

# COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNA EN BOGOTÁ EN 2012-2017



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá  
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud  
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública  
Patricia Arce Guzmán

### **Coordinación general del documento**

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión  
de Políticas de Salud Colectiva  
Luis Alfredo Mendoza Díaz

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública  
Elizabeth Coy Jiménez

#### **Autor**

Diana Gracia

#### **Apoyo**

Grupo ACCVSyE

### **Coordinación Editorial**

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud  
Ronald Ramírez López

Corrección de estilo  
Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación  
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

Secretaría Distrital de Salud  
Carrera 32 # 12-81  
Conmutador: 364 9090  
Bogotá, D. C. - 2018  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

## Comportamiento de la mortalidad y la morbilidad materna en Bogotá en 2012-2017

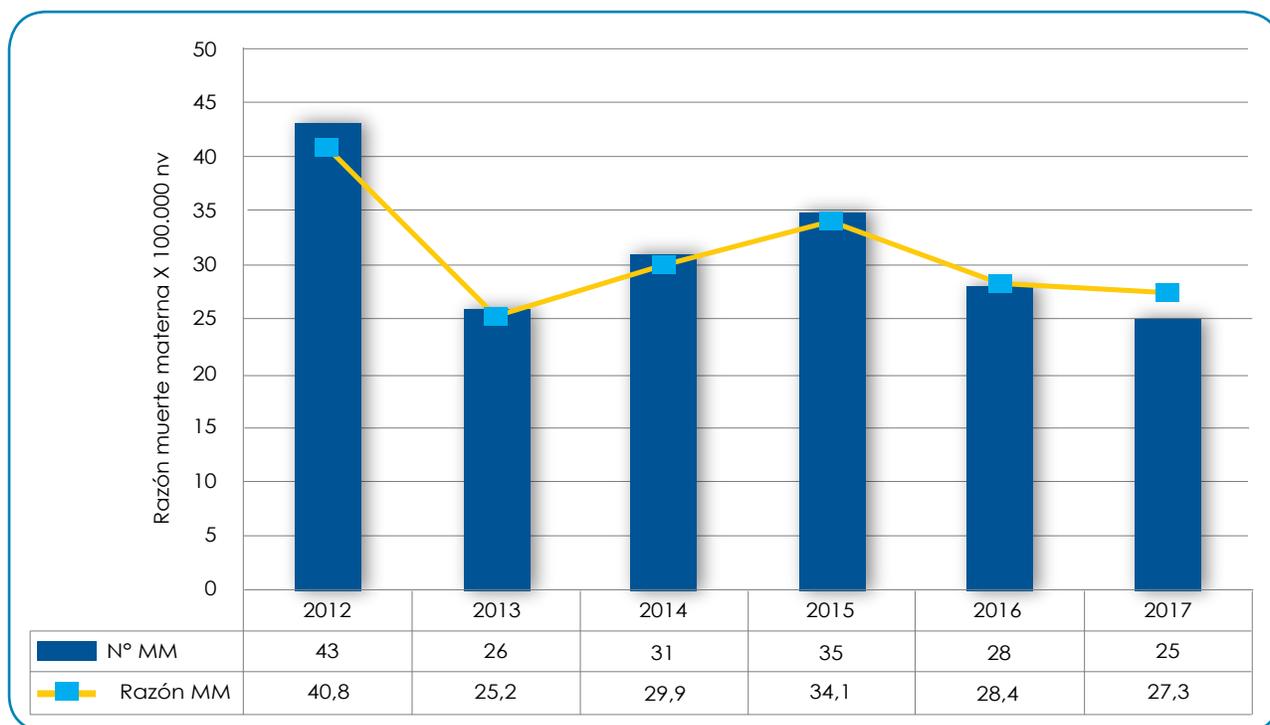
### 1. Comportamiento de la mortalidad materna en Bogotá 2012-2017

**Definición del evento:** Se explica como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

#### 1.1 Tendencia de la mortalidad materna

El periodo comprendido entre 2012 y 2017 muestra una reducción del 33 % en la razón de muertes maternas (RMM), pasando de 40,8 ( $n = 41$  casos) por 100.000 nacidos vivos (NV) a 27,3 por 100.000 NV ( $n = 25$  casos) con un pico en 2015 (figura 1).

**Figura 1. Tendencia de la mortalidad materna en Bogotá, 2012-2017**



Fuente: 2012-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales. ADE Finales (2015, publicación: 30 de junio 2017). 2016: ajustada agosto 2017 preliminar. 2017: corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018.

## 1.2 Comportamiento por localidad

Para el 2017, el 80 % ( $n = 20$ ) de los casos ocurrieron en las cinco localidades priorizadas del Pareto de base (Suba, Engativá, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar) con una RMM de 37,5 por 100.000 NV, las cuales en 2014 también habían presentado 20 fallecimientos, para una RMM de 33,1 por 100.000 NV, es decir, no varió el número de casos, pero aumentó la RMM por la disminución de los nacidos vivos en esas localidades. Al analizar las demás localidades, 7 de ellas (Santa Fe, Usaquén, Usme, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito) que presentaron casos en 2016, para 2017 no tuvieron muertes maternas. En las cinco localidades más críticas, Ciudad Bolívar, Kennedy y Suba se incrementó el número de muertes y la RMM en 2017 respecto al 2016 (tabla 1).

**Tabla 1. Mortalidad materna según localidad de residencia, 2016-2017**

Localidad	2016		2017	
	N	Razón por 100.000 NV	N	Razón por 100.000 NV
Usaquén	2	32,1	0	
Chapinero	0		0	
Santa Fe	2	146,2	0	
San Cristóbal	0	0,0	0	
Usme	2	36,2	0	
Tunjuelito	1	38,2	0	
Bosa	3	29,8	5	<u>53,2</u>
Kennedy	4	28,3	3	22,5
Fontibón	1	23,8	1	26,7
Engativá	2	22,7	2	<u>24,7</u>
Suba	3	21,8	4	<u>30,4</u>
Barrios Unidos	1	64,3	1	69,2
Teusaquillo	0	0,0	0	0,0
Los Mártires	1	91,5	0	0,0
Antonio Nariño	0	0,0	0	0,0
Puente Aranda	0	0,0	0	0,0
La Candelaria	0	0,0	1	346,0

Localidad	2016		2017	
	N	Razón por 100.000 NV	N	Razón por 100.000 NV
Ciudad Bolívar	3	30,6	6	63,8
Sumapaz	0		0	0,0
Sin dato de localidad	0		2	
Total Distrito	28	28,4	25	27,3

Fuente: 2016: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAf-ND, datos preliminares (ajustado en enero 2017). 2017: corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018.

### 1.3 Comportamiento de la mortalidad materna según variables sociodemográficas

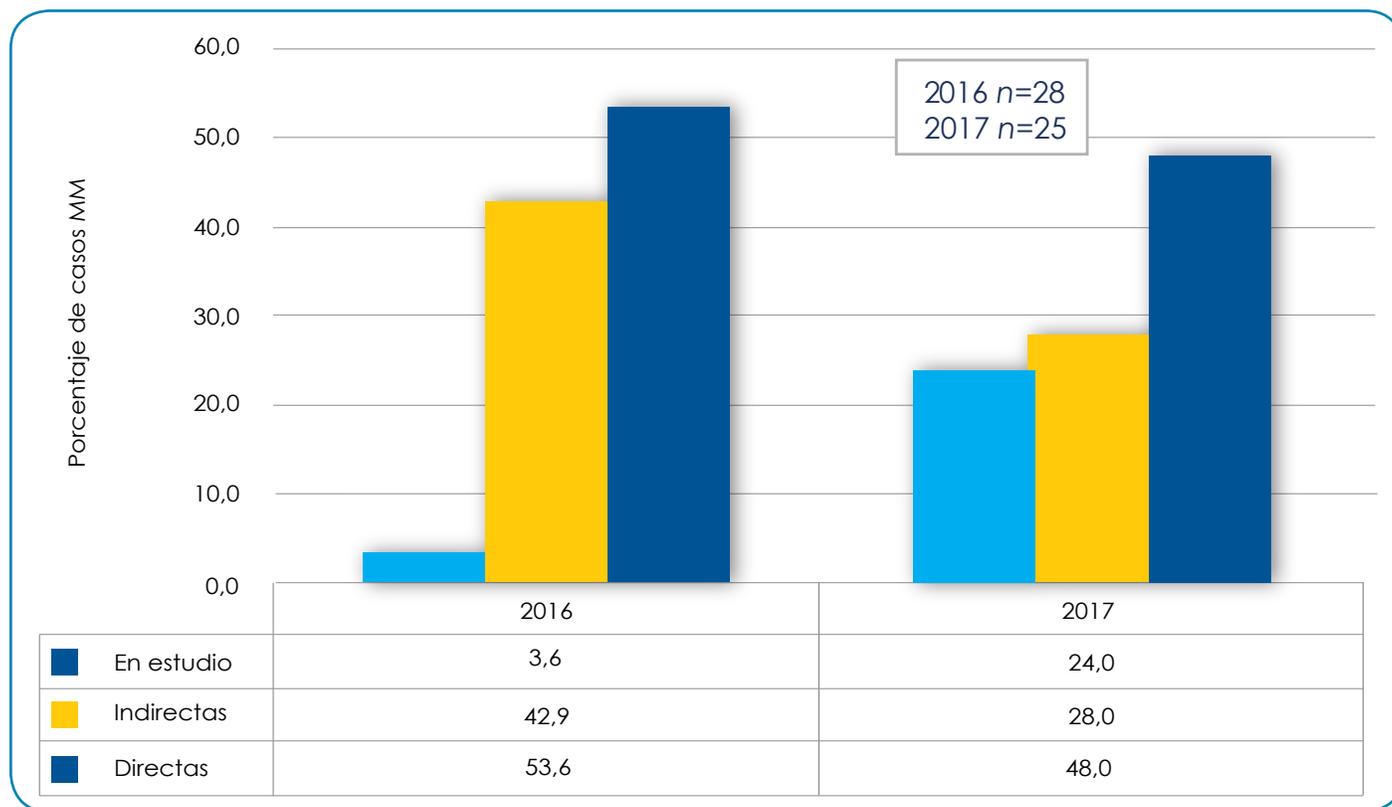
**Edad:** En 2016, las gestantes mayores de 35 años aportaron el mayor porcentaje de muertes maternas con el 28,5 % ( $n = 8$ ) y una RMM del 57,8 por 100.000 NV, mientras que en 2017, las gestantes de 30 a 34 años representaron el 36 % ( $n = 9$ ), del total de las muertes ocurridas y una RMM de 48,8 por 100.000 NV, seguidas de las de 25 a 29 años con el 32 % ( $n = 8$ ) y RMM de 34,9 por 100.000 NV.

**Régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud:** la RMM de gestantes no aseguradas fue la más alta con 75,9 ( $n = 3$ ) en 2016, y aumentó en 2017 con una RMM de 105,4 por 100.000 NV ( $n = 3$ ). En 2016 el 53,5 % ( $n = 15$ ) de las muertes maternas del Distrito estaban afiliadas al régimen contributivo con una RMM de 20,3 por 100.000 NV y en 2017 el 56 % ( $n = 14$ ) y RMM 20,5 por 100.000 NV. La RMM del régimen subsidiado fue de 49,3 ( $n = 9$ ) en 2016 y 44,4 ( $n = 8$ ) por 100.000 NV en 2017.

### 1.4 Causas de defunción materna

La mortalidad materna en 2016 se relacionó con causas obstétricas directas en un 53,6 % ( $n = 15$ ) con una leve reducción en 2017 con el 48 % ( $n = 12$ ). Dichas causas corresponden a las tres principales a nivel mundial: los trastornos hipertensivos, las hemorragias y las sepsis, además de tromboembolismo pulmonar. Las muertes indirectas representaron el 43 % en 2016 y 28 % en 2017, y son causas asociadas a patologías preexistentes, como tumores (coriocarcinoma, cáncer de mama, en lengua, leucemia), VIH y cardiopatías. Los casos que se encuentran en estudio por parte del Instituto de Medicina Legal y, por lo tanto, aún no se establece la causa básica de muerte, corresponden al 4 % ( $n = 1$ ) para 2016 y 24 % ( $n = 4$ ) para 2017 (figura 2).

**Figura 2. Porcentaje de casos según clasificación preliminar de las causas de mortalidad materna en Bogotá, 2016-2017**



Fuente: Base de datos, SDS, Subdirección Vigilancia Salud Pública, unidades de análisis de 2016 y 2017.

## 2. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en Bogotá, 2016-2017

**Definición del evento:** La morbilidad materna extrema se explica como “una mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida, pero sobrevive” (FLASOG, 2005-2007).

Su análisis permite identificar los determinantes estructurales y socioculturales relacionados con la ocurrencia del evento grave, con el fin de prever desenlaces fatales para la gestante y el recién nacido.

### 2.1 Tendencia de la morbilidad materna extrema

La vigilancia, como evento de notificación obligatoria nacional, se inició en 2012. El comportamiento del evento para Bogotá entre 2012 y 2017 presenta un aumento propio del periodo de implementación de la vigilancia, al pasar de 886 casos y razón de morbilidad

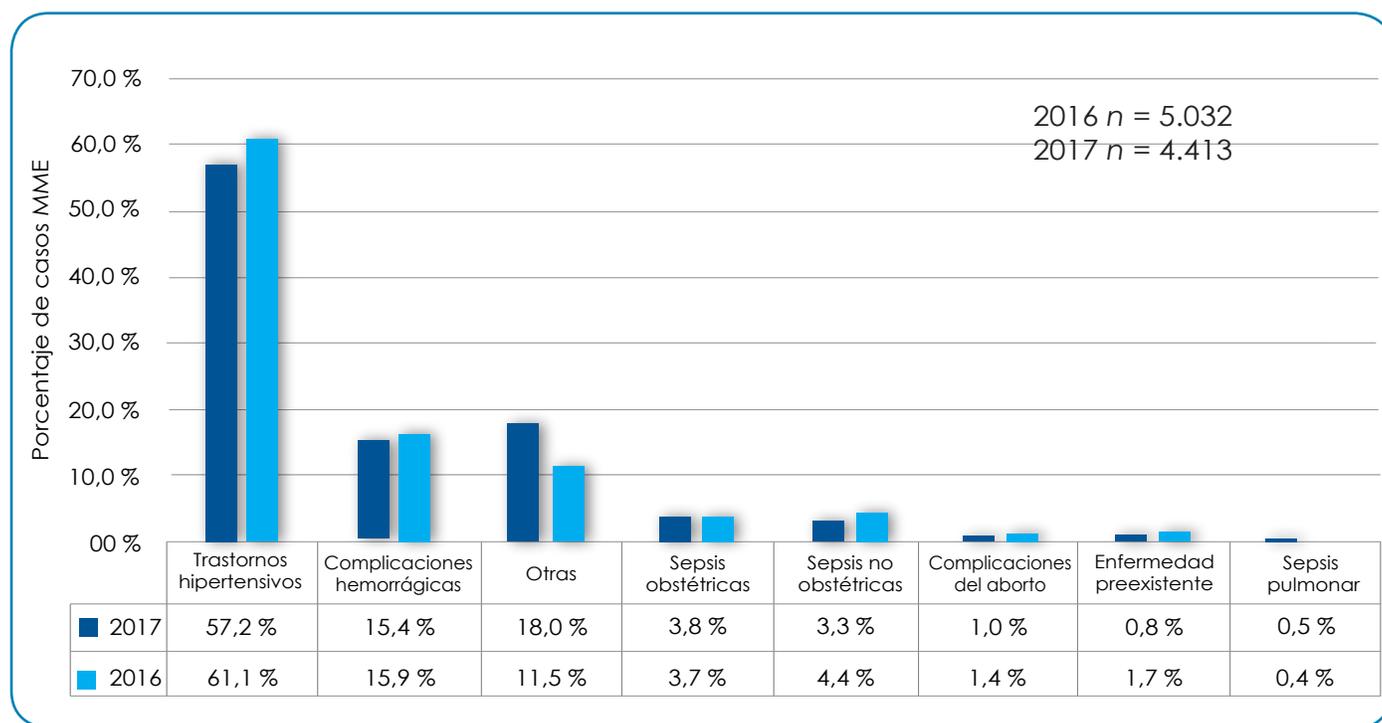
materna extrema (RMME) de 8,4 por 1.000 NV en 2012 a 5.498 casos y RMME de 60 por 1.000 NV en 2017.

## 2.2 Comportamiento según variables sociodemográficas

**Edad:** Las gestantes mayores de 35 años aportaron el 19,5 % ( $n = 1.078$ ) en 2016 y ( $n = 1.169$ ) en 2017, para una RMME de 79,4 por 1.000 NV en 2016 y 85,5 por 1.000 NV en 2017. Las edades extremas presentan la mayor afectación en ambos años, pues las adolescentes de 10 a 14 años alcanzan las RMME más altas con 79,4 por 1.000 NV en 2016 y 85,5 por 1.000 NV en 2017, con un aporte mínimo de casos 0,4 % ( $n = 25$ ) en 2016 y 0,5 % ( $n = 26$ ) en 2017.

**Régimen de afiliación al SGSSS:** Las gestantes afiliadas al régimen especial acusaron las RMME más altas, de 5.871 por 1.000 NV en 2016 y de 6.227 por 1.000 NV en 2017, pero con participaciones mínimas del 3,6 % ( $n = 182$ ) y 2,4 % ( $n = 137$ ) respectivamente, comportamiento influenciado por el reducido número de nacimientos en ese régimen. En segundo lugar, en 2016, los regímenes más afectados fueron los de no asegurados y del contributivo, ambos con RMME de 51,6 por 1.000 NV, con aporte del 4,1 % ( $n = 204$ ) y 75 % ( $n = 3.804$ ) de los casos de MME respectivamente en 2016, pero la RMME en las gestantes pobres no aseguradas se elevó a 79,0 por 1.000 NV en 2017 con un aporte similar del 4,1 % ( $n = 225$ ) y en el contributivo ascendió a 60,9 por 1.000 NV con igual aporte de 75,7 % ( $n = 225$ ) (figura 3).

**Figura 3. Morbilidad materna extrema según causa agrupada, Bogotá, 2016-2017**



Fuente: Base de datos, SIVIGILA, Evento 549, años 2016 y 2017.

## 2.3 Causas agrupadas de morbilidad materna extrema

La MME presentó un comportamiento similar en 2016 y 2017 según la distribución porcentual por causas agrupadas, con predominio de los trastornos hipertensivos, seguidos de las complicaciones hemorrágicas (ruptura uterina, atonía uterina y abrupción de placenta).

Las causas agrupadas en otras, que incluyen el tromboembolismo pulmonar, muestran un aumento en la participación, como se observa en la figura 3.

## 3. Conclusiones

La razón de mortalidad materna por 100.000 NV disminuyó un 33 %, de 40,8 a 27,3 entre 2012 y 2017.

Las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Suba, Engativá y Kennedy, que concentraban el mayor porcentaje de casos en 2014, incrementaron su aporte del 53,6 % de las muertes en 2016 al 80 % en 2017 y tres de las cinco localidades muestran alza importante en la RMM.

Las gestantes mayores de 35 años presentan las RMM y RMME más altas. Los grupos de gestantes de 30 a 34 y 25 a 29 años siguen en riesgo según la RMM. En cambio, las gestantes adolescentes de 10 a 14 años cumplen con criterios de gravedad con la segunda RMME.

Teniendo en cuenta las particularidades del régimen especial, las gestantes pobres no aseguradas tienen alto riesgo de morir y de presentar complicaciones con criterio de gravedad con altas RMM y RMME.

Entre el 69,2 % y el 75,0 % de las causas directas de la mortalidad y entre el 77,4 % y 82,1 % de la morbilidad extrema son evitables y controlables mediante varias estrategias, que van desde la preconcepción hasta la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio; con otras estrategias es factible reducir las causas indirectas relacionadas con la comorbilidad preexistente.

El incremento de los casos de MME refleja una mejor captación de estos por la vinculación progresiva de más instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y públicas a la vigilancia.

## **Bibliografía**

Comité de Mortalidad Materna FLASOG. *Vigilancia de la mortalidad materna*. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril 2007, La Habana, Cuba, abril 2007.

