

# Resultados de la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la web, Colombia, 2015





# Resultados de la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la web, Colombia, 2015



---

**Referentes de la Organización  
Panamericana de la Salud - OPS/OMS**

Dra. Gina Watson  
**Representante de la OPS/OMS para  
Colombia**

Dra. Ivy Lorena Talavera Romero  
**Asesora Internacional Familia, Género  
y Curso de Vida de la OPS/OMS para  
Colombia**

Dra. Sandra Patricia Rodríguez Latorre  
**Consultora Nacional del Área Familia,  
Género y Curso de Vida.**

---

---

**Referentes del Instituto  
Nacional de Salud – INS**

Dra. Martha Lucía Ospina Martínez  
**Directora General**

Dr. Mancel Enrique Martínez Durán  
**Director de Vigilancia y Control  
en Salud Pública**

Dr. Óscar Eduardo Pacheco García  
**Subdirector de Prevención,  
Vigilancia y Control en Salud Pública**

---

---

**Comisión científica**

**Redactores**

Dra. Sandra Patricia Rodríguez Latorre  
**Consultora Nacional del Área Familia,  
Género y Curso de Vida OPS/OMS**

Dra. Esther Liliana Cuevas Ortiz  
**Líder Equipo Maternidad Segura  
Instituto Nacional De Salud**

Dra. Greace Alejandra Ávila Mellizo  
**Equipo Maternidad Segura  
Instituto Nacional De Salud**

Dr. Pablo Cesar Romero Porras  
**Equipo Maternidad Segura  
Instituto Nacional De Salud**

---

## **Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS**

### **Organización Panamericana de la Salud Colombia. Instituto Nacional de Salud**

Resultados de la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la Web, Colombia, 2015. Bogotá : OPS, 2016.

1. Mortalidad Materna. 2. Salud Materna. 3. Salud Reproductiva. 4. Vigilancia Epidemiológica. 5. Colombia. I. Título.

ISBN: 978-92-75-31932-1

(Clasificación NLM: WA310)

### **© Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud, Colombia 2016**

Todos los derechos reservados. La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones a través de su sitio web ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud, Colombia están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud, Colombia, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud, Colombia los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS y EL INS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud, Colombia han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud, Colombia podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Agencia auspiciadora del proyecto:

Este documento fue realizado con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Oficina América Latina y el Caribe, Washington D. C., Estados Unidos de Norteamérica - Grant: 002140 - IMPROV HLT OUTCOMES/TUBERC, MAT - End Date: 30 septiembre 2016

# Contenido

INTRODUCCION	6
RESULTADOS	8
Cobertura del sistema	8
Sensibilidad y valor predictivo positivo	8
Oportunidad en la notificación de casos	9
Análisis por determinantes sociales	10
» Categoría mujer	10
* Condición de vulnerabilidad social	10
* Grado de conocimiento y ejercicio del derecho a la salud	12
* Prácticas no seguras	12
» Categoría familia	12
» Categoría comunidad	16
» Categoría sistema de salud	19
* Seguridad social	19
* Antecedentes preconcepciones y prenatales	20
* Datos de la mortalidad materna	20
* Datos referentes a la terminación del embarazo relacionado con la muerte	22
CONCLUSIONES	24
LOGROS	25
REFERENCIA	26

## Índice de gráficas y tablas

Tabla 1.	Casos de muertes maternas reportados al SVEMMBW, Colombia, 2015	8
Tabla 2.	Oportunidad en la notificación de los casos de muerte materna, SVEMMBW, Colombia, 2015	9
Tabla 3.	Condiciones de vulnerabilidad social identificadas según entidades territoriales de residencia, SVEMMBW, Colombia, 2015	11
Tabla 4.	Toma de decisiones en la familia, SVEMMBW, Colombia, 2015	13
Tabla 5.	Número de personas en la familia que vivían con un salario mínimo o menos, SVEMMBW, Colombia, 2015	14
Tabla 6.	Tipos de violencia intrafamiliar durante el embarazo, SVEMMBW, Colombia, 2015	14
Tabla 7.	Antecedente de violencia, SVEMMBW, Colombia, 2015	15
Tabla 8.	Número de hijos huérfanos de los casos de muerte materna, SVEMMBW, Colombia, 2015	16
Tabla 9.	Razón de mortalidad materna rural / urbana, SVEMMBW, Colombia, 2015	18
Tabla 10.	Mujeres fallecidas según antecedentes preconcepcionales, SVEMMBW, Colombia, 2015	19
Tabla 11.	Condición de la mujer cuando falleció, SVEMMBW, Colombia, 2015	21
Tabla 12.	Mujeres fallecidas según deseo de embarazo, SVEMMBW, Colombia, 2015	21
Tabla 13.	Clasificación final muertes maternas analizadas, SVEMMBW, Colombia, 2015	22
Tabla 14.	Causa agrupada de mortalidad materna, SVEMMBW, Colombia, 2015	23
Gráfica 1.	Sensibilidad y valor predictivo del SVEMMBW	9
Mapa 1.	Razón de mortalidad materna rural/urbana, Colombia, 2015	17

# Introducción

En respuesta al quinto objetivo de desarrollo del milenio: “Mejorar la salud materna” y a las prioridades nacionales e internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad materna, se desarrolló en Colombia desde el año 2008 el proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Basado en la Web (SVEMMBW). Este sistema busca que la información sobre muertes maternas sea activa, prospectiva y casi en tiempo real, en el entendido de que disponer de información confiable y oportuna es un paso necesario para mejorar la salud y la calidad de vida de la mujer gestante.

Esta iniciativa ha sido liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS), en asocio con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Latinoamericano de Perinatología y Salud de la Mujer Reproductiva (CLAP/SMR), la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC), el Centro de Salud Sexual y Reproductiva NACER de la Universidad de Antioquia y el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Para su desarrollo se establecieron tres fases de trabajo:

- La Fase I, se ejecutó entre los años 2008 y 2009 y en ella se realizó la validación de instrumentos y la construcción del marco operacional de la Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna basada en la Web.
- La fase II se llevó a cabo durante los años 2009 y 2011 y comprendió el desarrollo de la plataforma en Web y la ejecución de una prueba piloto del sistema con sus tres escenarios (Web, aplicativo local y físico) en los departamentos de Antioquia, Caldas, Valle del Cauca y el Distrito de Bogotá.
- La fase III, desarrollada a partir del 2012 hasta la fecha, incluyó la socialización de experiencias y lecciones aprendidas con otros países interesados de la región, la ampliación de la prueba a otros territorios del nivel nacional y la puesta en producción del Sistema.

El desarrollo del SVEMMBW se llevó a cabo mediante la re-ingeniería, integración y aplicación de las normas y estándares del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional (SIVIGILA), además tuvo en cuenta la recomendación de la OMS de utilizar metodologías que promuevan la vigilancia activa, partiendo de la búsqueda de casos en el universo de muertes en mujeres de 10 a 54 años, lo cual favorece la captación de muertes y aumenta la sensibilidad.

El objetivo de la herramienta es fortalecer el proceso de análisis de los resultados de la vigilancia en salud pública, utilizando un marco conceptual integral que incluya lo relacionado con las condiciones de vida de las mujeres fallecidas y el sistema de salud, así como planes de mejoramiento institucionales, interinstitucionales y agendas intersectoriales, con seguimiento y evaluación a fin de mejorar la toma de decisiones en todos los niveles del sistema para contribuir a la abogacía y toma de decisiones a nivel de políticas basadas en evidencias.

Otras bondades de la herramienta son: la simplificación de las tareas de mantenimiento y actualizaciones del aplicativo, la mejora en la seguridad y confiabilidad de los datos, la estandarización de información y alineación con otras fuentes de información y el manejo descentralizado de usuarios para la creación de sus perfiles de acceso.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Tan sólo el 1% de la mortalidad materna se concentra en los países ricos, es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres, el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto y solamente el 40% de las embarazadas se realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas.

En Colombia, algunos estudios realizados han identificado factores del nivel individual asociados con un mayor riesgo de mortalidad materna, mujeres de baja escolaridad, pertenecientes a grupos indígenas o afrodescendientes y pertenecientes al régimen subsidiado o sin afiliación al régimen de seguridad social en salud.



Si bien la mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015, como lo señalan las estadísticas internacionales, la mayoría de ellas podrían haberse evitado con una atención especializada. Antes, durante y después del parto se puede salvar la vida de las embarazadas y los recién nacidos (1).

La necesidad de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de este marco conceptual para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones. Para el análisis de la mortalidad materna se propone tener en cuenta los determinantes intermedios vistos desde la perspectiva de la mujer, la familia y la comunidad, en tanto ellos condicionan en mayor o menor grado la capacidad de toma de decisión de las mujeres, así como sus posibilidades de planear el número de hijos que desean tener y sus preferencias por el uso de prácticas en salud, algunas de las cuales

pueden ser no seguras. Igualmente, determinan la capacidad de la mujer y su familia para reconocer los signos de alarma y consultar de manera oportuna, así como los recursos y habilidades que tienen para sortear las barreras que puedan encontrar para el acceso a los servicios de salud (2).

El marco conceptual incorpora también el sistema de salud como un determinante social porque, en primer lugar, el deterioro o la mejoría del estado de salud tiene un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica y viceversa. En segundo lugar, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre los determinantes sociales. Finalmente, estarían los macro-determinantes, como el producto interno bruto que determina el gasto en salud, la promulgación de políticas públicas, la estabilidad política que es de particular importancia en nuestro medio con el tema del conflicto interno con todas sus consecuencias de más pobreza, desplazamiento y limitaciones de movilidad y acceso (3).

## Situación de la mortalidad materna en Colombia - Antecedentes

La situación epidemiológica de la mortalidad materna en Colombia, según el segundo informe del Observatorio Nacional de Salud para el periodo 1998 – 2011, muestra una reducción en las muertes maternas durante las últimas décadas, de acuerdo con el procesamiento de los datos de las estadísticas vitales publicadas por el DANE, la razón de mortalidad materna (RMM) promedio en el periodo de 1998 a 2011 fue de 78,2 por 100.000 nacidos vivos.

La RMM en Colombia presentó una disminución de 3,0% anual (IC 95% 1,8% - 4,3%) en el periodo comprendido entre 1998 - 2011. El departamento que presentó la mayor reducción anual fue Caquetá con 7,8%, seguido por Bogotá (6,4%), Valle del Cauca (5,7%), Norte de Santander (5,6%), Nariño (5,6%) Huila (5,5%) Chocó y Tolima (5,5%), Boyacá (3,9%) y Cundinamarca (3,7%). Antioquia tuvo una reducción más discreta (2,5%) menor que el promedio de reducción para el país. Durante el mismo periodo los departamentos de Chocó, Cauca, La Guajira, Magdalena, Nariño y Caquetá, mantuvieron la RMM por encima de la RMM del país (4).

De acuerdo con la información de vigilancia epidemiológica SIVIGILA, para el 2015 el mayor número de muertes absolutas las reportó Bogotá, aunque tiene una de las menores RMM. El departamento con la menor RMM para 2015, sin tener en cuenta a los que no tuvieron muertes, fue Casanare, seguido por Quindío, Huila, Boyacá, Santander, Risaralda, Cesar, Norte de Santander, Bogotá, Cartagena, Cundinamarca, Antioquia, Santa Marta y Barranquilla, los cuales tuvieron RMM menores al promedio nacional.

Vichada fue el departamento con la mayor RMM, seguido por los departamentos de Vaupés, Guainía, La Guajira, Amazonas, Chocó, Putumayo y Caquetá, los cuales tuvieron razones por encima de las 100 muertes por 100.000 NV. Es importante anotar, que para los departamentos como Vichada, Guainía, Amazonas y Vaupés, la medida de la RMM es muy inestable dada la baja frecuencia del evento y la población pequeña de nacidos vivos que hace parte del denominador en estos sitios. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el resto de departamentos mencionados.

## Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la implementación en producción del aplicativo en el país durante 2015, año en el cual se estableció que el 100% de casos de muerte materna fueran ingresados al SVEMMBW por cada una de las entidades territoriales correspondientes.

De esta forma, se realizan dos tipos de análisis con los datos consignados en el aplicativo, un análisis cuantitativo con la totalidad de casos ingresados (confirmados, descartados y dudosos), en donde se

incluye la información relacionada con la cobertura, sensibilidad, valor predictivo positivo y oportunidad de notificación del sistema. Así mismo, se realiza un análisis cualitativo sobre los casos de muerte materna a partir de las categorías ordenadoras de *mujer, familia, comunidad y sistema de salud*, las cuales fueron definidas a la luz del modelo de análisis de los determinantes sociales de la salud que permite incorporar las dimensiones sociales que influyen en el desenlace final de los casos y que con los análisis tradicionales no logra obtenerse.

### Cobertura del Sistema

Dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Basado en la Web (SVEMMBW) se encuentran registrados 1545 usuarios, 264 de tipo administrador y 1281 de tipo aplicación que se distribuyen en tres roles dentro del aplicativo web: ocho usuarios con rol país, 63 usuarios con el rol departamental/distrital asignados para las 36 entidades territoriales, 328 usuarios con el rol de municipio para 306 secretarías municipales y 882 usuarios estipulados

con el rol de UPGD para 823 instituciones de salud. Se notificaron casos de muerte materna confirmados en 170 instituciones de salud, en 15 secretarías departamentales de salud en el país. De igual forma se ha realizado notificación negativa al sistema en 523 UPGD, en alguna de las 50 semanas epidemiológicas del año, 116 de estas instituciones también habían notificado casos de muerte materna.

### Sensibilidad y valor predictivo positivo

Durante 2015 fueron ingresados y revisados en el SVEMMBW un total de 3792 casos de muertes en mujeres de 10 a 54 años, de los cuales 418 se confirmaron como muertes maternas y se

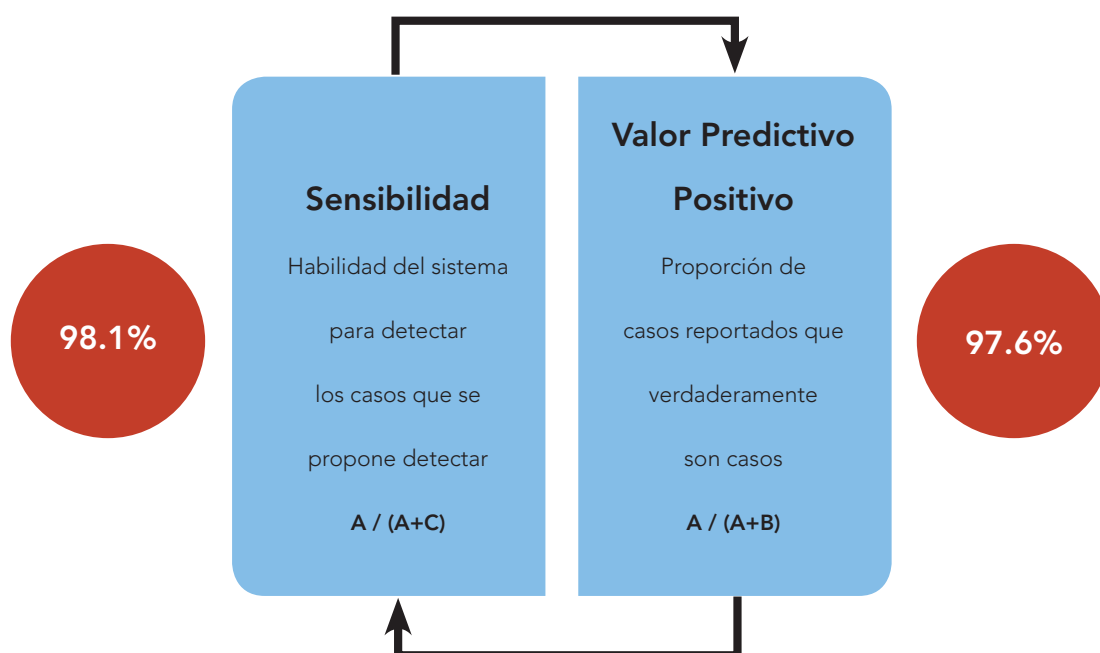
descartaron 3284 casos que no correspondían a muertes maternas, la sensibilidad del sistema fue del 98,1%, el valor predictivo positivo fue del 97,6%.

Tabla1. Casos de muertes maternas reportados al SVEMMBW, Colombia, 2015

Casos confirmados	Muerte Materna		Total
	Sí	No	
Sí	A – Verdadero positivo 410	B – Falso positivo 10	A + B 420
No	C – Falso negativo 8	D – Verdadero negativo 3 274	C + D 3 282
Total	A + C 418	B + D 3 284	Total 3 702

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Gráfica 1. Sensibilidad y valor predictivo del SVEMMBW



Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

### Oportunidad en la notificación casos

La oportunidad de la notificación de las muertes maternas en el aplicativo durante los primeros 15 días después de ocurrida la muerte fue del 44,3 % de los casos para el segundo semestre de 2015.

Tabla 2. Oportunidad en la notificación de los casos de muerte materna, SVEMMBW, Colombia, 2015

Días entre ocurrencia y notificación	Primer semestre de 2015		Segundo semestre de 2015	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
0 a 1 día	1	0,5	21	9,5
2 a 7 días	2	1,0	48	21,7
8 a 14 días	3	1,5	29	13,1
15 a 30 días	11	5,7	36	16,3
31 a 60 días	18	9,3	44	19,9
61 a 90 días	24	12,4	21	9,5
91 y más días	135	69,6	22	10,0
<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

## Análisis por determinantes sociales

Para este análisis se tuvieron en cuenta los 181 casos notificados en el sistema a semana epidemiológica 52 de 2015 que cumplieron todo el ciclo de vigilancia, es decir, que tenían el diligenciamiento completo de los módulos uno a siete.

En este análisis se incorporan aspectos relacionados con las condiciones en las que viven y trabajan las personas sobre sus resultados en salud, identificando y visibilizando aquellas desigualdades e inequidades que los ponen en un nivel de desventaja social.

Para la mortalidad materna se abordan las problemáticas en salud desde la complejidad propia de las estructuras y dinámicas sociales, donde se producen y reproducen las condiciones de vida en la que las mujeres, según sea su grupo social, desarrollan sus capacidades y por tanto se posibilitan condiciones de bienestar o por el contrario, desventajas que las fragilizan socialmente como mujeres gestantes, propiciando resultados en salud desfavorables e inequitativos.

### Mujer

**E**n la categoría mujer se orientó el análisis a la identificación en las mujeres fallecidas de condiciones de vulnerabilidad social, grado de conocimiento y ejercicio del derecho a la salud, reconocimiento de prácticas no seguras, y ejercicio de la autonomía.

El género se consideró como un determinante central para el estudio, pues identifica:

- ◆ Posición social de la mujer
- ◆ Relaciones de poder que la determinan
- ◆ El contenido de la identidad femenina ligada a la maternidad
- ◆ El lugar que ocupa la mujer en la familia y en la comunidad, entre otros.

En el análisis de esta categoría se presentan las siguientes variables:

- ◆ Ocupación
- ◆ Nivel educativo
- ◆ Etnia
- ◆ Autonomía
- ◆ Ingresos económicos
- ◆ Vulnerabilidad
- ◆ Etapa de ciclo vital.

## Condición de vulnerabilidad social

Del total de mujeres fallecidas, el 3,9% (n=7) eran indígenas y el 7,7% (n=14) afrodescendientes que residían en los departamentos de Antioquia, Chocó, Bolívar, Cesar, La Guajira, Magdalena, Tolima, Valle del Cauca, Putumayo y en el Distrito de Bogotá. Dos de las siete mujeres indígenas y cuatro de las

14 mujeres afrodescendientes eran menores de 19 años, lo cual las sitúa en extrema vulnerabilidad, si se tienen en cuenta además de la edad, las diferencias culturales y de contexto con el resto de la población, así como la residencia de estas comunidades en zonas rurales dispersas del país.

En relación con el acceso de las mujeres fallecidas al sistema educativo, se evidencia cómo en la mortalidad materna hay una relación entre el género, la posición social de la mujer y el acceso a la educación.

El 7,1% (n=13) de las mujeres no sabían leer ni escribir y de ellas el 28% (n=2) eran indígenas y el 43% (n=3) residían en el área rural. El 19% del total de mujeres (n=35) tenían un bajo nivel educativo (4 no habían cursado ningún estudio y 31 apenas habían alcanzado la primaria), de ellas, el 37% (n=13) vivía en el área rural, el 5,7% (n=2) eran indígenas y el 17%, (n=6) afrodescendientes. De las 28 mujeres adolescentes fallecidas, el 25% (n=7) estaban desescolarizadas a causa de su embarazo.

Se evidencia también en este análisis cómo el acceso a la educación en algunos casos tuvo relación con la vinculación laboral de las mujeres fallecidas. El 66% (n=120) del total de mujeres no estaba vinculada laboralmente y el 6,6% (n=12) tenía un trabajo informal, de ellas el 23% (n=28) tenían un bajo nivel educativo. El 22% (n=41) de las mujeres fallecidas eran cabeza de familia y el 60,9% (n=25) de ellas tenían dos o más menores a cargo.

El 38% (n=69) de las mujeres fallecidas tenían un nivel de ingresos familiares inferior a un salario mínimo legal vigente, de este total el 20% (n=14) residían en viviendas sin servicios públicos, el 17,3% (n=13) en hacinamiento y el 18,8 % (n=12) tenía proliferación de vectores en sus viviendas.

**Tabla 3. Condiciones de vulnerabilidad social identificadas según entidades territoriales de residencia, SVEMMBW, Colombia, 2015**

Departamento o distrito	Mujeres Indígenas	Mujeres Afro colombianas	Cabeza de familia	Analfabetismo	Bajo nivel educativo	Adolescentes desescolarizadas	No vinculación laboral	Trabajo informal	Mujeres con ingresos inferiores a un salario mínimo
Antioquia	2	4	3	3	7	1	15	0	8
Atlántico	0	0	0	0	0	0	3	0	2
Bogotá, D.C.	0	2	6	12	3	2	27	3	10
Bolívar	0	1	0	3	1	0	8	2	5
Boyacá	0	0	0	0	1	0	1	3	2
Caldas	0	0	0	1	0	1	3	0	2
Caquetá	0	0	1	2	5	1	9	0	6
Cesar	1	0	0	2	2	0	4	0	3
Córdoba	0	0	0	1	0	0	1	0	1
Cundinamarca	0	0	1	3	2	0	11	1	5
Chocó	0	4	0	3	3	1	3	0	3
Huila	0	0	1	1	0	0	7	0	5
La Guajira	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Magdalena	0	1	0	2	1	1	4	0	4
Santander	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Sucre	0	0	0	0	0	0	2	0	1
Tolima	1	0	1	4	3	0	10	2	5
Valle del Cauca	0	2	0	2	1	0	7	1	3
Casanare	0	0	0	0	1	0	2	0	0
Putumayo	2	0	0	0	0	0	2	0	2
Vichada	0	0	0	1	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>41</b>	<b>35</b>	<b>7</b>	<b>120</b>	<b>12</b>	<b>69</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

**Nota:** En la muestra seleccionada para las entidades territoriales de Cauca, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Guaviare y Vaupes no se notificaron casos de muertes maternas en el aplicativo en el 2015.

El acceso a la educación, la vinculación laboral y el nivel de ingresos pueden influir en el grado de autonomía de la mujer para la toma de decisiones tanto en el periodo preconcepcional en relación con querer o no embarazarse y planear el embarazo o en la etapa prenatal, en lo concerniente a acudir

al servicio de salud de manera oportuna, reconocer signos de alarma o adherirse al control prenatal y a las recomendaciones médicas. De igual manera, es importante resaltar que tener una vinculación laboral formal favorece el acceso al sistema de salud colombiano.

### Grado de conocimiento y ejercicio del derecho a la salud

Según lo referido en la entrevista familiar el 84,5% (n=153) de las mujeres fallecidas tenía conocimiento de que podía consultar a los servicios de salud y recibir atención médica por su estado de embarazo, parto o puerperio, en el 3% (n=5) no tenía conocimiento y en el 12% (n=22) no se pudo establecer.

Si bien a partir de esta información no se puede establecer una relación entre la práctica religiosa

de las mujeres fallecidas y factores relacionados con la muerte materna, es importante tener en cuenta que en algunas religiones existe negativa para recibir tratamientos médicos como la transfusión sanguínea o ser atendida por médicos hombres en razón a la religión. Es importante tener en cuenta que el 65% (n=118) de las mujeres fallecidas practicaban la religión católica, el 3,3% (n=6) eran cristianas no evangélicas, el 9,9% (n=18) eran evangélicas y el 0,5% (n=1) testigos de Jehová.

### Prácticas no seguras

Del total de casos analizados, el 3,8% (n=7) de las mujeres fallecidas realizaron prácticas no seguras durante el embarazo parto o puerperio, tres mujeres practicaron masajes abdominales por personal no calificado para cambiar la posición del bebé, una mujer usó misoprostol sin prescripción

ni supervisión médica para inducir o acelerar el trabajo de parto y tres mujeres usaron yerbas u otros métodos para provocar un aborto en condiciones inseguras. Seis de estas siete mujeres tenían pertenencia étnica indígena o afrocolombiana.

## Familia

**E**n esta categoría se analizaron aquellas variables que representaron un soporte social o condicionante negativo para la toma de decisiones oportunas y necesarias para el cuidado de las mujeres fallecidas tales como:

- ◆ El reconocimiento de la mujer para la toma de decisiones. Y
- ◆ Las situaciones de violencia intrafamiliar, entre otras.

En el 27% (n=49) de los casos analizados las decisiones tomadas en la familia no dependían de la mujer fallecida sino de otros miembros de su familia:

- ◆ Conyugue,
- ◆ Padres,
- ◆ Suegros u otros familiares (Tabla 4).

En 12 de estos casos, la mujer fallecida era menor de edad y en 37 de ellos era mayor de 20 años. El 84% (n=41) de estas 49 mujeres no se encontraban vinculadas laboralmente, el 22% (n=11) de ellas tenía un bajo nivel educativo y el 2% (n=1) era analfabeta.

Es importante tener en cuenta el gran peso que tenía la dependencia económica en el ejercicio de autonomía de estas mujeres, ligado principalmente a la vinculación en el mercado laboral. Llama la atención también que en el 26,5% (n=48) de los casos el embarazo no fue planeado. 24,3% (n=44) de las mujeres fallecidas no querían embarazarse en ese tiempo y en el 2,2% (n=4) querían esperar un poco más para embarazarse.

**Tabla 4. Toma de decisiones en la familia, SVEMMBW, Colombia, 2015**

Toma de decisiones familiares	Casos	Porcentaje
La mujer fallecida	16	8,8
La mujer fallecida y su cónyuge	77	42,5
La mujer fallecida y su familia	19	10,5
El cónyuge o compañero permanente	27	14,9
Padres de la mujer fallecida	16	8,8
Otros miembros de la familia	6	3,3
No sabe	20	11,0
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Un factor determinante dentro de la dinámica familiar, es la cantidad de miembros de la familia que dependían del ingreso, dado que esto puede repercutir en la calidad de vida y el acceso a servicios no solo de salud, sino a actividades sociales y educativas. En este análisis se puede ver reflejado que el 42% de las familias que tenían un ingreso familiar igual o menor a un salario mínimo legal vigente sustentaban hasta más de cuatro personas.

Tabla 5. Número de personas en la familia que vivían con un salario mínimo o menos, SVEMMBW, Colombia, 2015

Número de personas que dependían de un ingreso familiar menor a un SMLV	Número	Porcentaje
1 a 3 personas	34	49,3
4 a 6 personas	24	34,8
Más de 6 personas	5	7,2
Sin información	6	8,7
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

En relación con violencia intrafamiliar el 7,7% (n=14) de las mujeres fallecidas fue víctima de violencia intrafamiliar durante el embarazo y el 6% (n=11) tuvo algún antecedente de violencia. (Tabla 6)

Tabla 6. Tipos de violencia intrafamiliar durante el embarazo, SVEMMBW, Colombia, 2015

Tipo de violencia	Número	Porcentaje
Violencia física	6	42,9
Maltrato verbal / psicológico	5	35,7
Violencia sexual	2	14,3
Abandono	1	7,1
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015



**Tabla 7. Antecedente de violencia, SVEMMBW, Colombia, 2015**

<b>Antecedente de violencia</b>	<b>Casos</b>
“Al momento de ingresar a la institución le comenta al personal médico que no quiere que esté presente su conyugue porque habían discutido por una tercera persona”	1
Amparo policial	1
Se entabló una denuncia de violencia verbal ante comisaria de familia	1
Discusión con su esposo	1
Fue víctima de violencia intrafamiliar por parte del primer esposo, pero no instauró denuncia del caso	1
Intento de violación a los 11 años	1
Madre refiere no tener conocimiento de esto, sin embargo refiere que las relaciones con el padre de su hijo no eran las mejores	1
No recibió apoyo económico ni emocional del papá del bebé, refieren ser víctimas de acoso psicológico por parte de una persona de la comunidad	1
Presunta violencia sexual	1
Violencia emocional sin violencia física pero nunca consultó	1
Violencia psicológica	1
<b>Total general</b>	<b>11</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

En Colombia cada vez es mayor el número de mujeres que denuncian los hechos de violencia de los cuales son víctimas; sin embargo, la naturalización de este hecho o el temor a los agresores hacen que persistan casos que aún no son denunciados, una muestra de ello es que a pesar de que se identificaron 17 casos con antecedentes de diferentes formas de violencia solo tres de ellos fueron denunciados.

Dentro de esta categoría es importante tener en cuenta el impacto que tiene la muerte materna en la dinámica familiar y en la futura crianza de los hijos que existían o sobrevivieron a este evento negativo. De las 181 mujeres fallecidas, el 40% (n=74) de ellas dejó huérfanos entre uno y dos hijos, el 13,3% (n=24) entre tres y cuatro hijos y el 6,6% (n=12) cinco o más hijos.

**Tabla 8. Número de hijos huérfanos de los casos de muerte materna, SVEMMBW, Colombia, 2015**

Número de hijos vivos	Casos	Porcentaje
Ninguno	69	38,1
1 a 2 hijos	74	40,9
3 a 4 hijos	24	13,3
5 y más hijos	12	6,6
Sin información	2	1,1
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Los familiares de las 181 mujeres fallecidas refirieron desplazamientos a los servicios de salud en diferentes medios de transporte: vehículo automotor, a pie, en deslizador, en cable, en caballo, en canoa. Los desplazamientos tuvieron un mínimo de 10 minutos y un máximo de 10 horas, con costos entre \$1.000 y \$250.000.

En relación con acceso a redes de apoyo, en el país se cuenta con comités de salud comunitarios, asociaciones de mujeres y juntas de acción comunal, entre otras organizaciones. En el análisis

se pudo establecer que del total de mujeres fallecidas solo el 16,4% accedieron a redes de apoyo, el 5,2% de ellas no accedió porque no existían y en el 69% porque percibieron que no era necesario acceder a estas redes. Durante la complicación que las condujo a la muerte el 4,4% (n=8) de las mujeres no tuvo acceso a medios de comunicación para pedir ayuda (tres de estas mujeres residían en el área rural). El 1,6% (n=3) tuvo acceso pero no obtuvo respuesta, el 4,4% (n=8) tuvo acceso y obtuvo respuesta pero esta no fue oportuna y el 18,3% (n=33) tuvo acceso y obtuvo respuesta oportuna.

## Comunidad

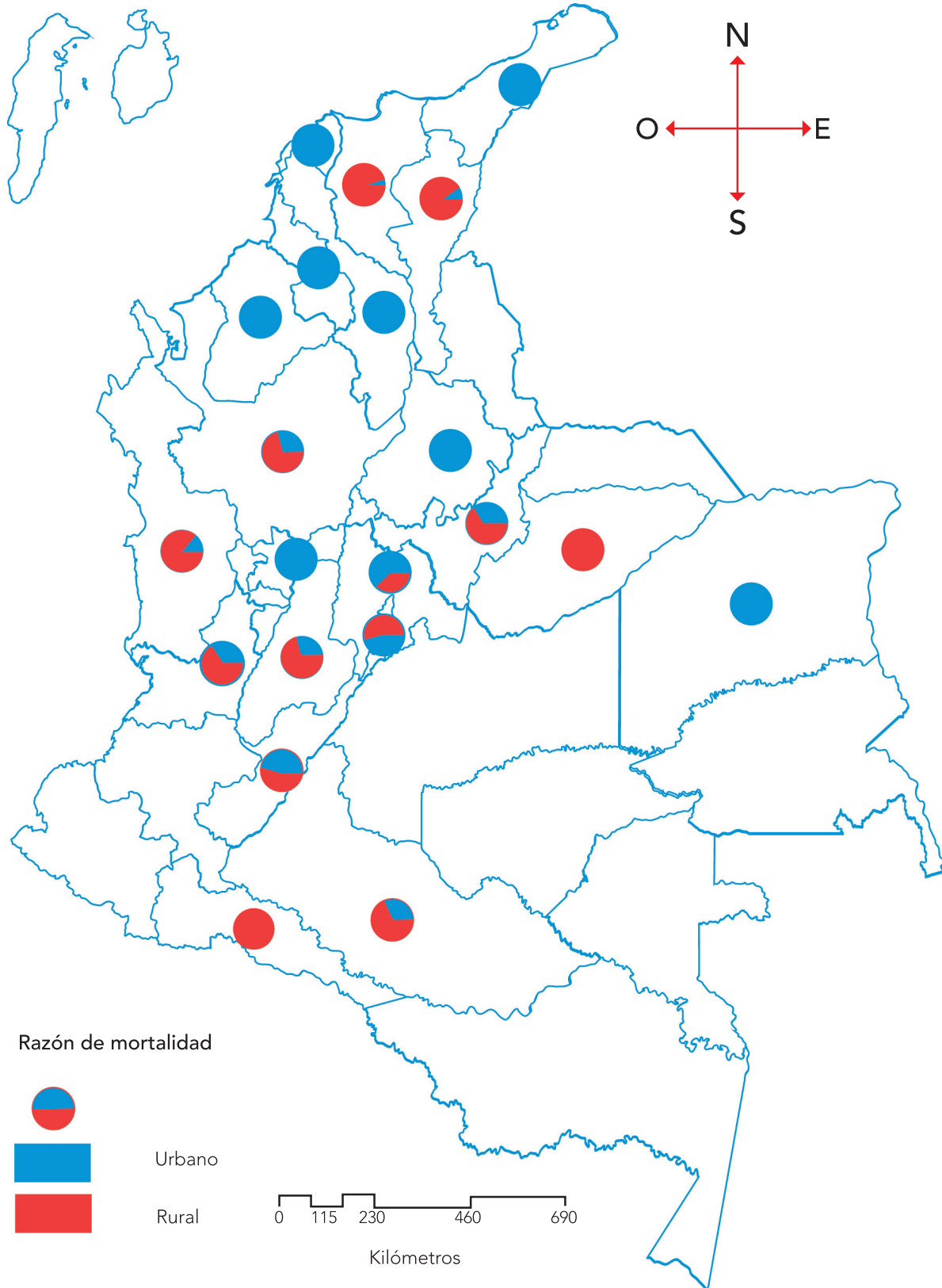
**E**n el análisis de esta categoría se identificaron las barreras de:

- ◆ Acceso geográficas
- ◆ Físicas
- ◆ Económicas o
- ◆ Por situaciones de orden público a los servicios de salud
- ◆ Así como la presencia y acceso a redes comunitarias que apoyen a las mujeres embarazadas.

El 20% del total de casos analizados residía en el área rural y de ellos el mayor porcentaje pertenecía al departamento de Antioquia, seguido de

Caquetá, Tolima y Cundinamarca. El residir en área rural puede estar relacionado con dificultades de acceso geográfico a los servicios de salud (Mapa 1).

Mapa 1. Razón de mortalidad materna rural /urbana, SVEMMBW, Colombia, 2015



Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Tabla 9. Razón de mortalidad materna rural / urbana, SVEMMBW, Colombia, 2015

Departamento	Rural			Urbano		
	Número	NV	RMM	Número	NV	RMM
Antioquia	7	12903	54,3	14	63241	22,1
Amazonas	0	0	0	0	0	0
Arauca	0	0	0	0	0	0
Atlántico	0	0	0	3	41582	7,2
Barranquilla	0	0	0	0	0	0
Bogotá, d.C.	1	2651	37,7	50	114917	43,5
Bolívar	0	0	0	11	29555	37,2
Boyacá	2	5443	36,7	2	10563	18,9
Caldas	0	0	0,0	3	2246	133,6
Caquetá	5	1908	262,1	7	5686	123,1
Cartagena	0	0	0	0	0	0,0
Casanare	2	1216	164,5	0	0	0,0
Cauca	0	0	0	0	0	0
Cesar	2	1392	143,7	3	20048	15,0
Chocó	1	300	333,3	3	5679	52,8
Córdoba	0	0	0,0	1	20868	4,8
Cundinamarca	4	7032	56,9	14	15228	91,9
Huila	3	5432	55,2	6	12604	47,6
Guainia	0	0	0	0	0	0
La guajira	0	0	0,0	1	11306	8,8
Magdalena	2	1081	185,0	2	21707	9,2
Meta	0	0	0	0	0	0,0
Nariño	0	0	0,0	0	0	0
Norte de santander	0	0	0,0	0	0	0,0
Putumayo	2	1068	187,3	0	0	0
Quindio	0	0	0,0	0	0	0,0
Risaralda	0	0	0,0	0	0	0,0
San andres y providencia	0	0	0,0	0	0	0,0
Santa marta	0	0	0,0	0	0	0,0
Santander	0	0	0,0	3	26106	11,5
Sucre	0	0	0,0	2	13629	14,7
Tolima	5	2978	167,9	9	13481	66,8
Valle del cauca	1	3173	31,5	9	52234	17,2
Vaupés	0	0	0,0	0	0	0,0
Vichada	0	0	0	1	512	195,3
<b>Total general</b>	<b>37</b>	<b>46577</b>	<b>79,4</b>	<b>144</b>	<b>481192</b>	<b>29,9</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

## Sistema de Salud

En la categoría Sistema de Salud se realizó un reconocimiento de:

- ◆ La seguridad social
- ◆ Los antecedentes preconceptionales y prenatales de la mujer fallecida
- ◆ La terminación del embarazo y la muerte materna.

### Seguridad social

El 38,1% (n=69) de las mujeres fallecidas pertenecían al régimen contributivo lo cual significa que estaban vinculadas mediante contrato de trabajo, eran trabajadoras independientes con capacidad de pago o beneficiarias de un trabajador. El 55% (n=100) de estas mujeres estaban afiliadas al régimen subsidiado, es decir eran mujeres pobres, vulnerables, sin empleo e ingresos por lo cual el Estado subsidiaba total o parcialmente su afiliación al sistema de salud. El 1,6% (n=3) de

ellas pertenecían al régimen de excepción, eran mujeres cotizantes o beneficiarias de miembros de las Fuerzas Militares, Policía, Ministerio de Defensa, magisterio o Ecopetrol, entre otros. Finalmente, el 5% (n=9) del total de mujeres era población pobre no asegurada, sin afiliación al sistema de salud y en donde mediaba para la atención médica la existencia de contratos entre los departamentos y municipios del país y los hospitales públicos.

**Tabla 10. Mujeres fallecidas según antecedentes preconceptionales y prenatales, SVEMMBW, Colombia, 2015**

Antecedentes preconceptionales o prenatales	Número	Porcentaje
No uso de métodos anticonceptivos	103	56,9
Complicaciones en embarazos anteriores	51	28,2
Antecedente de abortos	41	22,7
No realización de controles prenatales	40	22,1
Índice de masa corporal > 27 kg/m	31	17,1
Enfermedades crónicas: Diabetes, hipertensión, cardiopatías	21	11,6
Violencia intrafamiliar - abuso sexual	12	6,6
Multiparidad (5 o más partos)	11	6,1
Antecedente de infección de vías urinarias	10	5,5
Cáncer	9	5,0
Consumo de cigarrillo, alcohol o drogas	7	3,9
Enfermedades transmisibles (tuberculosis - malaria)	2	1,1
Enfermedad psiquiátrica	2	1,1
Antecedente de VIH e ITS no tratada o en tratamiento	1	0,6

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

## Antecedentes preconceptionales y prenatales

Solo el 11% (n=20) del total de mujeres fallecidas realizó consulta preconceptional, pese a que cerca del 20% de ellas tenían antecedentes patológicos de importancia (Tabla 10).

El 56% (n=103) de las mujeres fallecidas no usaba métodos anticonceptivos. Al indagar con los familiares, 47 mujeres no los usaron porque estaban buscando la gestación, tres no tuvieron acceso a los mismos, dos refirieron oposición del compañero y cuatro no planificaban por sus creencias religiosas, en el número restante no se logró obtener información.

28,2% (n=51) del total de mujeres, se presentaron complicaciones en su embarazo anterior, el 22,7% (n=41) tuvo antecedente de aborto, el 22,1% (n=40) no realizó controles prenatales y el 7,1% (n=31) tenía un índice de masa corporal que sugería obesidad.

De las mujeres que planificaban (n=22), 10 utilizaban método hormonal oral, siete método hormonal inyectable y tres método de barrera. Una mujer refirió planificar con pomeyoy.

## Datos de la mortalidad materna

En la entrevista familiar se les pregunto a los familiares o personas cercanas cuánto tiempo transcurrió desde el inicio del problema o los síntomas iniciales que provocaron la muerte hasta el fallecimiento de la mujer, identificando que en el 7,1% de los casos habían transcurrido dos días, en 4,9% transcurrieron 15 días, ocho del total respondieron que habían transcurrido ocho días, ocho comentaron que solo transcurrieron dos horas. En el 11% de los casos había pasado uno o más meses desde el inicio de los síntomas hasta la defunción.

Al momento de presentarse la complicación que desencadenó la muerte de la mujer, el 58,6% de los casos recibió atención por parte de un médico general, el 56,9% recibió atención por parte de médico especialista, 29,8% recibió atención por enfermería, 23,8 % recibió atención por auxiliar de enfermería y 2,8 % recibió atención por partera. Al respecto del lugar de fallecimiento, en el 87,3% de los casos falleció en un hospital o clínica, el 9,4% en la casa o domicilio, el 1,7% ocurrieron en el puesto de salud y vía pública respectivamente.

Se indagó a los familiares o personas cercanas si la mujer fallecida consideraba que su problema de salud era muy grave y que este podía ocasionarle la muerte, para lo cual se obtuvo que el 19,3% de los casos si lo

consideraba grave, en el 53,5% no lo consideró importante y el 20,9% no tenían información al respecto.

Se preguntó también si los familiares de la mujer consideraban que el problema era grave y que podía ocasionarle la muerte, en el 20,4% de los casos consideraron la gravedad del problema y en el 53% los familiares no lo consideraron importante.

A quienes consideraron que el problema era grave y ponía en riesgo la vida de la mujer, se les pregunto si habían buscado ayuda y se obtuvo que en el 74,5% si lo habían hecho y en el 9,3 % de los casos no buscaron ayuda para la atención del problema, por esto se les preguntó cuál era la justificación y se encontró que en 3,3% de los casos pensaron que los síntomas eran pasajeros o normales, 1,1 de los casos refirieron falta de confianza en el hospital o centro de salud y en 0,6% se aludió la falta de dinero para el transporte al lugar de atención.

Acerca de la condición de la mujer al momento de fallecer, el mayor porcentaje de los casos, correspondiente al 45,9%, había estado embarazada en las últimas seis semanas y tuvo un parto, seguido del 27,6% de los casos en los cuales estaba embarazada y el 18,8% en los cuales había estado embarazada en los últimos 12 meses y tuvo un parto (ver tabla 11).

**Tabla 11. Condición de la mujer cuando falleció, SVEMMBW, Colombia, 2015**

Condición de la mujer cuando falleció	Número	%
Estaba embarazada	50	27,6
Había estado embarazada en las últimas 6 semanas y tuvo un aborto	9	5,0
Había estado embarazada en las últimas seis semanas y tuvo un parto	83	45,9
Había estado embarazada en los últimos 12 meses (364 días) y tuvo un aborto o embarazo ectópico	5	2,8
Había estado embarazada en los últimos 12 meses (364 días) y tuvo un parto	34	18,8
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Respecto al deseo del embarazo, en el 29,8 % de los casos se logró identificar a través de la entrevista familiar que la mujer fallecida quería embarazarse en ese momento, el 24,3 % de ellas no desea-

ba embarazarse y el 2,2 % quería esperar un tiempo más para embarazarse, resaltando de esta forma las dificultades en temas de planificación y regulación de la fecundidad (Ver tabla 12).

**Tabla 12. Mujeres fallecidas según deseo de embarazo, SVEMMBW, Colombia, 2015**

Respecto al deseo de embarazo	Casos	Porcentaje %
Quería embarazarse en ese tiempo	54	29,8
No quería embarazarse	44	24,3
Quería esperar un poco más para embarazarse	4	2,2
Sin información	79	43,6
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

## Datos referentes a la terminación del embarazo relacionados con la muerte

En el 14,9% de los casos de muerte materna se presentó una hemorragia post parto, en estos casos la complicación fue identificada durante las dos primeras horas en el 55,5% de los casos, entre la segunda y sexta hora en el 25,9% y entre las siete y las 24 horas post parto en el 11,1%. La atonía uterina fue la causa del 51,8% de las hemorragias post parto seguida por la retención de restos placentarios con el 14,8% y la ruptura uterina y el abrupcio de placenta con el 3,7% cada uno.

En otras complicaciones que se presentaron durante el puerperio se registró eclampsia en siete casos, sepsis y shock séptico en siete casos, embolia obstétrica en cinco casos, endometritis post parto en cuatro casos y desproporción cefalopelvica en un caso.

Dentro de la información referente a las atenciones clínicas del evento final que condujo al deceso de la mujer, se registró que el 46,9% de las mujeres fallecidas fueron remitidas y de ellas el 37,6% se remitieron estando embarazadas y el 48,2% se remitieron en el post parto o en post aborto. Siendo importante resaltar que en los casos en los cuales

se requirió remisión a otra institución de salud, esta fue oportuna en el 38,6% de los casos.

Un factor clave durante la atención del postparto es el referente a la vigilancia activa del mismo cada 15 minutos en casos de bajo riesgo o cada cinco minutos en casos de alto riesgo, logrando identificar que solo en el 18,7% de los casos esta actividad fue realizada y registrada en las historias clínicas de las pacientes. Así mismo, por medio de los registros de atención clínica se evaluó si durante la estancia hospitalaria hubo disponibilidad de medicamentos e insumos, encontrando que en el 75,1% si se encontraban disponibles.

Al concluir la unidad de análisis de cada caso se pudo obtener que el 77,9% de los casos correspondieron a muertes maternas tempranas, de las cuales el 42,0% se trató de una muerte materna directa y el 35,9% de una muerte indirecta. El 16,0% de los casos correspondieron a muertes maternas tardías y en el 1,1% de los casos no fue posible realizar la clasificación final del caso dado que aún se encontraban en estudio por medicina legal (Ver tabla 13).

**Tabla 13. Clasificación final muertes maternas analizadas, SVEMMBW, Colombia, 2015**

Tipo de muerte	Casos	Porcentaje %
Muerte materna directa	76	42,0
Muerte materna indirecta	65	35,9
Muerte materna tardía	29	16,0
Muerte coincidente	9	5,0
En estudio	2	1,1
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

De acuerdo a los resultados de las unidades de análisis de los casos, se estableció que dentro de las causas agrupadas el 32,6% se relacionaron con otras causas indirectas, el 13,3% de las muertes ocurrieron por hemorragias obstétricas y el 9,4% por trastornos hipertensivos asociados

al embarazo. Finalmente y como conclusión de la unidad de análisis se estableció que en el 60,2% de las muertes maternas se trató de muertes evitables y el 27,1% se trató de muertes maternas no evitables. (Ver tabla 14)



Tabla 14. Causa agrupada de mortalidad materna, SVEMMBW, Colombia, 2015

Causas agrupadas	Número	Porcentaje %
Otras causas indirectas	59	32,6
Hemorragia obstétrica	24	13,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	17	9,4
Sepsis no obstétrica	15	8,3
Eventos tromboembólico como causa Básica	14	7,7
Otras causas directas	10	5,5
Sepsis relacionada con el embarazo	9	5,0
Causas coincidentes	7	3,9
Evento tromboembólico con otra causa básica indirecta	6	3,3
Suicidio	6	3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	1,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1,1
Complicaciones no esperadas del tratamiento	1	0,6
En estudio	8	4,4
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fuente: SVEMMBW, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

## Conclusiones

- La noción de la salud como un derecho fundamental se expresa en el pacto sobre derechos económicos sociales y culturales en donde se establece que la salud, además de derecho fundamental, multidimensional (indispensable para el ejercicio de los demás derechos) y complejo, es un derecho inclusivo, es decir, no se reduce a la atención de la enfermedad sino que incluye la acción sobre determinantes sociales.
- Por ende la apuesta de estudiar y fomentar en el área de la salud programas enmarcados en impactar los determinantes sociales de la salud deben tener presente conceptos como inequidad, desigualdad y brechas, las cuales son las tres maneras como se evidencia las injusticias sociales alrededor del derecho humano a la salud.
- La evidencia ha mostrado que la muerte materna es el resultado de la confluencia de un conjunto de problemas en donde las características sociodemográficas juegan un papel preponderante. De esta forma, en el análisis de la información se encontró que la muerte materna aumenta en mujeres con bajo nivel educativo y sin afiliación a los servicios de salud, aspectos relacionados según edad, departamento, zona urbana/rural, nivel socioeconómico y origen étnico.
- En un porcentaje de los casos de muerte materna analizados concurren una serie de características sociodemográficas, en donde se puede resaltar que el 19% de los casos tenían un bajo nivel educativo, de ellas el 37% vivía en el área rural, el 5,7% eran indígenas y el 17% afrodescendientes, los cuales posicionan a estas mujeres en una condición de extrema vulnerabilidad. Reafirmando de esta forma que el trabajo hacia el logro de la reducción de las muertes maternas deben enfocarse no solo hacia la intervención de factores médicos sino hacia problemas sociales estructurales.
- En este sentido, varios investigadores refieren que si las características socioeconómicas individuales, la situación laboral, las características del trabajo y la ubicación geográfica llegan a ser controladas y manejadas por el Estado de forma idónea, las disparidades raciales y étnicas en el acceso a los servicios de salud disminuirían.
- El impacto social de la mortalidad materna tiene un sinnúmero de aristas, sin embargo una de las más sobresalientes y menos estudiada se relaciona con el impacto de la muerte sobre el núcleo familiar especialmente los hijos de la mujer fallecida “huérfanos”, para el presente estudio se estimó que el 60,8% de las mujeres tenían por lo menos un hijo. Estudios realizados muestran como posterior a la muerte de madre se da un tránsito de una familia nuclear hacia una familia extendida, generando condiciones como la convivencia en hacinamiento, menores posibilidades de acceso a educación y servicios de salud, mayor propensión a enfermedades así como un mayor riesgo de desnutrición y muerte en edades tempranas. Es por esto que se debe ver la mirada hacia esta consecuencia de una muerte materna ya que para estos niños se visibiliza un futuro incierto y la continuidad de un ciclo de pobreza e inequidades.
- El 11% de las mujeres fallecidas no tuvieron acceso a planificación familiar, ya sea porque no tenía conocimiento o por limitaciones en el acceso, lo que permite entrever deficiencias en el sistema de salud relacionado con temas de atención primaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Al quedar en embarazo, el 29% de las mujeres fallecidas no tuvieron controles prenatales y un 14 % solo tuvo de uno a tres, siendo los controles prenatales la mejor manera de prevenir e identificar las complicaciones propias del embarazo y teniendo en cuenta que tener menos de tres controles prenatales durante la gestación representan un factor de riesgo de mortalidad; este alto porcentaje hallado representa fallas en el sistema de salud que a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) son garantes de la salud materna.
- Durante el primer año de implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna en plataforma web se han logrado resultados importantes frente a temas de cobertura, sensibilidad y oportunidad. Se

obtuvo un valor de sensibilidad del 98,1%, así como un valor predictivo positivo del 97,6%, estos resultados plantean la posibilidad de efectuar la transición en el corto plazo de la notificación realizada a través de fichas individuales diligenciadas en formatos físicos a una notificación casi en tiempo

real a través de tecnologías que permiten la interacción de todos los usuarios implicados en el caso de forma inmediata y que además brinda la posibilidad de realizar análisis de casos con mayor profundidad, incursionando en un modelo de análisis por determinantes sociales de la salud.

---

## Logros

- La implementación del SVEMMBW, ha permitido visibilizar determinantes sociales del orden individual e intermedio, con lo cual se logra una mayor comprensión de la situación de la mortalidad materna en el país.
  - Estandariza, identifica y sistematiza los determinantes sociales y permite que haya mayor objetividad para su análisis y posterior seguimiento en el desarrollo de políticas y estrategias orientadas a su reducción.
  - Reconoce el sistema de salud como un determinante intermedio; así, lo identifica como un contexto desde el cual se pueden identificar e intervenir las inequidades sanitarias que ubican en un nivel de desventaja social a las mujeres en embarazo.
  - Logró ser posicionado dentro de los lineamientos y protocolos nacionales para la vigilancia en salud pública de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones de salud de Colombia. Es fundamental seguir aunando esfuerzos que permitan su adopción en los 37 departamentos y distritos con miras a fortalecer su cobertura, tener mayor sensibilidad en la identificación de muertes maternas y lograr un análisis integral que permita el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las mujeres en el país.
-

---

## Referencias

- (1) UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA.; UNICEF, 2015.
  - (2) Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004. 192:342–349.
  - (3) Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet, 2009. 374:881–892.
  - (4) SIVIGILA. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Basado en la Web. 2015. Disponible en [http://201.234.75.136/SVEMMBW\\_2014/](http://201.234.75.136/SVEMMBW_2014/)
-







