

INFORME DE CIERRE DE MORTALIDAD MATERNA. ANTIOQUIA, 2020

Responsable:

Dirección de Salud Colectiva – Subsecretaría de Salud Pública –
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos específicos	5
3. MATERIALES Y MÉTODOS	6
3.1 Definiciones de caso	6
3.2 Definiciones de indicadores	7
3.3 Fuentes de información	8
3.4 Análisis de los datos	10
4. HALLAZGOS	10
4.1 Identificación de casos	10
4.2 Casos de mortalidad materna según características en tiempo, lugar y persona	11
4.3 Comportamiento de otras variables de interés	23
4.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento	26
5. DISCUSION	27
5.1 Limitaciones	30
6. CONCLUSIONES	31
7. RECOMENDACIONES	32
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1 INTRODUCCIÓN

Panorama Mundial, regional y local

Se estima que cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron 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 se consideran evitables (1).

La razón de mortalidad materna en el mundo ha disminuido, pasó de ser 342 por 100.000 nacidos vivos (NV) en el 2000 a 211 por 100.000 NV en el 2017. Esto significó una reducción del 38% de las muertes maternas en el mundo. Durante este periodo se tuvo una tasa de reducción anual promedio de 2.9%. Sin embargo, existen diferencias importantes entre los países. Para el 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en los países en desarrollo fue de 239 por 100.000 NV, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por 100.000 NV (2). Esta diferencia, y el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo es un reflejo de las inequidades en el acceso a los servicios de salud y se pueden explicar por la presencia de entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. La gran mayoría de la mortalidad materna (99%) corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Las causas continúan siendo predominantemente directas: el 75% de las muertes son debidas a hemorragias, trastornos hipertensivos, sepsis, obstrucción del parto y aborto inseguro (1).

En América Latina y el Caribe también se ha visto una reducción en la razón de mortalidad materna la cual pasó de 96 a 74 por 100.000 NV en el 2017, preservando diferencias importantes entre los países, con lugares como Chile con RMM de 13 y Bolivia con RMM de 155 (2).

De acuerdo al análisis de situación de salud 2019, en Colombia la razón de mortalidad materna (RMM) también ha tendido al descenso a través del tiempo. Se presentó una disminución del 51,3% entre los años 2000 y 2017. Se distinguen tres periodos con comportamientos diferentes: entre los años 2000 y 2008, hubo un porcentaje anual de cambio negativo del 5.8% que fue estadísticamente significativo y llevó a que la razón de mortalidad pasara de 104.9 a 60.7 por

100.000 NV Entre 2008 a 2011 hubo un incremento que hizo que el indicador oscilara entre 60.7 y 71.7 sin embargo, este incremento no fue estadísticamente significativo. En el tercer periodo comprendido entre 2011 y 2017 se produjeron 19.6 muertes maternas menos por cada 100.000 NV, pero este descenso tampoco tuvo significancia estadística. Se estima que, si estas condiciones se mantienen, para el año 2021 la RMM del país será de 24.7 por 100.000 NV A pesar de estos avances, las disparidades se mantienen y 60% de la mortalidad se concentra en el 50% de la población más pobre (3).

En 2019, según el informe del evento del Instituto Nacional de Salud, ocurrieron en el país 298 casos de muerte materna (19 casos más que en 2018) y se identificó un aumento del 6.8% en la mortalidad materna temprana con respecto al 2018. Sin embargo, la RMM fue de 46.67 por 100.000 nacidos vivos lo cual coincide con la tendencia a la disminución del evento que viene presentando el país desde el 2009. De acuerdo a este mismo informe, las entidades territoriales que mostraron incremento en los casos fueron Vichada, Guainía, Vaupés, Atlántico, Barranquilla y Cartagena (4).

En Colombia, para el 2019, el 53.8% de las muertes maternas fueron directas, siendo la hemorragia con el 18.7% y los trastornos hipertensivos con el 17.7% las dos principales causas de muertes maternas. Las causas indirectas dieron cuenta del 39.5% de los casos y el 6.4% se clasificaron como en estudio.

En el departamento de Antioquia también se ha documentado una reducción de la mortalidad materna entre los periodos 2004 y 2019. En 2019 se presentaron 25 casos de muerte para una RMM de 34.2 por 100.000 NV El mayor impacto en la reducción de la mortalidad en el Departamento ha sido en las causas directas, las cuales pasaron de una razón de 37.9 en el periodo de 2004 2008 a una razón de 22.7 en periodo de 2014 a 2018. La reducción del número de muertes por hemorragia en el mismo periodo fue del 75% y del 56% en las ocasionadas por trastorno hipertensivo. La RMM por hemorragia pasó de 23,2 en 2004 a 5.4 en 2018 y a 4.3 en el 2019; la RMM por trastornos hipertensivos pasó de 11,6 en 2004 a 5.4 en 2018 y se sostuvo en 5.7 en el 2019. A este cambio en el perfil de mortalidad que ocurre cuando disminuye la razón de mortalidad y se reduce la proporción de causas directas y empiezan a predominar las causas indirectas, se conoce como transición obstétrica y obliga a que los países y las regiones diseñen

estrategias cada vez más específicas a la medida del perfil del sitio donde se van a implementar.

Cuanto menor sea la razón de mortalidad, más difícil será lograr una reducción adicional. Los principios que guían la estrategia mundial de “terminar con la mortalidad materna evitable”, tienen que ver con lograr el empoderamiento de las niñas, mujeres y comunidades y aplicar un enfoque de derechos humanos que asegure que los servicios de salud materno perinatales son de calidad, están disponibles y son accesibles y aceptables para quien los requiera (2). Sin embargo, en contextos de conflicto o posconflicto, como es el caso de nuestro país, el reto se vuelve mayor, pues las situaciones de emergencia como el desplazamiento interno y externo, la situación de los migrantes y los eventos que amenazan la vida e integridad de las personas impiden el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y profundizan la inequidad.

Antioquia ya ha logrado una razón de mortalidad menor a 50 por 100.000 NV en la mayoría de las regiones del departamento, los esfuerzos deben dirigirse a identificar las dificultades específicas de cada región para diseñar las acciones que permitan mantener los logros y enfrentar los retos que supone el avance en el posconflicto, y de esta manera fortalecer los temas del acceso efectivo, la calidad y humanización de los servicios.

Este informe presenta los resultados de la vigilancia de la mortalidad materna en el Departamento durante el año 2020. Se espera que estos informes sean el insumo para alimentar los procesos de toma de decisiones.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Describir el comportamiento epidemiológico del evento de Mortalidad Materna, en el Departamento de Antioquia durante el año 2020.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar la caracterización sociodemográfica de la Mortalidad Materna, en el Departamento de Antioquia durante el año 2020.
- Identificar las variables de persona, tiempo y lugar de los casos Mortalidad Materna, notificadas en SIVIGILA, identificando los factores determinantes de los casos para el año 2020.
- Identificar las regiones del departamento y los grupos poblacionales con los mayores riesgos para la salud materna, en el Departamento de Antioquia durante el año 2020.

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Definiciones de caso

Defunción materna temprana: “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”(5).

- **Defunciones obstétricas directas:** Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas(5).
- **Defunciones obstétricas indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo(5).

Defunción 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(5).

Defunción relacionada con el embarazo: Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42

días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción(6).

Muertes maternas producidas por causas Coincidentes: De acuerdo al documento de OMS frente a revisión del CIE 10 en Mortalidad Materna se consideran aquellas muertes que ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, causas externas de lesiones accidentales, ataque – agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales(5).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basada en la Web (SVEMMBW): plataforma desarrollada con el fin de sistematizar la información casi en tiempo real, de manera activa y prospectiva de las muertes en mujeres de 10 a 54 años, para detectar muertes maternas, tardías y coincidentes con el embarazo. Tiene como propósito identificar los casos, recolectar los datos, analizar la información y hacer recomendaciones de todas las muertes maternas ocurridas en los municipios seleccionados, y transferir de manera electrónica los datos y las recomendaciones en todos los niveles del sistema de salud. El sistema está compuesto por siete módulos y dos submódulos, armonizados dentro del ciclo de la vigilancia de la mortalidad materna de acuerdo a las recomendaciones de la OMS(6):

- **Módulo 1** –listado de muertes de mujeres de 10 a 54 años: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de identificación de casos.
 - Submódulo 1 - seguimiento a la notificación: corresponde al reporte negativo cuando no se presenten casos de muertes de mujeres de 10 a 54 años y como módulo de seguimiento al cumplimiento a la notificación.
 - Submódulo 2 - ingreso por otras fuentes: permite realizar el ingreso y la notificación de casos confirmados, cuando no se cuente con el certificado de defunción de la muerte.
- **Módulo 2** –notificación de muertes maternas: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de notificación de casos de casos confirmados.
- **Módulo 3** – hoja de verificación de embarazo: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de identificación de casos.

- **Módulo 4 a** – entrevista familiar: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de recolección de datos del caso de muerte materna confirmada.
- **Módulo 4 b** – autopsia verbal: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de recolección de datos del caso de muerte materna confirmada.
- **Módulo 5** – resumen de la atención clínica de la mujer fallecida: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de recolección de datos del caso de muerte materna confirmada.
- **Módulo 6** - resumen de caso e informe técnico: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de análisis.
- **Módulo 7** - plan de acción: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de recomendaciones y acciones.

3.2 Definiciones de indicadores

Razón de mortalidad materna: Se define como el número de casos de muerte materna que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días en un periodo dividido por el número de nacidos vivos en el mismo periodo y multiplicado por 100.000. Estima el riesgo de morir a causa de problemas relacionado con el embarazo, parto y postparto en una región(6).

Porcentaje de causas de muerte mal definidas: Evalúa el cumplimiento en cuanto a la calidad del dato ingresado como causa de muerte de cada caso de muerte materna y se calcula dividiendo número de casos de muerte materna notificados al SIVIGILA con causas de muerte mal definidas por el número de muertes maternas notificadas en el periodo a evaluar y multiplicando por 100. Indica el cumplimiento en la calidad del dato ingresado como causa de muerte de cada caso de muerte materna”(5).

Oportunidad en la notificación semanal de la muerte materna: “Indica el cumplimiento en la oportunidad de la notificación departamental de cada caso de muerte materna”. Evalúa el cumplimiento en cuanto a la oportunidad de la notificación departamental del caso de muerte materna. Se calcula dividiendo el número de muertes maternas notificadas al SIVIGILA nacional en la misma semana de la ocurrencia del caso por el número de muertes maternas notificadas por el departamento en el periodo a evaluar, multiplicado por 100(5).

Concordancia de casos de muerte materna: SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF): Refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte materna en lo relacionado a la concordancia de información con las Estadísticas Vitales. Su definición operacional es el número de casos de Mortalidad Materna notificados al SIVIGILA, sobre el total de casos de Mortalidad Materna certificados por estadísticas vitales en el RUAF y su coeficiente de multiplicación es por 100(5).

Porcentaje de casos con informe técnico (unidad de análisis) completo en el tiempo establecido: Refleja el cumplimiento en el proceso de vigilancia epidemiológica de cada caso de muerte materna en el tiempo establecido (45 días posteriores a la notificación) en el protocolo de vigilancia para este evento. Su definición operacional es el número de muertes maternas con informe técnico en el SVEMMBW del caso completo (incluido entrevista familiar y resumen de atenciones clínicas) en un plazo máximo de 45 días después de notificado el caso, sobre el número de muertes maternas notificadas por departamento en el periodo de tiempo a evaluar (excepto muertes por accidentes y homicidios), y su coeficiente de multiplicación es por 100(5).

3.3 Fuentes de información

Para la vigilancia del evento de Mortalidad Materna 2020, se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basada en la Web (SVEMMBW).
- La revisión de los archivos planos del SIVIGILA del evento 550 “mortalidad materna”.
- La base de datos de defunciones que el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) con los registros de mujeres de 10 a 54 años.
- La base de datos de nacidos vivos (NV) del DANE que estuvo disponible para el cálculo de los datos fue la base oficial de 2019.

El protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad materna establece que la notificación individual de casos confirmados y dudosos se debe realizar a partir

de la BAI diaria en el grupo de muertes en mujeres de 10 a 54 años, a partir de los registros de las estadísticas vitales (RUAF o certificados de defunción en físico) utilizando la herramienta del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basada en la Web SVEMMBW-(6).

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), son las responsables de captar y notificar de forma inmediata a través del SVEMMBW, la presencia del evento, de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo; la fuente primaria para la identificación y notificación son los datos básicos obtenidos del certificado de defunción. Con el fin de garantizar la identificación del 100% de los casos también se realiza la revisión de los archivos planos del SIVIGILA del evento 551 “mortalidad materna”.

Otra fuente de información para la identificación de casos es la notificación inmediata realizada por las Secretarías Locales de Salud, por las Empresas Sociales del Estado y por las Instituciones de Salud de los diferentes municipios del departamento de Antioquia, quienes a través de correos electrónicos y/o llamadas telefónicas informan de la ocurrencia de los casos.

Para el presente análisis se incluyeron los casos ocurridos entre el 29 de diciembre de 2019 y el 15 de diciembre de 2020.

Después de la identificación de los mismos, se realizó un proceso de verificación y validación para determinar cuáles casos efectivamente cumplían con los criterios de inclusión definidos para el evento en el protocolo de vigilancia. Para lo anterior, se realizó la revisión de la base de datos de defunciones de los casos de mujeres entre los 10 y los 54 años, registrados como “Si” en las variables 37, 38 y 39 del capítulo III del certificado de defunción. Los casos se clasificaron teniendo en cuenta las variables “probable manera de muerte”, “tipo de muerte violenta”, y “fecha de defunción”. Así mismo, se realizó la revisión de los casos notificados en el SIVIGILA con el código INS. 551 “mortalidad materna”, que incluye la notificación de los casos de muertes maternas, muertes entre los 43 y 365 días y muertes coincidentes con el embarazo. Se excluyeron los registros duplicados, los que no cumplían con la definición de caso, los correspondientes a mujeres residentes en otro departamento y los descartados en las fuentes de información.

3.4 Análisis de los datos

Para el análisis de la información se emplearon métodos descriptivos tipo frecuencias absolutas y relativas, se calcularon indicadores de acuerdo a la especificación del INS y se empleó Poisson para la comparación de las razones de mortalidad de 2020 con el promedio de los 5 años previos (2015 – 2019). Se empleó la distribución Poisson debido a que esta debe ser empleada en eventos de baja frecuencia como la mortalidad materna.

4 HALLAZGOS

A continuación, se presentan de manera resumida los principales hallazgos en la vigilancia epidemiológica del evento de mortalidad materna en el departamento de Antioquia durante el año 2020.

4.1 Identificación de casos

En la tabla 1 aparece el detalle de los casos captados inicialmente por cada fuente de información. De manera llamativa, la captación inicial no cuenta con concordancia completa entre fuentes de información. Se encuentra mayor número de casos captados por el SVEMMBW y menor por RUAF. Respecto a las muertes tempranas, se encuentra que en SVEMMBW se encuentran los 34 casos mientras que en SIVIGILA y RUAF 33 casos.

Tabla 1. Muertes maternas, por fuente de notificación. Antioquia, 2020.

CLASIFICACIÓN	FUENTE DE NOTIFICACIÓN		
	RUAF	SIVIGILA	WEB MM
LCE	3	5	5
TARDIA	17	18	18
TEMPRANA	33	33	34
Total general	53	56	57

Muertes maternas: de acuerdo a la tabla 2, se identificaron treinta y cuatro (34) muertes maternas tempranas. Cumplieron criterios para el evento treinta y siete casos (37) casos: veintinueve (29) residentes en Antioquia, cinco (5) en Medellín y tres (3) en otro departamento.

Muertes entre los 43 y 365 días: se identificaron dieciocho (18) casos de muerte entre los 43 y 365 días. Se excluyeron tres (3) casos que después de la revisión de la documentación se encontró que no estaban relacionadas con un evento

obstétrico. De los dieciocho casos que cumplieron con la definición del evento, diez (10) corresponden a mujeres residentes en Antioquia y ocho (8) a residentes en Medellín.

Muertes coincidentes con el embarazo: se identificaron cinco (5) casos coincidentes con el embarazo y fueron clasificados así: dos (2) muertes por homicidio, dos (2) accidente de tránsito, un (1) accidente por mina antipersonal y 1 (un) suicidio.

Tabla 2. Casos de mortalidad materna temprana según clasificación. Antioquia, 2020

Clasificación	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Directas	23	24	15	17	15	18
Indirectas	9	15	6	11	10	16
Total	32	39	21	28	25	34
Tasa x 100.000 NV	30,3	32,0	19,5	22,8	20,6	46,6

Fuente oficial DANE

4.2 Casos de mortalidad materna según características en tiempo, lugar y persona

Tendencias 2015 - 2020

A continuación, se presentan los datos de las muertes maternas, por algunas variables de interés.

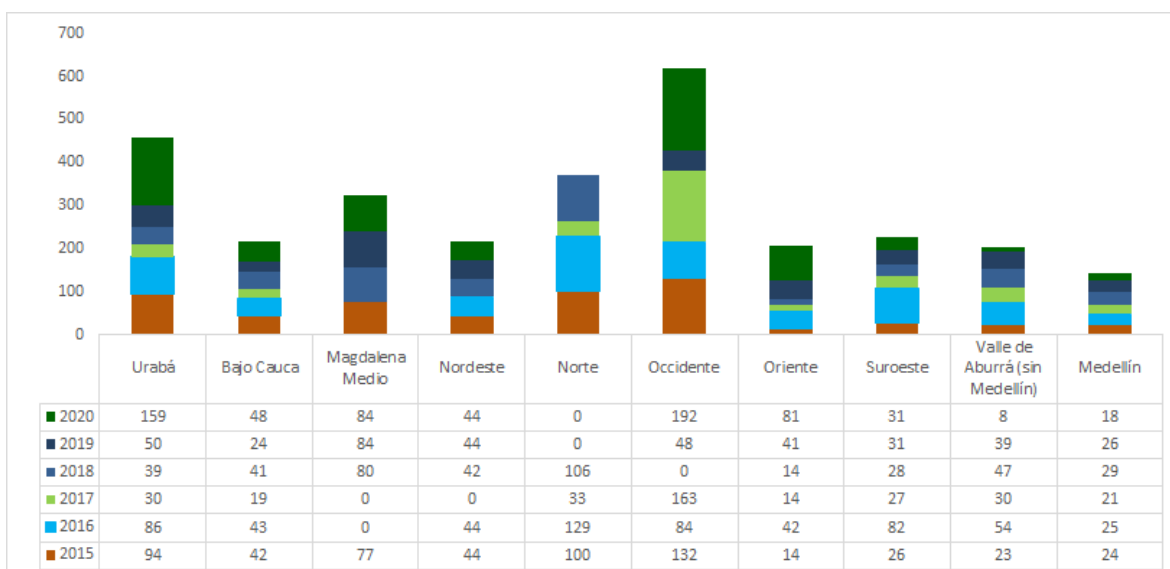


Figura 1. Tendencia de la RMM de mortalidad materna, por subregión de residencia. Antioquia, 2015 – 2020

Respecto al comportamiento de la tendencia de la mortalidad materna por subregión, las razones más altas históricamente las han presentado las subregiones de Urabá, Magdalena Medio y Norte. Comparativamente con años anteriores se evidenció incremento en la mortalidad excepto para Valle de Aburrá con y sin Medellín que ha presentado un descenso progresivo.

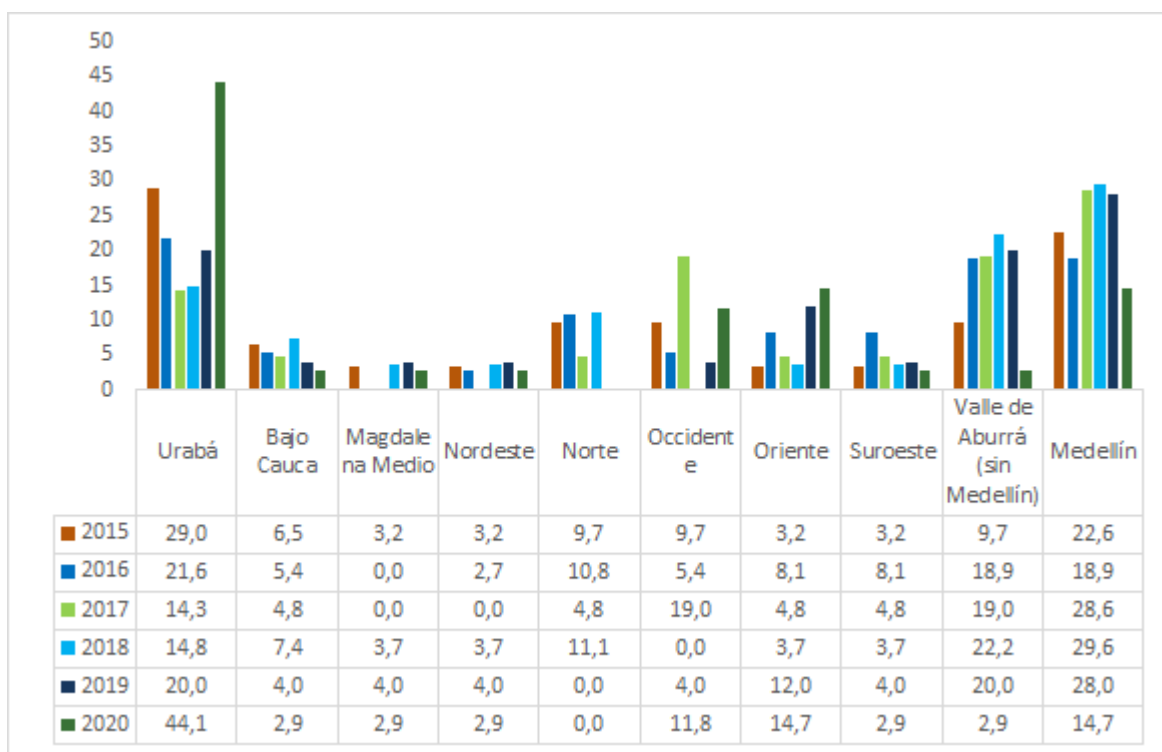


Figura 2. Tendencia de la distribución porcentual de la mortalidad materna, por subregión de residencia. Antioquia, 2015 – 2020

La distribución porcentual de la mortalidad materna por subregión muestra que casi la mitad de los casos los aportó Urabá (44,1%) seguido de Oriente y Medellín con 14,7% cada uno.

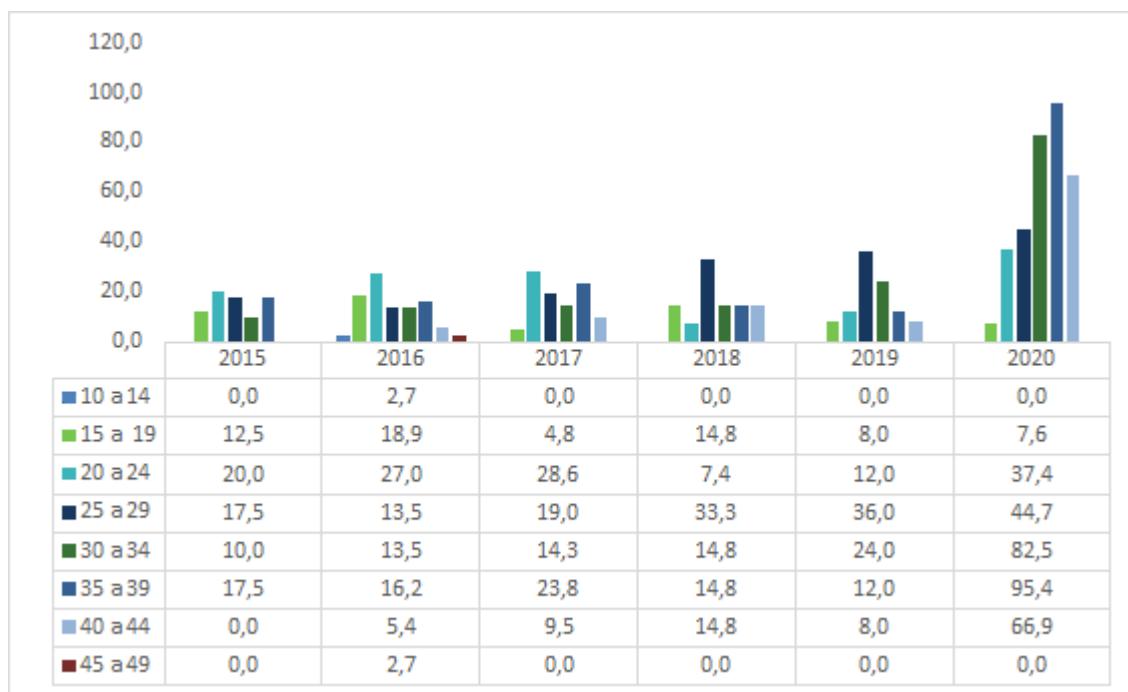


Figura 3. Tendencia de la distribución porcentual de la mortalidad materna, según grupos de edad. Antioquia, 2015-2020

La figura 3 muestra como el grupo de edad de 35 a 39 años presentó mayor razón de mortalidad materna comparativamente con el resto de los grupos de edad, seguido del grupo de edad de 30 a 34 años y 40 a 44 años. Desde el año 2016 no se presentan mortalidades en los grupos extremos de edad.

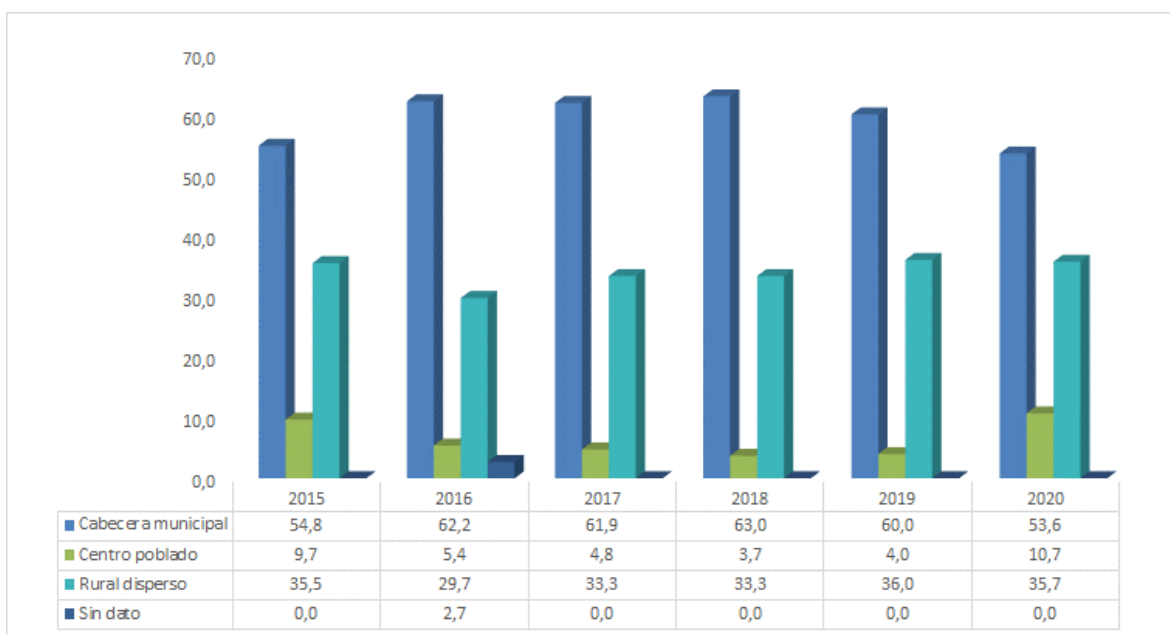


Figura 4. Distribución porcentual de la mortalidad materna, según área de residencia. Antioquia 2015 – 2020.

Según el área de residencia, históricamente más de la mitad de los casos residían en la cabecera municipal, seguida de rural disperso.

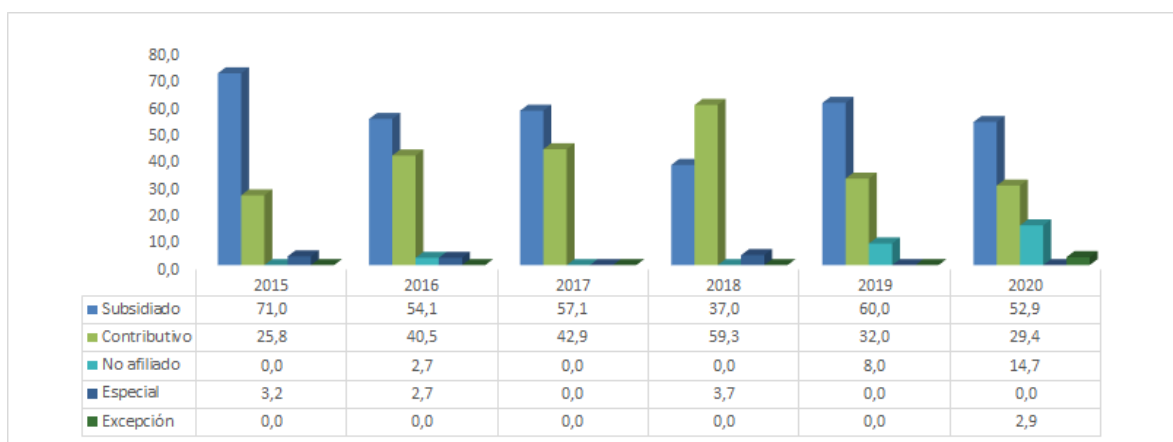


Figura 5. Distribución porcentual de la mortalidad materna, según afiliación al régimen de seguridad social en salud. Antioquia 2015 - 2020.

Históricamente el régimen de afiliación al que estaban afiliadas la mayoría de las mujeres fallecidas era el subsidiado, sin embargo, la proporción ha ido

disminuyendo progresivamente. Para el año 2020, llama la atención la participación del régimen de excepción debido al fallecimiento de una docente.

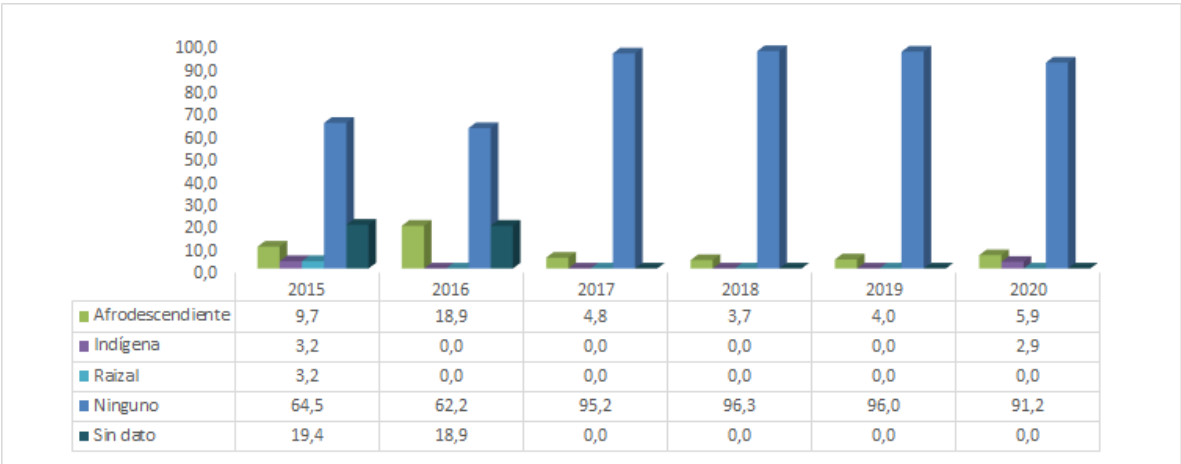


Figura 6. N° de casos de mortalidad materna, según etnia. Antioquia, 2015 - 2020

Respecto a la pertenencia étnica, la mayoría de las muertes maternas se dan en mujeres que no se reconocen como pertenecientes a ninguna etnia. Sin embargo, vale la pena resaltar la importancia del adecuado diligenciamiento de estas variables en la ficha de notificación y que tanto las mujeres afrodescendientes como indígenas si bien aportan un número menor de casos, cuando se calculan las razones de mortalidad se evidencian riesgos mayores en comparación con mujeres sin afiliación étnica.

Caracterización de los casos en tiempo, lugar y persona 2020

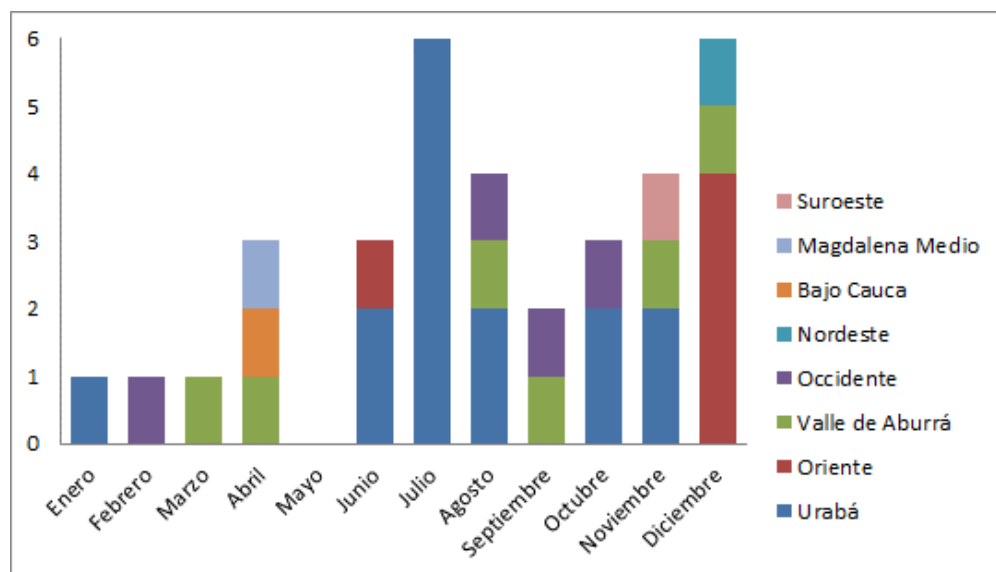


Figura 7. Casos de mortalidad materna según subregión y mes de fallecimiento. Antioquia, 2020

La figura 7 muestra la relación entre el mes de ocurrencia del fallecimiento y la subregión de residencia de la mujer. Durante el año 2020 se hace evidente el incremento en la mortalidad a partir de junio con un 82,4% de los casos. De igual manera, se observa que al menos la mitad de las mujeres fallecidas residían en Urabá. Así mismo, se observa el aumento en la mortalidad durante el mes de diciembre para Oriente.

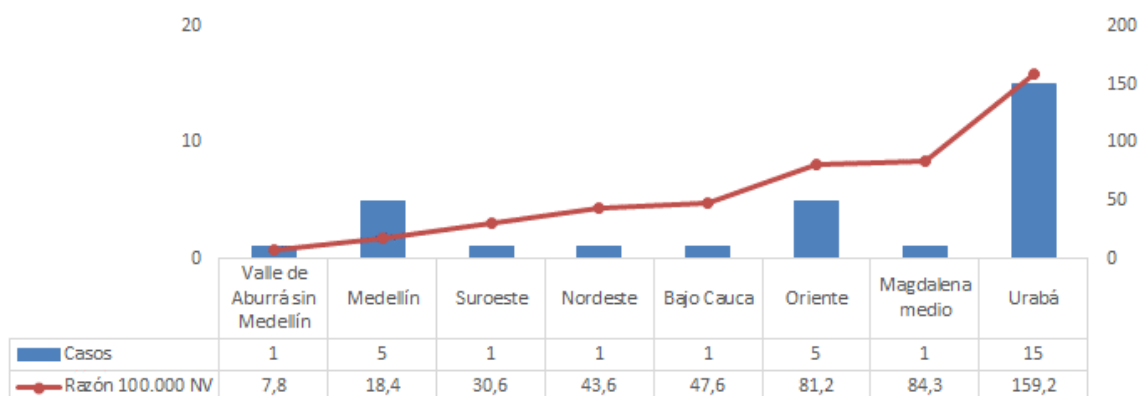


Figura 8. Casos y RMM según subregión. Antioquia, 2020

Las subregiones de Bajo Cauca, Oriente, Magdalena Medio, Urabá y Occidente superan la RMM departamental con RMM superiores a 46,6 casos por 100.000

NV. Si bien Medellín ocupa el segundo puesto de casos de muertes maternas, la razón es inferior a la razón departamental y se encuentra por debajo de las metas de mortalidad nacional e internacional.

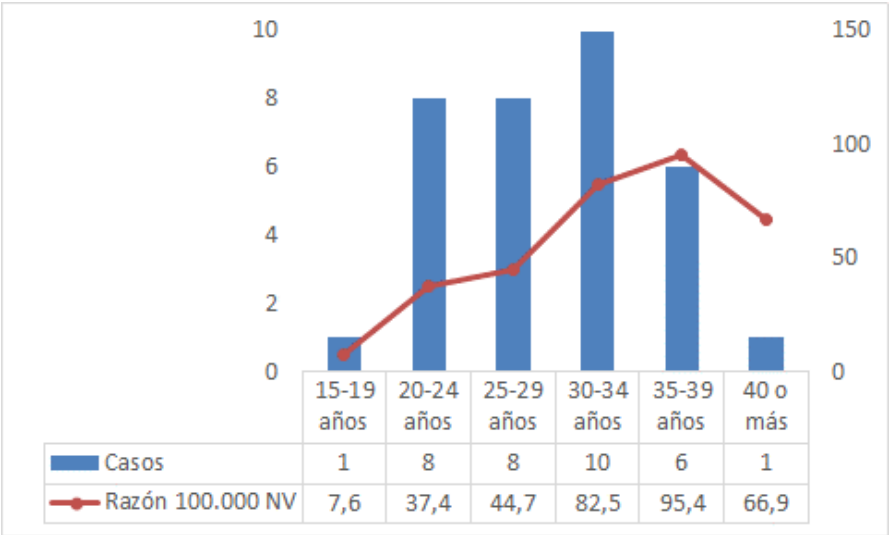


Figura 9. Casos y RMM según grupos de edad. Antioquia, 2020

El grupo de edad que más casos aportó a la mortalidad materna durante el año 2020 fue el de 30 a 34 años, mientras que el grupo que mayor razón de mortalidad presentó fue el de 35 a 39 años. Cuando se realiza la desagregación por subregiones se encuentra que hay diferencias frente a la distribución de los casos y a las razones de mortalidad tal como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia absoluta, relativa y RMM según grupo de edad y subregión. Antioquia, 2020

Variable	Casos	%	RMM por 100.000 NV
Demográficas			
Grupo de edad			
Urabá			
15-19 años	1	6,7	38,3
20-24 años	2	13,3	66,0
25-29 años	5	33,3	231,5
30-34 años	5	33,3	374,8
35-39 años	3	13,3	353,4

40 o más	0	0,0	0,0
Valle de Aburrá			
15-19 años	0	0,0	0,0
20-24 años	4	66,7	34,9
25-29 años	1	16,7	9,6
30-34 años	1	16,7	13,4
35-39 años	0	0,0	0,0
40 o más	0	0,0	0,0
Oriente			
15-19 años	0	0,0	0,0
20-24 años	0	0,0	0,0
25-29 años	2	40,0	104,1
30-34 años	2	40,0	160,4
35-39 años	1	20,0	147,1
40 o más	0	0,0	0,0

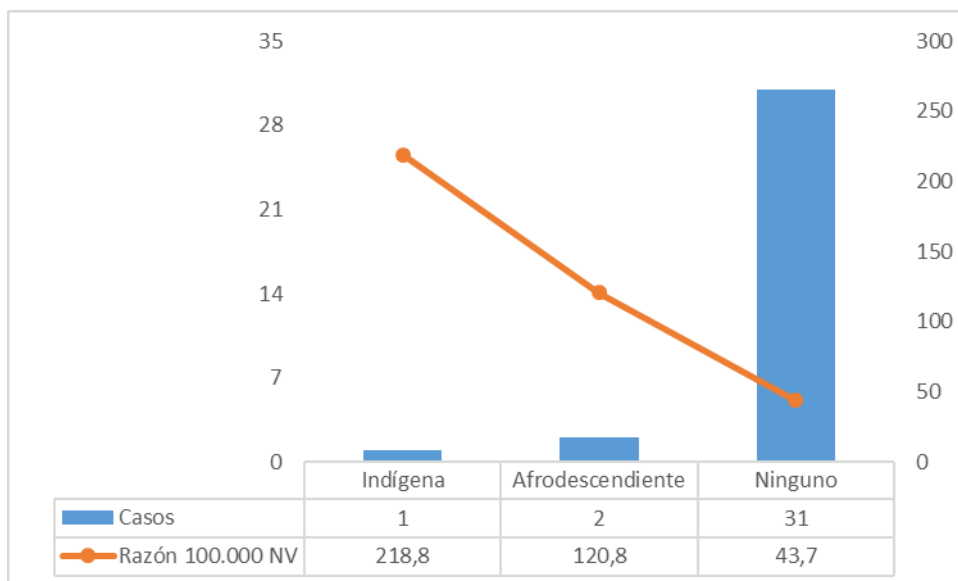


Figura 10. Casos y RMM según grupo étnico. Antioquia, 2020

El riesgo de fallecer de las mujeres gestantes o puérperas fue más alto si pertenecían a alguna minoría étnica que si no, tal como aparece en la figura 10. El mayor número de fallecimientos fue de mujeres sin ninguna afiliación étnica, mientras que el riesgo de fallecer si se era indígena fue 5 veces el de la población sin afiliación étnica.

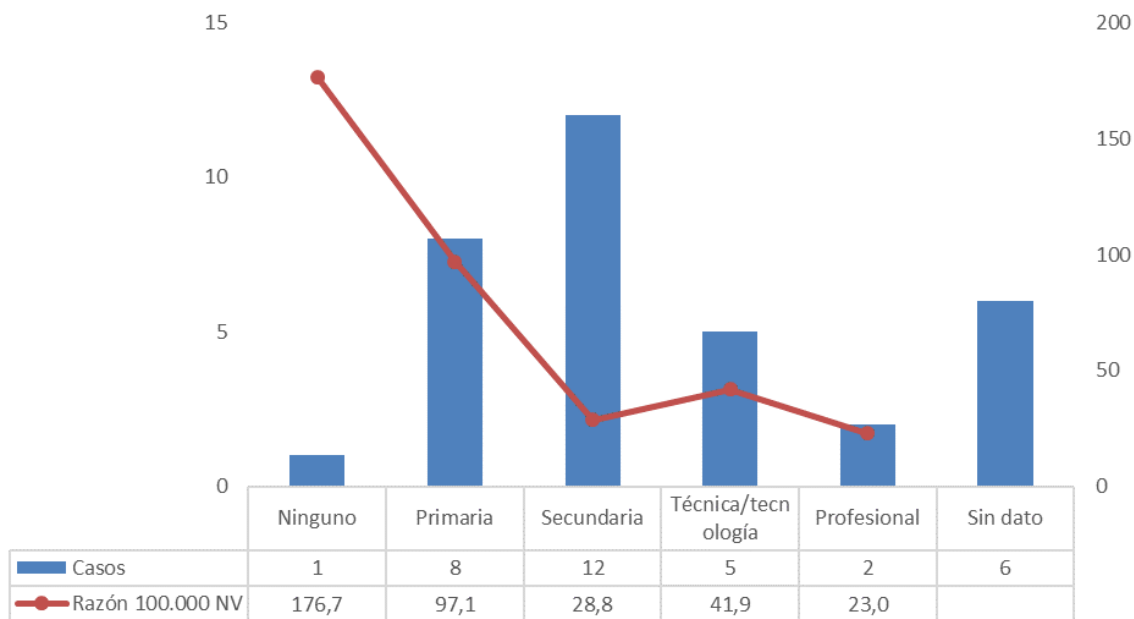


Figura 11. Casos y RMM según nivel educativo. Antioquia, 2020

La figura 11 muestra que las mujeres con secundaria fueron las que fallecieron principalmente mientras que las razones de mortalidad mostraron un gradiente de mayor mortalidad a menor escolaridad.

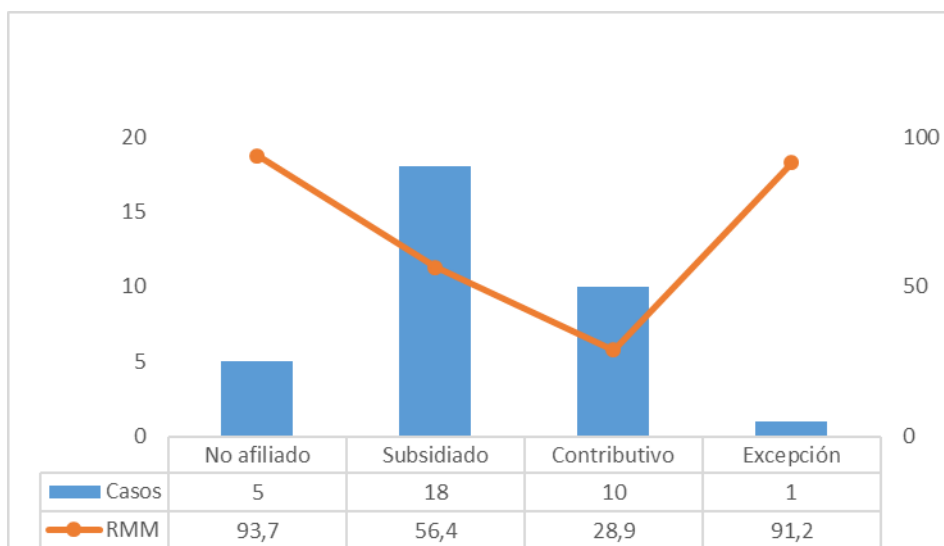


Figura 12. Casos y RMM según afiliación al SGSSS. Antioquia, 2020

La mayor cantidad de casos la aportó el régimen subsidiado seguido por el contributivo, mientras que las mayores razones de mortalidad materna las tuvo el régimen de excepción seguido por las mujeres sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Al realizar desagregación de los regímenes por administradora de planes de beneficio (EAPB) se encuentra que la razón más alta la tuvo comparta seguida por fiduprevisora, EAPB del régimen de excepción, tal como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia absoluta, relativa y RMM según EAPB. Antioquia, 2020

Variable	Casos	%	Razón MM por 100.000 NV
Sociales			
EAPB			
AIC	1	3,2	157,5
Comparta	1	3,2	1020,4
Coomeva	3	9,7	77,2
Coosalud	2	9,7	36,5
Fiduprevisora	1	6,5	241,5
Nueva EPS	5	16,1	97,8
Salud total	1	3,2	27,0
Savia salud	9	29,0	44,9
Sura EPS	5	16,1	25,9
Sanitas	1	3,2	129,2

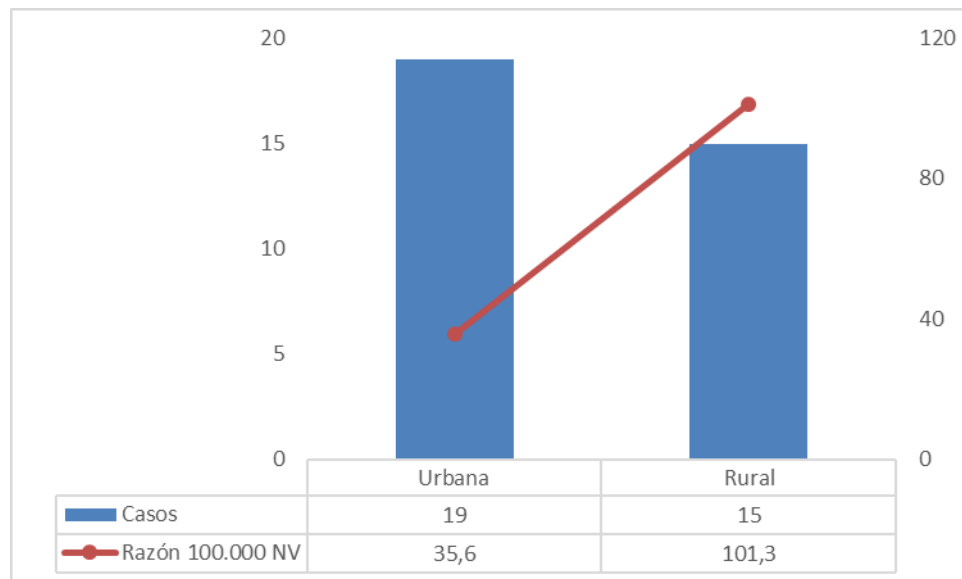


Figura 13. Casos y RMM según zona de residencia. Antioquia, 2020

En la zona urbana se presentaron la mayor cantidad de muertes mientras que la razón de mortalidad fue más alta en mujeres residentes en área rural.

Tabla 4. Frecuencia absoluta, relativa y RMM según variables clínicas. Antioquia, 2020

Variable	Casos	%	RMM por 100.000 NV
Clínicas			
Número CPN*			
0	7	22,2	418,9
<4	10	27,8	183,4
4 o más	14	41,7	21,3
SD*	3	8,3	
Atención del parto			
IPS	29	83,3	40,0
Domicilio	1	5,6	255,8
No aplica	4	11,1	
Antecedentes			
<u>S</u>	24	66,7	
<u>i</u>			SD
Obesidad	7	29,2	SD
Diabetes gestacional	3	12,5	SD
VIH	1	4,2	SD
Hipertensión	2	8,3	SD
Lesión neoplásica	3	12,5	SD
Hipo - hipertiroidismo	2	8,3	SD
Otros	6	25,0	SD
<u>AP* en embarazos previos</u>	4	16,7	SD
Atonía uterina	2	50,0	SD
Embarazo ectópico roto	1	25,0	SD
Preeclampsia	1	25,0	SD
<u>No</u>	10	33,3	SD
Tipo de causa			
<u>Directa</u>	18	52,9	
Hemorragia	12	65,0	SD
Sepsis	4	30,8	SD
THAE*	2	23,1	SD
<u>Indirecta</u>	16	47,1	
Covid	4	25,0	SD

HSA o ACV*	4	25,0	SD
Cáncer	3	18,8	SD
Sepsis	3	18,8	SD
Tormenta tiroidea	1	6,3	SD
Tromboembolismo pulmonar	1	6,3	SD
Factores de riesgo según tipo de causa			
<u>Directa</u>	18	52,9	SD
Hemorragia	13	72,2	SD
Atonía uterina/acretismo placentario	3	23,1	SD
DM* - dislipidemia	2	15,4	SD
Obesidad/sobrepeso	2	15,4	SD
Ectópico roto	1	7,7	SD
Sepsis	3	16,7	
Toxoplasmosis y sífilis gestacional	1	33,3	SD
THAE	2	11,1	
Preeclampsia y obesidad	1	50,0	SD
<u>Indirecta</u>	16	47,1	
Covid	4	25,0	
Obesidad	4	100,0	SD
HSA	4	25,0	
Historia de adicciones	2	50,0	SD
Sepsis	3	18,8	
Enfermedad por VIH*	1	33,3	SD
Muerte evitable			
Si	21	61,8	SD
No	6	17,6	SD
Pendiente	7	20,6	SD

*CPN: Control prenatal; AP: Antecedente personal; SD: Sin dato; THAE: Trastorno hipertensivo asociado al embarazo; HSA o ACV: Hemorragia subaracnoidea o Accidente cerebrovascular; DM: Diabetes mellitus; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

En la tabla 5 se pueden observar diferentes variables de interés clínico. El número de CPN tiene un gradiente negativo con su RMM, lo que significa que, a menor número de controles, mayor fue la razón de mortalidad. De igual manera, las mujeres cuyos partos fueron atendidos en casa presentaron mayor razón de mortalidad que mujeres cuyos partos fueron atendidos en un hospital o clínica.

Llama la atención que el 66,7% de las mujeres fallecidas tenían algún antecedente de importancia, 4 de ellas habían presentado un evento obstétrico de riesgo en su gestación anterior y 3 de ellas un evento hemorrágico que se repitió en la gestación que las condujo a la muerte.

De acuerdo al tipo de causa, se encontró que un poco más de la mitad se debieron a causas directas y de estas el 65% fue por hemorragia obstétrica, seguida por sepsis y por último por THAE. Entre las causas indirectas se encontró que la muerte por Covid se dio en el 25% de los casos de mortalidad indirecta a la par de la muerte por HSA o ACV. Llamó la atención que la totalidad de las gestantes que fallecieron por Covid presentaron como comorbilidad obesidad.

Respecto al análisis de evitabilidad, se evidenció en al menos el 60% de los casos, la muerte era evitable.

4.3 Comportamiento de otras variables de interés

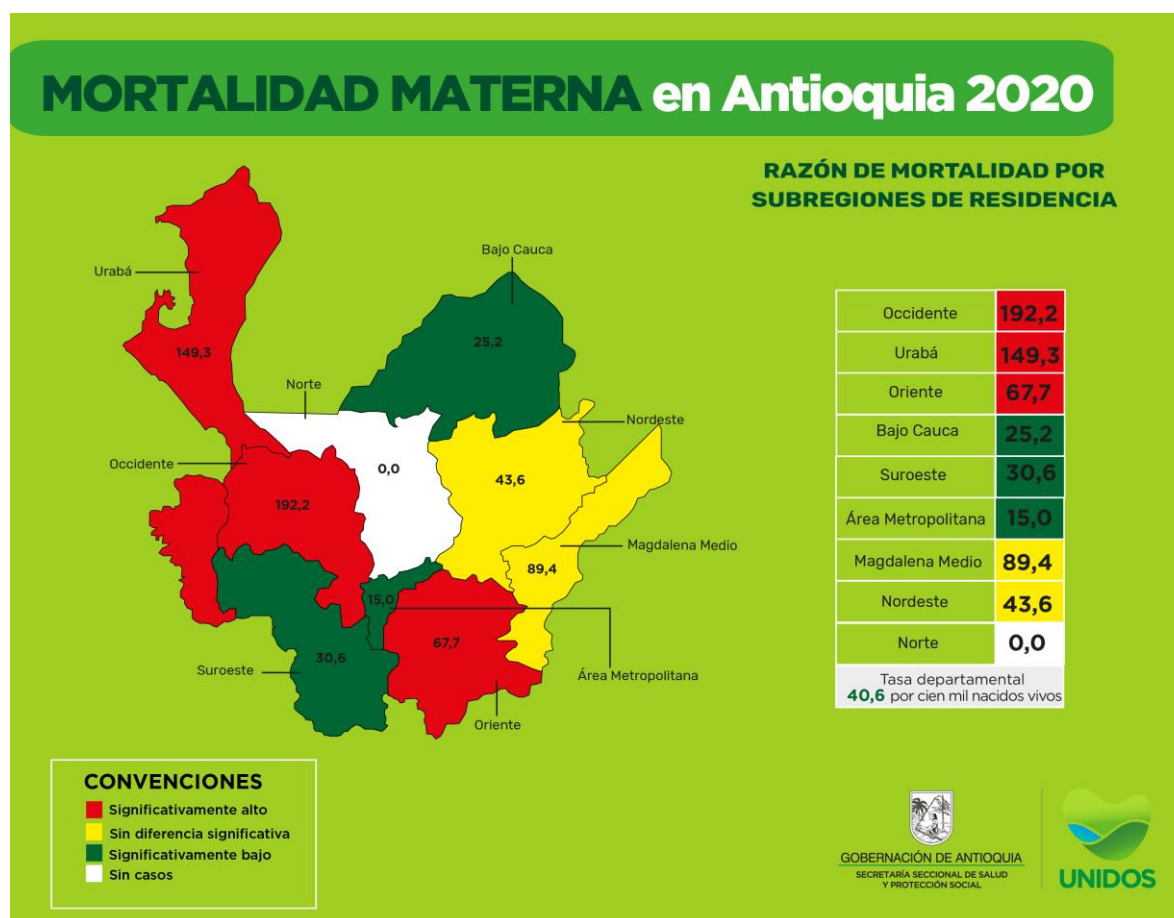


Figura 14. RMM según subregión de residencia y diferencias estadísticamente significativas. Antioquia, 2020

La figura 14 evidencia el mapa del departamento con la desagregación de la RMM por subregión, al comparar la RMM de 2020 con el promedio de los 5 años previos se evidenció que en las subregiones de Urabá, Occidente y Oriente se presentó un incremento estadísticamente significativo en la mortalidad, mientras que las subregiones de Bajo Cauca, Suroeste y el Área Metropolitana (Valle de Aburrá y Medellín) presentó una disminución estadísticamente significativa. Las demás subregiones no presentaron diferencias estadísticamente significativas con la mortalidad previa.

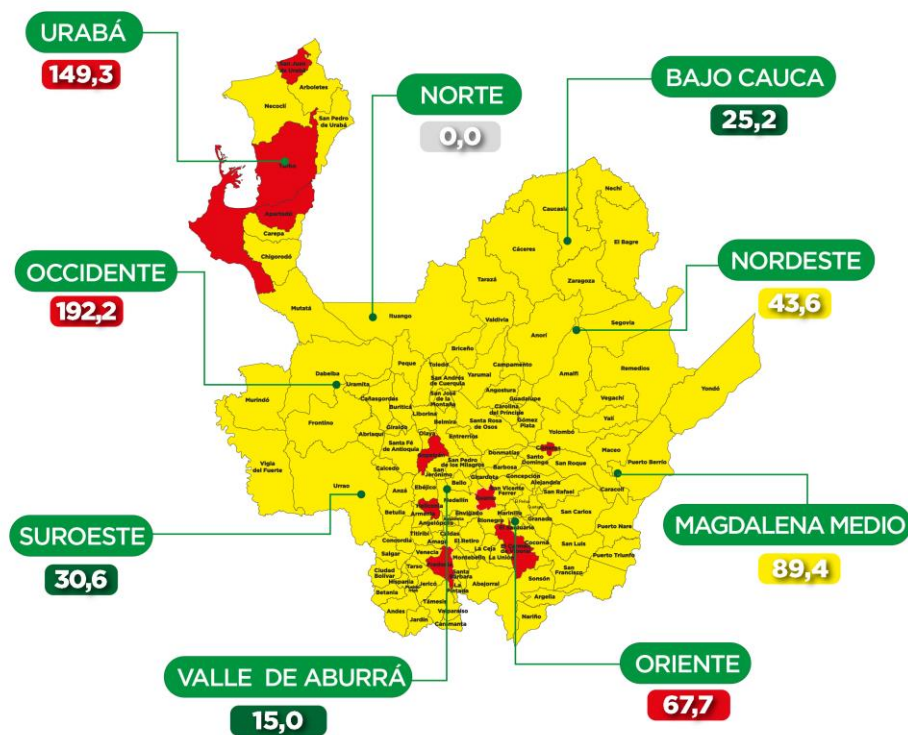


Figura 15. RMM según subregiones, municipios de residencia y diferencias estadísticamente significativas. Antioquia, 2020

La figura 15 muestra el mapa del departamento coloreado con amarillo, para los municipios y subregiones que no presentaron diferencias estadísticamente significativas con el promedio de los años anteriores; verde con las subregiones que presentaron disminución estadísticamente significativa con los años previos; y rojo con los municipios y subregiones que presentaron aumentos estadísticamente significativos.

En Urabá se observó aumento para el promedio de la subregión y para los municipios de Apartadó, San Juan de Urabá y Turbó. Así mismo se evidenció con Occidente y los municipios de Sopetrán y Heliconia y con Oriente y los municipios de El Carmen de Viboral y Guarne.

Para el caso de la subregión de Suroeste, se evidenció disminución en la subregión, pero al desagregar la mortalidad por municipio, se encontró que Fredonia tuvo un incremento estadísticamente significativo.

Ninguno de los municipios mostró una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad materna.

Tabla 5. Número de muertes maternas según clasificación, causa agrupada, causa básica de muerte y evitabilidad. Antioquia, 2020.

Clasificación/Causa agrupada/Causa básica	Evitabilidad			Total
	Si	No	No evaluable	
Directa	13	0	0	13
Hemorragia Obstétrica	9	0	0	9
Otras hemorragias postparto inmediatas	6	0	0	6
Hemorragia del tercer periodo del parto	1	0	0	1
Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto	1	0	0	1
Placenta anormalmente adherida	1	0	0	1
Sepsis relacionada con el embarazo	2	0	0	2
Sepsis puerperal	1	0	0	1
Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	1	0	0	1
Embarazo terminado en aborto	1	0	0	1
Aborto Medico	1	0	0	1
Otras complicaciones obstétricas	1	0	0	1
Trastorno del hígado en el embarazo, el parto y el puerperio	1	0	0	1
Indirecta	8	5	1	14
Complicaciones no obstétricas	4	3	1	8

Clasificación/Causa agrupada/Causa básica	Evitabilidad			Total
	Si	No	No evaluable	
Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines, sin otra especificación	1	0	0	1
Tirotoxicosis, no especificada	1	0	0	1
Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el sistema inmunitario cuando complican el embarazo, el parto y el puerperio	0	0	1	1
Hemorragia intracraneal (no traumática), no especificada	1	0	0	1
Tumor maligno del colon ascendente	0	1	0	1
Hemorragia subaracnoidea, no especificada	0	1	0	1
Choque , no especificado	1	0	0	1
Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	0	1	0	1
Sepsis no obstétricas	3	2	0	5
Otras enfermedades virales que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1	1	0	2
Septicemia, no especificada	0	1	0	1
Choque Séptico	1	0	0	1
Neumonía debida a otros virus	1	0	0	1
Evento tromboembólico con otra causa básica indirecta	1	0	0	1
Flebotrombosis profunda en el embarazo	1	0	0	1
Total analizados	21	5	1	27
No analizado				6
Total	21	5	1	34

La tabla 5 muestra la clasificación de evitabilidad de la muerte de acuerdo al consenso realizado en las unidades de análisis y amplía la información de la tabla 4 de acuerdo a las causas agrupadas y básicas de muerte.

4.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Razón de mortalidad materna: En el año 2020 fallecieron 46,6 mujeres durante la gestación, parto o hasta los 42 días posparto por cada 100.000 NV en el departamento de Antioquia.

Tabla 6. Número de casos y razón de mortalidad materna. Antioquia, 2004-2020.

Año	Muertes maternas	Nacidos vivos	Razón*
2004	57	94899	60,1
2005	63	94636	66,6
2006	59	94141	62,7
2007	39	92465	42,2
2008	39	90973	42,9
2009	43	85955	50,0
2010	35	78207	44,8
2011	44	76417	57,6
2012	40	77139	51,9
2013	33	74757	44,1
2014	24	76419	31,4
2015	31	75930	40,8
2016	37	75024	49,3
2017	21	76844	27,3
2018	27	74552	36,2
2019	25	73035	34,2
2020	34	73035	46,6

*Para la razón de muertes maternas se usó la constante de 100.000 nacidos vivos.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de muertes maternas, Antioquia, – 2004 – 2020. Nacidos vivos DANE, 2004 - 2019. La cifra de 2020 se calcula con base en dato oficial DANE 2019.

La tabla 6 muestra la tendencia de la RMM desde 2004 hasta 2020. En ella se observa que, durante la última década, la razón de mortalidad ha estado tendiente a la disminución con unos picos en 2016 y en 2020.

Porcentaje de casos dudosos que permanecen dudosos: 1,5%. Para el cálculo de este indicador, se contó con el apoyo de la referente nacional quien indicó realizar el cálculo mediante el número de casos dudosos entre el total de casos notificados en la web de muertes de mujeres de 10 a 54 años.

Porcentaje de causas de muerte mal definidas: 17,9%. El porcentaje de muertes mal definidas se encuentra en semaforización verde para el departamento.

Oportunidad en la notificación semanal de la muerte materna: 87,5%. El porcentaje de oportunidad en la notificación se encuentra en semaforización naranja para el departamento.

Concordancia de casos de muerte materna: SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF): 98,2%. El porcentaje de oportunidad en la notificación se encuentra en semaforización naranja para el departamento.

Porcentaje de casos con informe técnico (unidad de análisis) completo en el tiempo establecido: el 82,4% de las muertes maternas tempranas fueron oportunas.

5 DISCUSION

En 2020 ocurrieron 34 casos de muerte materna en el departamento de Antioquia, 9 casos más que en 2019 y 6 casos más del valor esperado para 2020 que es 28. La RMM tuvo un incremento de 12,4 casos por 100.000 NV con respecto al año anterior, siendo de 34,2 casos para el 2019 y 46,6 casos por 100.000 NV para el 2020.

Si bien, la RMM, en Antioquia se venía manteniendo por debajo de la meta definida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 y de la meta según INS, durante el año 2020 debido a razones como la mortalidad por la población migrante (4 casos) y la mortalidad por causas indirectas debido a la pandemia por Covid-19 (4 casos), no se logró cumplir con la meta y se presentó un comportamiento inusitado a favor del incremento en la mortalidad.

Las subregiones con RMM más altas fueron: Occidente (192,2 muertes por 100.000 NV), Urabá (159,2 muertes por 100.000 NV) y Magdalena Medio (84,3 muertes por 100.000 NV). Urabá, que había tenido una tendencia al descenso en 2017 y 2018, ha presentado un aumento significativo de los casos pasando de 5 en 2019 a 15 en el 2020 y siendo la subregión con el mayor número de casos. Occidente aumentó 3 casos con respecto al año anterior y Magdalena Medio y Nordeste de nuevo reportaron un caso, manteniendo la tendencia de los últimos 3 años. Valle de Aburrá (sin Medellín) presentó 1 caso, cuatro menos que en 2019 y la subregión de Norte no presentó casos en 2020. Medellín por su parte, presentó 3 casos menos con respecto al 2019.

Los resultados evidencian que la muerte materna continúa siendo un problema de inequidad. Desde 2004 la RMM en el área rural ha sido mayor que en el área urbana y los picos o excesos están dados por aumento en la RMM de las mujeres residentes en área rural. Para el 2020 la diferencia en la RMM se hizo más notoria:

101,3 muertes por 100.000 NV en las mujeres del área rural y de 35,6.3 en las del área urbana.

Así mismo, en la revisión de la variable del nivel de educación, considerada de alta relevancia como determinante en la ocurrencia del evento, el análisis por quinquenios muestra como en el período 2004-2008 la razón de mortalidad en el grupo de mujeres sin escolaridad fue de 178,7, casi 4,5 veces la del grupo con educación de nivel superior. Aunque para el periodo 2014-2018 la RMM fue inferior para el grupo sin acceso a educación (83,5), la diferencia con relación al grupo con estudios superiores se mantuvo. La RMM en mujeres sin educación en el año 2020 fue 7,7 veces la RMM en mujeres profesionales (176,6 vs 23 casos por 100.000 NV).

Más de la mitad de las muertes ocurrieron en mujeres afiliadas al régimen subsidiado (53,6%), además se observó un aumento en la mortalidad en mujeres no afiliadas, pasando de 8% en 2019 a 15% en 2020, lo cual parece estar relacionado con el fenómeno migratorio.

En cuanto a la etnia, en el periodo 2010-2013 la razón de mortalidad en las mujeres indígenas fue de 432,9 por 100.000 NV, 9,5 veces por encima de la población general, mientras que en el periodo 2014-2018 fue de 110,4 casos por 100.000 NV. En el año 2020 la razón aumentó levemente siendo de 218,8 casos por 100.000 NV comparado con 43,7 para la población general.

Estos resultados contrastan con la RMM en indígenas en el país que fue de 261,2 en 2018, 7,2 veces más que población general (4).

Las razones de MM según la edad siguen siendo más altas para las mujeres mayores de 35 años, similar a lo observado en el contexto nacional para el 2019 según informe anual del evento del INS (4).

No se presentó ningún caso de muerte en 2020 en menores de 15 años, pero si un caso en el grupo de 15 a 19 años, datos similares a los del año anterior.

En cuanto al porcentaje de embarazos planeados, se obtuvo el dato en 23 de los 34 casos y se encontró que la gestación fue planeada sólo en 4 de ellos (11,8%). Con respecto a la realización de controles prenatales, al menos 24 casos accedieron a dicho seguimiento (70,6%), 7 no asistieron y en 3 no se obtuvo el dato. Los resultados anteriores reflejan retos importantes en las políticas de salud sexual y reproductiva con respecto al empoderamiento de las mujeres en el autocuidado y la planeación de sus embarazos y al fortalecimiento del sistema de

salud para garantizar que todas las mujeres tengan acceso a asesorías anticonceptivas adecuadas e ingresos oportunos al control prenatal.

La RMM por causas directas mantuvo una tendencia al descenso desde 2004 a 2017 y se ha estabilizado en los últimos 4 años (2017-2020); para el 2020 la RMM por causas directas fue de 24,6 por 100.000 NV. En contraste, el comportamiento de las causas indirectas ha tenido tendencia al aumento en los últimos años, incluso en 2020. Sin embargo, las causas directas se mantuvieron por encima de las causas indirectas (24,6 vs 21,9 casos por 100.000 NV).

En cuanto a las RMM específicas por causa agrupada, ocurrió un incremento en las muertes por hemorragia obstétrica, en el año 2019 se había tenido la razón más baja desde que se inició la vigilancia del evento con 4,1 por 100.000 NV con un ascenso a 16,4 por 100.000 NV, en el 2020. Se presentaron 13 casos y todos se consideraron evitables y/o intervenibles. Algunas muertes ocurrieron luego de un parto no seguro, lo que nos hace reflexionar sobre la importancia de los hogares de paso, del diálogo intercultural con las parteras y de la sensibilización sobre la seguridad del parto institucional, incluso en tiempos de pandemia. También es determinante reforzar las capacitaciones en el manejo de las emergencias obstétricas para el mejoramiento continuo de las competencias de los profesionales encargados de la atención a gestantes.

De otro lado, en los últimos 5 años se había tenido una tendencia a la reducción de mortalidad por sepsis no obstétrica, sin embargo, para 2019 y 2020 la razón de MM por ésta causa ha incrementado (5,5 casos por 100.000 NV).

Todas las muertes directas se clasificaron como evitables, lo que evidencia adherencia insuficiente a las Guías de práctica clínica. Además, los retrasos en la calidad de atención (tipo 4) estuvieron presentes en más del 80% de los casos. Preocupa de manera especial que de 7 IPS evaluadas en el cuidado de las pacientes con hemorragia obstétrica, en 6 se calificó el cuidado como sub-óptimo mayor; comportamiento similar se evidenció al evaluar el cuidado de las pacientes con sepsis.

Se presentaron 2 casos de MM por trastorno hipertensivo en 2020, presentando la RMM más baja de las causas directas (2,7 casos por 100.000 NV) consolidando la tendencia sostenida al descenso durante todo el periodo; este resultado es significativo, si se tiene en cuenta que ésta sigue siendo la principal causa de morbilidad materna extrema MME, y refleja el mejoramiento en el manejo de las mujeres que cursan con esta complicación.

La RMM de las muertes indirectas fue de 21,9 casos por 100.000 NV y correspondió a 16 casos. En este grupo se identifican especiales retos para el departamento relacionados con la eliminación de barreras para el acceso a servicios de valoración preconcepcional, anticoncepción efectiva e interrupción voluntaria del embarazo. Entre las causas agrupadas se encontraron 4 casos por sepsis no obstétrica relacionados con Covid-19 (RMMM 5,5 casos por 100.000 NV) y 4 casos por hemorragia subaracnoidea o accidente cerebrovascular (RMM 5,5 casos por 100.000 NV).

Del comportamiento de la mortalidad materna por subregiones se destacan algunos aspectos:

Urabá presentó en 2020 15 casos de MM, 8 directas y 7 indirectas. Dentro de las directas la principal causa fue la hemorragia (6 casos) todas clasificadas como evitables y/o intervenibles. De las 7 muertes por causas indirectas, 5 fueron debidas a sepsis no obstétrica, 2 de ellas por infección por Covid-19.

En el periodo 2019-2020 el 73,5% de las muertes maternas se consideraron evitables. En este periodo el retraso tipo 4 fue el más frecuentemente identificado.

Valle de Aburrá sin Medellín presentó una disminución significativa en la RMM pasando de 38,9 por 100 000 NV en 2019 a 8 por 100.000 NV en el 2020, equivalente a 1 caso de muerte materna directa (hemorragia obstétrica), que se calificó como evitable.

Bajo Cauca presentó una RMM de 48 por 100.000 NV en 2020; con un solo caso por causa indirecta (hemorragia subaracnoidea).

La subregión de Occidente presentó un aumento significativo en la RMM pasando de 48 por 100 000 NV en 2019 a 192,2 por 100.000 NV en el 2020. Ocurrieron 4 casos de los cuales uno fue por hemorragia obstétrica que se calificó como evitable y los otros tres casos fueron por causas indirectas que se calificaron como no evitables.

5.1 Limitaciones

En algunos de los casos no hay concordancia en las fuentes de información de notificación (SIVIGILA, RUAF y en el SVEMMBW), especialmente en los casos de MM tardías lo cual afecta la calidad del dato.

Se siguen presentado dificultades para la realización de la necropsia en los casos en los cuales no se tiene claridad en la causa de la muerte, lo que impide un análisis completo para la clasificación y la evaluación de la evitabilidad. Dichos obstáculos van desde la solicitud, hasta la autorización y realización.

La situación de pandemia por el virus SARS-CoV-2 a la que nos enfrentamos en la actualidad generó retrasos en algunas atenciones y afectación en la calidad de las mismas. De igual manera, las dificultades en la capacitación en la atención de pacientes con Covid-19 dada por la evidencia cambiante se ha traducido en fallas en la atención y falta de oportunidad en los diagnósticos y tratamientos.

6 CONCLUSIONES

La RMM tuvo un incremento con respecto al año anterior, por lo cual no se deben descuidar los esfuerzos orientados a la disminución la RMM evitable.

Se evidenció un incremento en las muertes por hemorragia y sepsis no obstétrica; en contraste, se documentaron menos muertes por trastorno hipertensivo asociado al embarazo, que es la principal causa de MME en el departamento.

Las subregiones con RMM más altas fueron: Occidente, Urabá y Magdalena Medio lo que hace necesario promover actividades de retroalimentación y capacitación al personal de salud de dichas zonas, con énfasis en el tratamiento de la hemorragia obstétrica y la sepsis.

Las situaciones de inequidad como la residencia en área rural, el bajo nivel educativo y la pertenencia a grupos étnicos minoritarios siguen siendo determinantes de riesgo para la ocurrencia de muertes maternas.

Los resultados evidencian retos importantes en las políticas de salud sexual y reproductiva para el futuro en lo relacionado al empoderamiento de las mujeres en el autocuidado y la planeación de sus embarazos y al fortalecimiento del sistema de salud para garantizar el acceso universal a anticoncepción efectiva, valoración preconcepcional adecuada y control prenatal oportuno y de calidad.

La atención de la población obstétrica en el contexto de la pandemia por COVID-19 constituye un gran reto para los profesionales e instituciones encargados del cuidado de las gestantes y es una oportunidad para validar los esfuerzos realizados y seguir garantizando entornos seguros para la atención de las mismas.

7 RECOMENDACIONES

Recomendaciones desde el proceso de sistemas de información.

Es muy importante sensibilizar al personal que diligencia el certificado de defunción, incluido el personal del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses sobre en el completo y correcto diligenciamiento de las variables en el módulo III, si la mujer estuvo embarazada cuando falleció, en las últimas 6 semanas y en el último año, ya que se pudo evidenciar en un caso, que dentro de las causas de muerte se encontró relación con el evento obstétrico, pero diligenciaron “no” en las variables anteriormente enunciadas. Así mismo es importante que el personal de las instituciones donde ocurra un caso de mortalidad materna realice el envío de la historia clínica de forma inmediata y completa, junto con la notificación del caso a la Secretaría de Salud, pues no es necesario esperar la solicitud de la historia clínica. Esto reduce el tiempo entre la fecha de ocurrencia y el cierre del caso, al igual que la notificación en los sistemas de información en la misma semana en la que ocurre el caso.

Luego de lograr la correspondencia entre las fuentes de información de los casos, el siguiente objetivo es garantizar que los datos sean exactos, coherentes y consistentes entre las diferentes fuentes de información (SIVIGILA, RUAF, SVEMMBW), esto conlleva a continuar en el proceso de sensibilización con las instituciones de notificación frente a la responsabilidad de garantizar la revisión de los casos y la realización de los ajustes identificados o los informados por la SSSA, y en los casos en los que se presenten dudas sobre dichas solicitudes de ajuste, realizar la respectiva consulta, con el fin garantizar la comunicación que contribuya al mejoramiento de la calidad del dato.

En los casos donde la muerte ocurre en lugares diferentes a las instituciones de salud, es indispensable contar con la información de las entrevistas realizadas por las Direcciones locales de Salud, las cuales ayudarán a conocer la información relacionada con las condiciones de salud y enfermedad de la mujer fallecida, y obtener la mayor información posible sobre acceso a los servicios de salud y hechos relacionados con el fallecimiento.

Recomendaciones desde el proceso de vigilancia por los especialistas asesores.

Es de gran relevancia, compartir los hallazgos del proceso de vigilancia epidemiológica y análisis de los casos con todos los actores: Secretarías Locales de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y EAPB; así como con las diferentes instancias gubernamentales para lograr que un impacto real en el mejoramiento de los diferentes procesos que involucran la atención materno-perinatal en el departamento.

En éste mismo sentido, se deben generar mecanismos que fortalezcan la implementación plena de la RIA materno-perinatal, es sus intervenciones de detección temprana y protección específica; especial énfasis en anticoncepción de manera que las mujeres tengan oportunidad de consultar y acceder a métodos anticonceptivos modernos y de alta eficacia ya que de las mujeres fallecidas en el año 2020 la proporción de embarazos que eran no planeados (19/28) aumentó respecto al año anterior (9/25). Así mismo es importante priorizar a aquellas mujeres que por su edad, paridad o factores de riesgo como un evento de morbilidad materna extrema, enfermedades médicas asociadas, entre otras, tengan mayor riesgo de complicaciones a través de la gestión del riesgo y búsqueda activa por parte de las EAPB.

De otro lado, es necesario continuar promoviendo que el personal de salud, médico y de enfermería, que participa en las actividades de control prenatal brinde de manera oportuna, clara y veraz información sobre el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo de acuerdo con la normativa vigente.

En 2021 se hará necesario intensificar la vigilancia epidemiológica en el departamento dado el incremento en la razón de mortalidad materna; especialmente en las subregiones donde se han presentado cambios significativos en el perfil de mortalidad, así como fomentar el desarrollo de estrategias que permitan no solo la retroalimentación de los casos sino la capacitación continua del personal de salud y la implementación de acciones de seguridad clínica para la atención obstétrica y las buenas prácticas de seguridad del paciente de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La recomendación final se refiere a la necesidad de reiterar a los responsables del cuidado materno perinatal en todos los niveles de atención que, si bien vivimos momentos complejos desde el punto de vista de acceso a los servicios de salud

por la crisis generada por la pandemia por COVID-19, no debemos descuidar el terreno ganado en atención oportuna y de calidad para las gestantes pues se ha tratado de avances muy valiosos, fruto del esfuerzo conjunto.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2019. 1 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 2. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2019. 12 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327596/WHO-RHR-19.23-eng.pdf?sequence=13&isAllowed=y>
 3. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2019 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. 273 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
 4. Colombia Instituto Nacional de Salud. Informe del evento mortalidad materna 2018 [Internet]. Bogotá: INS; 2019. 19 p. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA_2019.pdf
 5. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Mortalidad materna. Bogotá D.C.: INS; fecha última revisión del protocolo el 27-12-2019. 18 p.
 6. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web: guía epidemiológica. Bogotá D.C.: INS; 2011. 92 p.
-
1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2019. 1 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 2. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 : estimates by WHO, UNICEF,

UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2019. 12 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327596/WHO-RHR-19.23-eng.pdf?sequence=13&isAllowed=y>

3. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2019 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. 273 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

4. Colombia Instituto Nacional de Salud. Informe del evento mortalidad materna 2018 [Internet]. Bogotá: INS; 2019. 19 p. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA_2019.pdf

5. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Mortalidad materna. Bogotá D.C.: INS; fecha última revisión del protocolo el 27-12-2019. 18 p.

6. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web: guía epidemiológica. Bogotá D.C.: INS; 2011. 92 p.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Elaboró:

Equipo de asesores de vigilancia en salud pública:

Gladis Adriana Vélez Álvarez, Médica Ginecobstetra, Magíster en Salud Pública.

Francy Paniagua Flórez, Profesional en Gerencia de Sistemas de Información.

Otros profesionales que participaron en Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna:

Astrid Perdomo Palomá, Médica Ginecobstetra.

Juliana Tamayo Muñoz, Médica Ginecobstetra.

Carolina Álvarez Mesa, Médica Ginecobstetra.

Mauricio Urrego Pachón, Médico Ginecobstetra.

Adriana María González

Referente de SSR – Gerencia de Salud Pública

adriana.Gonzalez@antioquia.gov.co

Catalina Echeverry

Profesional universitario 3

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Convenio Fundación Universidad de Antioquia

catalina.echeverryq@udea.edu.co

Francy Liesel Giraldo Torres

Profesional en gerencia de sistemas de información en salud

Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia

Convenio Fundación Universidad de Antioquia





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

maternidadsegura.sssa@antioquia.gov.co



UNIDOS

Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Apujarra)
Calle 42 B 52 - 106 - Piso 8 - Teléfonos 57 (4) 383 98 02 - Medellín - Colombia