrero-Luna YP. Salud materna de mujeres indígenas. Experiencias tradicionales e institucionales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2024;42. doi:10.17533/udea.rfnsp.e353540
37. 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>



8. Anexos

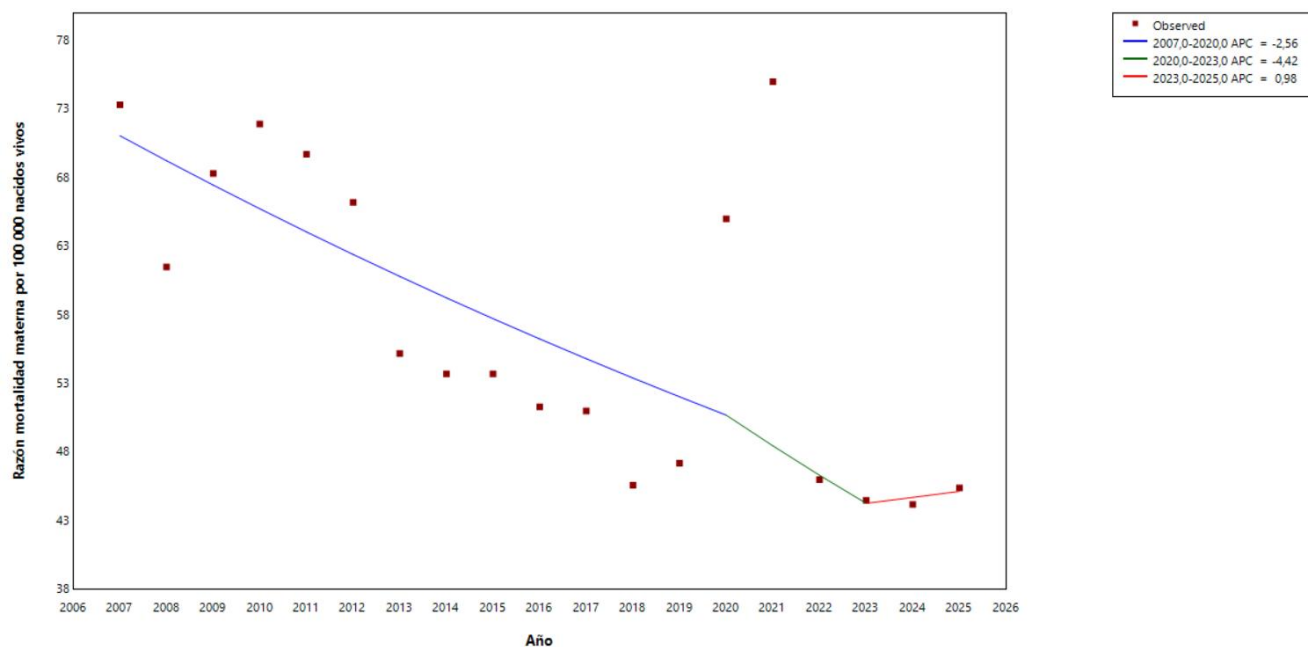
Anexo 1. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, 2021 – 2025

Entidad territorial de residencia	Casos 2021	Casos 2022	Casos 2023	Casos 2024	Casos 2025	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos						
						2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	Valor p
Colombia	456	261	226	196	196	75,0	46,0	44,5	44,2	45,4		0,47
Guainía	0	1	1	0	3	0,0	80,4	135,5	0,0	407,6		0,00
Putumayo	4	1	2	4	2	82,9	21,8	50,0	114,8	59,9		0,53
Caquetá	3	3	5	0	2	45,0	51,4	97,3	0,0	43,0		0,60
Amazonas	1	1	0	0	0	86,4	91,1	0,0	0,0	0,0		0,00
Guaviare	2	0	1	0	0	145,2	0,0	88,4	0,0	0,0		0,00
Vaupés	0	1	0	1	0	0,0	116,0	0,0	183,5	0,0		0,00
Total región amazonia	10	7	9	5	7	61,7	47,0	71,5	44,1	63,8		0,46
Norte de Santander	14	10	2	5	12	62,7	45,8	10,5	31,7	80,8		0,00
Tolima	12	4	6	4	5	76,4	27,3	45,9	36,1	44,6		0,91
Risaralda	6	3	3	2	3	60,0	32,9	36,6	26,6	43,1		0,66
Huila	8	5	5	7	5	46,3	30,8	33,0	53,9	40,0		0,91
Bogotá	46	23	18	20	19	68,7	35,5	29,6	35,4	34,1		0,36
Antioquia	38	22	18	16	17	54,1	33,0	30,5	30,7	33,1		0,63
Santander	22	1	5	5	6	85,5	4,1	22,8	26,8	32,7		0,80
Boyacá	4	6	4	2	3	32,4	49,9	35,3	19,5	31,1		0,71
Cundinamarca	24	10	10	13	8	75,0	32,1	34,4	48,0	30,2		0,05
Quindío	4	2	2	0	1	79,2	41,9	47,3	0,0	26,5		0,05
Caldas	7	1	1	1	0	89,0	12,9	14,9	17,0	0,0		0,00
Total región andina	185	87	74	75	79	64,8	31,8	29,8	33,8	36,5		0,64
La Guajira	33	22	19	23	19	130,7	99,4	93,4	132,6	109,2		0,73
Magdalena	17	11	10	5	9	106,8	79,8	81,8	51,9	98,5		0,17
Cesar	18	16	6	11	13	75,6	74,4	33,1	74,3	89,8		0,03
Atlántico	13	5	12	5	8	71,5	29,8	79,0	39,4	64,9		0,36
Santa Marta	14	6	4	2	3	175,7	74,4	52,3	32,2	49,9		0,00
Barranquilla	8	8	5	4	6	38,6	41,3	30,2	29,5	44,8		0,26
Bolívar	19	13	8	3	5	104,2	77,5	54,6	24,9	42,3		0,02
Córdoba	24	14	7	7	6	92,4	57,8	33,2	39,7	36,1		0,04
Sucre	8	5	7	2	2	53,8	36,7	58,4	21,0	22,2		0,01
Cartagena	11	10	10	0	2	62,6	58,4	65,3	0,0	16,5		0,00
Total región caribe	165	110	88	62	73	87,5	63,5	57,5	49,2	59,7		0,72
Casanare	8	0	2	1	5	129,2	0,0	36,8	21,5	108,6		0,00
Vichada	4	5	2	3	1	198,2	245,7	117,6	218,8	75,8		0,00
Meta	15	3	6	7	3	97,9	20,8	46,2	60,0	26,7		0,00
Arauca	4	2	2	0	0	91,2	49,8	57,4	0,0	0,0		0,00
Total región orinoquía	31	10	12	11	9	111,0	38,1	50,8	53,2	44,7		0,08
Chocó	19	14	8	15	9	198,1	192,7	120,4	255,8	154,9		0,04
Nariño	14	15	11	10	9	86,8	106,5	87,2	87,8	79,6		0,36
Buenaventura	4	1	5	3	1	84,2	27,7	152,2	111,8	40,4		0,00
Cali	11	5	5	5	5	51,0	24,7	27,3	29,7	30,2		0,70
Cauca	3	10	10	7	2	16,4	61,1	70,8	55,6	17,1		0,00
Valle del Cauca	14	2	4	3	2	74,3	11,7	26,8	22,2	15,1		0,00
Total región pacífica	65	47	43	43	28	72,9	59,8	61,5	68,4	45,8		0,05

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 - 2025. Nacidos vivos DANE, 2021 – 2024, RUAF ND datos preliminares 2025

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

Anexo 2. Tendencia de la razón de mortalidad materna en Colombia, 2007-2025



Annual Percent Change (APC)							
Segment	Lower Endpoint	Upper Endpoint	APC	Lower CI	Upper CI	Test Statistic	P-Value
1	2007	2020	-2,5623	-16,0914	17,4065	--	0,547890
2	2020	2023	-4,4156	-12,7796	1,8973	--	0,062388
3	2023	2025	0,9798	-1,9663	3,2409	--	0,444711

Annual Percent Change (APC)							
Segment	Lower Endpoint	Upper Endpoint	APC	Lower CI	Upper CI	Test Statistic	P-Value
1	2007	2025	-2,3695*	-3,2378	-1,3400	--	< 0,000001

Fuente: numerador: DANE - Estadísticas Vitales - Defunciones 2007 – 2018; Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019 – 2025. Denominador: Nacidos vivos DANE 2007 a 2024, RUAF ND 2025 datos preliminares

Anexo 3. Comportamiento inusual de muerte materna por entidad territorial de residencia, Colombia, 2021 – 2025

Entidad territorial de residencia	Mortalidad materna 2021 - 2025			Mortalidad materna 2021 - 2025 (Sin Covid-19)		
	Esperado	Observado	Variación % 2024 - 2025	Esperado	Observado	Variación % 2024 - 2025
Colombia	285	196	0,0	243	196	0,5
Amazonas	1	0	-	1	0	-
Antioquia	24	17	6,3	19	17	6,3
Arauca	2	0	-	2	0	-
Atlántico	9	8	60,0	7	8	60,0
Barranquilla	6	6	50,0	6	6	50,0
Bogotá	27	19	-5,0	23	19	-5,0
Bolívar	11	5	66,7	10	5	66,7
Boyacá	4	3	50,0	4	3	50,0
Buenaventura	3	1	-66,7	3	1	-66,7
Caldas	3	0	-100,0	2	0	-100,0
Cali	7	5	0,0	6	5	0,0
Caquetá	3	2	100,0	3	2	100,0
Cartagena	8	2	100,0	7	2	100,0
Casanare	3	5	400,0	2	5	400,0
Cauca	8	2	-71,4	7	2	-71,4
Cesar	13	13	18,2	11	13	18,2
Chocó	14	9	-40,0	14	9	-40,0
Córdoba	13	6	-14,3	10	6	-14,3
Cundinamarca	14	8	-38,5	12	8	-38,5
Guainía	1	3	100,0	1	3	100,0
Guajira	24	19	-17,4	21	19	-17,4
Guaviare	1	0	-	1	0	-
Huila	6	5	-28,6	6	5	-28,6
Magdalena	11	9	80,0	10	9	80,0
Meta	8	3	-57,1	6	3	-57,1
Nariño	13	9	-10,0	12	9	-10,0
Norte Santander	8	12	140,0	6	12	140,0
Putumayo	3	2	-50,0	3	2	-50,0
Quindío	2	1	100,0	1	1	100,0
Risaralda	4	3	50,0	3	3	50,0
Santa Marta	7	3	50,0	5	3	50,0
Santander	8	6	20,0	5	6	20,0
Sucre	6	2	0,0	5	2	0,0
Tolima	7	5	25,0	6	5	66,7
Valle del Cauca	6	2	-33,3	4	2	-33,3
Vaupés	1	0	-100,0	1	0	-100,0
Vichada	4	1	-66,7	4	1	-66,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 - 2025.

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

Anexo 4. Comportamiento inusual de muerte materna en municipios, Colombia, 2021 – 2025

Departamento	Municipio	Esperado	Observado	Variación % 2024 - 2025
Chocó	Bagadó	1	3	200
La Guajira	Dibulla	0	3	100
Antioquia	Segovia	0	2	100
Norte de Santander	Ábrego	0	2	100
La Guajira	Maicao	6	1	-86

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 - 2025.

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



Anexo 5. Tendencia de la razón de mortalidad materna en mujeres indígenas según entidad territorial de residencia, Colombia, 2021 – 2025

Entidad territorial de residencia	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	Situación
Colombia	146,0	147,4	137,4	184,2	205,1		Incremento
Amazonas	158,7	168,4	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Antioquia	458,0	0,0	409,0	230,9	913,2		Incremento
Arauca	597,0	0,0	421,9	0,0	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	781,3	0,0	0,0	740,7		Sin cambio
Bolívar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Boyacá	438,6	549,5	1360,5	0,0	0,0		Sin cambio
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Caldas	207,5	0,0	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	1612,9	0,0	0,0		Sin cambio
Cartagena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Casanare	704,2	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Cauca	23,2	81,8	93,2	73,6	79,6		Sin cambio
Cesar	229,4	631,6	160,5	168,1	1083,0		Incremento
Chocó	144,0	491,8	264,6	949,1	420,2		Sin cambio
Córdoba	0,0	0,0	0,0	270,3	296,7		Sin cambio
Cundinamarca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Guainía	0,0	0,0	162,9	0,0	479,2		Incremento
Guaviare	1075,3	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Guajira	175,0	132,7	137,6	163,7	141,9		Sin cambio
Huila	0,0	478,5	0,0	613,5	591,7		Sin cambio
Magdalena	0,0	0,0	943,4	1204,8	1315,8		Sin cambio
Meta	0,0	128,0	340,1	630,3	210,5		Sin cambio
Nariño	0,0	121,4	70,9	141,0	70,6		Sin cambio
Norte Santander	0,0	0,0	0,0	0,0	1041,7		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	0,0	104,6	120,6	0,0	123,3		Sin cambio
San Andres	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		Sin cambio
Santa Marta	0,0	0,0	0,0	0,0	4081,6		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	1574,8	0,0	0,0	0,0	840,3		Sin cambio
Valle del Cauca	0,0	0,0	0,0	0,0	617,3		Sin cambio
Vaupés	0,0	129,2	0,0	208,8	0,0		Sin cambio
Vichada	310,1	363,1	85,8	300,0	105,6		Sin cambio

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 - 2025. Nacidos vivos DANE, 2021 – 2024, RUAF ND datos preliminares 2025

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

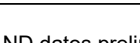
Anexo 6. Tendencia de la mortalidad materna en mujeres con nacionalidad extranjera, Colombia, 2021 – 2025

Entidad territorial	2021		2022		2023		2024		2025		Situación
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Extranjeros	63	13,3	42	15,6	23	9,7	25	12,2	10	4,9	Decremento
Venezolanas	61	96,8	42	100,0	22	95,7	25	100,0	9	90,0	Decremento
Amazonas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	Sin cambio
Antioquia	4	10,5	2	8,7	2	11,8	1	6,3	0	0,0	Sin cambio
Arauca	2	40,0	1	33,3	1	100,0	0	0,0	1	50,0	Sin cambio
Atlántico	8	24,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Barranquilla	0	0,0	2	18,2	1	7,1	0	0,0	1	7,7	Sin cambio
Bogotá	13	20,6	6	20,0	4	14,3	7	22,6	3	11,5	Decremento
Bolívar	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Boyacá	1	33,3	3	42,9	1	20,0	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	1	50,0	0	0,0	Sin cambio
Cali	0	0,0	2	22,2	0	0,0	2	14,3	0	0,0	Sin cambio
Caquetá	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Cartagena	0	0,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Casanare	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	15,4	1	5,9	1	14,3	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Chocó	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Córdoba	0	0,0	0	0,0	2	22,2	1	12,5	0	0,0	Sin cambio
Cundinamarca	1	8,3	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Guainía	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	Sin cambio
Guajira	12	37,5	5	21,7	3	15,0	5	22,7	1	6,3	Decremento
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	1	20,0	0	0,0	Sin cambio
Magdalena	2	8,7	3	42,9	1	50,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Meta	1	7,1	0	0,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0	Sin cambio
Nariño	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Norte Santander	6	33,3	4	30,8	1	33,3	6	75,0	0	0,0	Decremento
Putumayo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Quindío	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Risaralda	0	0,0	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	2	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Santa Marta	0	0,0	3	27,3	3	23,1	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Sucre	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	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	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Vaupés	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
Vichada	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	100,0	Sin cambio

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 - 2025.

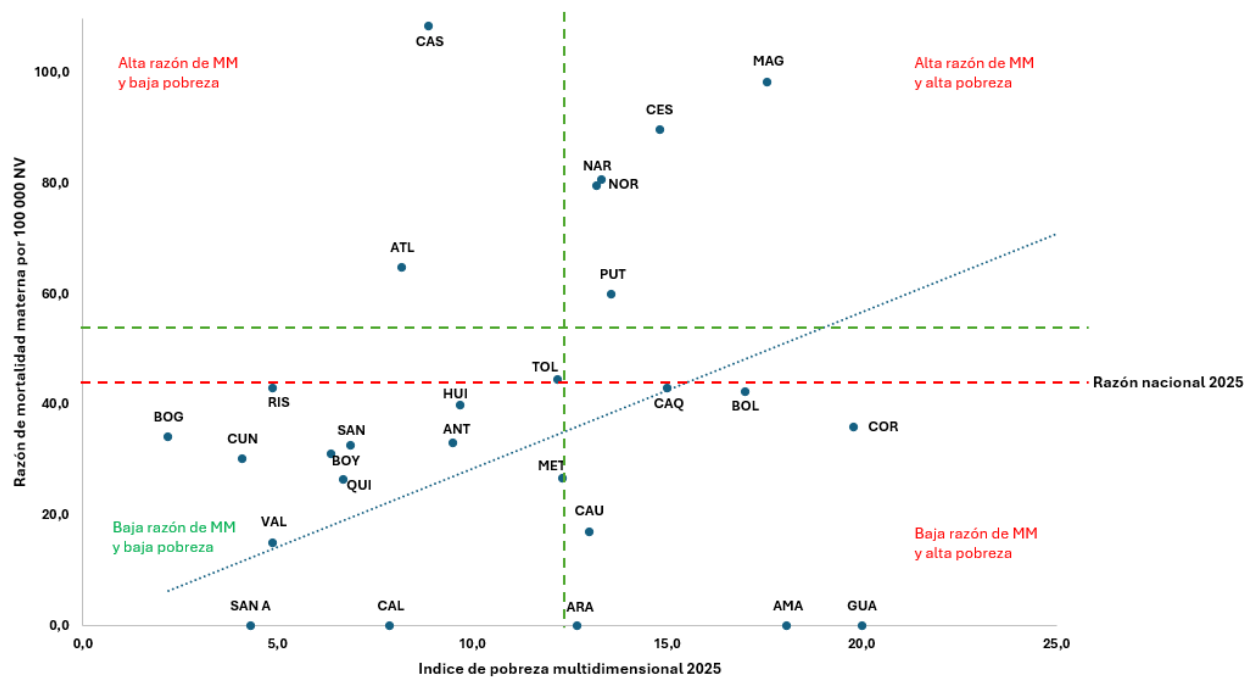
*semaforización: color gris corresponde a decremento, color naranja corresponde a incremento

Anexo 7. Mortalidad materna por tipo y causa de muerte agrupada, Colombia, 2021 - 2025

	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	Valor p
Colombia							
Trastorno Hipertensivo	12,5	10,9	8,7	7,9	9,0		0,82
Hemorragia obstétrica	8,1	7,6	7,3	8,8	8,1		0,5
Evento tromboembólico	3,6	3,2	4,7	2,5	3,9		0,72
Sepsis obstétrica	3,5	3,5	3,7	2,5	2,8		0,50
Amazonia							
Trastorno hipertensivo	18,5	13,4	31,8	0,0	18,2		0,73
Hemorragia obstétrica	6,2	6,7	7,9	0,0	18,2		0,00
Sepsis obstétrica	6,2	0,0	0,0	0,0	9,1		0,62
Evento tromboembólico	6,2	0,0	0,0	0,0	9,1		0,62
Orinoquía							
Hemorragia obstétrica	7,2	0,0	8,5	9,7	14,9		0,05
Trastorno hipertensivo	21,5	7,6	4,2	19,3	9,9		0,54
Sepsis obstétrica	3,6	11,4	16,9	4,8	0,0		0,00
Evento tromboembólico	0,0	0,0	8,5	0,0	0,0		0,25
Pacífica							
Hemorragia obstétrica	15,7	11,5	15,7	23,8	9,8		0,18
Trastorno hipertensivo	14,6	15,3	11,4	9,5	4,9		0,06
Sepsis obstétrica	3,4	2,5	5,7	3,2	3,3		0,72
Evento tromboembólico	2,2	1,3	4,3	1,6	1,6		0,62
Caribe							
Trastorno hipertensivo	17,0	15,6	9,8	10,3	14,7		0,71
Hemorragia obstétrica	9,5	12,1	9,1	8,7	6,5		0,33
Evento tromboembólico	4,2	3,5	5,9	4,0	6,5		0,54
Sepsis obstétrica	3,2	4,6	3,9	3,2	4,1		0,5
Andina							
Hemorragia obstétrica	3,5	3,7	4,0	4,1	7,9		0,26
Trastorno hipertensivo	9,1	7,7	6,0	6,3	6,0		0,79
Evento tromboembólico	3,9	4,0	4,0	2,3	3,2		0,50
Sepsis obstétrica	3,5	2,6	2,0	1,8	1,8		0,68

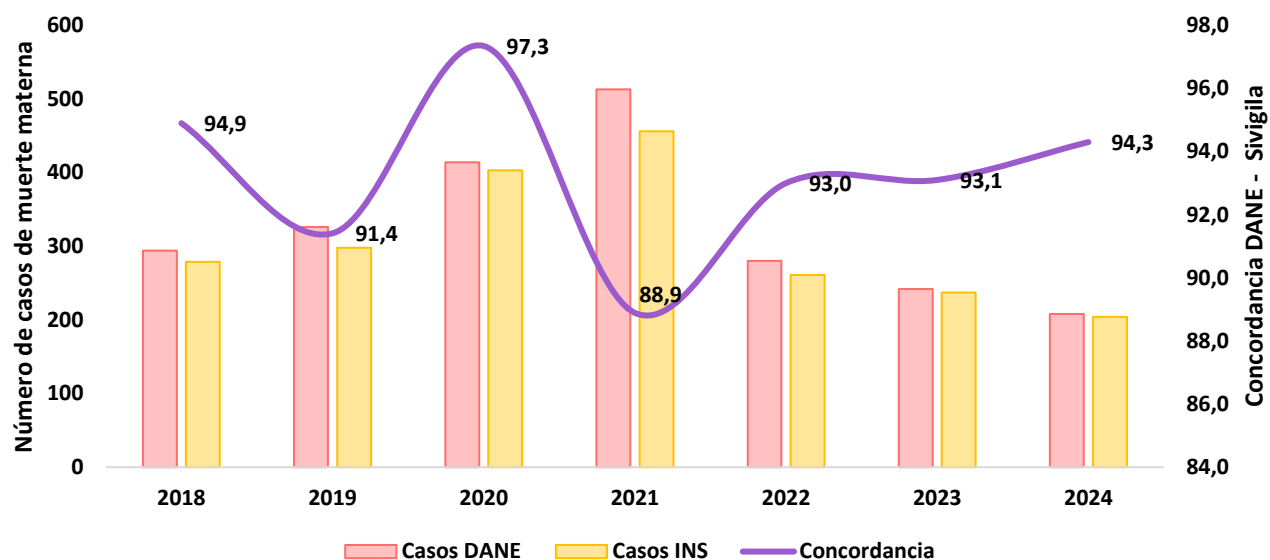
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 - 2025. Nacidos vivos DANE, 2021 – 2024, RUAF ND datos preliminares 2025
 *semaforización: color gris corresponde a decremento, color naranja corresponde a incremento

Anexo 8. Razón de muerte materna en entidades territoriales por índice de pobreza multidimensional en Colombia, 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2025. RUAF nacidos vivos 2025 datos preliminares. DANE, Índice de pobreza multidimensional 2025

Anexo 9. Correspondencia entre DANE – Sivigila para el evento muerte materna, Colombia, 2018 - 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2018 - 2024. DANE defunciones 2018 – 2024.

Anexo 10. Análisis de problemas identificados en unidades de análisis de muerte materna, Colombia, 2025

Categorías	n
Servicios de salud	1684
Prestación de servicios individuales	1081
Diagnóstico tardío o inadecuado	244
Tratamiento inadecuado o inoportuno	413
Falla en los mecanismos de seguimiento	137
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	123
Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención.	46
No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente	36
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	31
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo con las Rutas Integrales de Atención en Salud	26
Dificultades en la remisión a otras especialidades	25
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud	347
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida (consulta preconcepcional)	171
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	57
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida (control prenatal)	51
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	34
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	16
Incumplimiento en las estrategias para comunicar el riesgo al paciente	11
Incumplimiento en las acciones de protección específica	4
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo con las Rutas Integrales de Atención en Salud	3
Proceso de Gestión del talento humano	153
Insuficiente disponibilidad del talento humano.	108
Deficiencias en el trato respetuoso y de cuidado establecido en los derechos del paciente	45
Gestión del aseguramiento	80
Barreras administrativas para acceder a la atención en salud	70
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios	10
Barrera en el acceso a los servicios de salud	23
Deficiencias en el enfoque intercultural del talento humano para la atención en salud	23
Mujer	696
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud	315
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	199
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	76
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	36
Experiencias negativas en los servicios de salud o con el aseguramiento	3
Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud	1
Individuo en condición vulnerable o riesgo social	364
Afiliación al régimen subsidiado en salud	133
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	57

Riesgo por edad mayor a 35 años	52
Hogar con servicios públicos deficientes	35
Hacinamiento	24
Hogar con presencia de basuras, roedores o inadecuada eliminación de excretas	22
Riesgo por edad (población adolescente)	16
Sin afiliación al SGSSS	11
Migrantes	6
Desplazados	5
Población con afectaciones en la salud mental	2
Víctima del conflicto armado	1
Barrera en el acceso a los servicios de salud	17
Barreras culturales para el acceso oportuno a los servicios de salud	17
Familia y Comunidad	100
Barrera en el acceso a los servicios de salud	77
Barreras geográficas o físicas para el acceso oportuno a los servicios de salud	54
Barreras económicas para el acceso oportuno a los servicios de salud	21
Situaciones de orden público que retrasan el acceso al servicio de salud	2
Redes de apoyo familiar o comunitario	23
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	12
Falta de respuesta de las redes de apoyo familiar o comunitario	11
Total	2480

Fuente: módulo unidad de análisis Sivigila Web 4.0, Instituto Nacional de Salud, 2025