



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

INFORME ANUAL COMPONENTE MATERNIDAD SEGURA

Introducción

El Instituto Nacional de Salud (1) informa que según la Organización Mundial de la Salud – OMS y la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología -FLASOG la Morbilidad Materna Extrema –MME es una complicación de salud grave que amenaza la vida de una mujer durante el embarazo, el parto o hasta los 42 posteriores al parto y de la cual sobrevive. Desde 1991 se acuñó la necesidad de contar con un indicador positivo y precursor de la Mortalidad Materna, para lo cual surgió el “Near Miss Morbidity” o MME en español. En Colombia este evento se vigila en el Sistema de Vigilancia de Salud Pública - SIVIGLA desde 2012.

La vigilancia de este evento genera alertas a las Entidades Territoriales –ET y Empresas Administradoras de Planes de Beneficio -EAPB de manera diaria, para que se focalicen acciones en las mujeres con MME, se eviten barreras administrativas y las mujeres tengan atención en el nivel de atención adecuado de acuerdo con su complicación. En síntesis, este evento evidencia la calidad de la atención de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud – IPS y la realidad sanitaria del país.

A nivel mundial la OMS estima una Razón de MME –RMME esperable de 7.5 casos por cada 1 000 Nacidos Vivos -NV, oscilando entre 3 y 15 casos. Los países desarrollados presentan entre 3.8 y 12.0 casos por cada 1 000 NV (1). El INS reporta RMME de 84.7 casos por 1 000 NV para Colombia a semana epidemiológica -SE 53 de manera preliminar (2).

La Organización Mundial de la Salud (3) indica que la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Para 2023 se presentaron 260 000 muertes maternas y el 92 % de las muertes se presentaron en países con ingresos bajos y medianos bajos. Países de África Subsahariana explican el 70 % de las muertes, y países de Asia meridional explican el 17 % de los casos. La Razón de Mortalidad Materna -RMM promedio entre países con ingresos altos es 10 muertes por cada 100 000 Nacidos Vivos -NV mientras que la RMM promedio de países de ingreso bajo es de 346.0 casos por cada 100 000 NV.

A nivel mundial el 75.0 % de las muertes maternas ocurren por hemorragias obstétricas graves, infecciones puerperales, Trastorno Hipertensivo Asociado al Embarazo -THAE, complicaciones del parto y aborto inseguro. Para combatir la mortalidad materna, la OMS planteó los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS. La meta 3 incluye reducir la tasa de



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

la mortalidad materna para 2030 a menos de 70 muertes por cada 100 000 NV sin que ningún país tenga una RMM superior al doble del promedio mundial.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (4), el promedio de la RMM en América Latina y el Caribe fue de 77.0 muertes por cada 100 000 NV en 2023, inferior al promedio mundial de 197. Sin embargo, reporta que esta es la región con menor avance entre 2000 y 2023.

El Instituto Nacional de Salud (IS) reportó una RMM para Colombia de 44.5 casos por 100 000 NV a semana epidemiológica -SE 53 de 2025. Se observa heterogeneidad al interior de los departamentos, la RMM de Guainía es de 401.1 casos por cada 100 000 NV, mientras que la RMM de Valle del Cauca es de 14.9 casos por cada 100 000 NV. Antioquia presenta una RMM de 32.6 casos por cada 100 000 NV en este periodo, cifra superior al promedio nacional. Dentro de las principales causas de mortalidad en Colombia se encuentran los THAE seguidos de otras causas indirectas como el cáncer, la hemorragia obstétrica y la sepsis no obstétrica por neumonía.

El Consejo Nacional de Política Económica y Social (6) establece las metas de los ODS para Colombia, la RMM a alcanzar a 2030 es menos de 32.0 muertes maternas por cada 100 000 NV.

Según el Plan Territorial de Salud de Antioquia la meta de mortalidad materna para 2025 es menos de 29.5 muertes por cada 100 000 NV (7).

La vigilancia epidemiológica de la maternidad segura es el eje central para evaluar la realidad sanitaria y la calidad de la atención obstétrica, permitiendo la creación de políticas públicas enfocadas en reducir las inequidades regionales y cumplir con las metas de los ODS para prevenir muertes maternas. Según la OMS y la Clasificación Internacional de Enfermedades e (CIE 11), la mortalidad perinatal comprende las muertes que ocurren entre las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y 7 días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los nacidos vivos que fallecen durante los primeros 28 días de vida (8).

Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida y desarrollo humano, como de la calidad y acceso a los servicios de salud. En el 2015 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Agenda 2030, en el tercer objetivo de salud y bienestar, se priorizó la salud materna e infantil y estableció como metas para 2030 poner fin a las muertes evitables de recién nacidos, así como lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (9).

Alrededor de 64 países alrededor del mundo no están en camino de alcanzar la meta de los ODS de reducir la mortalidad neonatal a menos de 12 por cada 1.000 nacidos vivos para 2030; La supervivencia del neonato está estrechamente ligada a la salud de la madre. En 2023, se registró una muerte materna cada dos minutos, afectando directamente las probabilidades de supervivencia del recién nacido (9).

La Organización Panamericana de la Salud -OPS lanzó en 2024 la iniciativa "Cero Muertes Maternas Evitables", subrayando que la supervivencia del recién nacido es inseparable de una atención materna de calidad desde el control prenatal hasta el puerperio (10).

Según cifras de la OMS, En 2024, se estima que 2,3 millones de recién nacidos fallecieron durante su primer mes de vida. Esto representa casi la mitad (47%) de todas las muertes de niños menores de cinco años, la tasa global de mortalidad neonatal se situó en 17,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2024, una reducción significativa frente a las 36,6 registradas en 1990; El 58% de las muertes infantiles se concentran en África Subsahariana, seguida por el sur de Asia. Un niño nacido en África Subsahariana tiene 11 veces más probabilidades de morir en su primer mes que uno nacido en Europa Occidental (10).

En las Américas según datos del INS, la Mortalidad Perinatal, incluye las muertes fetales (desde las 22 semanas de gestación) y las muertes neonatales tempranas (primera semana). En países como Colombia, la razón se sitúa cerca de 15,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; Mortalidad Neonatal: Se estima una tasa regional de 7,27 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (datos proyectados a 2025/2026). Aunque la región ya superó la meta general de los ODS de <12 muertes, persisten brechas críticas (8).

En Colombia, el comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal tardía durante 2025 muestra una tendencia de descenso sostenido, en línea con los avances reportados por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud (INS), según el Boletín Epidemiológico del INS, a mitad de 2025 (semana epidemiológica 21), la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontraba por debajo de lo esperado en comparación con el comportamiento histórico; El gobierno reportó una reducción del 18% en la tasa general de mortalidad infantil entre 2022 y 2025. Específicamente, la mortalidad en menores de un año bajó de 1.750 casos en 2024 a 1.519 casos para el mismo periodo de 2025 (semana 26); El DANE registró preliminarmente 433.678 nacimientos en 2025, un 4,5% menos que el año anterior, lo cual influye en el cálculo de las tasas por cada 1.000 nacidos vivos (10).



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Para el departamento de Antioquia, la mortalidad perinatal y neonatal tardía también es un problema en salud pública por ser considerado un indicador de desarrollo económico y de la calidad de vida de las gestantes y sus familias, así como de los servicios de salud en términos de acceso, cobertura y la calidad de atención. Este marcador permite analizar los años de vida perdidos debido a muerte prematura (AVPP) y medir el estado de salud de los productos de la gestación durante la vida intrauterina y extrauterina. Al tercer trimestre del 2024, semana epidemiológica (SE) 39, en el departamento de Antioquia se presentaron 503 casos de mortalidad neonatal y perinatal tardía (MNPT), con una razón de MNPT de 12,5 casos por cada 1000 nacidos vivos; el 61% de los casos correspondía a muertes perinatales, el 24% fueron muertes neonatales tempranas y el 15% restante fueron muertes neonatales tardías (11).

Las regiones con razones más representativas de MNPT para Antioquia en el 2024, con corte al tercer trimestre son: Nordeste con una razón de MNPT de 9,7 casos por 1000 nacidos vivos, seguida por Occidente, Magdalena Medio y Oriente con 9,2, 9,0, 7,1 respectivamente; estas regiones se encuentran por encima de la razón de MNPT del departamento. De acuerdo con las características de la población, el 71% de los pacientes pertenecían al área urbana; el 50% pertenecían al régimen de salud subsidiado, el 43% al régimen contributivo, el 5,3% no estaban afiliadas al SSSG, el resto eran de régimen especial. Según grupos de edad la mayor razón de MNPT se encuentra en el grupo de más de 45 años con una Razón MNPT de 42,2 MNPT por cada 1000 nacidos vivos, seguido por el grupo de edad entre los 10 a 14 y 40 a 44 años con razones de MNPT de 25,6 y 19 respectivamente. El 2,4% de las pacientes eran indígenas y el 4% de las pacientes pertenecían al grupo poblacional afrocolombiano; el 3% de los partos ocurrieron en el domicilio (12).

Objetivo

El presente informe sintetiza el análisis descriptivo de los eventos de maternidad segura con el objetivo de orientar la toma de decisiones, fortalecer la gestión regional, promover acciones correctivas en aras de lograr salud integral materno perinatal de calidad y segura en el departamento de Antioquia y realizar divulgación de la información obtenida de las fuentes de información oficial.

Metodología

La elaboración de este informe se realiza mediante análisis descriptivo de los eventos de maternidad segura.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Fuentes de información:

- Para mortalidad materna se toma la información del número de casos de muerte materna temprana a partir de datos cerrados del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE para los años 2017 a 2024 y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA ficha 550 para el año 2025 con corte a semana epidemiológica -SE 14 de 2026. Para los nacidos vivos se toman datos cerrados DANE para los años 2017 a 2024 y para el cálculo de 2025 se toma la información de los nacimientos de 2024. Para la concordancia de las muertes maternas se toma información del Registro Único de Afiliados de Nacimientos y Defunciones –RUAF-ND con fecha de consulta al 24 de marzo de 2026.
- Para morbilidad materna extrema se toma la información de bases de datos cerradas a nivel departamental de 2017 a 2024 (13); y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA ficha 549 para el año 2025 con corte a semana epidemiológica -SE 14 de 2026. Para los nacidos vivos se toman datos cerrados DANE para los años 2017 a 2024 y para el cálculo de 2025 se toma la información de los nacimientos de 2024.
- El análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía tiene como fuente fundamental de recolección de la información las notificaciones obligatorias del SIVIGILA, mediante las fichas de notificación obligatorias que realizan las IPS, de manera adicional, se recolecta información del cruce RUAF-SIVIGILA por cada periodo epidemiológico, con el fin de lograr realizar depuración de bases de datos e identificar los casos considerados emblemáticos de acuerdo con el protocolo del INS para el evento 560.
- Para el evento defectos congénitos se tomaron los reportes notificados al SIVIGILA (código 215), considerando el comportamiento del evento en los últimos cinco años con corte a 2025. Se utilizaron como fuentes de información los registros de nacimientos provenientes de la oficina de planeación departamental y los casos notificados al sistema de vigilancia, los cuales fueron validados mediante cruce con los reportes del Laboratorio Departamental de Salud Pública.
- Se incluyeron variables de clasificación del defecto (metabólicos, sensoriales y malformaciones congénitas) y su desagregación por características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas, como sexo, edad al diagnóstico, lugar de residencia, condición final, pertenencia étnica, aseguramiento en salud y antecedentes maternos.
- El análisis contempló el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, análisis bivariados y la estimación de indicadores de prevalencia, con el fin de describir el comportamiento del evento, identificar variaciones en el tiempo y realizar la comparación con el año inmediatamente anterior. Para hipotiroidismo congénito, se consideró la clasificación de casos confirmados, descartados y probables según resultados de laboratorio.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Depuración de la información:

- El evento de mortalidad materna se depura a partir de la eliminación de registros con “ajuste” 6 y D. Se filtra la variable “departamento de residencia” seleccionando Antioquia. Se filtra la variable “momento en que ocurrió la muerte materna” y se seleccionan las opciones durante la gestación y en los últimos 42 días posterior al parto. Se excluyen los casos cuya “Causa básica de muerte” esté relacionada con causas externas.
- El evento de morbilidad materna extrema se depura a partir de la eliminación de registros con “ajuste” 6, incluyendo los casos que terminaron en mortalidad materna y “ajuste” D. Se identifican casos repetidos y se deja la línea con mayor número de criterios de inclusión, Institución Prestadora de Salud – IPS de mayor nivel de complejidad, fecha de ajuste 7 más reciente y con mayor completitud en la información. Se filtra la variable “total de criterios” y se excluyen los registros vacíos o con 0. Los casos que se clasifiquen como reingreso son tenidos en cuenta para el análisis porque se consideran casos de MME. A la hora del cálculo de los indicadores, los casos repetidos se excluyen del análisis. Se filtra la variable “departamento de residencia” seleccionando Antioquia para el cálculo de indicadores de protocolo a excepción del cálculo de la oportunidad en la notificación. Para el cálculo de oportunidad en la notificación se realiza a partir del filtro de la variable “departamento de notificación” seleccionando Antioquia y se aplica el cálculo a todos los registros independientemente del ajuste y de si son repetidos o no.
- La información del evento 560 se inicia con el descargue del aplicativo SIVIGILA 4.0, esta base inicia su proceso de depuración con la verificación de la definición de caso, es decir, que no se notificaran casos con edades gestacionales menores de 22 semanas o menores de 500gr, de igual forma se filtran los casos en municipio de residencia para que sean aquellos que corresponden al departamento de Antioquia, de manera adicional se filtran por edad del neonatal con el fin de determinar aquellas notificación con 0 días cumplidos hasta los 6 días para la notificación de casos perinatales y aquellos con más de 7 hasta los 28 días en las mortalidades neonatales tardías, posterior a esto se inicia el análisis de la información con el fin de identificar aquellos casos emblemáticos que cumplan los criterios determinados por el protocolos del evento, con este filtro, aquellos casos que cumplan la mayor cantidad de características de evento emblemático serán elegidos como casos emblemáticos de análisis por periodo epidemiológico para el territorio antioqueño.
- Para la depuración de la base de datos evento 115 se verificó la no duplicidad de registros y la concordancia de la información reportada entre las diferentes fuentes. Se tuvo en cuenta que el evento permite notificar hasta ocho diagnósticos por caso; sin





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

embargo, solo es posible confirmar o descartar uno, por lo cual se evaluó la completitud y consistencia de los registros. Adicionalmente, no se excluyeron los casos ajustados con código 6, dado que estos corresponden a registros que, en su mayoría, son gestionados mediante procesos de confirmación o descarte por laboratorio clínico, especialmente en el evento de hipotiroidismo congénito.

Gestión de la información:

- Para el evento de mortalidad materna se realiza gestión de la información para garantizar que se realice la gestión de muertes en mujeres de 10 a 54 años mediante el envío periódico de casos pendientes por gestión y la anotación específica de lo pendiente. Adicionalmente, cuando ocurren muertes maternas notificada a SIVIGILA o en RUAF se revisa concordancia en las fuentes y se solicitan ajustes si aplica. Se revisa adicionalmente que la información diligenciada en la ficha de notificación 550, en el RUAF y en el módulo de muertes en mujeres de 10 a 54 años esté adecuada. Adicionalmente, una vez se realiza unidad de análisis, se hace solicitud y seguimiento a los ajustes en causa básica de muerte, enmiendas estadísticas, ajustes 6 en morbilidad materna extrema.
- Para el evento de morbilidad materna extrema de manera periódica se hace solicitud de ajustes de completitud de la información una vez se tenga egreso la mujer; revisión de casos sin criterios de inclusión para definir ajuste 6 de descarte o 7 con los criterios que cumpla; ajuste 6 a los casos que terminan como muerte materna; ajuste D a casos con tipo y/o número de documento erróneamente diligenciado.
- La gestión de los casos notificados para el evento de mortalidad perinatal y mortalidad neonatal tardía se hacen garantizando rutas de calidad y articulación que brinde concordancia entre la notificación del SIVIGILA y los datos del RUAF ND, la consolidación de esta base de datos para el año 2025 constató adicional una depuración de la base de datos que brindó SIVIGILA 4.0 y un cruce con la base de datos del DANE 2025 para este grupo etario, se quitaron de las bases de datos entonces los casos con ajuste 6 y ajuste D y los errores en diligenciamiento, al igual que aquellos duplicados posterior a la confirmación del mismo.
- En la gestión de la información del evento defectos congénitos se garantizaron procesos de calidad, consistencia y trazabilidad de los datos, mediante la verificación de no duplicidad, concordancia entre fuentes y completitud de variables clave, incluyendo validaciones de coherencia interna y temporal. La consolidación se realizó tomando como fuente primaria SIVIGILA, contrastada con el Laboratorio Departamental de Salud Pública y los registros de nacimientos de planeación como denominador, aplicando criterios de priorización ante discrepancias. Se definieron cortes de información, control de versiones y estandarización de variables, así como lineamientos para el manejo de



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

datos faltantes. Este proceso se fortaleció con la articulación de las direcciones locales de salud, las IPS, EAPB y los Equipos Técnicos Regionales (ETR), quienes apoyaron la depuración, ajuste y confirmación de casos, mejorando la calidad de la información.

Tratamiento de datos atípicos:

- Para los eventos de mortalidad materna y morbilidad materna extrema no se contó con datos atípicos. En caso de presentarse se procedería con la validación del dato y ajuste respectivo si aplica.
- Durante la validación de los datos, aquellos datos atípicos encontrados, se evaluaron de manera individualizada y se compararon con otras bases de datos como los hallazgos del DANE, se buscó a su vez hacer los ajustes necesarios que pudieran a su vez evidenciarse y aquellos datos atípicos que correspondieron a duplicados por errores en digitación en alguno de sus datos se extrajeron de la base de datos a analizar.
- El tratamiento de datos atípicos para defectos congénitos se realizó mediante la identificación de valores fuera de rango o inconsistentes en variables clave (como edad materna, edad gestacional, peso al nacer, perímetro cefálico y edad al diagnóstico), a partir de reglas de validación predefinidas y revisión de distribuciones. Los registros detectados fueron sometidos a verificación con las fuentes originales y, cuando fue posible, se corrigieron.
- En caso de no lograr validación, se evaluó su coherencia clínica y epidemiológica para definir su inclusión o exclusión del análisis, en variables continuas, los valores atípicos plausibles se conservaron para no sesgar las estimaciones, mientras que los errores evidentes de registro fueron ajustados o tratados como datos faltantes según correspondiera.

Resultados

1. Tendencia de los eventos

a. Mortalidad Materna

La siguiente figura muestra la tendencia de la razón de la mortalidad materna –RMM entre el año 2017 y 2025. Se aprecia en 2017 la RMM inferior de toda la serie, incluso inferior a los años 2024 y 2025; adicionalmente es el único año con cumplimiento de la meta de < 32 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos –NV. En 2020 y 2021 se evidencia el pico secundario a la pandemia por Covid-19, con las RMM más altas de la serie llegando a doblar la RMM de los años 2017 y 2024.

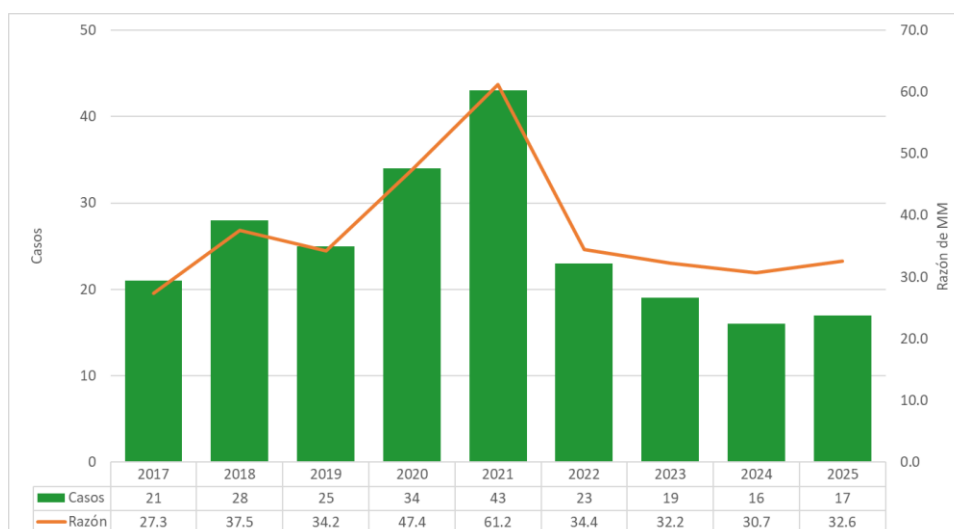




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Desde 2022 se presenta una discreta disminución en el número de casos y en la RMM hasta 2024. En 2025 se presentaron 17 casos de muerte materna temprana en Antioquia según fuente SIVIGILA. Llama la atención que, si bien disminuye el número de casos en comparación con 2023, por la reducción progresiva en los nacimientos se presenta una RMM superior.

Gráfica 1. Tendencia de la razón de mortalidad materna. Antioquia 2017 -2025



Fuente: 2017 a 2024 DANE casos de muerte materna y nacimientos; 2025 SIVIGILA casos de muerte materna preliminares ficha 550; Nacimientos fuente cerrada DANE 2024

b. Morbilidad materna extrema

La siguiente figura muestra la tendencia de la razón de morbilidad materna extrema –RMME entre 2017 y 2025. Se aprecia un incremento progresivo en el número de los casos y de la RMME hasta 2023. Durante 2024 y 2025 se presentó reducción en el número de casos en Antioquia, sin embargo, dada la reducción de nacimientos la RMME fue mayor a los años anteriores. Cuando se compara la RMME con los umbrales establecidos en 2022 según el protocolo se encuentra que solamente durante 2022 se encontró la RMME en el departamento en zona de seguridad. Desde entonces la RMME está en zona de riesgo rojo, lo que puede implicar una sobre notificación. Es necesario actualizar los análisis en la identificación de umbrales de la RMME a nivel nacional que permita tomar decisiones al respecto.

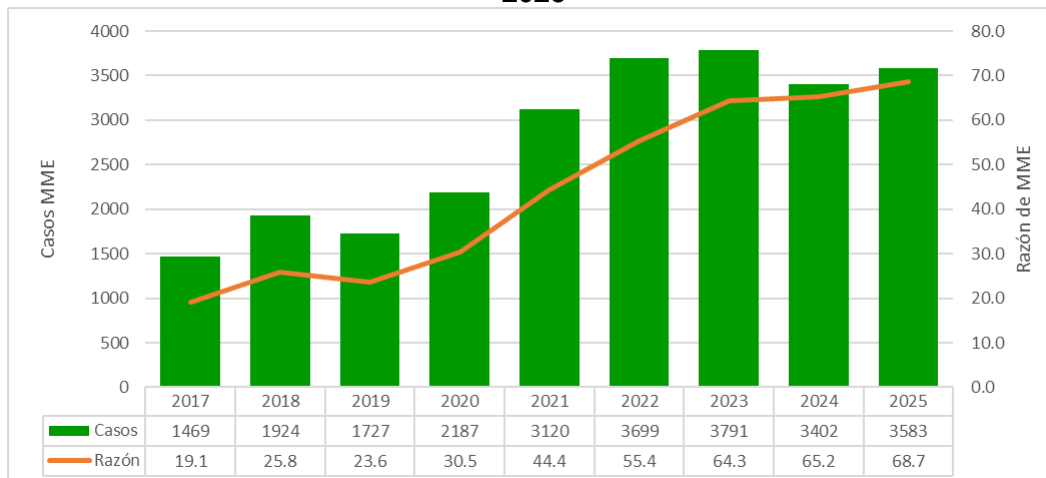




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

De igualmente, la figura nos permite evidenciar que cada vez se notifican más casos lo que significa que las Instituciones Prestadoras de Salud identifican los casos y los notifican. Situación que debe ser analizada a la par de la mortalidad materna debido a que este evento se considera precursor de la mortalidad materna.

Gráfico 2. Tendencia de la razón de morbilidad materna extrema. Antioquia 2017 - 2025



Fuente: 2017 a 2024 SIVIGLA casos de morbilidad materna extrema fuentes cerradas y nacimientos DANE; 2025 SIVIGILA casos de morbilidad materna extrema preliminares ficha 549; Nacimientos fuente cerrada DANE 2024

c. Mortalidad perinatal y neonatal tardía

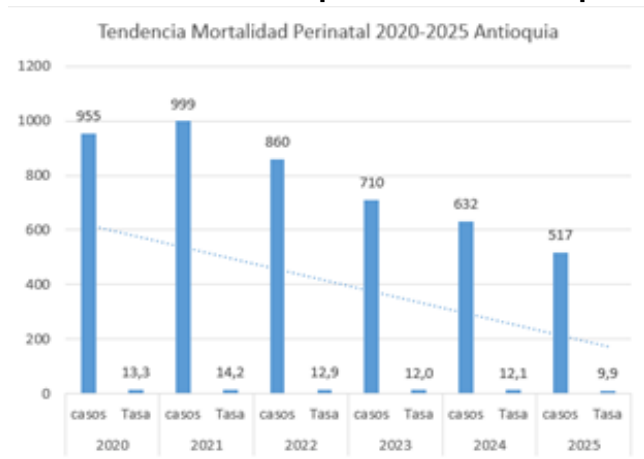
El análisis de esta información nos permite visualizar que la tendencia del evento en los últimos 6 años es a la disminución, posterior a un pico en el 2021 con 999 casos presentados a una disminución del 48,24%, Antioquia cierra el 2025 con 517 casos y una tasa 9.9 defunciones perinatales por cada 1.000 nacidos vivos en el territorio como se presenta en la gráfica.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

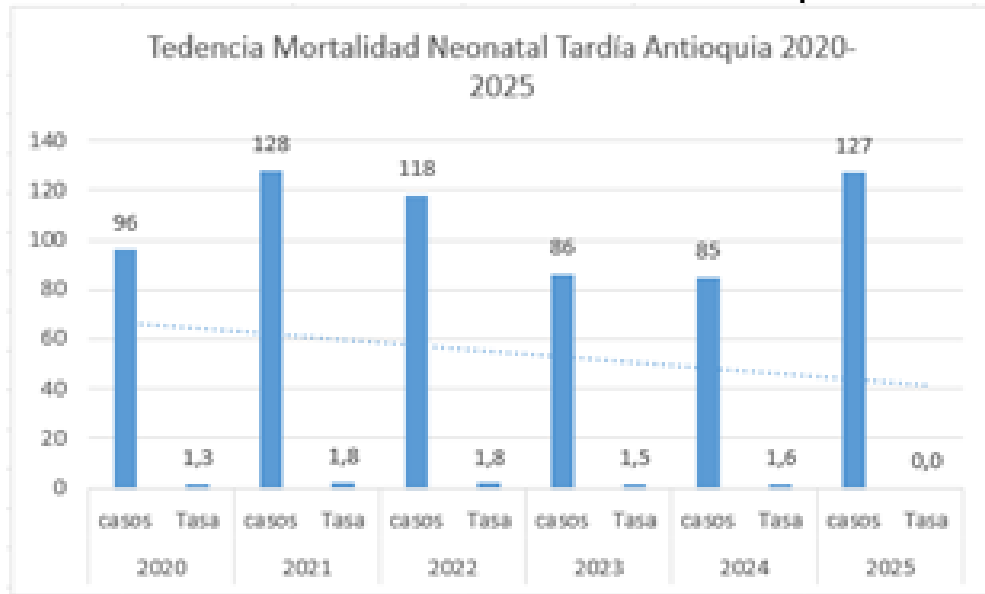
Gráfico 3. Tendencia de la mortalidad perinatal en Antioquia 2020-2025,



Fuente: DANE cerrado 2020-2024, SIVIGILA 2025

Mientras que la presentación de las mortalidades neonatales tardías pese a que venía en la tendencia de los años con una disminución, presento para el 2025 un incremento en la presentación de los casos.

Gráfico 4. Tendencia de la mortalidad Neonatal en Antioquia 2020-2025,



Fuente: DANE cerrado 2020-2024, SIVIGILA 2025



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





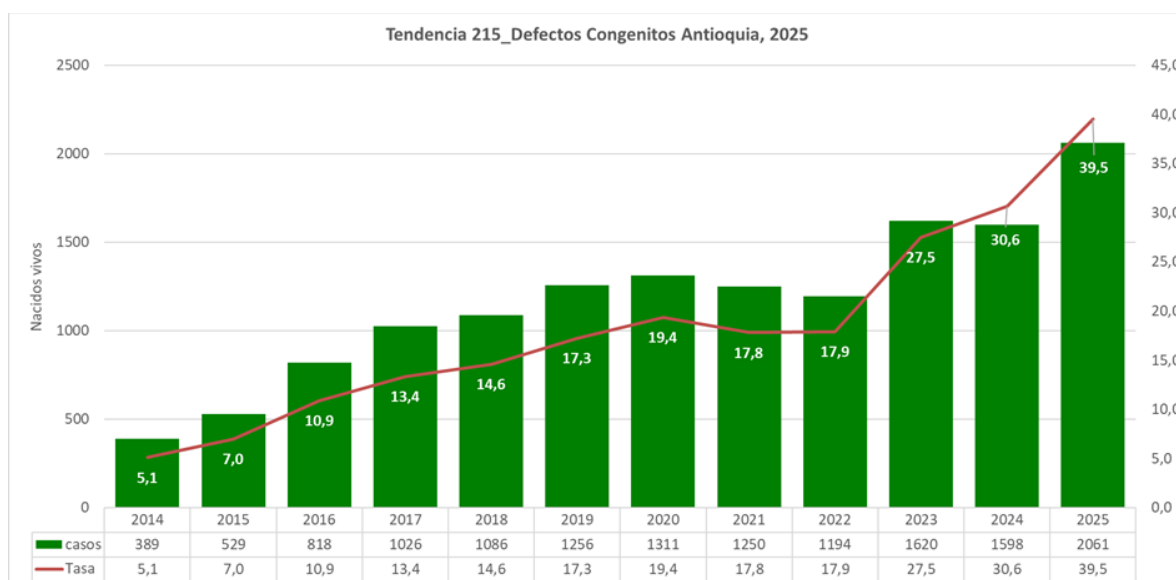
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

d. Defectos congénitos

En el periodo 2020–2025, la prevalencia de defectos congénitos por 1.000 nacidos vivos en el departamento evidencia un cambio progresivo en su comportamiento, con un punto de inflexión a partir de 2023 y una tendencia creciente sostenida hasta 2025.

Durante el periodo 2020–2022, la tasa presenta un comportamiento estable, teniendo en cuenta que es un periodo de transición post pandemia la prevalencia de casos se mantuvo entre 19.4 casos, 17.8 casos y 17.9 casos por cada mil nacidos vivos, respectivamente. En este mismo periodo, el número de casos disminuye de 1311 a 1194, lo que sugiere una reducción leve sin variaciones epidemiológicamente significativas, compatible con estabilidad en la ocurrencia del evento.

Gráfico 5. Tendencia del evento Defectos Congénitos 2014-2025. Antioquia



Fuente: SIVIGILA

A partir del año 2023, se observa un cambio en la dinámica de la tendencia, con un incremento de la tasa a 27,5 casos por mil nacidos vivos, lo que representa un aumento relativo del 53,6% respecto a 2022. Este comportamiento marca un punto de diferencia entre el periodo inmediatamente posterior a la pandemia por SARS CoV-2. En 2024, la tendencia ascendente se mantiene, alcanzando una tasa de 30,6 casos por mil nacidos vivos, pese a una ligera reducción en el número absoluto de casos (1598).



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Para el año 2025, se consolida el incremento, con una tasa de 39.5 casos por cada mil nacidos vivos y 2061 casos, lo que corresponde a un aumento relativo del 29.1% respecto al año anterior y cerca del doble en comparación con el periodo basal 2020–2022. Este comportamiento puede estar asociado a incremento en la sensibilidad del sistema de vigilancia, incluyendo mayor captación de casos, fortalecimiento diagnóstico y ajustes en los procesos de notificación, centralización de la atención del parto en instituciones de mayor complejidad o centros de referencia, lo que puede favorecer una mayor detección diagnóstica y registro de defectos congénitos, especialmente aquellos que requieren valoración especializada, así mismos cambios en la ocurrencia real del evento, que requieren ser explorados mediante análisis desagregados por variables de persona, lugar y tipo de defecto.

Es importante resaltar que, aunque el incremento entre 2024 y 2025 es menos pronunciado que el observado entre 2022 y 2023, la tendencia continúa siendo ascendente, lo que indica que el evento no ha retornado a niveles de estabilidad.

2. Comportamiento de los eventos

a. Mortalidad materna

Durante 2025 se presentaron 17 casos de muerte materna según SIVIGILA en mujeres entre los 15 y los 41 años con edad promedio de defunción de 27.8 años. La siguiente figura muestra el número de casos y la RMM por quinquenio de vida. El quinquenio de vida con mayor número de casos fue el de 35 a 39 años con 29.4 % seguido por el de 15 a 19 años que explica el 23.5 % de los casos. Cuando se analiza por riesgos, las mujeres con 35 años o más tienen mayor riesgo de muerte en Antioquia. La RMM de mujeres de 35 a 39 años es de 94.2 muertes por cada 100 000 NV, seguida por la RMM de mujeres de 40 a 44 años con 72.9 casos por cada 100 000 NV.

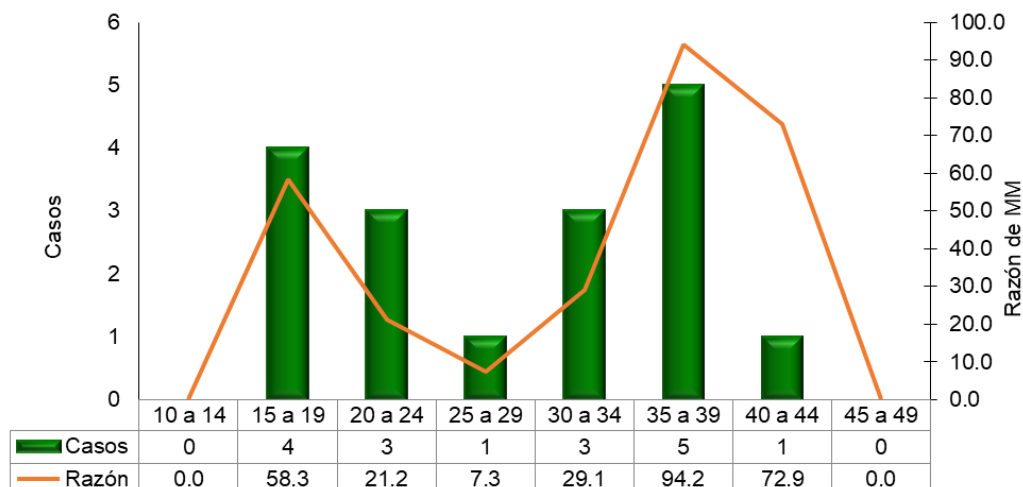
A mayor edad mayor es el riesgo de presentar comorbilidades como la hipertensión arterial o presentar riesgos de desarrollarla una vez esté gestando. Es de resaltar que estas mujeres presentaron en su mayoría mortalidades por causas directas: tres casos por Trastorno Hipertensivo Asociado al Embarazo –THAE, una por hemorragia obstétrica y otra por embolismo de líquido amniótico. Solo un caso presentó mortalidad por causa indirecta secundaria a sepsis no obstétrica.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

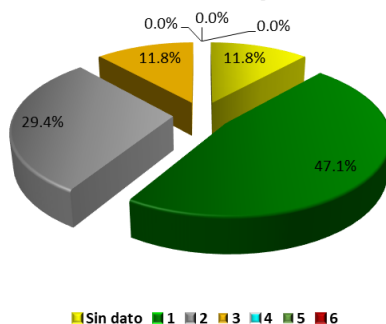
Gráfico 6. Casos y razón de mortalidad materna según grupos de edad. Antioquia 2025



Fuente: 2025 SIVIGILA casos de muerte materna preliminares ficha 550; Nacimientos fuente cerrada DANE 2024

La mortalidad materna se presenta principalmente en mujeres con condiciones precarizadas y vulnerables. En 2025, el 76.5 % de los casos de mortalidad materna se presentaron en mujeres de estratos socioeconómicos uno y dos. El restante porcentaje se divide en 11.8 % en mujeres de estrato tres y 11.8 % sin diligenciamiento de la variable.

Gráfico 7. Distribución porcentual de la mortalidad materna según estrato socioeconómico. Antioquia 2025



Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 550 Antioquia.

Respecto al área de residencia habitual, se encuentra que tres de cada cuatro muertes maternas residían en cabecera municipal. Al analizar la RMM se encuentra que el riesgo fue superior para estas mujeres con 34.2 muertes por cada 100 000 NV de las cabeceras

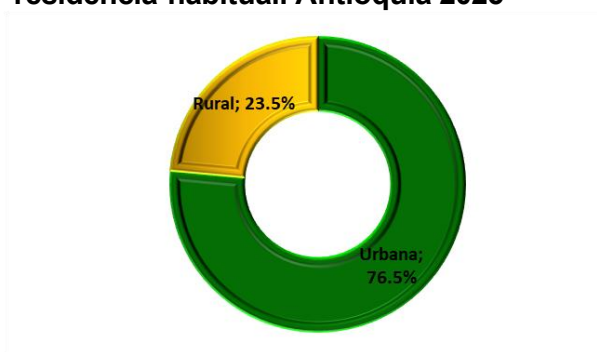




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

municipales, en contraste con 28.3 muertes maternas por cada 100 000 NV de áreas rurales.

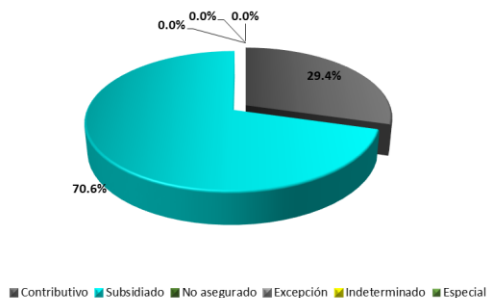
Gráfico 8. Distribución porcentual de la mortalidad materna según zona de residencia habitual. Antioquia 2025



Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 550 Antioquia.

Todas las muertes maternas ocurridas en 2025 se encontraban afiliadas al régimen subsidiado o al régimen contributivo. El riesgo fue mayor para las afiliadas al régimen subsidiado con RMM de 49.7 muertes por cada 100 000 NV frente a 19.3 muertes por cada 100 000 NV del régimen contributivo. Por otro lado, de acuerdo con la EAPB se encuentra que cinco de las muertes maternas estaban afiliadas a Coosalud EPS; cuatro a Savia Salud EPS; tres a Salud Total y a Nueva EPS, respectivamente; y una a EPS Familiar de Colombia y a EPS Sura, respectivamente.

Gráfico 9. Distribución porcentual de la mortalidad materna según régimen de afiliación. Antioquia 2025



Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 550 Antioquia.

Otra variable de interés es la pertenencia étnica, en 2025 se presentaron 23.5 % de muertes en población indígena (cuatro casos), 11.8 % en mujeres afrocolombianas (dos muertes) y las restantes 11 en mujeres sin pertenencia étnica. La RMM de mujeres indígenas es de





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

923.8 casos por 100 000 NV en comparación con la RMM de 174.8 muertes por cada 100 000 NV afrodescendientes; y 21.7 muertes por cada 100 000 NV sin pertenencia étnica.

La siguiente figura muestra las muertes maternas por mes de ocurrencia y subregión de residencia. El mes con mayor número de muertes maternas fue mayo con cuatro casos, seguido de julio con tres. La subregión con mayor número de casos fue Valle de Aburrá con seis casos, seguida por Nordeste y Urabá con tres casos cada una. Al comparar el riesgo, se encuentra que la RMM de mayo fue de 90.7 casos vs la de julio de 66.9 casos por cada 100 000 NV en cada mes respectivamente.

Tabla 1. Distribución de casos de mortalidad materna según mes de ocurrencia y subregión de residencia. Antioquia, 2025.

Mes de ocurrencia	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Urabá	Valle de Aburrá	Antioquia
Enero	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Febrero	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Marzo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Abril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mayo	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4
Junio	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Julio	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Agosto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Septiembre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Octubre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Diciembre	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
Total	2	0	3	1	1	1	0	3	6	17

Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 550 Antioquia.

El riesgo de morir fue mayor en la subregión de Nordeste con RMM de 148.4 muertes por cada 100 000 NV seguido por Occidente con 64.9 casos por cada 100 000 NV y en tercer lugar Bajo Cauca con 57.8 muertes maternas por cada 100 000 NV.

El 70.6 % de las muertes maternas se clasificaron como directas y el 29.4 % como muertes indirectas. Dentro de las muertes maternas la principal causa de muerte fueron las hemorragias obstétricas que explicaron seis muertes, es decir, el 35.3 % seguidas por el THAE con el 17.6 % (tres muertes), otras causas fueron la sepsis obstétrica, el evento tromboembólico y el embolismo de líquido amniótico. El 29.4 % de las muertes indirectas se explicaron por sepsis no obstétrica en 11.8 %, cáncer, malaria y miocarditis de células gigantes. De las 17 muertes maternas, se clasificaron dos casos como no evitables.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

A continuación, se describen las causas de muerte y evitabilidad según territorio de residencia habitual de los casos.

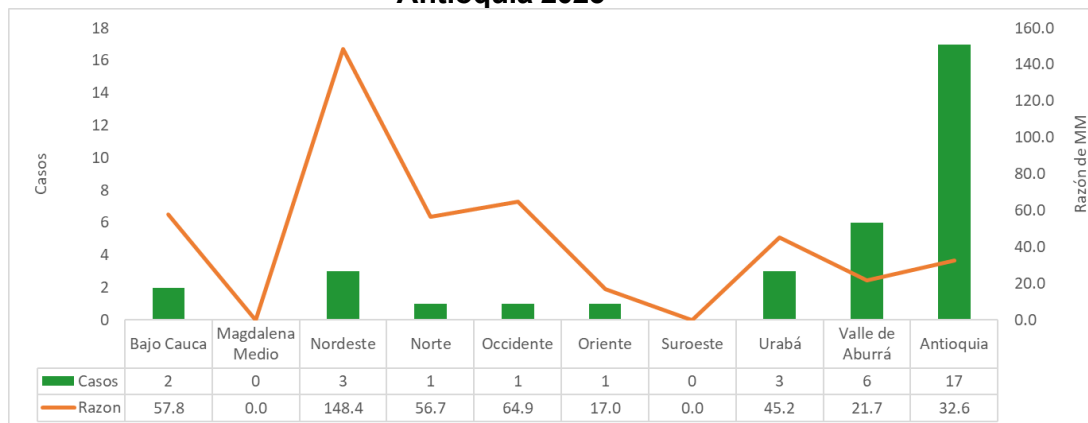
Al analizar las causas de muerte, en Nordeste y Occidente se presentaron cuatro muertes maternas directas por hemorragia obstétrica masiva, dos del municipio de Segovia, una de Yalí. La última definida a través de necropsia médica; y una en Dabeiba. Las cuatro muertes maternas se clasificaron como evitables. Adicionalmente, tres de las cuatro indígenas fallecidas residían en Segovia y en Dabeiba.

En Bajo Cauca se presentaron dos muertes maternas en el municipio de Nechí, una por eclampsia y la otra por malaria complicada. Ambas se clasificaron evitables.

En Norte se presentó un caso por embolismo de líquido amniótico en el municipio de San Pedro de los Milagros. En Urabá se presentó una muerte indígena en Turbo por sepsis no obstétrica; una muerte en mujer afrodescendiente por eclampsia y una muerte en mujer sin pertenencia étnica secundaria a sepsis no obstétrica, ambas de Necoclí. Los cuatro casos se clasificaron evitables.

En Valle de Aburrá se presentaron seis casos, cuatro de Medellín: dos por hemorragia obstétrica (una de ellas en mujer afrodescendiente); una por preeclampsia. Las tres evitables; y una por trombosis venosa profunda clasificada como no evitable. Una en Bello por linfoma agresivo, clasificada como evitable. Y una en Copacabana por miocarditis aguda, clasificada como no evitable. En Oriente se presentó un caso en San Rafael por sepsis puerperal clasificada como evitable.

Gráfico 10. Casos y razón de mortalidad materna según subregión de residencia. Antioquia 2025



Fuente: 2025 SIVIGILA casos de muerte materna preliminares ficha 550; Nacimientos fuente cerrada DANE 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



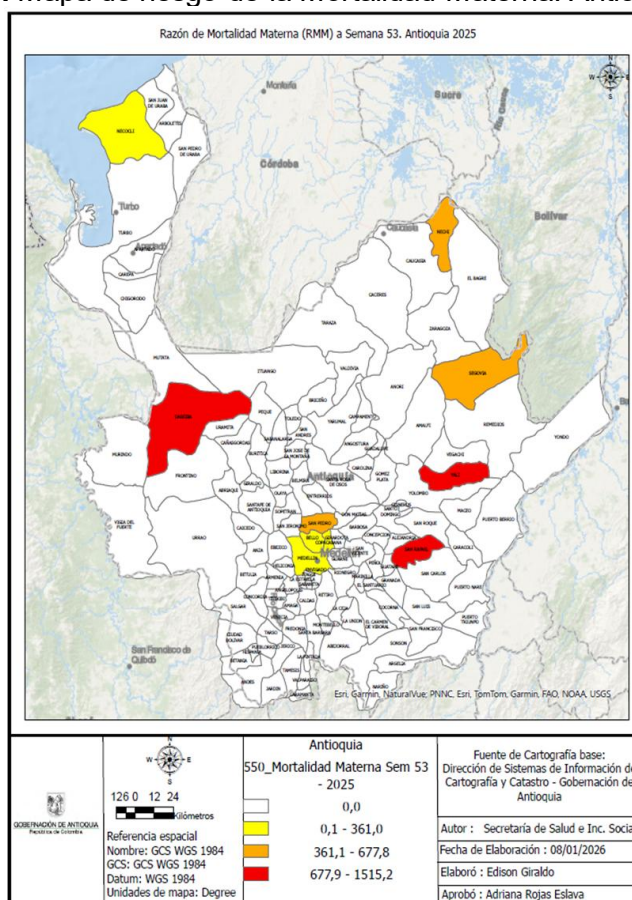
SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

La siguiente figura muestra el mapa de riesgos de mortalidad materna en Antioquia para el año 2025. De los 11 municipios que presentaron al menos una muerte materna en el año de análisis, nueve presentan RMM superiores a 32 muertes maternas por cada 100 000 NV, solamente Medellín y Bello presentan una RMM inferior con 22.4 y 24.7 muertes por cada 100 000 NV, respectivamente. Esto es explicado por el número de nacimientos que ocurren en los otros municipios.

Figura 1. Mapa de riesgo de la Mortalidad Materna. Antioquia 2025



Fuente: 2025 SIVIGILA casos de muerte materna preliminares ficha 550; Nacimientos fuente cerrada DANE 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





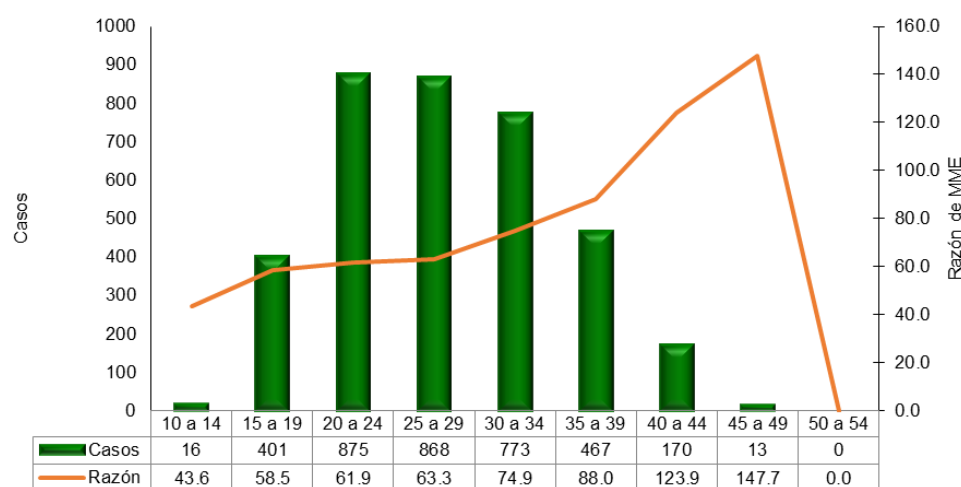
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

b. Morbilidad materna extrema

Durante 2025 se notificaron 3583 casos de morbilidad materna extrema –MME según SIVIGILA en mujeres entre los 12 y los 48 años con edad promedio de defunción de 27.7 años. La siguiente figura muestra el número de casos y la RMME por quinquenio de vida. El quinquenio de vida con mayor número de casos fue el de 20 a 24 años con 24.4 % seguido por el de 25 a 29 años que explica el 24.2 % de los casos. Cuando se analiza por riesgos, a mayor edad aumenta la RMME, en este sentido quienes tienen el mayor riesgo son las mujeres con 45 a 49 años con RMME de 147.7 casos por cada 1 000 NV, seguidos por las mujeres de 40 a 44 años con RMME de 123.9 casos por cada 1 000 NV. Respecto al promedio de RMME en el departamento 68.7 casos por cada 1 000 NV, las mujeres con 30 años en adelante presentan RMME superior.

Tal como se evidencia en la muerte materna, a mayor edad mayor riesgo de presentar morbilidad materna extrema y mortalidad materna.

Gráfico 11. Casos y razón de morbilidad materna extrema según grupos de edad. Antioquia 2025



Fuente: 2025 SIVIGILA casos de morbilidad materna extrema preliminares ficha 549; Nacimientos fuente cerrada DANE 2024

La morbilidad materna extrema se presenta principalmente en mujeres con condiciones precarizadas y vulnerables. En 2025, el 84.4 % de los casos se presentaron en mujeres de estratos socioeconómicos uno, dos y tres; y solo el 0.4 % se presentaron en estratos cinco y seis. El 11.7 % de los casos no tuvieron diligenciamiento de la variable. Esta situación

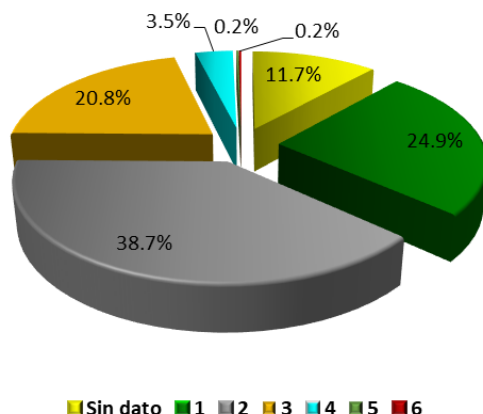




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

evidencia que, si bien la morbilidad materna extrema la presentan mujeres de todos los estratos socioeconómicos, esta se concentra en mujeres empobrecidas.

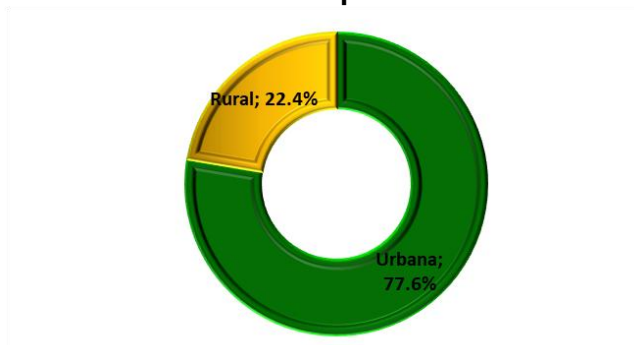
Gráfico 12. Distribución porcentual de la morbilidad materna extrema según estrato socioeconómico. Antioquia 2025



Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 549 Antioquia.

Respecto al área de residencia habitual, se encuentra que tres de cada cuatro casos de morbilidad materna extrema residen en cabecera municipal. Al analizar la RMME se encuentra que el riesgo fue superior para estas mujeres con 73.1 casos por cada 1 000 NV de zona urbana, en contraste con 56.7 casos por cada 1 000 NV de áreas rurales dispersas y centros poblados.

Gráfico 13. Distribución porcentual de la morbilidad materna extrema según zona de residencia. Antioquia 2025



Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 549 Antioquia.



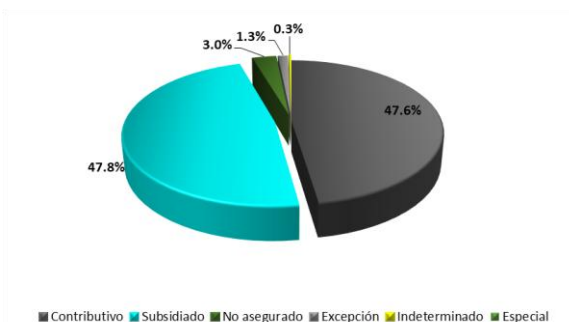


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

De los casos notificados a MME el 3.0 % no contaba con información de afiliación al sistema general de seguridad social en salud –SGSSS. El 47.8 % está afiliada al régimen subsidiado, el 47.6 % al régimen contributivo, el 1.3 % al régimen de excepción. El riesgo fue mayor para las afiliadas al régimen de excepción con RMME de 149.8 casos por 1 000 NV. Seguido del régimen subsidiado con RMME de 70.9 casos por cada 1 000 NV frente a 65.6 casos por cada 1 000 NV del régimen contributivo.

El 32.0 % de las mujeres estaban afiliadas a EPS Sura; el 23.0 % a Savia Salud EPS; el 12.7 % a Nueva EPS; el 9.4 % a Coosalud EPS; el 7.0 % a Salud Total EPS.

Gráfico 14. Distribución porcentual de la morbilidad materna extrema según régimen de afiliación. Antioquia 2025



Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 549 Antioquia.

Otras variables de interés corresponden a pertenencia étnica, el 96.6 % de los casos de MME se notificaron sin pertenencia étnica específica, para el 0.9 % reportaron pertenencia étnica indígena y para el 2.4 % afro descendencia. Solamente dos casos fueron reportados como ROM/gitana.

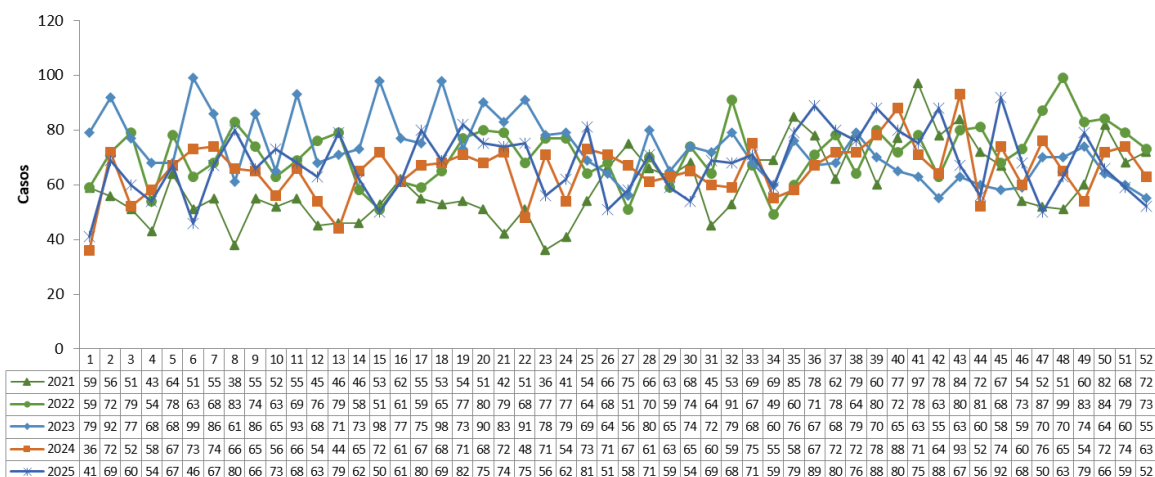
La siguiente figura muestra el comportamiento de notificación semanal desde 2021 a 2025. En las primeras 22 semanas se evidencia incremento en la notificación en 2023 que posteriormente se entrelazan con picos aislados de notificación de 2022 en la semana 32 y 48, y de 2021 con pico en la semana 41. Para 2025 se evidencia incremento en la notificación entre las semanas 36, 39, 42, 45 y 46.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 15. Distribución de casos de morbilidad materna extrema según semana de notificación. Antioquia, 2021 a 2025.



Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 549 Antioquia.

La subregión con mayor número de notificaciones de MME es Valle de Aburrá seguido por Oriente y por Urabá, mientras que, al analizar los riesgos, la subregión con mayor RMME es Norte con 87.9 casos por 1 000 NV, seguida de Nordeste con 76.2 casos por cada 1 000 NV y, en tercer lugar, Magdalena Medio con 72.4 casos por 1 000 NV.

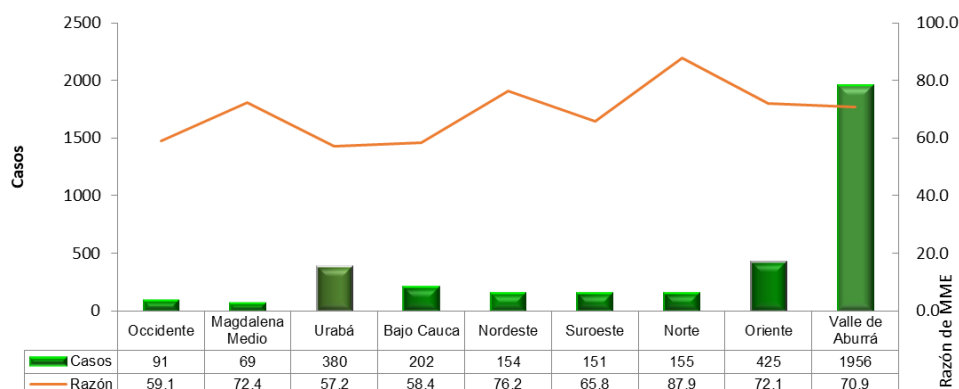
De acuerdo con la semaforización, se encuentra que las subregiones de Urabá, Bajo Cauca y Occidente se encuentran en zona de seguridad. Mientras que las demás subregiones y el departamento se encuentran en zona de riesgo rojo, es decir, que se deben estar realizando acciones para descartar sobre notificación de casos en estos territorios.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 16. Casos y razón de morbilidad materna extrema según subregión de residencia. Antioquia 2025



Fuente: 2025 SIVIGILA casos de morbilidad materna extrema preliminares ficha 549; Nacimientos fuente cerrada DANE 2024

La siguiente figura muestra el mapa de riesgos de la MME en Antioquia para 2025. Se realizó la coloración de acuerdo con la semaforización indicada en el protocolo. De los 125 municipios del departamento, cinco no presentaron casos de MME. Estos municipios corresponden a municipios con baja natalidad, se presentaron menos de 60 nacimientos al año. El 20.0 % de los municipios se encuentran en zona de seguridad, algunos municipios son: Apartadó, Puerto Berrío, El Bagre, Turbo, Envigado, Itagüí, La Estrella, Sabaneta, La Ceja. El 24.2 % está en zona de riesgo naranja, algunos municipios subregionales están en esta categoría como Caucasia, Santa Fe de Antioquia y Ciudad Bolívar. Otros municipios como Carepa, San Pedro de Urabá y San Juan de Urabá. El 55.8 % restante está en la zona de riesgo rojo, municipios como Medellín, Bello, Rionegro, Marinilla, Necoclí, Segovia, Caldas y El Carmen de Viboral se encuentran en esta clasificación.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



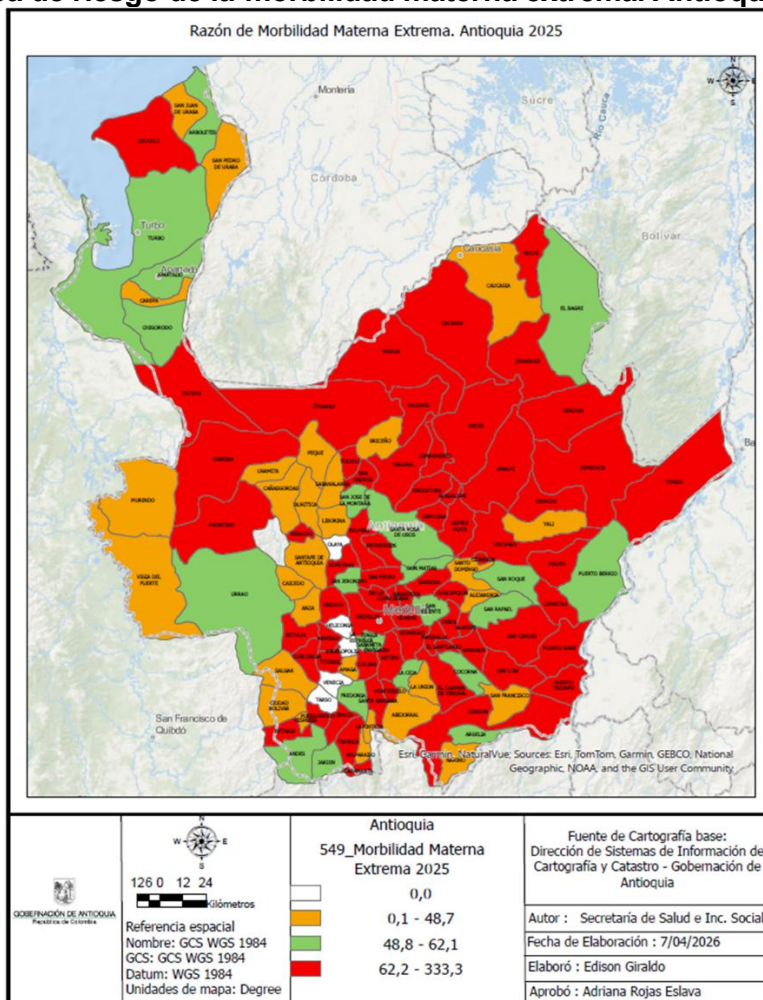
SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 2. Mapa de riesgo de la morbilidad materna extrema. Antioquia 2025



Fuente: Casos: SIVIGILA, depuración reportes ficha 550 Antioquia. Nacidos vivos: base cerrada DANE 2024

Respecto a variables clínicas, llama la atención que, a pesar de la gravedad en la definición de caso de la MME, el 7.6 % (271/3583) de los casos no fueron hospitalizados. Esto podría hacer ver subvaloración del riesgo de la mujer o por el contrario notificación de casos que no correspondan con MME. El 11.0 % de los casos notificados, se notificaron con tres o más criterios de inclusión, es decir, la severidad de la MME en Antioquia para 2025 se encuentra en 11.0 %.



Centro Administrativo Departamental José María Córdoba (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



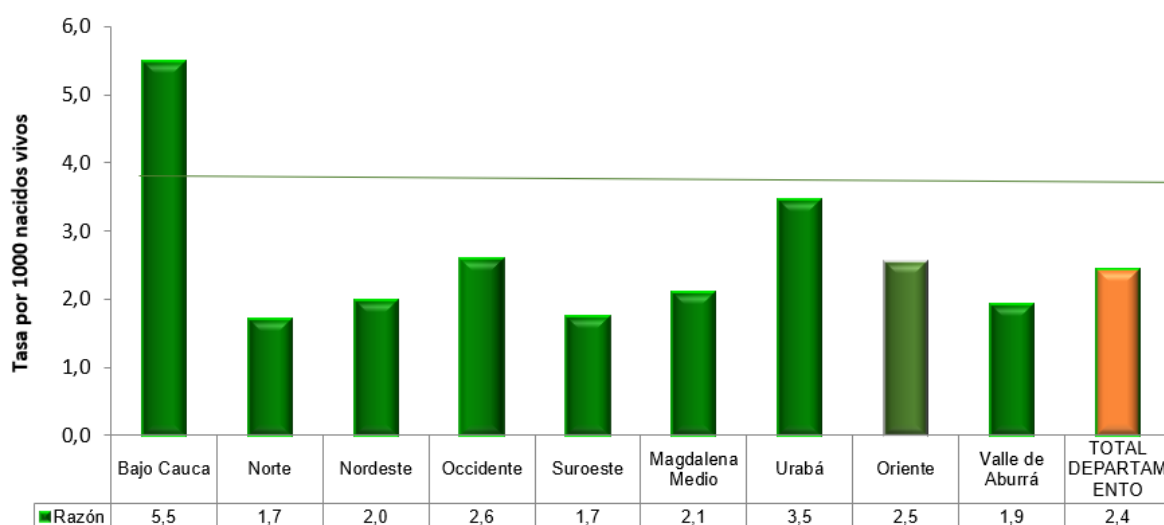
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

La causa agrupada principal de notificación fueron los trastornos hipertensivos con 64.6 % de los casos, seguidos por complicación hemorrágica con 22.0 %. En tercer lugar, se encuentran las sepsis por cualquier origen con 4.6 %. La causa con menos notificación fue la relacionada con enfermedad preexistente.

c. Mortalidad perinatal y neonatal tardía

La mortalidad neonatal tardía presentó un incremento de casos en la subregión de bajo cauca y la subregión de Urabá, siendo estas dos subregiones las que mayor peso tuvieron durante el periodo 2025 para la notificación de las mortalidades tardías, Antioquia en general elevó su razón de presentación de casos en comparación del año 2024.

Gráfico 17. Razón de mortalidad neonatal tardía, por subregión de residencia. Antioquia



Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

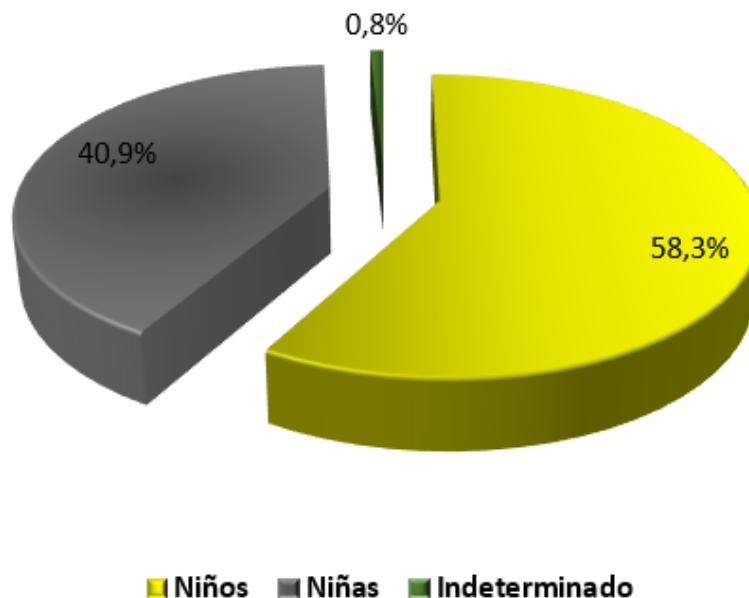
La distribución de las características sociodemográficas de este evento permitió la valoración de la presentación en su gran mayoría para hombres (58.3%), mujeres (40.9%) y de igual forma presenta sexo indeterminado con un porcentaje no despreciable dentro del análisis de los datos (0.8%). La mayoría de estos pacientes tenía como área de residencia la zona urbana (73%) y zona rural (27%), en este la pertenencia étnica no presenta gran variación como en la mortalidad perinatal el 98.4% pertenecen a otros, mientras que solo el 1.6% pertenecieron a afrocolombiano, durante su atención médica previa a la defunción el 89% recibió manejo intrahospitalario.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 18. Distribución porcentual de los casos de mortalidad Neonatal tardia, según sexo. Antioquia,2025



Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

Las edades gestacionales de los pacientes reportados para el evento estaban en su mayoría en edades gestacionales definidas como gestaciones no a término, es decir correspondieron a prematuros extremos, mientras que solo el 33% de las defunciones ocurrieron en gestas con prematuros tardíos o a término.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 2. Distribución porcentual de los casos de mortalidad neonatal tardía, según edad gestacional. Antioquia, 2025

2025		
EDAD GESTACIONAL	Casos	%
20 a 25	16	12,7%
26 a 30	47	37,3%
31 a 35	22	17,5%
36 a 40	40	31,7%
>40	1	0,8%
Total dpto	126	100%

Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

Respecto a los lugares de defunción la mayoría de estos casos se presentaron en instituciones prestadoras de salud, con sus diferentes niveles de complejidad, estas defunciones se presentaron en casa o en otros lugares solo en 5.5% de los casos.

Tabla 3. Distribución de los casos de mortalidad Neonatal tardía, según sitio de atención del parto. Antioquia, 2025

2025		
Sitio de atención del parto	CASOS	PORCENTAJE
Institución de salud	120	94,5
Casa	4	3,1
Otro	3	2,4
Sin dato	0	0,0
Total general	127	100,00

Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

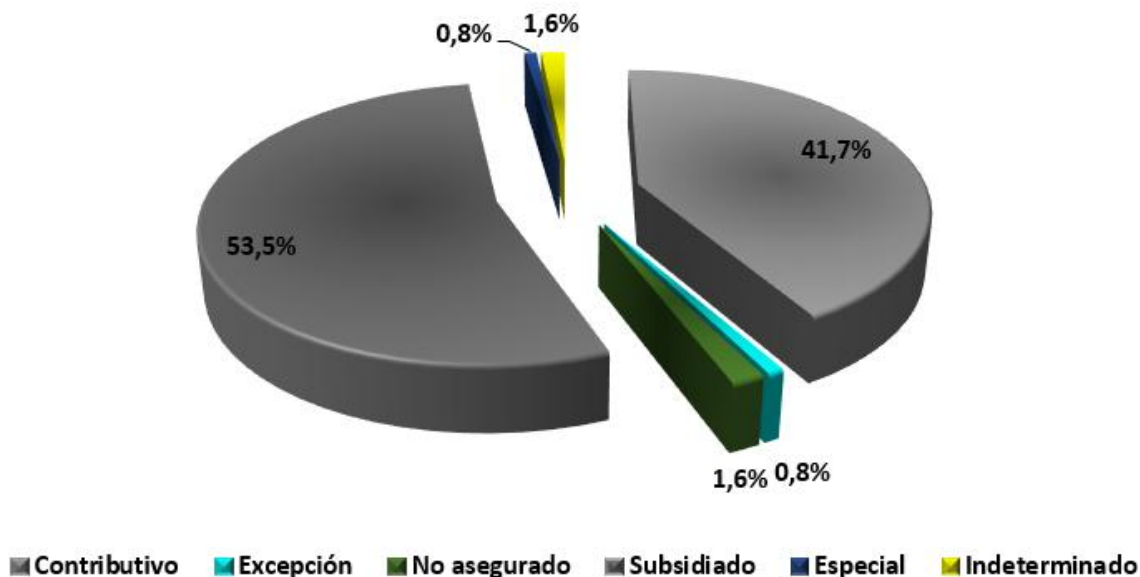
Y la distribución en afiliación al sistema de salud el 53.5% correspondieron a pacientes del régimen subsidiado, 41.7% al contributivo, se encontraron 1.6 pacientes sin afiliación, 1.6% pacientes con régimen indeterminados y 1.6% de pacientes en régimen especial o de excepción.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 19. Distribución porcentual de los casos de mortalidad neonatal tardía, según afiliación al régimen de seguridad social en salud. Antioquia, 2025



Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

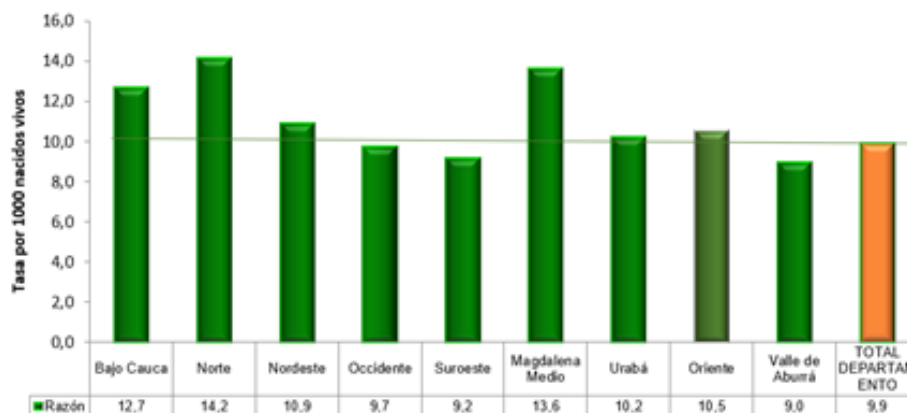
Al momento de realizar una distribución geográfica que relacione la presentación del evento en el año 2025 para con las subregiones del departamento de Antioquia, se logra evidenciar que subregiones como bajo cauca, norte y magdalena medio son las subregiones con mayor razón de presentación de casos, en comparativo con subregiones como el valle de aburra, occidente, suroeste que tienen razones inferiores a 10, dándole al departamento una razón total de 9.9 para el periodo 2025.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 20. Razón de mortalidad perinatal, por subregión de residencia. Antioquia, 2025



Razón de mortalidad perinatal, por subregión de residencia. Antioquia 2025

Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

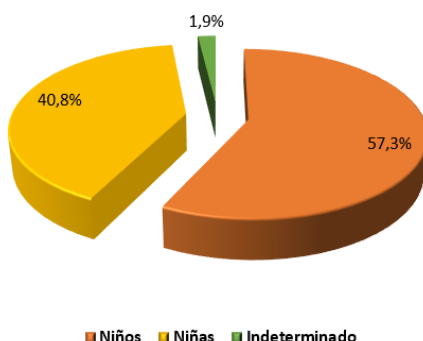
Dentro de las características sociodemográficas de esta población reportada, se presentan para el 2025 una mayoría de los casos en el sexo masculino (57,3%), el sexo femenino represento el valor intermedio (40,8%), mientras que se evidencia la notificación de sexo indeterminado con un mínimo del peso porcentual (1.9%). El área de residencia de los pacientes describe un área de residencia urbana en la gran mayoría de los casos reportados (73.1%), mientras que el resto de los pacientes reportados pertenecen a zonas rurales, la realización de controles prenatales por parte de la gestante tiene valores aun mas impactantes, ya que solo el 74,4% de las madres asistieron al cumplimiento de las actividades de la ruta materno infantil de los controles prenatales.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 21. Distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal, según sexo. Antioquia, 2025



Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

Como característica importante en la población de estudio en la mortalidad perinatal para el periodo del 2025 se tiene la pertenencia étnica de los casos, en ellos la mayoría pertenecen a otros grupos étnicos, pero se presenta un significativo valor de casos en el grupo étnico afrocolombiano (2.7%) e indígena (2.1%) para el territorio antioqueño, con porcentajes muy inferiores al grupo étnico prevaleciente, pero no despreciables.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



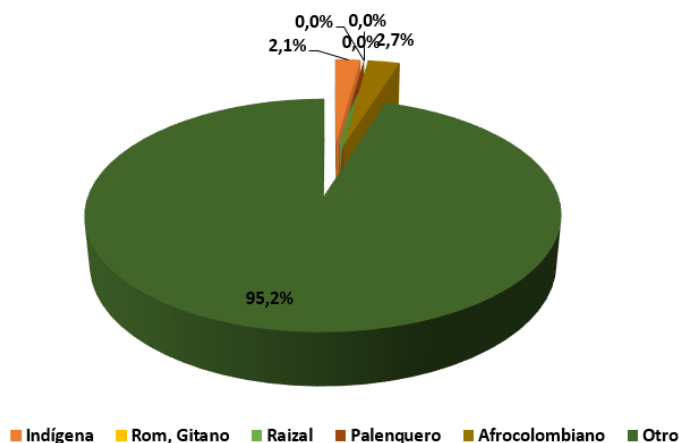
SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 22. Distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal, según etnia. Antioquia,



Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

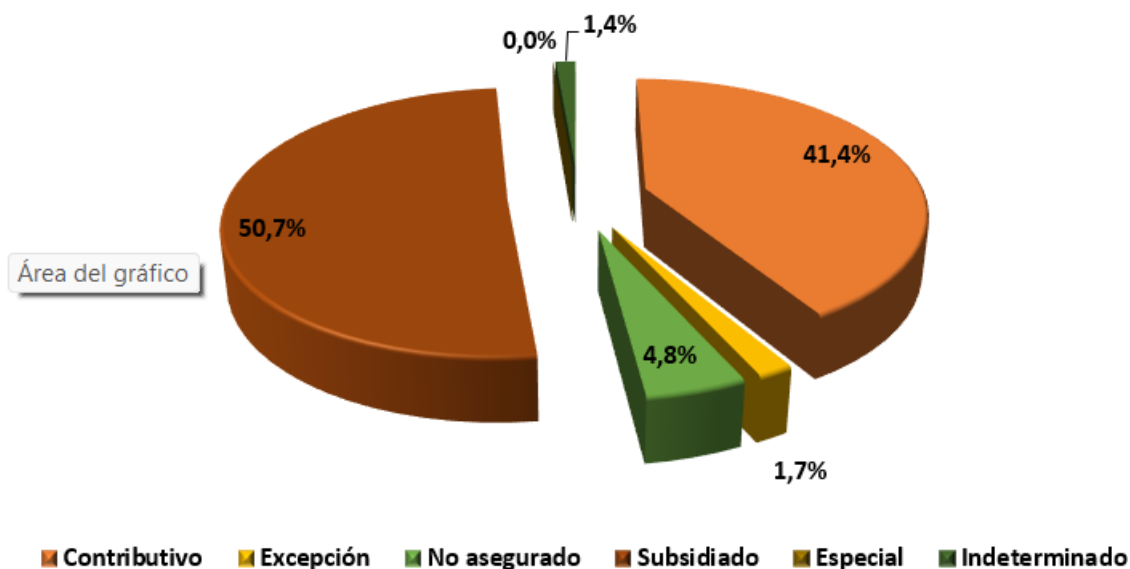
La distribución en el régimen de afiliación de los casos reportados tiene también características de importancia, siendo el régimen subsidiado (50,7%) la mayoría de los pacientes y el régimen contributivo tiene además un porcentaje importante (41,4%), pero evidencia además un porcentaje no despreciable de población no asegurada (4.8%), de igual forma regímenes de excepción (1.7%).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 23. Distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal, según afiliación al régimen de seguridad social en salud. Antioquia, 2025



Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

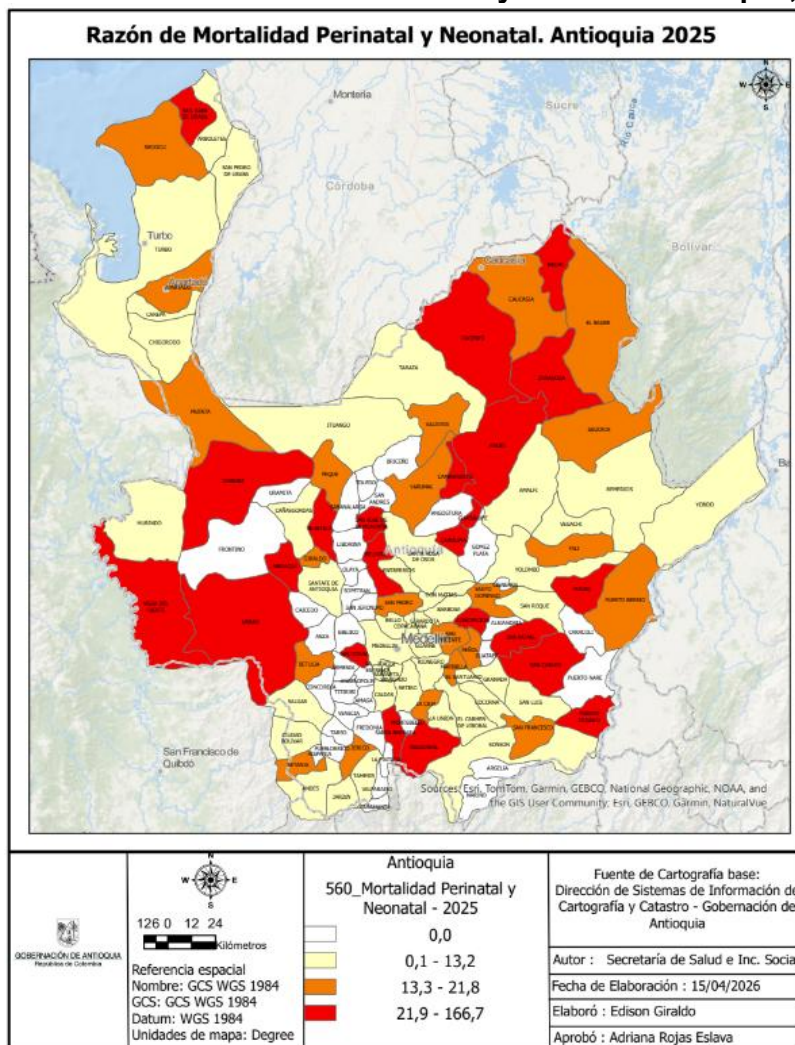
En el análisis generalizado del evento nos muestra su distribución geográfica que Antioquia tiene áreas que requieren importante atención en el fortalecimiento de atenciones al neonato en condiciones de vulnerabilidad como prematuridad y requiere de igual forma el fortalecimiento en atención de complicaciones del neonato temprano y tardío, encuentra áreas con mayor incidencia, llamando también la atención áreas sin reportes, que deja la consideración del silencio epidemiológico en las regiones.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 3. Razón de mortalidad Perinatal y Neonatal Antioquia, 2025



Fuente: Depuración base de datos SIVIGILA 4.0

d. Defectos congénitos

Para el año 2025, la incidencia de defectos congénitos en el departamento fue de 39,5 casos por 1.000 nacidos vivos; el departamento presenta una marcada heterogeneidad territorial, con mayores tasas en subregiones como Oriente con 63,3 casos por mil nacidos vivos y Valle de Aburrá con 49,0 casos por mil nacidos vivos, este último concentrando el



Centro Administrativo Departamental José María Córdoba (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



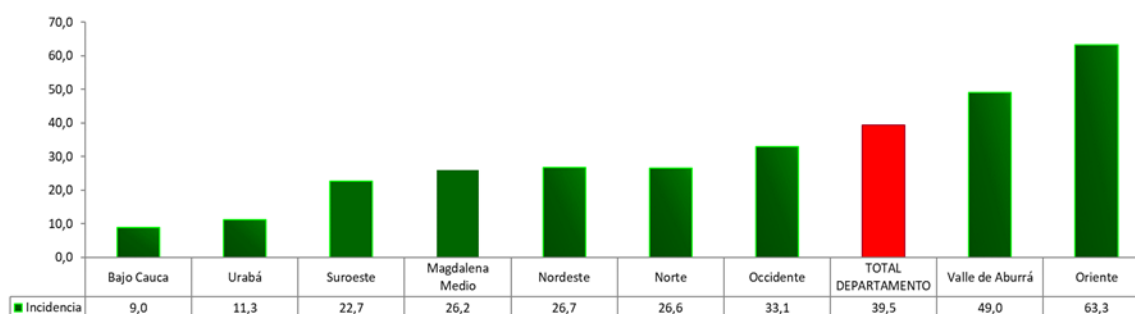
SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

65,6% de los casos, lo cual puede explicarse por la centralización de la atención del parto en instituciones de mediana y alta complejidad, que favorecen la detección, confirmación y notificación de casos, así como por la referencia de gestantes de alto riesgo desde otras subregiones, generando una concentración del evento; adicionalmente, la alta densidad poblacional y urbanización en estos territorios incrementa tanto la ocurrencia absoluta como la capacidad de captación de casos.

Gráfico 24. Incidencia de defectos congénitos, según subregión. Antioquia



Fuente: SIVIGILA

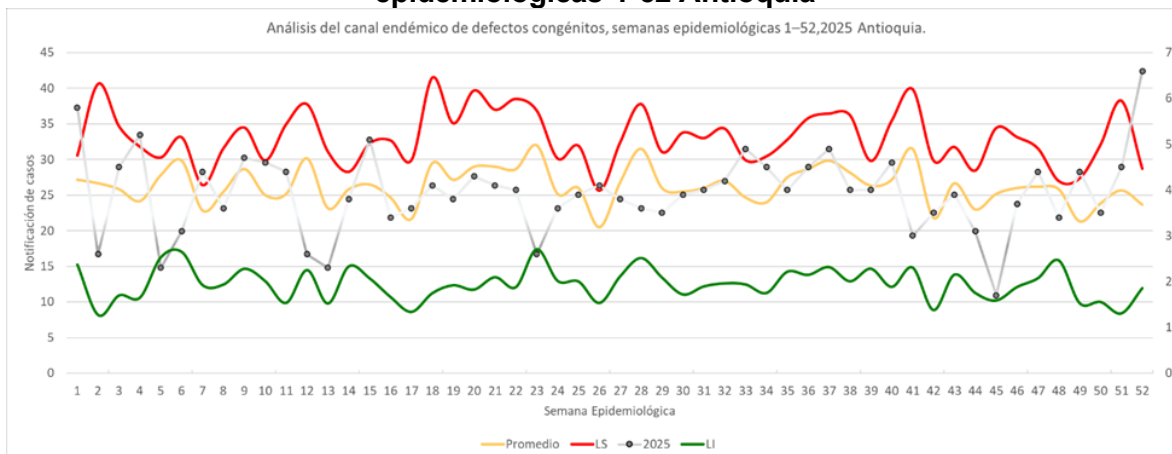
De manera complementaria, las diferencias observadas pueden estar influenciadas por factores ambientales, como la exposición a contaminantes, actividades extractivas o agroindustriales, así como por condiciones genéticas y de saneamiento, los cuales pueden incidir en la ocurrencia real del evento. Las subregiones con menores tasas como Urabá y Bajo Cauca podrían reflejar subdiagnóstico y subregistro, asociados a limitaciones en la capacidad instalada, acceso a servicios especializados y desempeño del sistema de vigilancia, evidenciando que la distribución del evento responde no solo a diferencias epidemiológicas reales, sino también a inequidades estructurales en el sistema de salud y en las condiciones territoriales.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 25. Análisis canal endémico de defectos congénitos Semanas epidemiológicas 1-52 Antioquia



Fuente: SIVIGILA

El comportamiento de la notificación de defectos congénitos durante el año 2025, analizado mediante canal endémico, evidencia una alta variabilidad semanal con predominio de valores en zona de seguridad y algunos episodios en zona de alerta. Este comportamiento sugiere un incremento sostenido en la notificación del evento frente a lo esperado históricamente.

Adicionalmente, se identifican varias semanas en las cuales la notificación supera el límite superior (LS), los cuales se presentan de manera intermitente a lo largo del año, sin un patrón claro de estacionalidad, lo que sugiere la presencia de picos asociados a variaciones en la captación, registro del evento e incluso cambios y dinámicas poblacionales.

Este comportamiento puede estar influenciado por el fortalecimiento en la vigilancia, la mayor capacidad diagnóstica y la centralización de la atención del parto en instituciones de mayor complejidad, como hipótesis adicional, es importante considerar que el diagnóstico de defectos congénitos puede presentar un rezago respecto al nacimiento, estimado entre 2 y 3 meses, lo que implicaría que el canal endémico basado en la notificación, que puede reflejar un desfase temporal frente a la ocurrencia real del evento, en este sentido, los incrementos observados en determinadas semanas epidemiológicas podrían estar asociados a la acumulación de diagnósticos y notificaciones derivadas de cohortes de nacimientos previos, así como a la estacionalidad en los nacimientos, más que a cambios inmediatos en la incidencia del evento.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



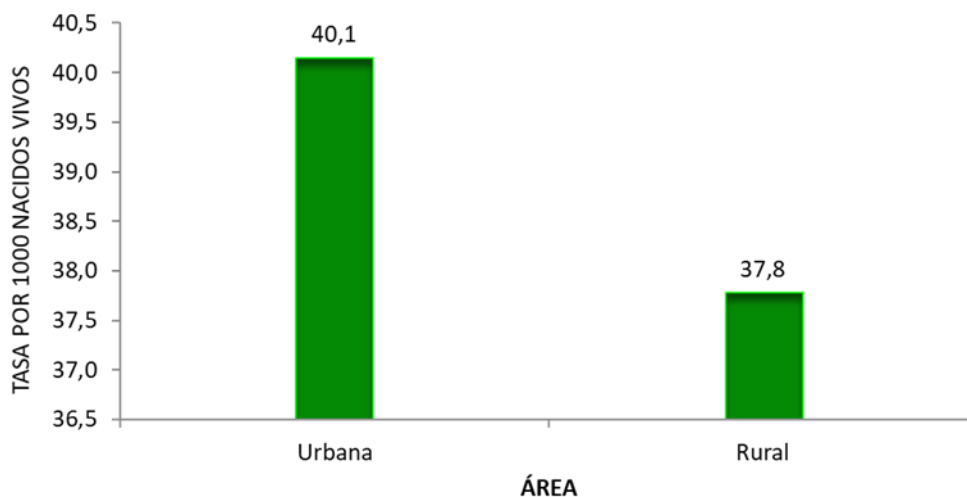
SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

**Gráfico 26. Incidencia de defectos congénitos, según área de residencia, 2025
Antioquia,**



Fuente: SIVIGILA

En cuanto a la distribución de defectos congénitos según área de residencia muestra una mayor concentración de casos en población urbana, con 1527 casos (74,1%) frente a 534 casos (25,9%) en área rural. Esta diferencia es consistente con la distribución poblacional y el número de nacimientos en el departamento.

En términos de incidencia, se observa una ligera mayor tasa en el área urbana (40,1 casos por 1.000 nacidos vivos) en comparación con el área rural (37,8 por 1.000 nacidos vivos). Aunque la diferencia no es amplia, sí evidencia un mayor riesgo aparente en población urbana. Existe una relación entre el acceso a servicios de salud, incluyendo control prenatal, diagnóstico especializado y atención institucional del parto, lo que favorece la detección oportuna y notificación de defectos congénitos.

La centralización de servicios de mediana y alta complejidad en zonas urbanas incrementa la probabilidad de diagnóstico, especialmente en casos que requieren evaluación especializada. En contraste, en áreas rurales pueden presentarse barreras de acceso geográficas, económicas y administrativas, que limitan la identificación y notificación de casos, generando un posible subregistro.

Adicionalmente, las diferencias en exposición a factores de riesgo también pueden influir. En zonas urbanas, la exposición a contaminantes ambientales podría incrementar el riesgo, mientras que en áreas rurales podrían existir exposiciones asociadas a plaguicidas o





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

actividades agropecuarias y exposición a factores ambientales, así como infecciones maternas durante la gestación, especialmente aquellas con potencial teratogénico como las incluidas en el grupo TORCH (toxoplasmosis, sífilis, rubéola, citomegalovirus y herpes), así como arbovirosis como el virus del Zika, de relevancia en contextos tropicales.

Gráfico 27. Distribución porcentual de los casos de defectos congénitos, según afiliación al SGSSS. Antioquia



Fuente: SIVIGILA

La distribución de defectos congénitos por régimen de afiliación evidencia un predominio en el régimen contributivo, probablemente asociado a una mayor capacidad de acceso, diagnóstico y notificación. No obstante, la participación significativa del régimen subsidiado resalta la importancia de fortalecer las estrategias de vigilancia, control prenatal y detección temprana en poblaciones vulnerables, considerando que la afiliación del recién nacido depende directamente de la condición de aseguramiento materno.

La mayor proporción de casos en el régimen contributivo puede estar explicada por varios factores estructurales del sistema de salud, como mayor cobertura de control prenatal, acceso a ayudas diagnósticas especializadas, detección oportuna de anomalías congénitas, es importante considerar que, en el periodo neonatal, el recién nacido hereda la afiliación de la madre, por lo que la distribución observada refleja indirectamente las características de aseguramiento materno.

El régimen subsidiado, aunque representa una menor proporción de casos, concentra más de un tercio de la notificación, lo que sugiere una carga importante del evento en población vulnerable, donde pueden coexistir mayor exposición a factores de riesgo ambientales,

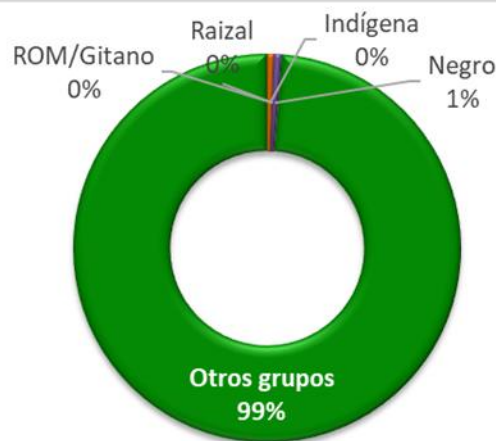




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

nutricionales o infecciosos, barreras de acceso a servicios de salud, posible subdiagnóstico en etapas tempranas, la baja proporción de casos en población no afiliada e indeterminada podría reflejar subregistros, dificultades en el acceso al sistema de salud o limitaciones en la caracterización de la afiliación.

Gráfico 28. Distribución porcentual de los casos defectos congénitos, según pertenencia étnica. Antioquia, 2025.



Fuente: SIVIGILA

Para el año 2025, la distribución de los casos de defectos congénitos según pertenencia étnica muestra un claro predominio del grupo población “otros”, con 2036 casos (99%), mientras que las poblaciones étnicas representan una proporción significativamente baja población indígena con 12 casos (0,6%) y población negra con 13 casos (0,6%), no se reportan casos en población ROM/Gitana ni raizal, La baja proporción de casos en población étnica debe interpretarse con cautela ya que es probable que exista subregistro o subclasificación de la pertenencia étnica, debido al diligenciamiento incompleto de variables en las fichas de notificación, la falta de autorreconocimiento o registro adecuado en los servicios de salud o limitaciones en la calidad del dato.

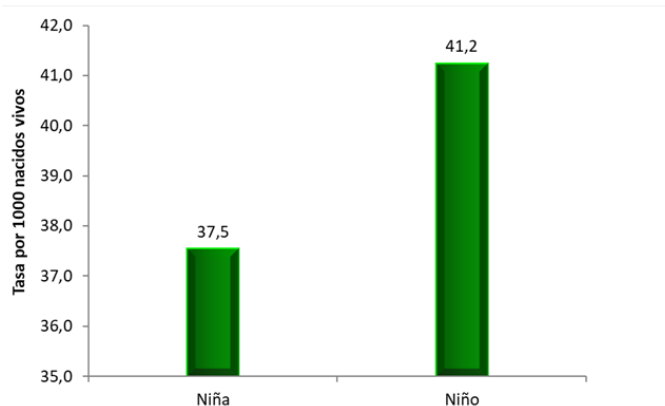
Las poblaciones étnicas, especialmente indígenas y afrodescendientes, pueden enfrentar barreras de acceso a servicios de salud y que pueden presentar menor acceso a control prenatal y diagnóstico especializado, estas condiciones podrían generar una subcaptación de casos, más que reflejar una menor ocurrencia real del evento.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

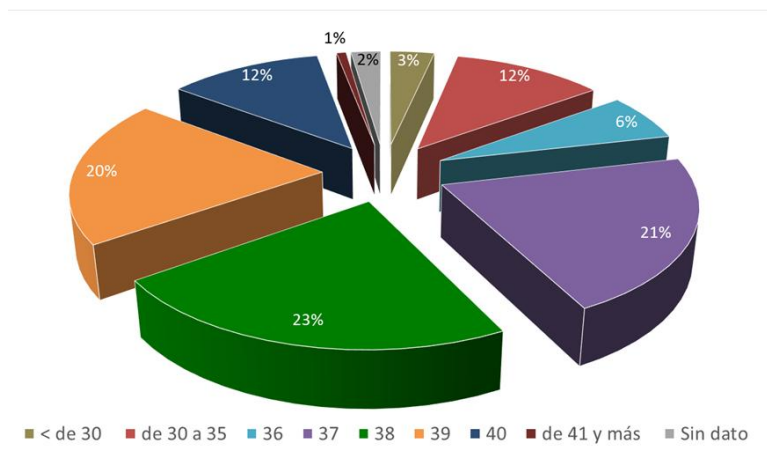
Gráfico 29. Incidencia de defectos congénitos, según sexo. Antioquia, 2025.



Fuente: SIVIGILA

La notificación de caso según el sexo muestra un predominio en niños, con una incidencia de 41,2 casos por 1.000 nacidos vivos, en comparación con las niñas de 37,5 por 1.000 nacidos vivos. El mayor número de casos y la mayor incidencia observada en el sexo masculino desde este punto de vista puede estar asociada a factores genéticos ligados al sexo, mayor vulnerabilidad del sexo masculino durante el desarrollo embrionario y diferencias en mecanismos de adaptación fetal.

Gráfico 30. Distribución porcentual de los niños con defectos congénitos, según semanas de gestación. Antioquia, 2025.



Fuente: SIVIGILA



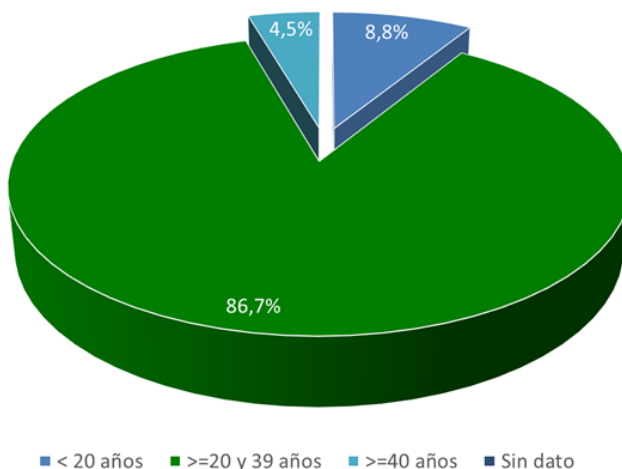


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

La distribución de casos de los recién nacidos con defectos congénitos según edad gestacional evidencia una alta concentración en nacimientos a término, especialmente entre las 37 y 39 semanas, que en conjunto representan el 63,8% de los casos. En menor proporción se presentan nacimientos a las 40 semanas 11,7% y entre las 30 y 35 semanas 11,5%, mientras que los nacimientos pretérmino extremos (<30 semanas) y postérmino (≥ 41 semanas) representan proporciones reducidas entre 3,4% y 0,7%, respectivamente.

Este comportamiento es consistente con la dinámica esperada del evento, dado que los defectos congénitos no necesariamente condicionan el momento del nacimiento y existe una mayor probabilidad de supervivencia, diagnóstico y notificación en gestaciones a término, mientras que en pretérminos extremos pueden presentarse eventos de mortalidad temprana o subregistro.

Gráfico 31. Distribución porcentual de los niños con defectos congénitos, según edad de la madre. Antioquia, 2025.



Fuente: SIVIGILA

En los casos notificados, según la edad materna muestra un claro predominio en mujeres entre 20 y 39 años, con 1786 casos (86,7%), seguido por el grupo de menores de 20 años con 182 casos (8,8%) y las mayores de 40 años con 93 casos (4,5%). Este comportamiento es consistente con la estructura reproductiva de la población, donde la mayor proporción de nacimientos ocurre en mujeres en edad reproductiva intermedia, este hallazgo también puede estar influenciado por la mayor participación de estas mujeres en el régimen contributivo, lo que sugiere que una proporción importante corresponde a población laboralmente activa, asociada a niveles ocupacionales como el técnico y asistencial, que

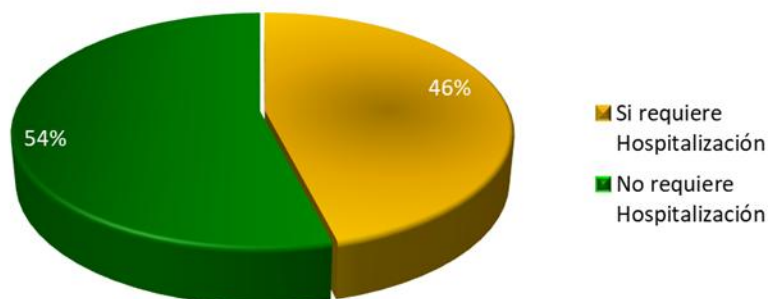




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

implican mayor acceso a servicios de salud, control prenatal y diagnóstico oportuno. En este contexto, la mayor captación de casos en este grupo etario podría reflejar no solo su mayor fecundidad, sino también mejores condiciones de acceso y utilización de los servicios de salud.

Gráfico 32. Distribución porcentual de los casos de defectos congénitos, según conducta. Antioquia 2025



Fuente: SIVIGILA

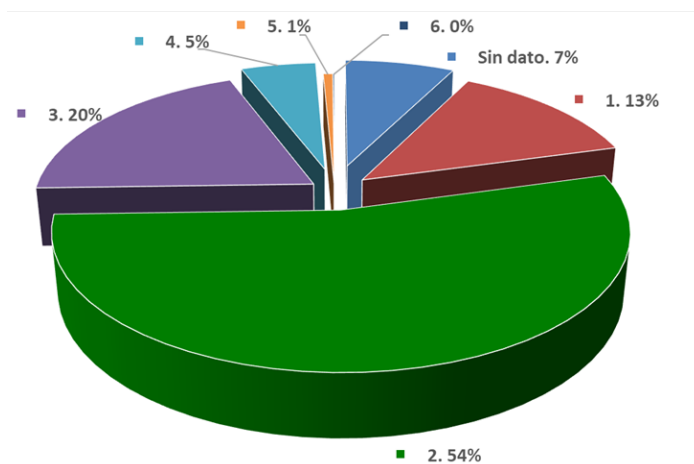
Para el año 2025, el 46,0% de los casos de defectos congénitos (948) requirió hospitalización, mientras que el 54,0% (1113) no presentó esta condición, la necesidad de hospitalización puede estar relacionada con la severidad del defecto, la presencia de complicaciones asociadas o la necesidad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas especializadas en el periodo neonatal. Asimismo, este indicador puede estar influenciado por la capacidad resolutoria de las instituciones de salud y la centralización de la atención en niveles de mayor complejidad, lo que favorece la admisión hospitalaria de casos más severos. En este sentido, la proporción de hospitalización debe interpretarse como un aproximador indirecto de la carga clínica del evento, para el sistema de salud y la red hospitalaria.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 33. Distribución porcentual de los niños con defectos congénitos, según estrato socioeconómico. Antioquia, 2025.



Fuente: SIVIGILA

La distribución de los casos según el estrato socioeconómico evidencia una mayor concentración en los estratos bajos, particularmente en el estrato 2 con 1109 casos (53,8%), seguido del estrato 3 con 405 casos (19,7%) y el estrato 1 con 273 casos (13,2%). En conjunto, los estratos 1, 2 y 3 concentran el 86,7% de los casos, mientras que los estratos altos (4, 5 y 6) representan una proporción significativamente menor (5,8%).

Este comportamiento es consistente con la estructura socioeconómica donde una mayor proporción de nacimientos ocurre en estratos bajos y medios; sin embargo, también refleja la influencia de determinantes sociales en la ocurrencia y captación del evento.

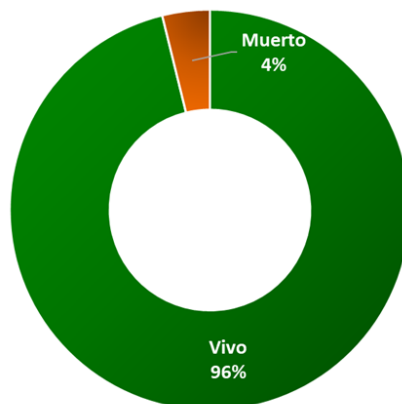
Las poblaciones en estratos más bajos pueden estar expuestas a mayores factores de riesgo, como condiciones ambientales adversas, mayor exposición a agentes infecciosos y posibles barreras en el acceso oportuno a servicios de salud, no obstante, la alta proporción de casos en estrato 2 y 3 también puede estar relacionada con su participación en el régimen contributivo y en actividades laborales de nivel técnico y asistencial, situación que favorece el acceso a control prenatal y diagnóstico, incrementando la probabilidad de detección y notificación. Esta caracterización sugiere una interacción entre condiciones socioeconómicas, acceso a servicios de salud y capacidad de diagnóstico, por lo que su interpretación debe considerar tanto la ocurrencia real del evento como posibles diferencias en la captación dentro del sistema de vigilancia epidemiológica.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 34. Distribución porcentual de los casos de defectos congénitos, según condición final. Antioquia, 2025.



Fuente: SIVIGILA

Para el año 2025, la condición final de los casos de defectos congénitos muestra que el 96,0% de los recién nacidos se encuentran vivos (1979 casos), mientras que el 3,8% corresponde a casos fallecidos (79) y el 0,1% (3 casos) se clasifican como no se sabe. Este comportamiento indica una alta supervivencia en los casos notificados, lo cual puede estar asociado tanto a la detección de defectos de menor severidad como a la capacidad resolutoria de los servicios de salud para el manejo oportuno de estos pacientes. No obstante, la proporción de mortalidad, aunque baja en términos relativos, representa un grupo de alta relevancia epidemiológica, ya que puede estar relacionado con defectos congénitos graves, diagnóstico tardío o limitaciones en el acceso a intervenciones especializadas. Asimismo, es posible que exista subregistro de casos con desenlace fatal, especialmente en contextos de mortalidad fetal o neonatal temprana, lo que podría subestimar la verdadera carga del evento.

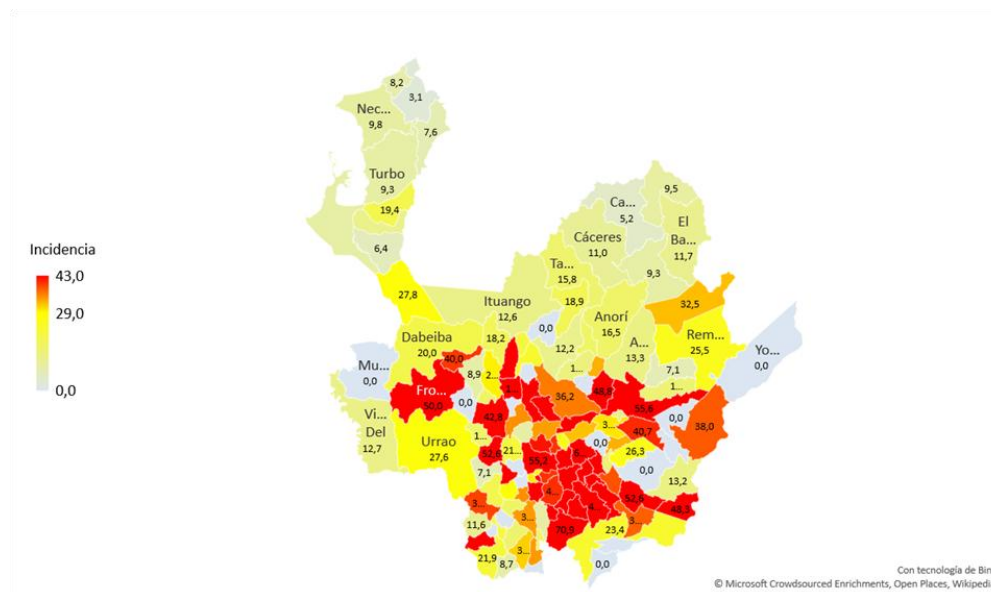
En este sentido, la condición final debe analizarse en conjunto con el tipo de defecto y la oportunidad en la atención, a fin de caracterizar adecuadamente la severidad y el impacto del evento en la población.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 4. Mapa de riesgos de defectos congénitos. Antioquia, 2025



Fuente: SIVIGILA

El mapa de riesgo departamental de defectos congénitos se realizó con base en la incidencia por 1.000 nacidos vivos para el año 2025.

Para su interpretación se establecieron cuatro categorías de riesgo: bajo riesgo con valores menores o iguales a 29,1; riesgo moderado hasta 43,6; alto riesgo hasta 117,6; y municipios silenciosos, que corresponden a aquellos sin datos reportados.

Es importante resaltar que la tasa nacional de defectos congénitos se ubica alrededor de 3,0 por 1.000 nacidos vivos, por lo que incluso los municipios clasificados como “bajo riesgo” en este mapa superan ampliamente el promedio del país.

La distribución geográfica muestra una marcada inequidad territorial. La zona crítica se concentra en el suroeste y centro del departamento, donde se evidencia un conglomerado de municipios en alto riesgo. En este sector se registran incidencias como 20,5 en Dabeiba, 25,6 en Urrao, y valores de 27,6 y 30,2 en municipios aledaños. La intensidad del color rojo en el mapa sugiere que varios territorios superan incluso el umbral de 43,6, ubicándose en el nivel más alto de la escala.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

En contraste, la subregión de Urabá y el norte del departamento presentan los niveles más bajos, con cifras como 19,4 en Turbo, 8,2 y 9,8 en Necoclí, y varios municipios entre 6,4 y 7,6, manteniéndose todos dentro del rango de bajo riesgo.

El oriente y nordeste de Antioquia presentan un comportamiento heterogéneo. Mientras municipios como Anorí reportan incidencias de 13,3 y 14,5, clasificándose en bajo riesgo, aparecen focos puntuales con valores de 30,0 y 32,5 que ya corresponden a riesgo moderado y alto.

Un hallazgo adicional de preocupación son los municipios silenciosos, como Frontino, que aparecen sin coloración en el mapa. Esta ausencia de datos no implica que no existan casos, sino que hay fallas en el reporte o en la vigilancia epidemiológica, generando subregistro y zonas ciegas para la toma de decisiones.

3. Comportamiento de los indicadores

a. Mortalidad materna:

- i. *Razón de mortalidad materna: 32.6 casos por 100 000 NV.*

La razón de mortalidad materna de Antioquia en 2025 es de 32.6 muertes maternas por cada 100 000 NV dato inferior al reportado de manera preliminar a nivel nacional de 45.2 casos por cada 100 000 NV según informe de evento del período epidemiológico II 2026. Sin embargo, es superior a la meta de ODS para alcanzar a 2030.

Cuando se compara la RMM con 2024 se evidencia incremento en el número de casos y en la RMM, por lo cual desde vigilancia se activó Sala de Análisis de Riesgo inicialmente para abortar el incremento en la mortalidad materna en población indígena y posteriormente en pleno. Al momento de la elaboración de este informe se encuentra activa la SAR.

- ii. *Porcentaje de causas de muerte bien definidas: 53/54= 98.1 %*

En la base del evento se encuentran 56 registros con departamento de residencia Antioquia o con notificación Antioquia, se excluyen dos por tener ajuste D. De los 54 registros restantes 53 tienen causa básica de muerte bien definida. El 98.1 % de las muertes maternas notificadas a SIVIGILA tienen causa básica bien definida. Es decir, un comportamiento adecuado. Se continuará realizando la gestión para lograr que el 100.0 % de los casos tengan causa básica bien definida.

Entre las causas identificadas se encuentra desconocimiento del talento humano en salud de la diferencia entre causa básica y causa directa de la muerte. Por lo cual, se realiza





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

énfasis en la diferencia y en el adecuado diligenciamiento del certificado de defunción en las asesorías y asistencias técnicas realizadas.

iii. *Oportunidad de la notificación: 16 / 17= 94.1 %*

Durante 2025 se realizó notificación inoportuna de un caso que fue captado por búsqueda activa institucional a partir del cruce de nacimientos en muertes en mujeres en edad fértil correspondiente a una mujer indígena residente en Turbo que llegó a la ESE de Dabeiba sin signos vitales. La notificación se realizó cinco meses después del fallecimiento.

Dada la inoportunidad mencionada anteriormente, el comportamiento del indicador se encuentra en amarillo, es decir, no fue oportuna la notificación de las muertes maternas en el departamento. Como estrategias desarrolladas para mejorar este indicador se encuentra el refuerzo en la notificación inmediata en las asesorías y asistencias técnicas; la gestión periódica del RUAF a partir del acceso semanal; la gestión periódica de las muertes en mujeres de 10 a 54 años con cruce de nacimientos.

iv. *Concordancia de casos de muerte materna: SIVIGILA / Estadísticas Vitales (RUAF): 54 / 40= 135.0 %*

De los 54 casos notificados a SIVIGILA se encuentran en RUAF 38 casos clasificados como muertes maternas tempranas o tardías. De los 16 casos restantes, todos aparecen en el RUAF como muertes en mujeres en edad fértil con la variable estuvo embarazada NO y 14 de ellos fueron diligenciados por medicina legal. Existen dificultades en lograr enmiendas estadísticas a los certificados diligenciados por medicina legal. Uno de estos casos corresponde a una muerte materna temprana por hemorragia obstétrica (TI 1046909262). Este caso no se está contando al momento de la elaboración de este informe por parte del DANE. Los dos casos restantes corresponden a muertes maternas tardías certificadas por Bello y Medellín que no tuvieron enmienda estadística relacionada con el antecedente del embarazo.

En la base preliminar RUAF de muertes maternas de 2025 para Antioquia se encuentran 40 casos, 38 de ellos notificados a SIVIGILA. Los dos pendientes por notificar corresponden a mujeres que fallecieron en otros departamentos, una de ellas en Córdoba (CC 1038113554) y la otra en el Meta (CC 52778218). Se tramitó con ambas entidades territoriales la notificación sin éxito.

Como se observa previamente, se cuenta con notificación a SIVIGILA superior a la que reposa en DANE y esto está relacionado con la intensificación de la Búsqueda Activa Institucional –BAI, a partir de la gestión de las muertes en mujeres de 10 a 54 años logrando la notificación masiva de todos los casos evidenciados. No se logró obtener la misma respuesta con RUAF debido a las dificultades con las enmiendas estadísticas por parte de medicina legal y algunas entidades territoriales municipales. Esto lleva a que no se cumpla





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

con la concordancia entre ambas fuentes de información. Se seguirá trabajando en pro de lograr que esto suceda.

b. Morbilidad materna extrema:

- i. *Razón de MME:* $3\,583 / 52\,171 = 68.7$ casos por cada 1 000 NV

La razón de MME de Antioquia en 2025 fue de 68.7 casos de MME por cada 1 000 NV, de acuerdo con la semaforización realizada por el INS, se encuentra en zona de riesgo rojo. Como se observó en la gráfica de tendencia de la razón de MME, ésta viene en incremento progresivo, en parte por el aumento de los casos y otra parte por la reducción de los nacimientos.

De igual manera, es necesario resaltar que hay mayor conocimiento del evento por parte del personal asistencial lo que permite la captación, diagnóstico y notificación con mayor frecuencia. Sin embargo, también es necesario generar controles en la notificación para descartar casos que realmente no cumplen con definición de caso. En este sentido, como se observa en el resultado del indicador, es importante validar que no se trata de una sobre notificación de los casos.

- i. *Oportunidad de notificación:* $3\,379 / 4\,037 = 83.7 \%$

Para el año 2025 se encuentran 4 037 casos notificados de MME por Antioquia, 3 379 se notificaron dentro de las primeras 24 horas posteriores al diagnóstico del caso, lo que explica una oportunidad en la notificación de 83.7 %. De acuerdo con la semaforización, Antioquia cuenta con una notificación regular para el año 2025. Se han desarrollado diversas estrategias para fortalecer la oportunidad en la notificación, entre estas se encuentra la socialización del indicador de manera semanal al interior de la unidad de seguimiento del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna. Asesoría y asistencia técnica a municipios y prestadores y realimentación de indicadores.

De igual manera, se encuentra que el diligenciamiento de la variable fecha de consulta es confusa para los prestadores debido a que no tienen presente diligenciar la fecha de diagnóstico y esta es una de las principales razones por las cuales el indicador se encuentra en inoportunidad.

- i. *Índice de letalidad:* $17/3\,600 = 0.5 \%$

Para 2025 fallecieron 0.5 mujeres durante el embarazo, parto y hasta los 42 días posteriores al parto por cada 100 casos de MME notificados. De acuerdo con la semaforización, este indicador se encuentra en valor medio.

c. Mortalidad perinatal y neonatal tardía



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

d. i. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía

El departamento de Antioquia obtuvo una razón de 12.3 defunciones en el periodo perinatal, neonatal temprano y neonatal tardío por cada 1.000 nacidos vivos en el territorio para el evento 560 en el periodo del año 2025,

ii. Porcentaje de casos con muertes bien definidas en SIVIGILA

La determinación de esta definición se encuentra cumpliendo un 93% de todas las notificaciones, ya que en todos se tiene presente el antecedente del periodo de nacimiento y de sus antecedentes de prematuridad, en los casos considerados emblemáticos en el año 2025 solo fue necesario realizar una enmienda estadística de estos casos.

iii. Concordancia con estadísticas vitales

La realización de cruces RUAF- SIVIGILA para el periodo 2025 permitió la identificación de 15 casos, que se notificaron con fuente de notificación búsquedas activas, estos lograron registrarse y confirmarse en SIVIGILA.

e. Defectos congénitos

i. Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año

La prevalencia de defectos congénitos es de 395 casos por cada 10.000 nacidos.

Se evidencia un comportamiento creciente de la tasa de defectos congénitos en el departamento a partir del año 2023, posterior a un periodo de estabilidad entre 2019 y 2022. Las tasas observadas en 2024 y 2025 superan ampliamente los referentes nacionales reportados en la literatura, que oscilan entre 100 y 130 casos por 10.000 nacidos vivos. Este incremento podría estar asociado a mejoras en la captación y calidad del sistema de vigilancia, así como a cambios en la estructura poblacional y factores de riesgo maternos, especialmente el aumento de la edad materna, descrito como un determinante relevante en la ocurrencia del evento.

ii. Prevalencia de defectos del tubo neural en menores de un año

La prevalencia de defectos del tubo neural es de 10.7 casos por cada 10.000 menores de un año.

Durante el periodo 2020–2025 evidencia una tendencia estable con fluctuaciones interanuales, manteniéndose en un rango entre 7,1 y 10,7 casos por 10.000 nacidos vivos. No se observa un incremento sostenido del evento; sin embargo, las variaciones pueden estar asociadas a cambios en la captación y calidad del sistema de vigilancia.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Las tasas observadas son consistentes con los rangos reportados en la literatura internacional y nacional, donde se describen prevalencias entre 5 y 20 por 10.000 nacidos vivos, influenciadas por factores como la suplementación con ácido fólico, el acceso al diagnóstico prenatal y las condiciones sociodemográficas.

iii. *Prevalencia de déficit auditivo en menores de un año.*

La prevalencia de déficit auditivo corresponde a 1.5 casos por cada 10.000 menores de un año. El comportamiento de los defectos congénitos auditivos durante el periodo 2020–2025 evidencia un incremento progresivo en la tasa de notificación, pasando de 0,1 a 1,5 casos por 10.000 nacidos vivos.

Este aumento es más consistente a partir de 2022 y podría estar relacionado con el fortalecimiento en la detección temprana y el acceso a pruebas diagnósticas. No obstante, las tasas observadas son inferiores a las reportadas en la literatura internacional, lo que sugiere una posible subcaptación del evento.

Adicionalmente, se identifican limitaciones en la calidad del dato, relacionadas con la heterogeneidad en la clasificación diagnóstica y la inclusión de registros no específicos, lo cual puede afectar la precisión del análisis.

iv. *Prevalencia de defectos congénitos visuales en menores de un año.*

La prevalencia de defectos congénitos visuales es de 1.3 por cada 10.000 menores de un año, durante el periodo 2020–2025 evidencia ausencia de notificación en los primeros años, con aparición de casos a partir de 2023 y un incremento progresivo hasta 2025. Las tasas observadas son bajas en comparación con lo reportado en la literatura, lo que sugiere una posible subcaptación del evento, también se identifican limitaciones en la calidad del dato, relacionadas con la alta proporción de diagnósticos inespecíficos, lo que puede afectar la precisión del análisis y la caracterización epidemiológica del evento.

v. *Prevalencia de cardiopatía congénita compleja en menores de un año*

La prevalencia de cardiopatía congénita compleja corresponde a 109.6 casos por cada 10.000 nacidos vivos.

El comportamiento de las cardiopatías congénitas entre 2020 y 2025 evidencia un incremento en las tasas de notificación, con una transición desde niveles bajos hacia valores más altos y estables a partir de 2022, lo que sugiere un fortalecimiento en la detección y captación del evento más que un aumento real del riesgo.

Predominan defectos estructurales frecuentes como el defecto del tabique auricular, el conducto arterioso permeable y el defecto del tabique ventricular, junto con cardiopatías complejas como la tetralogía de Fallot, la coartación de la aorta y el síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Este patrón es consistente con la literatura reportada por la Organización Mundial de la Salud y los Centers for Disease Control and Prevention, donde estas entidades representan las formas más comunes de presentación.

Las tasas observadas en los últimos años se encuentran dentro de los rangos esperados a nivel internacional, lo que respalda la hipótesis de una mejora en la capacidad diagnóstica y en la vigilancia del evento.

vi. *Prevalencia de defectos congénitos metabólicos en menores de un año.*

La prevalencia de defectos congénitos metabólicos es 22.2 casos por cada 10.000 nacidos vivos.

- *Hipotiroidismo congénito.*

La prevalencia de hipotiroidismo congénito es de 19 casos por cada 10.000 nacidos vivos.

- *Errores innatos del metabolismo*

La prevalencia de errores innatos del metabolismo es de 3.3 casos por cada 10.000 nacidos vivos.

El comportamiento de los desórdenes metabólicos congénitos durante el periodo 2020–2025 muestra una tendencia creciente hasta 2024, seguida de un descenso en 2025, con tasas que pasan de 10,4 a 36,6 por 10.000 nacidos vivos y posteriormente disminuyen a 22,2. Este patrón sugiere un proceso de fortalecimiento progresivo en la detección, notificación y confirmación diagnóstica, más que un aumento real en la incidencia del evento.

Al desagregar por categorías, se evidencia que la principal contribución a la carga del evento corresponde a los trastornos de la glándula tiroides, particularmente el hipotiroidismo congénito, el cual concentra la mayor proporción de casos y explica el incremento observado, especialmente en 2024.

Este comportamiento es coherente con la expansión y consolidación de estrategias de tamizaje neonatal y con una mayor capacidad de confirmación por laboratorio.

En contraste, otros grupos como los trastornos del metabolismo de aminoácidos, alteraciones de otras glándulas endocrinas y otros errores innatos del metabolismo presentan una baja frecuencia y variabilidad interanual, sin evidenciar tendencias sostenidas, lo que podría estar asociado a limitaciones en la detección o subregistro, dada la complejidad diagnóstica de estos eventos.

De acuerdo con la evidencia reportada por la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de los errores innatos del metabolismo está fuertemente influenciada por la cobertura y calidad de los programas de tamizaje neonatal, lo que condiciona la sensibilidad del sistema de vigilancia.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

En este sentido, el comportamiento observado en el territorio refleja, en gran medida, mejoras en la captación y confirmación de casos, particularmente para hipotiroidismo congénito, mientras que otros desórdenes metabólicos continúan siendo eventos de baja detección relativa.

- *Proporción de casos de tamizaje neonatal con ajuste*

- *Tamizaje neonatal*

La proporción de casos probables captados por tamizaje neonatal es del 93,0%.

De 157 probables, 141 se confirmaron: 83 por laboratorio y 58 por clínica, solo 11 fueron descartados. Esto indica que el tamizaje neonatal está captando bien los verdaderos positivos y que la sospecha inicial tiene alta correlación con diagnóstico final.

Aunque los casos notificados por confirmación clínica y de laboratorio ya entran como confirmados, también tuvieron ajustes. El 28,8% de los confirmados por laboratorio y el 22,1% de los confirmados por clínica cambiaron de categoría. Esto puede reflejar reclasificaciones tras estudios complementarios o corrección de errores de digitación o fallas en la notificación dadas las características del reporte.

Del total de 2.061 casos notificados, 601 casos tuvieron ajuste, equivalente al 29,2%. Es decir, casi 1 de cada 3 casos cambia su clasificación inicial durante el proceso de vigilancia.

- *Tamizaje metabólico*

La proporción de casos probables ajustados captados por tamizaje metabólico es de 54.6% con 152 casos de los cuales 83 fueron confirmados mediante laboratorio clínico y 58 mediante confirmación clínica, lo cual se considera un error en el ajuste y 11 casos quedan sin la respectiva confirmación.

El análisis de la clasificación final de los desórdenes metabólicos evidencia que el 9,74% de los casos se mantiene como probable (sospechoso), lo que sugiere la existencia de registros en proceso de confirmación diagnóstica. Este comportamiento puede estar asociado a la necesidad de pruebas especializadas o a demoras en la validación por laboratorio, particularmente en eventos como el hipotiroidismo congénito y otros errores innatos del metabolismo.

- *Tamizaje visual*

La proporción de casos probables ajustados captados por tamizaje visual es del 100%.

Donde se evidencia que, del total de casos notificados como probables, una proporción limitada ha sido sometida a ajuste diagnóstico. En este sentido, se identifican casos confirmados y descartados a partir del proceso de validación clínica y paraclínica, lo que





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

refleja la capacidad del sistema para discriminar entre casos verdaderos y no casos dentro del flujo de notificación.

El indicador, construido como la proporción de casos confirmados y descartados sobre el total de casos probables notificados, sugiere que el proceso de verificación diagnóstica se encuentra en desarrollo, con un número reducido de eventos efectivamente clasificados, lo cual es consistente con la baja frecuencia del evento y la dependencia del diagnóstico especializado en oftalmología neonatal.

- *Tamizaje auditivo*

La proporción de casos probables ajustados captados por tamizaje auditivo es del 100%.

El análisis de los defectos congénitos auditivos evidencia un total de 8 casos confirmados, correspondientes a la suma de las dos variables de defectos sensoriales analizadas. La mayor proporción de los registros se concentra en la confirmación clínica, lo que refleja una adecuada clasificación diagnóstica de los eventos reportados dentro del sistema de vigilancia.

Pese a la baja magnitud del evento, los casos fueron sometidos a proceso de ajuste, validación y clasificación, garantizando la consistencia del registro y su adecuada definición dentro del sistema de vigilancia en salud pública.

Discusión

a. Morbilidad materna extrema

Al comparar los datos con el nivel nacional y con el Distrito de Bogotá en 2024 se evidencia riesgo menor en Antioquia. En 2024 la RMME de Colombia fue de 74.9 casos por 1 000 NV y la RMME preliminar a SE 52 de Bogotá fue 88.4 casos por 1 000 NV frente a 66.2 casos por 1 000 NV reportados para Antioquia en ese mismo año (14). Cuando se realiza el análisis para 2025 se evidencia de manera preliminar el mismo comportamiento, 84.7 casos de MME por cada 1 000 NV en Colombia para 2025 frente a 68.7 casos para Antioquia. Al momento del cierre de este informe no se dispone de información de Bogotá para realizar el comparativo de 2025 (2).

A nivel departamental, la MME presenta comportamiento al alza cuando se comparan los datos de 2024 y 2025. La RMME pasó de 65.2 a 68.7 por cada 1 000 NV, respectivamente. Se presentaron 181 casos más y se incrementó la RMME en 3.5 casos por cada 1 000 NV en 2025.

Respecto a variables de interés como el comportamiento de la RMME según grupos de edad y el porcentaje según causas agrupadas, se encuentra que al comparar con el nivel nacional y de acuerdo con información preliminar a periodo epidemiológico XII de 2025 (9),





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

los trastornos hipertensivos explican el 65.8 % seguidos de complicaciones hemorrágicas 18.0 % similar a los datos encontrados en el departamento. De igual manera, la RMME superior se encuentra en mujeres con 40 años y más como se describió en Antioquia; sin embargo, hay diferencia en la RMME de mujeres de 10 a 14 años que se encuentra a nivel nacional en 104.6 casos vs 43.6 casos en Antioquia.

Por otro lado, cuando se compara con los valores promedio de Colombia el índice de letalidad y la oportunidad en la notificación, se evidencian valores preliminares similares en el índice de letalidad de 0.5 %, mientras que la oportunidad promedio en Colombia es buena con 90.4 % y regular para Antioquia con 83.7 % (14).

b. Mortalidad materna

Al comparar los datos con el nivel nacional se evidencia riesgo menor en Antioquia. En 2024 la RMM de Colombia fue de 44.2 casos por cada 100 000 NV (15) frente a 30.7 muertes por cada 100 000 NV de Antioquia. Cuando se realiza el análisis para 2025 se evidencia de manera preliminar el mismo comportamiento, 45.2 muertes maternas por cada 100 000 NV en Colombia frente a 32.6 casos para Antioquia.

A nivel departamental, la RMM presenta comportamiento al alza cuando se comparan los datos de 2024 y 2025. La RMM pasó de 30.7 a 32.6 por cada 100 000 NV, respectivamente. Se presentó 1 caso de más y se incrementó la RMM en 1.9 casos por cada 100 000 NV en 2025.

Si bien la RMM de Antioquia es inferior a la de Colombia, no se alcanza la meta de los ODS de menos de 32 muertes maternas por cada 100 000 NV para alcanzar a 2030 en ninguno de los dos territorios; y por ende tampoco la meta según Plan Territorial de Salud para Antioquia de menos de 29.5 muertes por cada 100 000 NV. Lo que implica que las estrategias que se vienen desarrollando no han logrado impactar positivamente la problemática materno perinatal y es necesario reforzarlas y/o replantearlas.

Respecto a variables de interés como el área de residencia, según informe de evento de mortalidad materna a PE XII de 2025 (15), a nivel nacional se evidencian mayores riesgos en mujeres que residían en zonas rural dispersa y centro poblado, mientras que en Antioquia se encontró mayor riesgo en mujeres residentes en cabecera municipal. Por otro lado, al igual que lo evidenciado en Antioquia, para Colombia el riesgo de muerte es mayor en mujeres indígenas y afrodescendientes con RMM de 184.8 y 112.1 muertes por cada 100 000 NV, respectivamente; frente a 923.8 y 174.8 muertes por cada 100 000 NV indígenas y afrodescendientes en Antioquia, respectivamente. Así mismo, mujeres con afiliación al régimen subsidiado presentan mayor riesgo en Colombia y Antioquia con RMM





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

de 53.5 muerte por cada 100 000 NV y 49.7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente.

Se encontraron diferencias en los riesgos de muerte según grupos de edad, para Colombia el riesgo mayor fue en mujeres con 40 años y más, seguido por el de 10 a 14 años (155.3 y 102.9 muertes por cada 100.000 NV, respectivamente), mientras que para Antioquia fue para el grupo de mujeres con 35 a 39 años seguido por el de 40 a 44 años con 94.2 y 72.9 muertes maternas por cada 100 000 NV.

De acuerdo con el informe de evento de PE XII de 2025 (15) de manera preliminar el 60.0 % de las muertes maternas en Colombia se clasificaron como directas y el 33.5 % como indirectas. En Antioquia el porcentaje fue similar, 70.6 % de muertes directas y 29.4 % de muertes indirectas. De las muertes directas, el 20.0 % fueron por THAE, el 15.9 % por hemorragia obstétrica, el 6.5 % por evento tromboembólico, el 5.9 % por sepsis relacionada con el embarazo, entre otras. Para Antioquia el primer y segundo lugar se invirtieron, la hemorragia obstétrica explicó el 35.3 % de las muertes, seguida de THAE con 17.6 % de las muertes y otras causas como la enfermedad tromboembólica, el embolismo de líquido amniótico y la sepsis obstétrica explicaron cada una el 5.9 % de las muertes.

La causa indirecta en Colombia se explicó por otras causas indirectas 12.4 %, sepsis no obstétrica: neumonía 11.8 %, sepsis no obstétrica 3.5 %, cáncer 2.9 %, entre otras. En Antioquia se encontró que la sepsis no obstétrica explicó el 11.8 % de los casos, no se presentaron muertes por neumonía en el departamento. Seguida de una muerte por cáncer, cardiovascular, malaria que explicaron cada una el 5.9 % de las muertes.

c. Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Para el periodo 2025 el evento 560 tiene una tendencia a la disminución el departamento, tiene una mayoría de presentación en pacientes del sexo masculino, pero dentro de su caracterización sociodemográfica llama la atención que la mayoría de sus pacientes residen en áreas urbanas, lo cual debe enfocar a la atención de los controles prenatales al fortalecimiento de educación y de signos y síntomas de alarma, con promoción y prevención de etiologías gestacionales que puedan promover casos de fatalidad en el periodo perinatal o neonatal, de igual forma el porcentaje de pacientes que no asistieron a controles prenatales debe un llamado de atención a los programas de promoción y mantenimiento de la salud para continuar la ruta del fortalecimiento en la captación de gestantes fuera de controles prenatales,

Para la población antioqueña la mayoría de ella se encuentra con régimen de afiliación subsidiado para los casos reportados, en este análisis debe llamar la atención es aquellos pacientes que se encontraron en no afiliación al sistema de salud al momento del requerimiento de la atención tanto gestacional como neonatal, es de suma importancia





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

realizar llamado a los territorios con el fin de acrecentar la captación de pacientes y de su afiliación con el fin de garantizar el acceso a la salud en el territorio antioqueño,

La pertenencia étnica presenta una gran mayoría de pertenecientes a otro grupo étnico, pero en el evento 560, se evidencian grupos como afrocolombiano e indígena que cada vez se hacen más presentes en la territorialidad, reto que pide a los territorios y al personal de salud a tener una mirada intercultural y exige a su vez que la educación a las madres se brinde desde el enfoque intercultural.

d. Defectos congénitos

Entre 2024 y 2025 el departamento pasó de 1.598 a 2.061 casos, con un aumento absoluto de 463 casos y relativo del 29,0%. La tasa subió de 30,6 a 39,5 por 1.000 nacidos vivos. Aunque el incremento es menor al salto de 2022 a 2023 que fue de 53,6%, confirma que la tendencia ascendente se mantiene y no hay retorno a los niveles basales 2020–2022.

Al revisar el reporte semanal, el año 2025 supera al reporte de casos del 2024 en 37 de 52 semanas. En 2024 el promedio semanal fue 30,7 casos, con mediana de 29 y rango 18 a 43.

En 2025 el promedio sube a 39,6 casos, mediana de 40 y rango 17 a 66.

Se observa mayor dispersión y picos más altos en 2025. Semanas como la 52 con 66 casos, la 1 con 58, la 4 con 52 y la 15 con 51 marcan valores muy por encima del límite superior histórico.

En 2024 solo 4 semanas superaron 40 casos, mientras en 2025 fueron 19 semanas. Esto indica que el aumento no depende de un brote puntual, sino de una captación sostenida más alta durante todo el año. Los descensos puntuales de 2025, como la semana 45 con 17 casos, son aislados y no revierten la tendencia general.

El aumento de 463 casos entre 2024 y 2025 no fue homogéneo. El Valle de Aburrá aportó 350 casos adicionales, pasando de 1.003 a 1.353, lo que explica el 75,6% del incremento departamental. Dentro de la subregión, Medellín subió de 714 a 984 casos, Bello de 140 a 170, Envigado de 28 a 46 y Sabaneta de 19 a 31. Oriente aportó 90 casos más, de 283 a 373, con aumentos importantes en Marinilla de 33 a 60 y Rionegro de 54 a 103. Magdalena Medio casi duplicó su carga, de 13 a 25 casos, impulsado por Puerto Berrío y Puerto Triunfo. Norte pasó de 31 a 47 y Occidente de 39 a 51.

En contraste, Urabá fue la única subregión que disminuyó, pasando de 110 a 75 casos. Turbo bajó de 33 a 17 y Chigorodó de 18 a 5. Suroeste se mantuvo estable con 53 a 52 casos. Bajo Cauca tuvo un leve aumento de 25 a 31, pero sigue con tasas bajas frente a su población. Esta dinámica refuerza la hipótesis de centralización: los territorios con IPS de mediana y alta complejidad y con mayor capacidad diagnóstica son los que más aumentan la notificación. La reducción en Urabá puede reflejar menor captación, barreras de acceso o referencia de casos hacia Medellín, más que una disminución real del evento.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

El incremento sostenido entre 2024 y 2025 tiene tres explicaciones principales que actúan en conjunto. Primero, fortalecimiento del sistema de vigilancia. El alto porcentaje de ajuste del 93,0% en casos probables que viste en el análisis previo indica que el sistema está confirmando más casos que antes quedaban sin diagnóstico final.

Segundo, que puede ser una hipótesis, mayor centralización de la atención del parto. El crecimiento de casos en Medellín, Rionegro, Bello y Envigado coincide con la concentración de nacimientos de alto riesgo en centros de referencia. Estos hospitales tienen capacidad para diagnosticar defectos que en IPS de baja complejidad pasarían inadvertidos, especialmente cardiopatías y anomalías internas. Esto genera una sobrerrepresentación del Valle de Aburrá y Oriente, no porque ahí nazcan más niños con defectos, sino porque ahí se diagnostican y notifican.

Tercero, posible aumento real de la ocurrencia. No se puede descartar que parte del incremento corresponda a un aumento verdadero de casos. El hecho de que subregiones con capacidad diagnóstica media como Magdalena Medio y Norte también suban, y que el incremento sea transversal a varias semanas, sugiere que hay más factores operando. Para diferenciarlo se requiere análisis por tipo de defecto congénito, edad materna, exposición a teratógenos y factores ambientales.

Conclusiones

En Antioquia se presenta aumento del riesgo de la MME, si bien se presentaron menos casos en 2025 que en 2024 dada la reducción preliminar en el número de nacimientos, el riesgo fue mayor. Es decir, en 2025 se presentan menos embarazos, pero se complicaron más que en 2024. Este comportamiento mantiene al departamento en zona de riesgo rojo con 68.7 casos por 1 000 NV.

Es posible que se presente sobre-notificación debido a que adicional a la RMME, el hecho de que 7.6 % de los casos no fueran hospitalizados sugiere que se están notificando casos que no cumplen definición de MME, o bien, existe una subvaloración del riesgo clínico en la atención.

El incremento histórico de casos refleja una mejor capacidad de las IPS para detectar y reportar el evento precursor de la mortalidad.

Las mujeres mayores de 30 años presentan riesgos superiores al promedio, alcanzando su pico máximo en el grupo de 45 a 49 años, este dato va a la par del riesgo en la mortalidad materna. Es decir, mujeres con mayores edades presentan mayor riesgo de morbimortalidad materna.

Los THAE y las complicaciones hemorrágicas explican el 86.5 % de las MME y de las 52.9 % de las muertes maternas en Antioquia. El 100.0 % de estas muertes se clasificaron evitables.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

La RMM preliminar de Antioquia en 2025 es 32.6 muertes maternas por cada 100 000 NV, al comparar con años previos se presenta un retroceso en el cumplimiento de la meta debido a la disminución de los nacimientos y a que no se ha presentado reducción en el número de muertes maternas.

Las mujeres con mayor riesgo de mortalidad materna en Antioquia son las que tienen 35 años o más, con RMM de hasta 94.2 muertes por cada 100 000 NV. Las tres muertes presentadas por THAE fueron en este grupo de edad.

Al analizar las RMM se encuentra que poblaciones empobrecidas y vulnerables como lo son mujeres indígenas, afrodescendientes, mujeres afiliadas al régimen subsidiado y de estratos socioeconómicos uno y dos presentaron mayor riesgo de morir. Esto pone en evidencia brechas socioeconómicas y en la garantía de salud integral, integrada, segura y de calidad al interior del departamento.

De igual manera se evidencia que existe disparidad subregional, en el riesgo de presentar muerte materna en Nordeste es 6.8 veces el riesgo de morir en Valle de Aburrá, de igual manera, el riesgo de morir en Occidente, Bajo Cauca y en Norte es casi tres veces el riesgo de morir en Valle de Aburrá. Estos riesgos están relacionados con la calidad y prestación de servicios de salud en las subregiones debido a que, de los siete casos presentados en Nordeste, Occidente, Bajo Cauca y en Norte ninguno de ellos fue evitable, mientras que de las seis muertes ocurridas de Valle de Aburrá dos de ellas fueron clasificadas como no evitables.

Al analizar las fuentes de información disponibles para analizar el evento de mortalidad materna se encuentra que no hubo concordancia en fuentes de información RUAF/DANE – SIVIGILA.

El comportamiento de las mortalidades perinatales y neonatales tardías ha representado un reto para el territorio, inicialmente por la diferenciación de la notificación de eventos correspondientes a intervenciones voluntarias del embarazo y posteriormente por la identificación de los eventos y la realización de sus certificados de defunción de manera clara y adecuada, se evidencia en las tendencias de la presentación del evento que pese a que a nivel departamental la tendencia global del evento va en disminución requiere que se fortalezca y que se incrementen los niveles de educación gestacional con el fin de apropiar a las gestantes y familias en mayor nivel de los signos y síntomas de alarma que promuevan consultas a tiempo y que eviten etiologías que puedan promover estos desenlaces fatales.

Para la vigilancia epidemiológica, representa a su vez un reto en los cruces RUAF-SIVIGILA, que a su vez requieren precisión de análisis y revisiones frecuentes con el fin de lograr retroalimentaciones a los territorios.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

El incremento de defectos congénitos en Antioquia entre 2024 y 2025, pasando de 30,6 a 39,5 por 1.000 nacidos vivos, responde principalmente al fortalecimiento del diagnóstico oportuno, la incorporación de nuevas tecnologías, la centralización de la atención del parto en IPS de alta complejidad y la mejor interoperabilidad de las redes de las EAPB con SIVIGILA.

Esto ha permitido mayor captación y confirmación de casos, especialmente en Valle de Aburrá y Oriente que concentran el 75,6% del aumento. Sin embargo, la alta ocupación y limitada capacidad hospitalaria en ginecoobstetricia dificulta el tamizaje y seguimiento del recién nacido en las primeras horas de vida, y persisten inequidades territoriales con probable subregistro en Urabá, Bajo Cauca y zonas rurales. El aumento refleja más una mejora en la vigilancia que un comportamiento inusual, aunque no se descarta un incremento real del evento, relacionado con el cambio climático, factores genéticos y movilización interna y externa de población.

La Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, RIAMP, organiza la atención desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio y el recién nacido, y su cumplimiento impacta directamente en la mortalidad materna, la morbilidad materna extrema y la mortalidad perinatal. La captación temprana, el control prenatal de calidad y la identificación oportuna de riesgos como trastornos hipertensivos, infecciones y defectos congénitos permiten prevenir complicaciones que derivan en preeclampsia severa, hemorragia o sepsis materna, y en asfixia, prematuridad o malformaciones no atendidas en el recién nacido. La atención del parto en el nivel de complejidad adecuado y el seguimiento en las primeras horas de vida reducen las demoras que causan muerte materna evitable y mortalidad perinatal temprana. Cuando hay fallas en la adherencia a la RIAMP por barreras de acceso, alta ocupación hospitalaria, egreso sin tamizaje o falta de interoperabilidad entre EAPB e IPS, aumentan los casos de morbilidad materna extrema y las muertes maternas y perinatales que podrían evitarse. Por eso, fortalecer la RIAMP es clave para reducir estos eventos trazadores en salud pública.

Recomendaciones

Para la red de prestadores - IPS

Socializar al interior de las inducciones y reinducciones del personal que en el diligenciamiento de la ficha de notificación 549 la fecha de consulta corresponde con la fecha de diagnóstico de la MME.

Contar con talento humano en salud disponible los siete días de la semana para la notificación de los eventos 549 y 550 dada su periodicidad inmediata.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Desplegar acciones de fortalecimiento en la identificación, captación, diagnóstico y manejo de los casos de MME relacionados con THAE y complicaciones hemorrágicas principalmente en las subregiones de Nordeste, Bajo Cauca, Occidente y Urabá, mediante la realización de BAI y revisión periódica de los casos notificados para evaluar si cumplen con definición de caso. Realizar seguimiento semanal a la oportunidad en la notificación de los casos de MME y realizar plan de mejora en caso de presentarse oportunidad deficiente. La efectividad de estas acciones se evalúa de manera semanal en la unidad de seguimiento semanal mediante el cálculo de indicadores de seguimiento.

Impulsar de manera educacional el personal de salud encargado de la realización de los certificados de defunción, con el fin de lograr cascadas fisiopatológicas de la causa de mortalidad con mayor congruencia y concordancia para con la historia clínica.

Fortalecer el talento humano sobre la notificación de los eventos de interés en salud pública de manera oportuna en referencia al evento 560, en el cual el diligenciamiento adecuado de la ficha de notificación permite la adecuada caracterización sociodemográfica de la población notificada.

Mejorar el diligenciamiento completo, oportuno y con criterios de calidad de las fichas de notificación y de los certificados de nacido vivo y defunción, favoreciendo la concordancia entre fuentes de información.

Realizar la gestión de todas las muertes de mujeres de 10 a 54 años que ocurren y/o son certificadas en las IPS con el objetivo de confirmar o descartar el antecedente de gestación y proceder según hallazgos notificando el caso si se confirma.

Red de prestadores - IPS y EAPB

Las IPS deben realizar la gestión de ajustes respectivos cumpliendo los tiempos y lineamientos establecidos en los protocolos del INS. Las EAPB deben suministrar información para los ajustes que apliquen y realizar seguimiento a que la red realice los ajustes.

Participar activamente en los análisis de casos suministrando información oportuna y de calidad y cumpliendo con las responsabilidades que definen los protocolos del INS. Facilitando el flujo de información con las ET, contribuyendo con el análisis de eventos y asumiendo su rol en la implementación de medidas correctivas derivadas de los comités de vigilancia.

Para la gestión del riesgo de las mujeres en edades avanzadas se recomienda priorizar la demanda inducida en planificación familiar para valorar paridad satisfecha garantizando la implantación de métodos de larga duración o definitiva. De igual manera, ofertar la consulta preconcepcional para gestionar los riesgos de las mujeres que deseen gestar. Así mismo,





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

eliminar las barreras administrativas solicitando y/o requiriendo autorización para la dispensación e implantación de métodos, o la necesidad de remisión a especialista para ordenamiento de tubectomías. Esta actividad del programa podría impactar positivamente la morbilidad materno-perinatal en el departamento.

ET municipal y departamental

Realizar revisión y contraste periódico de fuentes RUAF – SIVIGILA a nivel territorial para notificar los casos de mortalidad materna pendientes y solicitar los ajustes pertinentes para lograr concordancia entre las fuentes.

Fortalecer la gobernanza local en salud, utilizando el análisis de datos propios y la vigilancia estricta para garantizar una atención materna segura, integral y adaptada a las realidades de cada territorio. En este sentido, seguir haciendo uso de la información suministrada por la vigilancia para la planeación del Plan Territorial en Salud y demás planes, programas y proyectos relacionados con la maternidad en Antioquia.

Vincular la estrategia de vigilancia basada en la comunidad en los diferentes espacios de análisis, así como también al personal de Plan de Intervención Colectiva y Equipos Básicos de Salud para fortalecer el acceso a estrategias de Información, Educación y Comunicación -IEC para la salud por parte de la comunidad general haciendo énfasis en mujeres empobrecidas, indígenas, afrodescendientes, de bajos estratos socioeconómicos.

Continuar realizando acompañamiento técnico y monitoreo de indicadores a través de visitas técnicas periódicas a las IPS y ET municipales según los mapas e indicadores de riesgo y brechas identificadas en los análisis.

Fortalecer procesos mediados por las Tecnologías de Información y Comunicación -TIC que permitan reducir tiempos para depurar, analizar información y calcular indicadores. De esta manera se podrá emplear más tiempo para generar información para la acción.

Articulación intersectorial

A partir del comportamiento de la morbilidad materna se activó Sala de Análisis de Riesgo -SAR que se encuentra activa al momento de la entrega de este informe. La SAR continuará activa hasta que se controle la situación. En este espacio participan las EAPB Coosalud y Savia Salud EPS principalmente que presentan la mayor carga de morbilidad en el departamento. De igual manera IPS de la alta complejidad que concentran los nacimientos y la atención de la emergencia obstétrica y ET como Nechí, Segovia, Necoclí y Medellín que concentran riesgos y/o casos. Así mismo, participan otras direcciones de la ET departamental como son aseguramiento y prestación de servicios de salud, calidad y redes de servicios, Centro de Regulación de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE, poblaciones vulnerables.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Otra de las acciones de fortalecimiento en la identificación, captación, diagnóstico y manejo de los casos de MME es la estrategia Contigo Antioquia en la cual se dispone de obstetra 24 horas al día siete días de la semana para acompañar en el abordaje clínico, diagnóstico, tratamiento y potencial remisión a centro de mayor nivel de complejidad en articulación con el CRUE y la EAPB. En este sentido, la red de baja y mediana complejidad del departamento debe hacer solicitud tele-apoyo a Contigo Antioquia. De igual manera, esta estrategia se comunica con la baja y mediana complejidad que no solicitó el tele-apoyo para revisar los casos identificar ajustes de descarte y fortalecer la notificación del evento.

Se debe fortalecer la capacidad resolutive neonatal y de subespecialidades en el departamento para responder al aumento de casos detectados, ampliar la interoperabilidad de SIVIGILA con historias clínicas y RUAF en IPS de baja y mediana complejidad, y desconcentrar la atención fortaleciendo nodos de diagnóstico en Rionegro, Apartadó y Caucaasia para reducir la presión sobre Medellín.

Es prioritario garantizar tiempos protegidos para tamizaje neonatal en salas de parto pese a la alta ocupación, implementar estrategias de alta segura con tamizaje completo antes del egreso y equipos extramurales de apoyo, y mejorar la calidad de la notificación inicial para disminuir ajustes posteriores. Las EAPB deben ajustar sus redes para asegurar referencia oportuna y seguimiento, y se requiere priorizar búsqueda activa en subregiones con subregistro para cerrar brechas de equidad en la detección y atención.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad materna extrema. Versión 6. Bogotá: INS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/RHBI4446>
2. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento: Mortalidad materna y perinatal, periodo epidemiológico I [Internet]. Bogotá: INS; 2026 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MME%20PE%20I%202026.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: OMS; 5 abr 2025 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Tendencias en la mortalidad materna 2000-2023: Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas/División



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

de Población [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2025 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/tendencias-mortalidad-materna-2000-2023-america-latina-caribe>

5. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal: Semana epidemiológica 53. Informe No. 53 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025 Boletin epidemiologico semana 53.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2053.pdf)

6. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES 3918: Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia [Internet]. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 15 mar 2018 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>

7. Gobernación de Antioquia. Plan Territorial de Salud 2024-2027. Informe técnico [Internet]. Medellín: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; 2024 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: <https://antioquia.gov.co/images/plan%20de%20Desarrollo/Plan%20Territorial%20de%20Salud%202024-2027%20%20SSSA%2029042024%20AR%201.pdf>

8. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Versión 7. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/DCJH9594>

9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad: guía de referencia. 11ma revisión. 2023. [internet]. Consultado el 06 de septiembre de 2023. Disponible en: [https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia CIE 11 Feb2023.pdf](https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia%20CIE%2011%20Feb2023.pdf)

10. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2030. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]. [https://www.un.org/sustainabledevelopment/ es/health/](https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/)

11. Organización Panamericana de la Salud. Cero muertes maternas evitables [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2026 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas-evitables>





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

12. Análisis de situación de salud participativo 2024. Disponible en: <https://dssa.gov.co/images/2024/ASIS%20ANTIOQUIA%202024%20FINAL%20-12-2024.pdf>
13. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Vigilancia en Salud Pública [Internet]. Medellín: DSSA; [sin fecha] [citado 10 abr 2026]. Disponible en: <https://dssa.gov.co/OSSSA/Vigilancia%20en%20Salud%20P%C3%ABlica.html>
14. Instituto Nacional de Salud. Morbilidad Materna Extrema: Informe de evento período epidemiológico XII de 2025 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20XII%202025.pdf>
15. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad Materna: Informe de evento período epidemiológico XII de 2025 [Internet]. Bogotá: INS; 2026 [citado 24 abr 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20XII%202025.pdf>



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Elaboró:

- Catalina Echeverry Querubín
Médica epidemióloga referente eventos Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema
- Manuela Amaya Cossio
Médica epidemióloga referente evento Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía
- Eliana Astrid Pulido Espinosa
Enfermera epidemióloga referente evento Defectos Congénitos
- Edison Giraldo
Gerente de Sistemas de Información



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

