

# INFORME DEL EVENTO

## MORTALIDAD MATERNA COLOMBIA 2018



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



La salud  
es de todos

Minsalud

## INFORME DE EVENTO MORTALIDAD MATERNA, COLOMBIA, 2018

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

### 1. INTRODUCCIÓN



La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (1).

La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna busca presentar información actualizada sobre las características clínicas y epidemiológicas, identificar las estrategias y el proceso de vigilancia en el territorio, orientar las medidas individuales y colectivas de prevención y de control ante los casos de la mortalidad materna (1). Los sistemas de vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta correspondiente permiten seguir de cerca las tendencias, indicadores de vigilancia y evaluación del sistema de información (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (último informe publicado en Febrero del 2018), en el mundo cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto de las cuales el 99 % ocurre en países en desarrollo (3).

La razón de mortalidad materna global disminuyó de 385 muertes por 100 000 nacidos vivos en 1990 a 216 en 2015, lo que corresponde a una disminución relativa del 43,9 % durante el 25 años. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (4).

El riesgo mundial de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180; aproximadamente el 99 % (302 000) de las muertes maternas registradas en el mundo en 2015 se produjeron en las regiones en desarrollo destaca el África Subsahariana con cerca del 66 % (201 000), seguida de Asia Meridional (66 000) (4).

En la región de América Latina y el Caribe la mortalidad materna se redujo en promedio un 40 % entre 1990 y 2013, a pesar de ello alrededor de 9 300 mujeres murieron por causas maternas en 2013; sin embargo, la mayor parte de países de la región no logró alcanzar la meta fijada en los objetivos de desarrollo sostenible, de disminuir la razón de mortalidad materna para el año 2030 a 70 por 100 000 nacidos vivos (6).

En el año 2000, los estados miembros de las Naciones Unidas incluida Colombia, se comprometieron a trabajar para lograr una serie de objetivos de desarrollo del milenio, incluido el objetivo 5 mejorar la salud materna cuya meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial para el año 2015 (5).

Para dar cumplimiento a esta meta, Colombia plantea en el Conpes 3918 del 2018 reducir la mortalidad materna a 51,0 casos para el año 2018 y para el año 2030 reducir a 32,0 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos (6). Por otra parte, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se define como una meta del componente de “Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género” que la mortalidad materna evitable será interior a 150 muertes anuales en el país para el año 2021 (7).

Según datos oficiales DANE la razón de mortalidad materna en Colombia muestra una tendencia a la disminución donde se pasa de 73,3 casos en el año 2007 a 51,0 casos por 100 000 nacidos vivos en el año 2017; en los últimos 5 años la disminución ha sido menor al 10 %, mejorar este indicador requiere el fortalecimiento del sistema de vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta correspondiente que incluye la identificación, la notificación y análisis, a fin de prevenir futuras muertes maternas y mejorar la cuantificación de la mortalidad materna (2).

El objetivo del presente informe es describir el comportamiento de la mortalidad materna en Colombia durante el año 2018, desde el análisis epidemiológico, demográfico y social de la población afectada.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realizó un análisis retrospectivo de transversal de los casos de mortalidad materna notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública- Sivigila mediante el código 550-551 y el sistema de vigilancia de mortalidad materna basado en web (SVEMMBW) en el año 2018.

Los datos se obtuvieron a través de fuente secundaria, por medio de la notificación inmediata individual de casos de muertes en mujeres durante la gestación, parto y hasta un año posterior a la terminación de la gestación, independiente de la causa de la muerte. Se coteja cada registro con la información diligenciada en el certificado de defunción en el registro único de afiliación en el módulo de defunciones Ruaf-ND. Adicionalmente se generaron las bases de datos de los casos registrados en el aplicativo web de mortalidad materna en los módulos de Identificación y reporte (notificación de muerte materna), módulo de recolección de la información (entrevista familiar, resumen de historia clínica).

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

En el análisis de los indicadores del comportamiento de la mortalidad materna se toman los casos notificados al Sivigila que corresponden a muertes maternas tempranas; en la descripción de las variables por determinantes sociales se revisaron los registros de entrevista familiar e historia clínica con los cuales se desarrollo la unidad de análisis.

Se realizo la descripción de las variables de persona, tiempo y lugar, así como las categorías definidas como ordenadoras del análisis: *mujer, familia, comunidad y sistema de salud*; con un análisis cuantitativo apoyado en los reportes generados por el sistema de vigilancia de mortalidad materna basado en la web y un análisis cualitativo donde se identificaron los determinantes sociales que se consideran relevantes.

Para calcular las tendencias de la razón de mortalidad materna de los años 2007 a 2018, se hizo uso del software de análisis de regresión Joinpoint 4.7 de los valores que presentaron un comportamiento estadísticamente significativo con un valor de  $p < 0,05$  y con un nivel de confianza del 95 %.

Se utilizó la herramienta epi info 7 para graficar mediante mapa, la razón de mortalidad materna por entidad territorial para el año 2018.

#### **Definición indicadores de vigilancia de mortalidad materna**

**Razón de mortalidad materna:** Numerador: total de casos de muerte materna.  
Denominador: nacidos vivos Coeficiente de multiplicación 100 000 nacidos vivos

**Mortalidad materna temprana:** Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo,

**Mortalidad materna tardía:** Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

**Mortalidad materna coincidente:** muertes que ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa

El presente análisis corresponde a un estudio sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993, por ser descriptivo retrospectivo basado en la revisión de unidades de análisis de mortalidad materna; se respetó la confidencialidad de los datos individuales y la transparencia en la información, dado que no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables.

### **3. RESULTADOS**



#### **Comportamiento de la notificación de la mortalidad materna**

Durante el 2018 se presentaron un total de 523 muertes maternas, de las cuales 279 corresponden a mortalidad es maternas temprana, 165 mortalidades maternas tardías y 79 muertes maternas por causas coincidentes. Se identifica una disminución del 16,1 % en la mortalidad materna temprana con respecto al 2016; es importante resaltar el aumento superior al 100 % en la notificación de la

mortalidad materna por lesiones de causa externa siendo las principales causas de muerte los homicidios y suicidios. (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Se notificaron 19 casos de muerte materna en mujeres residentes en el exterior, de las cuales 14 corresponden a mortalidad materna temprana, con un aumento porcentual significativo respecto al año 2017, donde se presentaron 4 casos de muerte materna temprana.

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

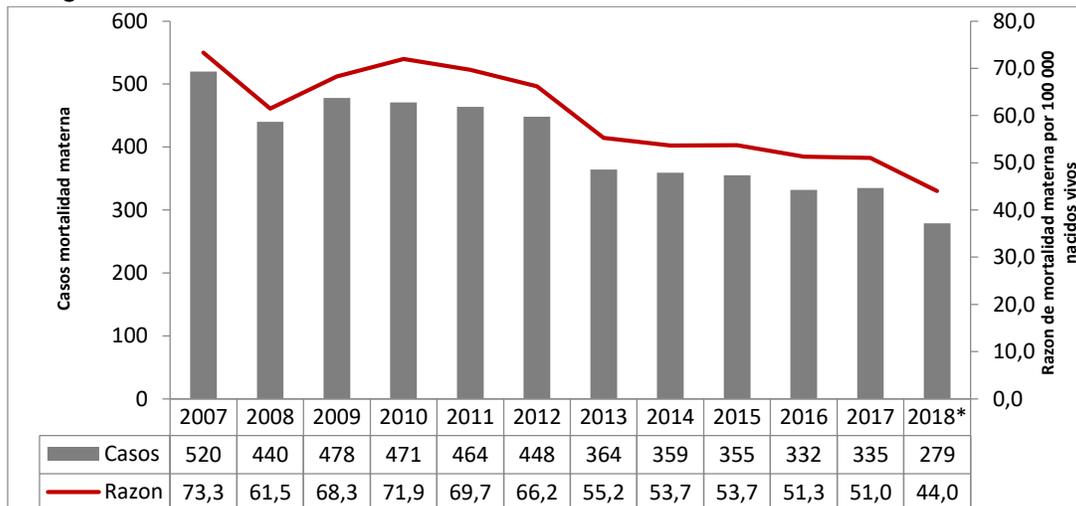
Año	Temprana	Tardía	Coincidente	Total
2016	324	127	36	487
2017	328	130	47	505
2018	279	165	79	523

Fuente: Bases de datos mortalidad materna, Sivigila- INS, Colombia, 2016 - 2018

## Tendencia de la mortalidad materna

La tendencia de mortalidad materna durante los años 2007 a 2018 presenta una tendencia a la disminución la cual es estadísticamente significativa ( $P=0.000359$ ) con un nivel de confianza del 95 %. Durante el periodo 2007 al 2013 la disminución fue de 24,6 % y de los años 2013 a 2017 la disminución fue menor con 7,6 %. (ver Figura 1, Anexo2).

*Figura 1. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Colombia 2007 a 2018*

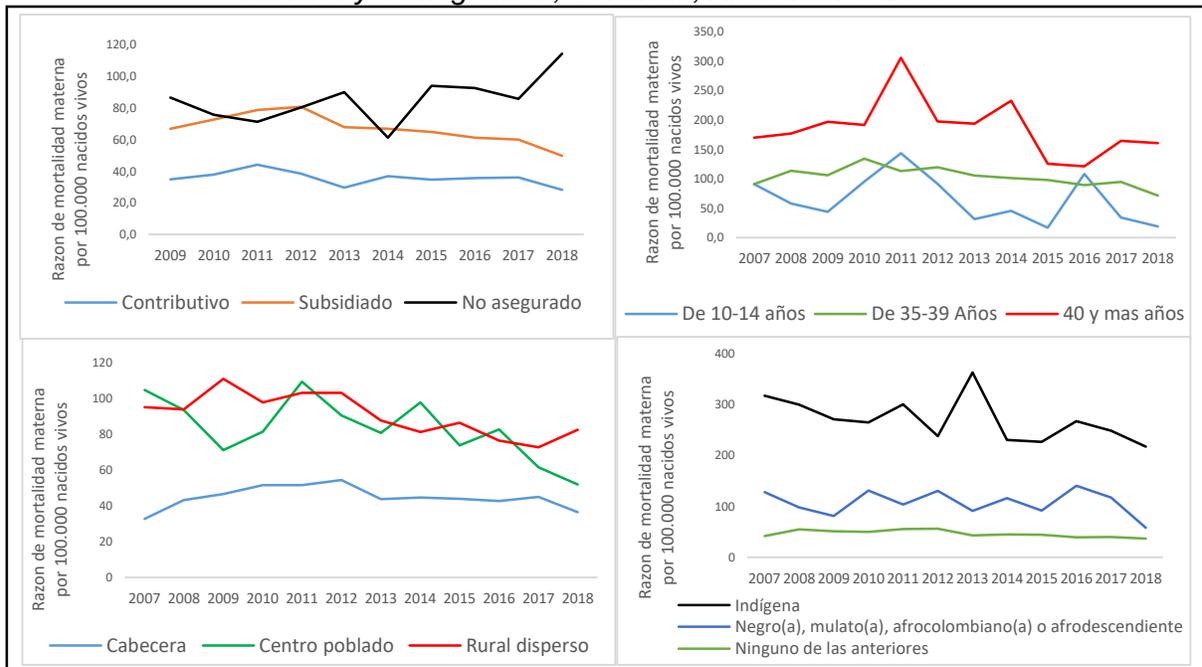


Fuente: Años 2007 a 2017, DANE, Estadísticas Vitales

Año \*2018 DANE Estadísticas Vitales, Sivigila INS, datos preliminares

En cuanto a la tendencia de la razón de mortalidad materna según las principales variables demográficas y sociales se encuentro que las razones más altas se presentan en el área de residencia rural disperso con una tendencia estadísticamente significativa a la disminución ( $P=0.008$ ), en el grupo de edad de mayores de 40 y más años con una tendencia hacia la disminución, la población no asegurada con una tendencia estadísticamente significativa al aumento ( $P=0.026$ ) y la pertenencia étnica indígena la cual muestra una tendencia a la disminución (ver Figura 2, Anexo 2).

*Figura 2. Tendencia de la razón de mortalidad materna por principales características sociales y demográficas, Colombia, Años 2007 a 2018*

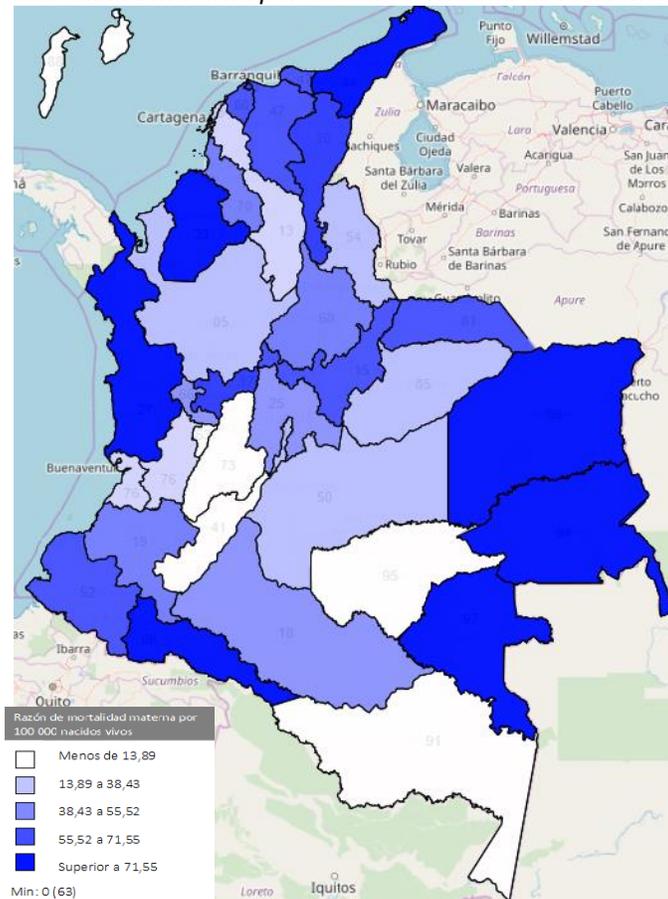


### Razón de mortalidad materna por entidad territorial de residencia, Colombia, 2018

La razón de mortalidad materna nacional es de 44,0 casos por cada 100 000 nacidos vivos es superior en 20 entidades territoriales. Las razones más altas con más de 100 casos por cada 100 000 nacidos vivos se presentan en las entidades territoriales de Vichada, Guainía, Choco, Vaupés y Putumayo. Al analizar el comportamiento de la razón de estas entidades territoriales durante los años 2009

al 2018 se encuentra una tendencia al aumento en las entidades territoriales de Vaupés, Putumayo, Guainía y Choco; y en Vichada una tendencia al aumento estadísticamente significativa del 2009 a 2015 ( $P=0,0042$ ) y una tendencia a la disminución en 2015 a 2018 (ver Mapa 1, Anexo 1 y 2).

Mapa 1. Razón de mortalidad materna por entidad territorial de residencia. Colombia 2018



Fuente: Base de datos n<sup>o</sup> Max: 663,507109004739 (99) Sivigila-INS, Colombia, 2018

### Mortalidad materna por tipo de muerte y causa principal agrupada

En relación a las causas de muerte materna temprana, el 60,2 % son directas y el 37,3 % son indirectas. Las principales causas directas agrupadas corresponden a las hemorragias obstétricas con el 21,1 % seguido de trastornos hipertensivos asociados al embarazo con el 17,6 % y sepsis obstétrica con el 6,5 %; de las causas

indirectas las más frecuentes son las sepsis no obstétricas 7,2 % y cáncer con el 3,9 %.

Al revisar las causas de muerte en los grupos de edad menores de 19 años y mayores de 35 años no se observan cambios significativos, donde se identifican como causas de muerte directa las hemorragias obstétricas y los trastornos hipertensivos con porcentajes similares (Tabla 2).

*Tabla 2. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, 2018*

Razón /Causa agrupada	Total		Menores de 19 años		Mayores de 35 años	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<b>DIRECTA</b>	<b>168</b>	<b>60,2</b>	<b>21</b>	<b>51,22</b>	<b>43</b>	<b>69,35</b>
Hemorragia obstétrica	59	21,1	7	17,07	15	24,19
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	49	17,6	7	17,07	14	22,58
Otras causas directas	21	7,5	3	7,32	5	8,06
Sepsis relacionada con el embarazo	18	6,5	1	2,44	7	11,29
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	8	2,9	2	4,88	1	1,61
Evento tromboembólico como causa básica	5	1,8	2	4,88	0	0
Desconocida/indeterminada	3	1,1	0	0	1	1,61
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	0,7	0	0	0	0
Complicaciones no esperadas al tratamiento	1	0,4	0	0	0	0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	0,4	0	0	0	0
<b>INDIRECTA</b>	<b>104</b>	<b>37,3</b>	<b>19</b>	<b>46,34</b>	<b>15</b>	<b>24,19</b>
Otras causas indirectas	47	16,8	10	24,39	9	14,52
Sepsis no obstétrica	20	7,2	4	9,76	2	3,23
Otras causas indirectas: Cáncer	11	3,9	3	7,32	1	1,61
Evento tromboembólico como causa básica	5	1,8	1	2,44	1	1,61
Otras causas indirectas: Lupus	5	1,8	0	0	0	0
Desconocida/indeterminada	5	1,8	0	0	1	1,61
VIH/SIDA	3	1,1	0	0	0	0
Neumonía por virus influenza H1N1	3	1,1	0	0	1	1,61
Otras causas indirectas: Tuberculosis	2	0,7	1	2,44	0	0
Otras causas indirectas: Dengue	1	0,4	0	0	0	0
Otras causas indirectas: Malaria	1	0,4	0	0	0	0

Otras causas indirectas: Varicela	1	0,4	0	0	0	0
<b>En estudio</b>	<b>7</b>	<b>2,5</b>	<b>1</b>	<b>2,44</b>	<b>4</b>	<b>6,45</b>

Fuente: Base de datos mortalidad materna, Sivigila-INS, Colombia, 2018

## Análisis de mortalidad materna por determinantes sociales: mujer, familia, sistema de salud

En cuanto a la información registrada en las unidades de análisis de las 279 mortalidades maternas tempranas, 254 casos contaban con registro de entrevista familiar y 226 registros de historia clínica; donde se identificó que los principales determinantes sociales donde se evidencia la vulnerabilidad de la mujer y la familia el 65,7 % presentan ingresos mensuales iguales o menores a un salario mínimo, el 34,3 % de las familias no superan los \$ 114.000, lo anterior sumado a que el 69,3 % no estaba vinculada laboralmente, el 21,3 % son mujeres cabeza de familia, el 7,1 % no tuvo acceso a educación y el 22,4% solo tuvo acceso a educación primaria.

Se identificó que el 28,7 % no tuvo acceso a controles prenatales y aquellas que lograron acceder el 73,2 % fue durante el primer trimestre de gestación, los controles fueron atendidos por médico general en un 62,2 % y por medico obstetra el 37,0 %.

La semana de gestación para la ocurrencia de la mortalidad se presentó en el tercer trimestre con un 63,0 %, tipo de parto cesárea con 38,7 % y atención por medico obstetra en el 58 % (ver tabla 3).

*Tabla 3. Mortalidad materna principales determinantes mujer, familia y sistema de salud, Colombia, 2018*

Variable	Categoría	Casos	Proporción
Ingresos mensuales	< \$114.000	87	34,3
	\$114.001 – \$241.000	12	4,7
	\$241.001 – \$781.000	68	26,8
	\$781.001 – 1.562.000	57	22,4
	> \$1.562.000	30	11,8
Mujer cabeza de Familia	No	186	73,2
	Si	54	21,3
	Sin dato	14	5,5
Escolaridad	Secundaria	102	40,2
	Primaria	52	20,5
	Técnica	50	19,7
	Ninguno	18	7,1
	Profesional	16	6,3
	Sin información	8	3,1
	Preescolar	5	2
	Especialización	3	1,2

Vinculación laboral	No estaba vinculada laboralmente	176	69,3
	Formal	38	15
	Informal	31	12,2
	No sabe	9	3,5
Número de controles prenatales	Sin control prenatal	73	28,7
	1 a 3 controles prenatales	60	23,6
	4 o más controles prenatales	114	44,9
	Sin dato	7	2,8
Semana de inicio de controles prenatales	Primer trimestre	186	73,2
	Segundo trimestre	50	19,7
	Tercer trimestre	11	4,3
	Sin dato	7	2,8
Profesional que realiza control prenatal	Médico general	158	62,2
	Medico obstetra	94	37
	Enfermera	97	38,2
	Promotor	3	1,2
Semana de gestación para la mortalidad	Primer trimestre	37	15,2
	Segundo trimestre	36	14,8
	Tercer trimestre	153	63
Tipo de parto	Vaginal	41	16,9
	Cesárea	94	38,7
	Instrumentado	1	0,4
	Ignorado	90	37
Atención del parto	Médico general	17	7
	Medico obstetra	141	58
	Partera	3	1,2
	Otro	5	2,1
	Sin dato	3	1,2
	Auxiliar de enfermería	1	0,4
	No aplica	56	23

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web (SVEMMBW), INS, 2018

## 4. DISCUSIÓN



La mortalidad materna en Colombia muestra una tendencia a la disminución durante los años 2007 con una razón de 73,3 casos por 100 000 nacidos vivos al 2018 con 44,0 casos por 100 000 nacidos vivos, a pesar de ello el riesgo de que una mujer muera por una causa materna es de 1 en 450 que es alto al comparar con América Latina donde el riesgo es de 1 en 760, encontrando que esta región presenta un riesgo considerablemente más altos que los países en desarrollo (1 en 4 900) como los Estados Unidos (1 en 1.800) y en Canadá (1 en 5.200) (6).

De igual forma la estimación de la reducción para Colombia de acuerdo a categorización de países basada en la evidencia del progreso en la reducción entre 1990-2015 estiman ubicar a Colombia en categoría 3 (la reducción es de menos del 25 %), en donde también se ubican países como Bolivia, Papua, Liberia Botswana, Mali, Senegal, Somalia, Nigeria, Guinea (4).

Esta baja reducción en la mortalidad materna, puede estar relacionada con la tendencia al aumento en los últimos años en la razón de mortalidad materna en las entidades territoriales de Chocó, Guainía, Putumayo, Vaupés y Vichada los cuales son territorios críticos en la atención materna por corresponder a zona amazónica, rurales con minorías étnicas y que por lo general tienden a presentar menores recursos (9).

En cuanto a las principales variables sociales y demográficas, se identificaron las razones más altas en mujeres residentes en el área rural (83,0 casos por 100 000 nacidos vivos), principalmente en mayores de 35 años (71,4 casos por 100 000 nacidos vivos), de pertenencia étnica indígena (217 casos por 100 000 nacidos vivos), y no aseguradas (114,3 casos por 100 000 nacidos vivos), lo cual coincide con análisis relacionados sobre los factores sociales que afectan el aumento de la mortalidad materna, donde incluyen los servicios de salud distales con dificultades de transporte y sin acceso a comunicaciones (10).

Otros determinantes sociales identificados son los bajos ingresos económicos, lo cual se encontró en el 66,7 % de los casos, sumado a la falta de vinculación laboral (69,3 %) y el poco acceso a educación. Diferentes estudios han comprobado como el estado económico influye en la salud materna, en particular, se cree que una proporción cercana al doble en el porcentaje de mujeres con al menos algo de educación secundaria logra empoderarse, lo que aumenta su potencial para una respuesta efectiva a las complicaciones maternas, así como su capacidad para navegar en el sistema de atención médica (10).

Las causas directas de muerte se presentan en un 60 %, donde cerca del 40 % corresponden a trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragia obstétrica de las cuales el 72 % son evitables, este comportamiento es similar al reportado por otras regiones donde aproximadamente un 80 % de las muertes maternas son debidas a las mismas causas con una evitabilidad superior al 80 % (11). Un estudio en Bangladesh donde han logrado reducir significativamente la mortalidad materna en los últimos años, examinó que la formulación de políticas y las iniciativas de programas, la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva y materna y los cambios en la cobertura de las intervenciones de salud reproductiva han sido aspectos determinantes en esa disminución (12).

Respecto a los servicios de salud se identificó que cerca del 70 % de los casos analizados accede al menos a un control prenatal y el 73,2 % inicio sus controles prenatales en el primer trimestre, donde se encuentra que la calidad de la atención es un factor que se identifica como deficiente en el momento que se generan los tableros de problemas de las unidades de análisis de los casos de mortalidad materna. La atención prenatal (se considera como mínimo cuatro visitas prenatales) se incrementó en toda América, donde se pasa de una media de 79,4 % en el 2005 a un 88,2 % en el 2016, la cual debe ser parte de programa de atención integral de atención materna enfocada en los factores de riesgo (13).

En cuanto al momento de ocurrencia de la muerte el 63 % se presentaron durante el tercer trimestre de gestación y el 38,7 % terminaron en cesárea; esto muestra la importancia de mejorar la calidad de los servicios de salud, teniendo en cuenta los hallazgos identificados en el momento que se realiza el análisis de la muerte materna. Existen ejemplos que demuestran la necesidad de equilibrar la calidad de la atención en la búsqueda por reducir la mortalidad materna, donde se deben armonizar los recursos nacionales para la aplicación de políticas y planes de salud materna y neonatal (14), uno de estos ejemplos se observa en estudios realizados en Camboya y Ruanda donde tuvieron tasas aceleradas de reducción de la mortalidad materna durante los años 1990 y 2015, debido a políticas innovadoras específicamente en el área de salud reproductiva y materna e infantil, donde refieren el desarrollo de un programa sistemático para mejorar la utilización de los servicios de salud materna y neonatal en instalaciones públicas en las que los centros de salud comenzaron a mejorar la calidad de atención (4).

Como conclusión, la mortalidad materna en Colombia ha tenido una tendencia a la disminución en los últimos 10 años con un porcentaje de disminución menor en los últimos años, donde los determinantes sociales no presentan variación, las mujeres que fallecen por causas obstétricas son aquellas de recursos económicos bajos, sin acceso a educación ni a trabajo formal. Las causas de muerte no muestran

cambios, el mayor porcentaje de mujeres fallece por causas directas como la hemorragia obstétrica y el trastorno hipertensivo del embarazo. Todo lo anterior podría reflejar la falta de compromiso gubernamental y la necesidad de formular programas de salud sexual y reproductiva integrales y con la calidad requerida, que den respuesta a las necesidades de la población.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. P 25, Bogotá, 2016 Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33712/9789275319338-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Organización mundial de la salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. La vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta correspondiente. Volumen 89 , Noviembre 2011. [Fecha de consulta: 30/04/2019]. Disponible en <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/11/11-097220/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. (noviembre de 2015). Centro de prensa. Recuperado el 16 de Febrero del 2018, nota descriptiva de mortalidad materna. [Fecha de consulta: 30/04/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. Junio 30 del 2016. 387(10017):462-474. Disponible en [:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5515236/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5515236/)
5. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193994/1/WHO\\_RHR\\_15.23\\_en\\_g.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193994/1/WHO_RHR_15.23_en_g.pdf?ua=1).)
6. Organización Panamericana de la Salud. Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. Informe Washington, DC, 6 de mayo de 2014 (OPS/OMS). [Fecha de consulta: 30/04/2019]. Disponible en [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es))



7. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social 3918. Bogotá D.C. 15 de Marzo del 2018. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública. PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú.* Bogotá D.C. 2012. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe 2015, Colombia, Septiembre 2015, P 33 Disponible en <https://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odsinformedoc-2015.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Una década de seguimiento del progreso de la maternidad materna y la supervivencia infantil-The2015 Informe-Conferencia borrador. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015
11. Organización mundial de la salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Informe sobre la salud en el mundo 2005, cada madre y cada niño contarán, p 62, Ginebra, 2005 Disponible en :[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/)
12. Hill K, Ahsan KZ, Jamil K, Nahar Q, Streatfield PK. Organización panamericana de la salud. Mortalidad materna en Bangladesh: una cuenta regresiva para el estudio de caso de país de 2015.El Arifeen S, Lanceta. 11 de octubre 2014. p 384. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5515236/>
13. Organización mundial de la salud/Organización panamericana de la salud. Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington, D.C. 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31289/CoreIndicators2016-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
14. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A. Experiencia del país con el fortalecimiento de los sistemas de salud y el despliegue de parteras en países con alta mortalidad materna. sep 27 del 2014. Disponible en : [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es\\_SoWMy\\_Full\\_1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf)

## 6. ANEXOS



Anexo 1. Razón de muerte materna por entidad territorial de residencia, Colombia, 2018.

Entidad territorial	Casos	Nacidos vivos	Razón de mortalidad materna por 100 000 NV
Vichada	7	1.055	663,5
Guainía	3	825	363,6
Chocó	10	5.442	183,8
Vaupés	1	555	180,2
Putumayo	5	4.348	115,0
Buenaventura	5	4.772	104,8
La Guajira	18	19.928	90,3
Santa Marta	7	9.224	75,9
Córdoba	19	26.001	73,1
Caldas	6	8.569	70,0
Cesar	14	21.532	65,0
Arauca	3	4.857	61,8
Atlántico	11	17.906	61,4
Boyacá	8	13.707	58,4
Magdalena	8	13.708	58,4
Nariño	10	17.173	58,2
Sucre	8	15.149	52,8
Santander	13	28.630	45,4
Cauca	8	17.679	45,3
Caquetá	3	6.789	44,2
<b>Colombia</b>	<b>279</b>	<b>633.971</b>	<b>44,0</b>
Cundinamarca	14	34.772	40,3
Risaralda	4	9.975	40,1
Barranquilla	9	24.026	37,5
Cartagena	7	18.740	37,4
Norte de Santander	8	21.759	36,8
Antioquia	27	74.317	36,3
Meta	5	14.711	34,0
Casanare	2	6.090	32,8
Bogotá	22	87.118	25,3
Bolívar	4	16.437	24,3

Valle del Cauca	7	44.025	15,9
Tolima	2	16.835	11,9
Huila	1	18.498	5,4
Guaviare	0	1.254	0,0
Quindío	0	5.586	0,0
San Andrés	0	771	0,0
Amazonas	0	1.208	0,0

Fuente: INS, Colombia, 2018 - DANE, Estadísticas Vitales, 2018

## Anexo 2. Tendencia de la razón de mortalidad materna por principales variables sociales y demográficas y entidades territoriales, Colombia, Años 2007 a 2018

Entidad territorial / Variables	Punto final inferior	Punto final superior	Promedio de cambio porcentual anual APPC	IC Inferior	IC Superior	Valor de P
Colombia	2007	2018	-3.8*	-5.4	-2.2	0.000359
Vichada	2009	2015	32.3*	14.4	52.9	0.0
	2015	2018	-35.8	-60.4	3.9	0.1
Vaupes	2009	2018	2.5	-7.0	13.0	0.5
Putumayo	2009	2018	15.5	-2.2	36.5	0.1
Guainia	2011	2018	14.7	-21.4	67.3	0.4
Choco	2009	2018	3.1	-4.6	11.5	0.4
Regimen subsidiado	2009	2011	10.1	-7.7	31.4	0.2
	2011	2018	-5.6*	-8.1	-3.0	0.0060000
Regimen Contributivo	2009	2018	-2.0	-4.9	0.9	0.1
No asegurado	2009	2018	3.6*	0.5	6.8	0.0
Cabecera	2007	2010	14.7	-1.8	33.9	0.075750
	2010	2018	-3.6*	-6.2	-1.0	0.035194
Centro poblado	2007	2018	-2.8	-5.9	0.4	0.1
Rural disperso	2007	2018	-2.6*	-4.4	-0.9	0.0
Indigena	2007	2018	-1.9	-4.8	1.2	0.2
Negro-mulato	2007	2018	0.2	-3.3	3.8	0.9
Otros	2007	2018	-2.6*	-5.0	-0.2	0.0
Grupo de edad 10-14 años	2007	2018	0.6	-7.2	9.0	0.9
Grupo de edad 15-19 años	2007	2018	-0.0	-2.9	2.9	1.0
Grupo de edad 20-24 años	2007	2012	5.7*	0.8	10.9	0.0

Grupo de edad 20-24 años	2012	2018	-3.3	-6.7	0.2	0.1
Grupo de edad 25-29 Años	2007	2018	-1.6	-5.5	2.5	0.4
Grupo de edad 30-34 años	2007	2018	-0.7	-13.4	14.0	0.9
Grupo de edad 35-39 Años	2007	2010	10.6	-3.3	26.5	0.119657
Grupo de edad 35-39 Años	2010	2018	-5.6*	-8.4	-2.7	0.029866
Grupo de edad 40 y mas años	2007	2018	-2.2	-8.3	4.4	0.5