



**INFORME INTEGRADO DE MATERNIDAD SEGURA PUTUMAYO, A SEMANA 24
I SEMESTRE, PUTUMAYO 2025**

SINEY MARGOTH DE LA CRUZ BRAVO

*Referente Departamental Eventos Maternidad Segura y Cáncer
Profesional de Apoyo Área Epidemiología*

En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2022 a 2031 en su componente “Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” define como una estrategia, la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, así como el fortalecimiento de sistemas de información. En el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) se cuenta con una Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la población materno-perinatal, que pretende regular las condiciones necesarias para asegurar su integralidad. La vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema permite rastrear e identificar las complicaciones obstétricas y evitar así su progresión a la muerte, a nivel internacional se ha usado para evaluar la calidad de la atención obstétrica a los pacientes.

Con relación a la mortalidad materna, en el año 2023, alrededor de 260.000 mujeres perdieron la vida durante el embarazo, el parto o en el periodo posterior. Cerca del 92 % de estas muertes ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos-bajos, y en su mayoría, fueron evitables¹. En las Américas, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) se redujo en un 15,7 % entre 2000 y 2023, situándose en 59 por 100 000 nacidos vivos². En Colombia, aunque se han logrado avances, persisten brechas importantes: los defectos congénitos representan el 3,4 % de las muertes fetales y el 19,3 % de las muertes neonatales, con una prevalencia de 20,8 por 10 000 nacidos vivos. La morbilidad materna extrema,

¹ WHO. Maternal mortality. Fact sheet. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

² PAHO/WHO. Maternal mortality in the Americas. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/7-4-2025-paho-highlights-progress-reducing-maternal-mortality-americas-warns-persistent>.



definida como una complicación grave durante el embarazo que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere atención especializada, se reconoce como un evento centinela en la evaluación de la calidad de la atención obstétrica³. En el departamento del Putumayo, los datos regionales revelan un patrón persistente de mortalidad materna concentrada en zonas rurales dispersas y en población vulnerable afiliada al régimen subsidiado, con especial afectación en mujeres afrocolombianas y en el grupo de edad entre 30 y 34 años. A pesar de la reducción de muertes maternas directas en los últimos años, las causas indirectas, los defectos congénitos y la inequidad territorial continúan siendo desafíos prioritarios para la gestión en salud materno perinatal.

El objetivo del presente informe es llevar a cabo el análisis de las variables que componen la salud materno-perinatal en el departamento del Putumayo durante el periodo evaluado, teniendo en cuenta indicadores clave de los eventos de interés en salud pública del grupo Maternidad Segura, además se considerarán los determinantes sociales y clínicos. Este insumo proporcionará evidencia que facilite la toma de decisiones informadas, fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, promover intervenciones con un enfoque diferencial (territorial, étnico, etario y de género) y contribuir a la planificación de estrategias que mejoren los resultados en salud, la equidad y la garantía de derechos en el contexto de la atención integral en salud materna y neonatal.

³ Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(3):287–96. doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>



METODOLOGIA

En el presente informe se realiza un análisis descriptivo de tipo retrospectivo, que utiliza como fuente la información la base de datos correspondiente al evento 551, 549, 560, y 215 del SIVIGILA, reportada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de Putumayo, con corte a periodo 6 (semana 24) de 2025p, de la información reportada por las diferentes instituciones prestadoras de salud del departamento de Putumayo.

El análisis se realiza con base en las variables que contemplan la ficha de notificación para los eventos, previa revisión de las variables frente a la calidad de los datos reportados, identificando los errores de digitación, los errores de consistencia de la información, identificación de campos vacíos y registros duplicados. También se realizó búsqueda institucional en RIPS y RUAF. Se excluyeron registros duplicados, residentes fuera del departamento de Putumayo, y los con ajuste 6 y D, es decir los casos descartados por error de notificación o porque no cumplían los criterios para los eventos.

Para el cálculo de razón se tomó como fuente para el denominador los nacimientos notificados en la base del RUAF Departamental y estadísticas vitales DANE; otras fuentes de información fueron las actas de las unidades de análisis de los casos de mortalidad perinatal y muerte materna. Para el análisis se utilizó gráficas y otros instrumentos que se encuentran relacionados.



COMPORTAMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA MORTALIDAD MATERNA, PUTUMAYO A SEMANA 24 DE 2025

MUERTE MATERNA TEMPRANA

Correspondiente a las ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación; muerte materna tardía que corresponde a las ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación; y muerte materna por causas coincidentes, que corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

COMPORTAMIENTO MORTALIDAD MATERNA

Durante el periodo 2020–2025p se registraron un total de 15 muertes maternas en el departamento del Putumayo, distribuidas en 8 muertes maternas tempranas (53,3 %), 5 tardías (33,3 %) y 2 por causa coincidente (13,3 %). Las muertes tempranas, asociadas al embarazo, parto o hasta 42 días posparto, mostraron una tendencia descendente desde 2020 (4 casos) hasta llegar a cero en 2025p. Las muertes maternas tardías, que ocurren entre los 43 días y un año posterior al embarazo, se presentaron de manera intermitente, con picos en 2022 (2 casos) y eventos aislados en 2023 y 2025p.



Tabla 1. Mortalidad materna según tipo de muerte, Putumayo a semana 24, años 2020 a 2025p

Año	Muerte Materna Temprana	Muerte materna tardías	Muerte materna de causa coincidente
2020	4	0	0
2021	2	0	0
2022	0	2	1
2023	1	1	0
2024	1	0	2
2025	0	1	0

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

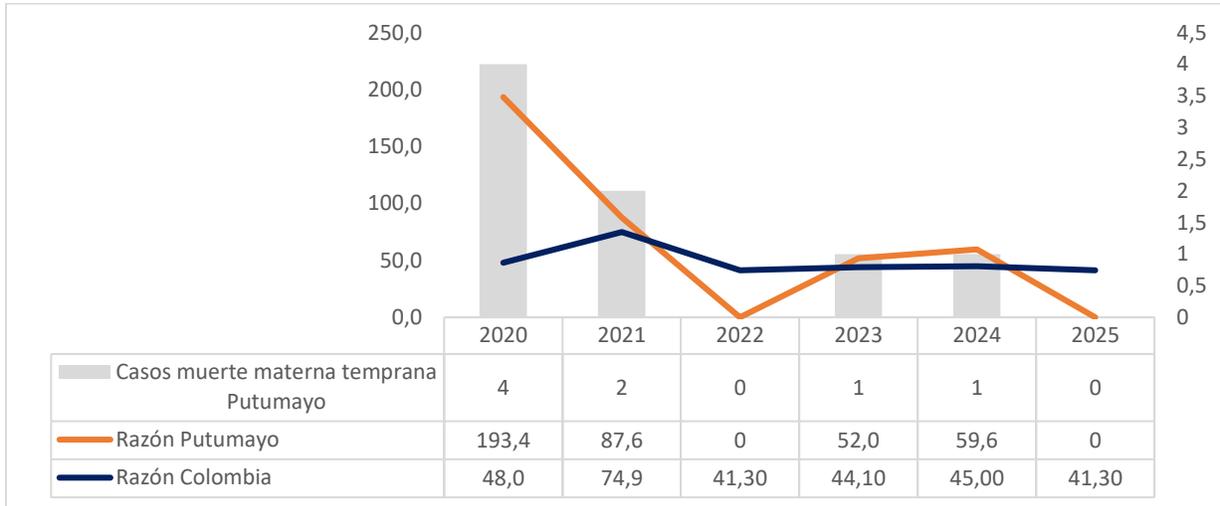
Siguiendo los estándares de la OMS, el cálculo de la razón de muerte materna en el país se realiza exclusivamente con las muertes maternas tempranas. Para el análisis se consideran 0 casos de muertes tempranas para el departamento del Putumayo a semana 24 de 2025.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA

Durante el periodo 2020–2025p, el departamento del Putumayo registró una disminución progresiva de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), pasando de 193,4 muertes por 100 000 nacidos vivos en 2020 a 0 en 2025p, en contraste con el comportamiento nacional, donde la RMM osciló entre 41,3 y 74,9. Las muertes maternas tempranas representaron mayor frecuencia de casos en los primeros dos años (4 en 2020 y 2 en 2021), sin embargo, a partir de 2022 se observó un cambio en el perfil epidemiológico: aumentaron las muertes maternas tardías (2 casos en 2022, 1 en 2023 y 1 en 2025p) y las muertes por causa coincidente, con 1 caso en 2022 y 2 en 2024.



Gráfica. 1 Tendencia de la Razón preliminar de mortalidad materna Putumayo, a semana 24 de 2020-2025p



Fuente: Sivigila Putumayo 2020-2025p

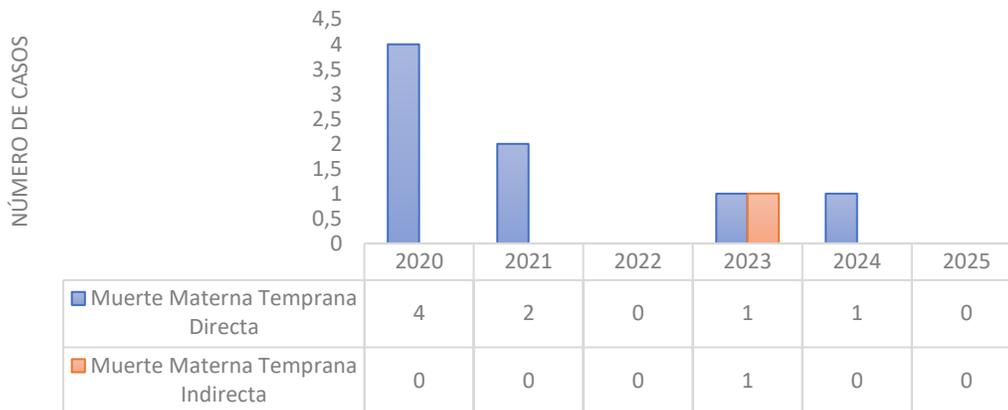
TENDENCIA DE MORTALIDAD MATERNA, MUERTES DIRECTAS VS INDIRECTAS

Las muertes maternas directas, que están relacionadas con complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio, han mostrado una tendencia a la baja en los últimos años. En 2020, se registró el mayor número de casos, con 4 muertes, seguido de una disminución en 2021, donde se reportaron 2 casos, y solo un caso en 2023. No hubo muertes maternas directas en 2022, 2024 ni 2025p.

La mortalidad materna indirecta, que se debe a condiciones preexistentes que se agravan durante el embarazo, ha mostrado una presencia baja pero constante en los últimos años. Se notificó un caso en 2020, y no se registraron muertes indirectas en 2021 ni 2022. Sin embargo, en 2023 y 2024, se documentó un caso por año.



Gráfica. 2 Tendencia de casos de Mortalidad materna temprana, causas directas vs Indirectas, Putumayo, años 2020 a 2025p.



Fuente: Sivigila Putumayo 2020-2025p

Entre 2020 y 2023, en el departamento del Putumayo se notificaron 6 muertes maternas por causas directas, en los municipios de Puerto Asís, Leguízamo, Valle del Guamuez y Orito. En 2020 se identificaron tres causas principales: una sepsis relacionada con el embarazo (septicemia no especificada) en Puerto Asís; una hemorragia obstétrica en Leguízamo; y un trastorno hipertensivo del embarazo (eclampsia) también en Puerto Asís. En 2021 se reportaron dos causas directas adicionales: una hemorragia obstétrica en Valle del Guamuez y un evento tromboembólico en Puerto Asís. Para 2023, se documentó un único caso por preeclampsia severa en el municipio de Orito.

Tabla 2 Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Putumayo, a semana epidemiológica 24 de 2020 a 2025p.

Año	Causas directas	# Casos	Causa Básica Cie 10	Municipio De Residencia
2020	Sepsis relacionada con el embarazo	1	Septicemia no especificada	Puerto Asís
	Neumonía	1	Otra sepsis especificada	Valle del Guamuez
	Hemorragia obstétrica	1	Hemorragia	Leguízamo
	Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	1	Eclampsia	Puerto Asís
2021	Hemorragia obstétrica evitable	1	Inercia uterina	Valle del Guamuez



	Eventos tromboembólicos	1	Otras embolias obstétricas	Puerto Asís
2023	Trastornos hipertensivos asociados al embarazo	1	Preeclampsia severa	Orito
2024	Fiebre del Dengue hemorrágico	1	Fiebre del Dengue hemorrágico	Orito

Fuente: Sivigila Putumayo, RUAF ND 2020-2025p

Tabla 3 Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Putumayo, a semana 24, año 2020-2025p

Año	Causas indirectas	Número de casos	Causa básica CIE 10	Municipio de residencia
2020	Otras causas indirectas	1	Neumonía no especificada	Valle del Guamuez
2023	Otras causas indirectas	1	Insuficiencia mitral severa	Puerto Asís
2024	Otras causas indirectas	1	Fiebre del dengue hemorrágico	Orito

Fuente: Sivigila Putumayo, RUAF ND 2020-2025p

COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO Y SOCIAL

En la cabecera municipal se registró un caso de muerte materna en 2023 a semana 24 (RMM: 99,7 por 100.000 nacidos vivos). En 2024 y 2025 no se reportó casos, sin embargo, la zona rural dispersa concentró los dos casos de 2024, con una razón de mortalidad materna de 266,3 por 100.000 nacidos vivos. Todos los casos registrados pertenecen al régimen subsidiado. En 2023 se presentó un caso (RMM: 62), y en 2024 otro caso (RMM: 72,4), sin muertes registradas en 2025p. En 2023 se reportó una muerte en mujeres sin pertenencia étnica registrada (RMM: 63). En 2024, se registró un caso en población afrocolombiana, con una razón de mortalidad elevada (4 000 por 100.000 nacidos vivos), atribuida al bajo número de nacimientos en este grupo.



Tabla 4. Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad materna temprana, Putumayo, a semana 24, año 2023-2025p

<i>Putumayo 2024</i>	<i># Total Casos 2023</i>	<i># Total Casos 2024</i>	<i># Total Casos 2025</i>	<i>Número de RN Vivos 2023</i>	<i>Número de RN Vivos 2024</i>	<i>Número de RN Vivos 2025</i>	<i>RMM* 100000 2023</i>	<i>RMM* 100000 2024</i>	<i>RMM* 100000 2025p</i>
Zona de residencia									
Cabecera municipal	1	0	0	1003	860	847	99.7	0	0
Centro poblado	0	0	0	93	66	73	0	0	0
Rural Disperso	0	2	0	828	751	655	0	266.3	0
Régimen									
Subsidiado	1	1	0	1607	1381	1281	62	72.4	0
Pertenencia Étnica									
Otro	1	0	0	1589	1409	1302	63	0.0	0
Afrocolombiano	0	1	0	23	25	24	0	4000.0	0
Edad									
15-19 años	0	0	0	338	297	285	0	0.0	0
20-24 años	1	0	0	551	103	451	181	0.0	0
25-29 años	0	1	0	457	410	373	0	243.9	0
30-34 años	1	2	0	318	300	264	314	666.7	0

Fuente: Sivigila Putumayo 2023-2025p

ASEGURAMIENTO

En cuanto a las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) AIC concentra mayor número de muertes maternas tempranas con el 100%.

Tabla 5 Casos según tipo de aseguramiento, Putumayo año 2023-2025p

EAPB	TEMPRANA 2023	TEMPRANA 2024	%
AIC	1	1	100%

Fuente: Sivigila Putumayo 2023-2025p

INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNA.

Porcentaje de muertes de mujeres de 10 a 54 años con clasificación

Proporción de casos de muertes de mujeres de 10 a 54 años con clasificación final (confirmado, descartado) permite hacer seguimiento a la revisión y gestión de muertes de mujeres de 10 a 54 años.



Durante el periodo evaluado, se registraron un total de 42 muertes en mujeres entre los 10 y 54 años de edad. De estas, 35 casos (83,3 %) contaron con una clasificación final confirmada o descartada

Tabla 6 Porcentaje de muertes de mujeres de 10 a 54 años con clasificación

Número de casos de muertes de mujeres de 10 a 54 años con clasificación final (confirmado, descartado)	Total, de casos de muertes de mujeres de 10 a 54 años en el periodo a evaluar	Porcentaje de cumplimiento %
35	42	83,3%

Concordancia de casos de muerte materna: SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF)

Con respecto al número de casos de muerte maternas (tempranas, tardías, por causa coincidente) registradas en el departamento a semana epidemiológica 24 de 2025p se observa correspondencia al 100%, por cada una de las UPGD, entre RUAF y Sivigila. Dos (2) casos que se reportó pertenecen a otros departamentos.

Tabla 7 Concordancia de casos de muerte materna: SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF)

Número de casos de muertes maternas reportadas UPGD y entidad territorial	Número de casos de muertes maternas RUAF	Número de casos de muertes maternas SIVIGILA y Sivigila Maternidad segura	Porcentaje de cumplimiento %
2	2	2	100%

Fuente: Sivigila, RUAF ND Putumayo 2025p

Porcentaje de casos con informe técnico (Unidad de Análisis) completo en el tiempo establecido

Número de casos de muertes maternas tempranas reportadas para la entidad territorial	Número de muertes maternas tempranas notificadas por departamento de residencia en el periodo de tiempo a evaluar	Porcentaje de cumplimiento % en unidad de análisis
0	0	NA

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p



Proporción de muertes maternas notificadas oportunamente:

Oportunidad al 100% con respecto al cumplimiento de la oportunidad en la notificación de las muertes maternas tempranas dentro de las 24 horas al aplicativo Sivigila. Para el periodo semana 1-24 de 2025p.

Tabla 8. Proporción de muertes maternas notificadas oportunamente

Número de muertes maternas (tempranas) notificadas en las primeras 24 horas según fecha de defunción	Número de muertes maternas (tempranas) notificadas por el departamento en el periodo a evaluar	Proporción de muertes maternas notificadas oportunamente
2	2	100%

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

Tabla 9. Porcentaje de muertes maternas con causa básica de muerte bien definida:

Refleja la calidad del dato ingresado en Sivigila de la variable causa básica de muerte (temprana, tardía, coincidente)

Número de muertes maternas notificadas al Sivigila con causa de muerte bien definida	Total, de muertes maternas notificadas al Sivigila	Proporción de muerte materna con causa básica de muerte bien definida
2	2	100%

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p



DISCUSIÓN

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud ha señalado que una proporción significativa de las muertes maternas ocurren en contextos donde hay fallas en el seguimiento del riesgo obstétrico, atención tardía o demoras en los niveles prehospitalario, institucional y administrativo⁴. Particularmente en regiones como Putumayo, las condiciones geográficas, el acceso limitado a servicios especializados y la inequidad en la distribución del talento humano en salud agravan la probabilidad de desenlaces fatales por causas evitables⁵.

La ocurrencia de muertes en municipios como Puerto Asís, Valle del Guamuez, Leguízamo y Orito sugiere que el modelo de atención no logra garantizar oportunidad y continuidad del cuidado, especialmente frente a emergencias obstétricas. En 2024, las dos muertes maternas ocurrieron exclusivamente en zonas rurales dispersas, donde la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 266,3 por 100 000 nacidos vivos, lo cual contrasta con una RMM de 0 en las cabeceras municipales. Esta disparidad coincide con estudios que han señalado que la ubicación geográfica y el acceso limitado a servicios de salud obstétrica de calidad son determinantes clave de la mortalidad materna en contextos rurales y dispersos⁶.

El análisis sobre la vigilancia de las muertes de mujeres de entre 10 y 54 años en el Putumayo revela que, durante el periodo evaluado, el 83,3 % de los casos (35 de 42) fueron clasificados de manera final (ya sea confirmados o descartados). Este es un indicador clave de la calidad del sistema de vigilancia en salud pública. Aunque este nivel de cumplimiento es positivo, todavía se encuentra por debajo del

⁴ Instituto Nacional de Salud. Informe nacional de vigilancia en salud pública 2022: mortalidad materna. Bogotá: INS; 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co>

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud por departamentos. Bogotá: MSPS; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>

⁶ ay L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323–33. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103301/>



estándar ideal del 100 % que establece el Ministerio de Salud y Protección Social en la Circular 047 de 2021⁷. Esta normativa exige una revisión y clasificación exhaustiva de todas las muertes de mujeres en edad fértil para poder detectar a tiempo posibles muertes maternas o relacionadas.

CONCLUSIONES

Entre 2020 y 2023, las muertes maternas en Putumayo, causadas por problemas directos, se deben en gran medida a fallas que podrían haberse evitado en la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Las hemorragias obstétricas, los trastornos hipertensivos y las infecciones sistémicas siguen siendo los principales culpables de la mortalidad materna en la región. A pesar de los esfuerzos por mejorar la cobertura y el acceso a la atención, los resultados fatales resaltan la necesidad de fortalecer las intervenciones clínicas, la oportunidad de atención y la respuesta institucional ante emergencias obstétricas.

La mortalidad materna en Putumayo entre 2023 y 2025p no solo resalta los problemas obstétricos que enfrentan las mujeres, sino que también reitera las desigualdades en los territorios ya sean económicas y/o sociales que impactan de manera significativa en la supervivencia de las gestantes. La alta tasa de muertes entre mujeres del régimen subsidiado, especialmente en áreas rurales y entre grupos étnicos que han sido históricamente marginados.

Aunque el departamento del Putumayo logró obtener el 83,3 % de las muertes de mujeres en edad fértil clasificadas durante el periodo evaluado, es fundamental avanzar hacia el objetivo del 100 % de

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 047 de 2021. Lineamientos para la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal. Bogotá: MSPS; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>

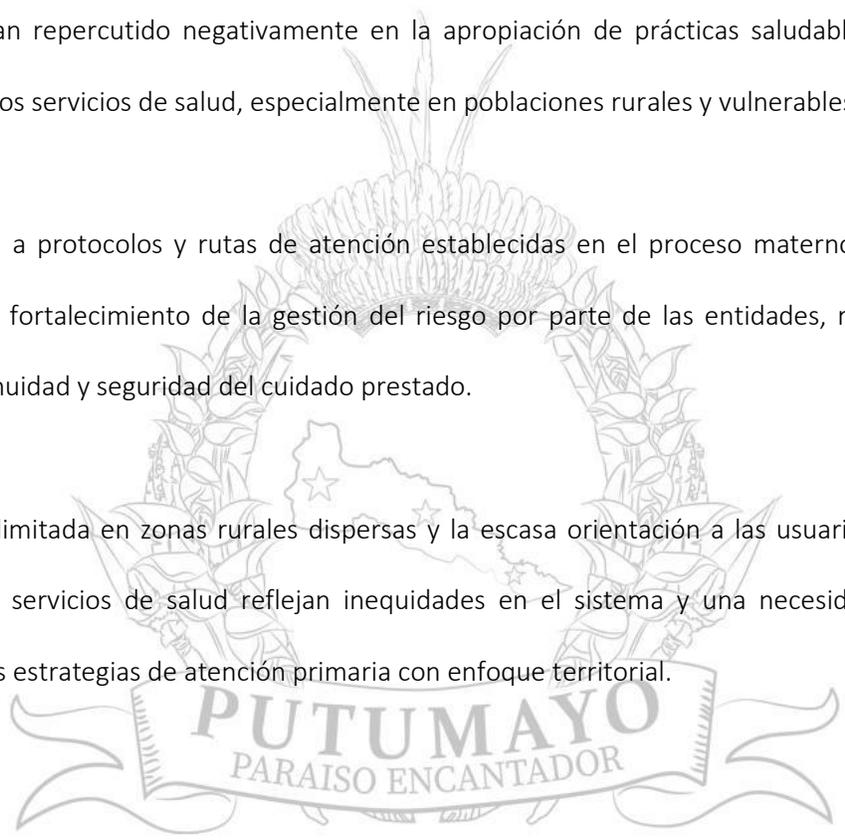


clasificación. Esto es clave para asegurar una vigilancia efectiva y oportuna. No clasificar una parte de los casos podría significar un riesgo de subregistro de muertes maternas, lo que a su vez limita la capacidad del sistema de salud para responder a desenlaces que podrían evitarse.

Las limitaciones en las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) dirigidas a la comunidad han repercutido negativamente en la apropiación de prácticas saludables y en el uso adecuado de los servicios de salud, especialmente en poblaciones rurales y vulnerables.

La adherencia a protocolos y rutas de atención establecidas en el proceso materno perinatal y la necesidad del fortalecimiento de la gestión del riesgo por parte de las entidades, repercute en la calidad, continuidad y seguridad del cuidado prestado.

La cobertura limitada en zonas rurales dispersas y la escasa orientación a las usuarias sobre cómo acceder a los servicios de salud reflejan inequidades en el sistema y una necesidad urgente de reorganizar las estrategias de atención primaria con enfoque territorial.





RECOMENDACIONES

Es importante fortalecer las habilidades del personal de salud en los niveles de atención primaria y secundaria a través de capacitaciones continuas. Esto les permitirá identificar y manejar de manera oportuna las emergencias obstétricas, poniendo especial atención en situaciones como hemorragias, sepsis y trastornos hipertensivos. Además, es recomendable implementar estrategias que mejoren el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizar la disponibilidad constante de insumos críticos como uterotónicos, antibióticos y antihipertensivos, y consolidar los comités de vigilancia materna perinatal. Estos comités deben ser espacios efectivos para analizar casos, ofrecer retroalimentación clínica y tomar decisiones institucionales basadas en evidencia.

Se resalta la necesidad de poner en marcha estrategias territoriales integradas para reducir la mortalidad materna en las zonas rurales dispersas del Putumayo. Esto debería incluir el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante equipos multidisciplinarios itinerantes, la mejora de las rutas de atención obstétrica, la implementación de salas de estabilización en áreas remotas y fortalecimiento del seguimiento domiciliario para gestantes de alto riesgo.

Es necesario incorporar un enfoque étnico y de equidad en la vigilancia, auditoría y respuesta ante la muerte materna, asegurando la participación de la comunidad, el acceso diferenciado a los servicios y la articulación intercultural.

Se recomienda fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica y de análisis de mortalidad materna, asegurando que todos los casos de mujeres fallecidas entre los 10 y 54 años sean investigados y clasificados dentro de los tiempos establecidos. Esto debe incluir la revisión de expedientes clínicos, la aplicación de autopsias verbales cuando sea necesario, y la articulación con los equipos de salud de los municipios para garantizar la trazabilidad y completitud de la información.

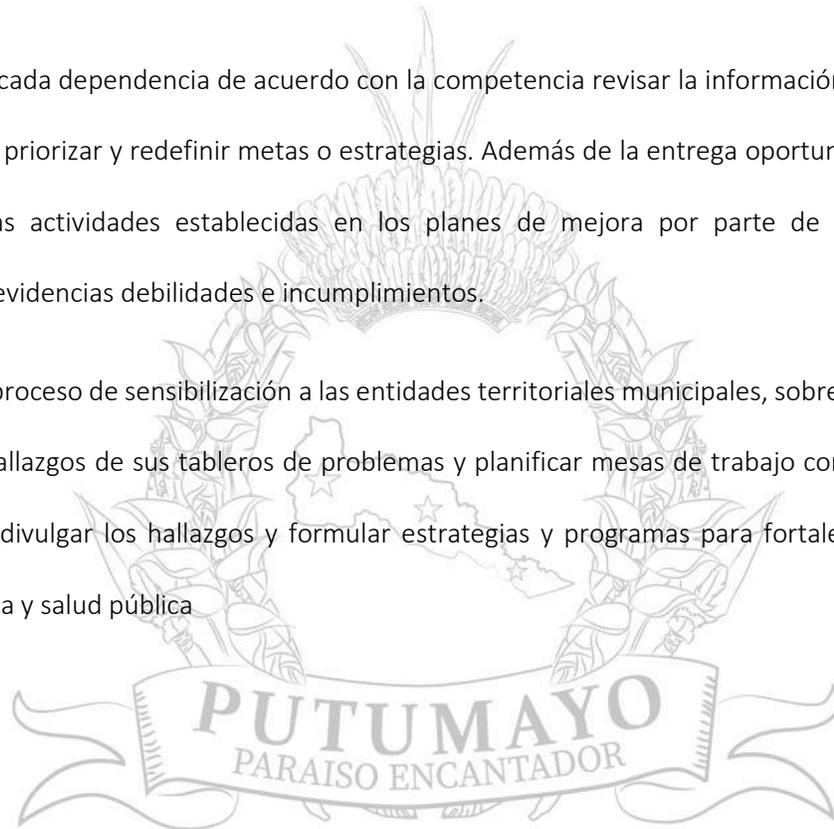


Fortalecer las estrategias de IEC con enfoque diferencial y territorial, incorporando medios comunitarios, agentes educativos locales y lenguas propias donde sea necesario, para mejorar la apropiación de prácticas de autocuidado y uso oportuno de los servicios.

Implementar mecanismos efectivos de atención extramural y brigadas móviles de salud en zonas rurales dispersas, articuladas con líderes comunitarios, para garantizar la equidad en el acceso.

Al interior de cada dependencia de acuerdo con la competencia revisar la información para reenfocar las acciones a priorizar y redefinir metas o estrategias. Además de la entrega oportuna y seguimiento estricto de las actividades establecidas en los planes de mejora por parte de cada institución participante, evidencias debilidades e incumplimientos.

Fortalecer el proceso de sensibilización a las entidades territoriales municipales, sobre la necesidad de divulgar los hallazgos de sus tableros de problemas y planificar mesas de trabajo con los actores del sistema para divulgar los hallazgos y formular estrategias y programas para fortalecer la vigilancia epidemiológica y salud pública





COMPORTAMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Durante el año 2025p fueron notificados a Sivigila un total de 195 casos de Morbilidad Materna Extrema a semana 24, luego de realizar el proceso de depuración de la base de datos eliminando los registros duplicados y descartados, los registros que no cumplían los criterios de inclusión para definición de caso y los casos que terminaron en muerte materna, Para el año 2024 se presentaron 164 casos a este mismo periodo representando un aumento del 15,8 %.

En promedio en 2025p fueron notificados 8.1 casos por semana epidemiológica. La razón de Morbilidad materna extrema para este periodo fue de 123.8 casos por 1.000 nacidos vivos, ubicando al departamento en categoría zona de alarma. La tendencia histórica de la morbilidad materna extrema desde 2020 hasta 2024 tiene un promedio de 145 casos a semana 24, con un comportamiento hacia el incremento durante el año 2025p.

GEORREFERENCIACIÓN

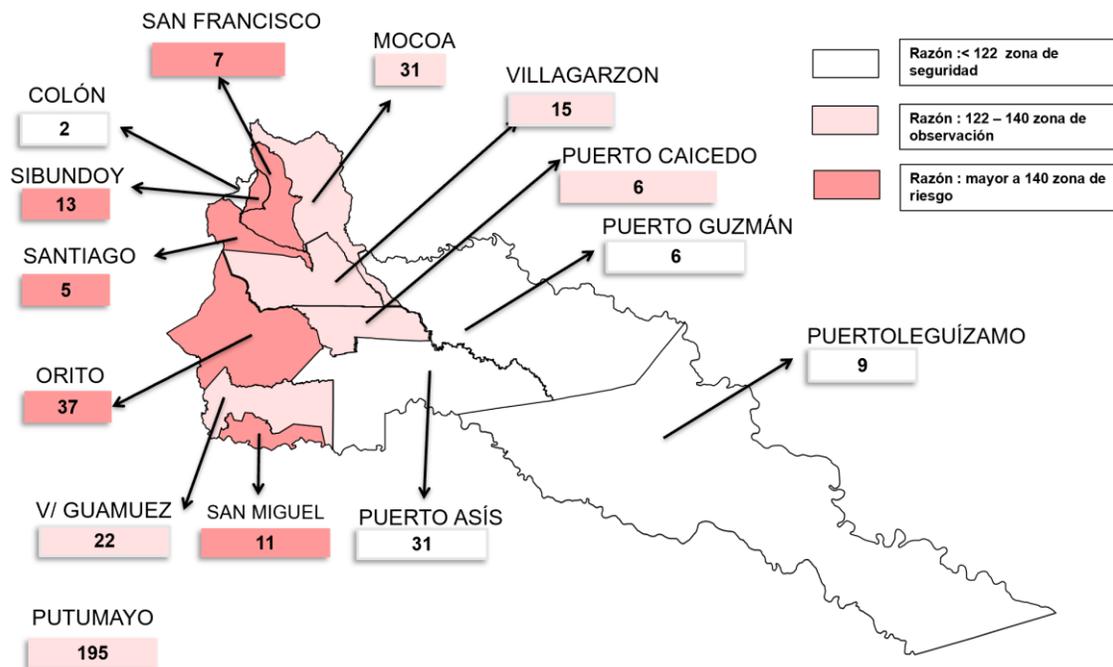
Por municipio de residencia la mayor proporción de casos se ubican en Orito 37 casos (19 %), Mocoa 31 (16 %) Y Puerto Asís 31 (16 %) entre los tres municipios abarcan el 51 % del total de casos de MME.

Se notificaron casos en trece municipios del territorio departamental, representando el 100 %. La razón preliminar de MME para este periodo fue de 123.8 casos por 1 000 nacidos vivos, ubicando al departamento en categoría zona de observación de acuerdo al municipio de residencia se observa cinco

(5) municipios que se ubican en zona de riesgo: San Francisco, Orito, Santiago y Sibundoy y San Miguel,

cuatro municipios (4) se ubican en la zona de observación: Mocoa, Puerto Caicedo, Valle del Guamuez y Villagarzón, y cuatro municipios se encuentran en la zona de seguridad: Puerto Asís, Puerto Leguizamó, Colón y Puerto Guzmán.

Mapa 1. Distribución de casos y razón de Morbilidad Materna Extrema según municipio de residencia, semana epidemiológica 01 a 24 de 2025p



Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

RAZÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA.

La razón de Morbilidad materna extrema para el departamento del Putumayo a semana 24 de 2024 fue de 98.5 casos por 1 000 nacidos vivos, para el año 2025 se tiene una Razón de MME de 123.8 casos por 100 000 NV ubicando al departamento en categoría zona de riesgo, de acuerdo con los valores de referencia del protocolo se observa los (13) trece se ubican en la zona de riesgo puesto que la Razón es superior a 62.1 casos por 1 000 nv.



Cuatro municipios se encuentran con la Razón de Morbilidad Materna más alta corresponden a San Francisco, Sibundoy y Orito. Ubicándose en zona de alerta con respecto a la razón departamental. Se resalta que la zona con más municipios en zona de alerta es la región Alto Putumayo (San Francisco, Sibundoy y Santiago). Para el departamento del Putumayo se observa una tendencia hacia el incremento de la razón de MME.

Tabla 10. Tendencia de la razón de la morbilidad materna extrema Putumayo a semana 24 durante 2020 a 2025p

Municipio	Razón de MME						Tendencia
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
COLON	41.67	58.82	78.13	189.66	71.43	117.65	
MOCOA	58.28	66.31	85.14	75.47	85.96	122.05	
ORITO	53.45	75.21	76.38	122.98	113.64	196.81	
PUERTO ASIS	65.48	72.84	67.28	134.39	102.12	79.90	
PUERTO CAICEDO	91.43	66.35	90.91	168.83	128.21	133.33	
PUERTO GUZMAN	11.90	50.31	100.00	74.38	80.40	63.16	
PUERTO LEGUIZAMO	43.48	51.05	138.51	89.15	96.15	103.45	
SAN FRANCISCO	38.46	118.64	68.18	121.21	133.33	500.00	
SAN MIGUEL (LA DOF)	30.17	59.76	116.82	95.24	146.34	142.86	
SANTIAGO	25.64	22.99	20.20	96.77	132.35	156.25	
SIBUNDOY	51.28	70.06	33.61	100.78	126.21	228.07	
VALLE DEL GUAMUEZ	38.67	52.72	99.48	92.42	97.36	108.91	
VILLAGARZON	53.40	60.52	78.87	80.39	64.41	126.05	
Total general	51.85	64.31	83.77	106.47	99.63	123.81	

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

Con respecto a las características sociales, demográficas de los casos de MME durante 2024 la mayor proporción se reportaron en personas residentes en el área urbana con 79 % con una razón para esta área de 152.2 casos por 1 000 nacidos vivos, para el año 2025p a semana 24 se reporta que 81 % de los casos residen en zona urbana mostrando una diferencia de 2.4 % más casos en zona urbana que el año anterior. El tipo de seguridad social más frecuente es Subsidiado con el 76 % en el año 2024 y el 80 % en 2025p, la razón más alta durante los dos años se establece en el régimen excepción con 142 y 333 casos respectivamente.



Con relación a la pertenencia étnica: “otro” es el grupo más frecuente con el 93% en el año 2024 y 87 % en el año 2025, seguido de indígena con el 5 %, en 2024 y 13 % para 2025 con se muestra un aumento en la frecuencia del reporte de casos de MME en mujeres indígenas. Con respecto al grupo de edad se observa según grupos de edad que las razones más altas se ubican en las mujeres de los grupos de edad de 35 a 39 años tanto en 2024 como en 2025p (Tabla 1)

Tabla 11. Características sociales y demográficos de los casos de morbilidad materna extrema, Putumayo a semana 24 de 2025p

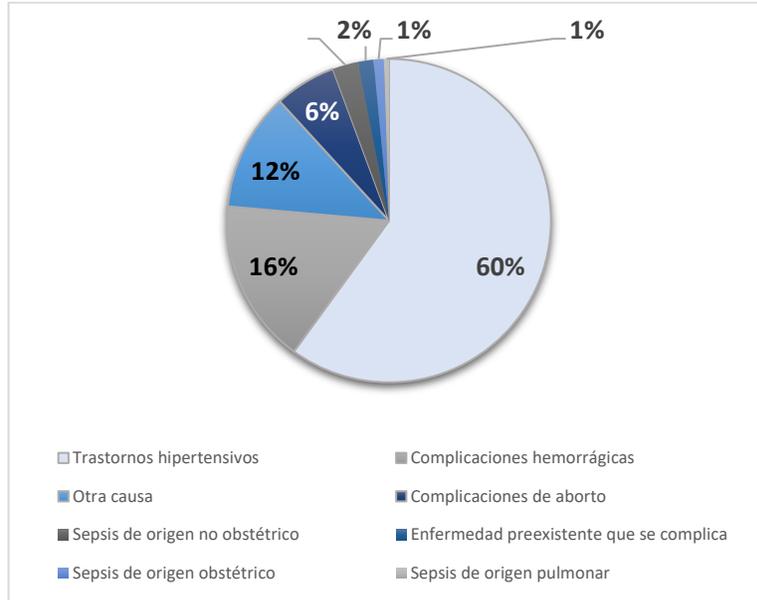
	Casos 2024	% Casos 2024	Razón de MME 2024	Casos 2025	% Casos 2025	Razón de MME 2025
Área						
Cabecera municipal	130	79%	152.2	154	81%	181.8
Rural disperso	31	19%	41.7	31	16%	47.3
Centro poblado	3	2%	45.5	4	2%	28.8
Régimen						
Subsidiado	125	76%	91.37	151	80%	117.88
Contributivo	28	17%	130.23	33	17%	146.67
No Asegurado	8	5%	133.33	7	4%	118.64
Excepción	3	2%	142.86	3	2%	333.33
Pertenencia étnica						
Otro	153	93%	109.4	165	87%	126.7
Indígena	9	5%	37.3	24	13%	96.4
Negro, mulato afro colombiano	2	1%	80.0	2	1%	83.3
Edad						
10-15 años	4	2%	80.0	6	3%	125.0
16-19 años	29	18%	108.2	24	13%	93.4
20-24 años	29	18%	66.5	49	26%	108.6
25-29 años	38	23%	94.5	47	25%	126.0
30-34 años	31	19%	103.7	36	19%	136.4
35-39 años	18	11%	117.6	23	12%	175.6
40 +	15	9%	267.9	10	5%	196.1

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

CAUSA AGRUPADA DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Las principales causas de MME, para este año se observó así: 60 % se reportaron como trastornos hipertensivos, (preeclampsia severa) seguido 16 % con las complicaciones hemorrágicas y 12 % otras causas (Tabla 11).

Gráfica. 3 Causa principal agrupada de los casos de morbilidad materna extrema, Putumayo Semana 24 de 2025p.



Fuente: Sivigila Putumayo 2025

COMPORTAMIENTO INUSUAL

En lo observado a semana 24 de 2025p se observa INCREMENTO en el departamento, así mismo los casos residentes en Mocoa, Orito, San Francisco, San Miguel, Sibundoy y Villagarzón. El municipio de Orito se encuentra en incremento durante 23 semanas consecutivas.

El análisis de comportamientos inusuales para el 2025 según entidades territoriales reporta un incremento con respecto a lo históricamente registrado para morbilidad materna extrema, para el departamento se tiene un histórico acumulado de casos de 145 casos de MME, hasta la semana 24 del año 2025 se reportó 195 casos observando un incremento de casos estadísticamente significativo.



Tabla 12. Comportamiento inusual de Morbilidad materna extrema Putumayo, mediante metodología de Poisson para el nivel municipal a semana 24 de 2025p

MUNICIPIO	2025 OBSERVADO	Promedio 2020 -2024	Poisson	Diferencia	SEM 24
Colon	2	2	0,2707	0	Ninguno
Mocoa	31	21	0,0090	10	Aumento
Orito	37	23	0,0022	14	Aumento
Puerto Asís	31	38	0,0337	-7	Disminución
Puerto Caicedo	6	7	0,1411	-1	Ninguno
Puerto Guzmán	6	7	0,1490	-1	Ninguno
Puerto Leguizamo	9	9	0,1318	0	Ninguno
San Francisco	7	3	0,0099	5	Aumento
San Miguel (La Dorada)	11	6	0,0195	5	Aumento
Santiago	5	3	0,0735	2	Ninguno
Sibundoy	13	5	0,0013	8	Aumento
Valle Del Guamuez	22	21	0,0812	1	Ninguno
Villagarzón	15	9	0,0194	6	Aumento
PUTUMAYO	195	145	0,0000	50	Aumento

Fuente: SIVIGILA 2025p

INDICADORES DEL EVENTO MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Razón de morbilidad materna extrema:

La razón de Morbilidad Materna para la semana 24 del año 2025p es de 123.8 casos por 1 000 nacidos vivos, ubicando al departamento en categoría zona de riesgo, de acuerdo con el municipio de residencia se observa que los municipios de San Francisco, Orito y Sibundoy tienen los valores de Razón de MME más altas del departamento.

Tabla 13. Índice de Letalidad MME, Putumayo a semana 24

Índice de Letalidad año 2025:	Índice de Letalidad año 2024:
$0/195*100 = 0\%$	$1/165*100 = 0,60$

Fuente: SIVIGILA 2025



Respecto al índice de letalidad, a nivel departamento durante 2025 este indicador fue del 0 %, lo cual indica que se presentaron 0 muertes maternas tempranas que fueron reportadas como morbilidad Materna, lo que refleja un Riesgo Bajo para el departamento. A semana 24 del año 2024 el indicador se reportó con un índice de letalidad de 0,6 % se refleja en un Riesgo medio en el departamento

Relación MME/MM

Durante el año 2024 se presentaron 0 casos de morbilidad materna extrema por cada caso de muerte materna. Dado que no se han presentado casos de Muerte Materna Temprana.

Tabla 14. Índice de Mortalidad Perinatal y neonatal tardía por MME, Putumayo a semana 24

Índice de Mortalidad Perinatal año 2025:	Índice de Mortalidad Perinatal año 2024:
$16/195 * 100 = 8.2$	$24/164 * 100 = 14.6$

Fuente: SIVIGILA 2025

El índice de muerte perinatal en las gestantes con Morbilidad Materna Extrema a semana 24 de 2025 se reporta en el departamento con 8,2 %. El índice de muerte perinatal en las gestantes con Morbilidad Materna Extrema se reporta en el departamento para el año 2024 es de 14,6 % se observa disminución en el presente año. De acuerdo a los valores de referencia, el departamento se encuentra en un riesgo alto ($\geq 4,4$ %).

Para el año 2025p en este indicador se encuentran las entidades territoriales de San Miguel y Sibundoy con 8 % para cada municipio, 6 % para Puerto Caicedo. Los municipios de Villagarzón, Leguízamo y Orito con el 5 % se encuentran en riesgo alto y Mocoa, Valle del Guamuez con 4 % en riesgo medio y Puerto Asís con el 2 % se encuentran en riesgo Bajo.



Tabla 15. Porcentaje de casos con tres o más criterios 2025, Putumayo a semana 24

Municipio	3 o más criterios	%
Orito	6	3%
Puerto Asís	5	3%
Mocoa	4	2%
Valle Del Guamuez	3	2%
Puerto Leguizamo	2	1%
Puerto Caicedo	1	1%
Puerto Guzmán	1	1%
San Miguel (La Dorada)	1	1%
Sibundoy	1	1%
Total, general	24	12%

Fuente: SIVIGILA 2025

Respecto a los casos de morbilidad materna extrema con mayor número de criterios de inclusión, a nivel departamental se reporta que el 12 % de los casos notificados presentan 3 o más criterios, lo cual indica la severidad de la complicación materna. Al ver este indicador según entidad territorial de residencia, los municipios de Puerto Asís (3 %) y Orito (3 %) presentan el mayor porcentaje de casos con severidad superior a 3 criterios.

Oportunidad de notificación

La oportunidad de la notificación inmediata de MME en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del departamento muestra que en el 2025 se tiene el 98.3 % de casos con notificación oportuna.

DISCUSION:

Según la OMS, la vigilancia de la MME ofrece una ventaja fundamental en la lucha contra la mortalidad materna: permite actuar de manera proactiva en lugar de reactiva, lo que ayuda a salvar vidas y a



mejorar la calidad de la atención⁸. En Putumayo, las altas tasas y su diferencia en la tendencia de la razón indican que hay brechas en la atención obstétrica de urgencias, desigualdades territoriales y fallas en la identificación y referencia temprana de mujeres embarazadas con factores de riesgo.

La morbilidad materna extrema (MME) en el departamento del Putumayo ha mostrado un aumento Cambiante entre las semanas epidemiológicas 1 a 24 del periodo 2020–2025p. Se han registrado picos significativos en varios municipios, como San Francisco (500 en 2025p), Orito (196,8 en 2025p) y Sibundoy (228,1 en 2025p). Este patrón es una señal de alerta epidemiológica, ya que los casos de MME son considerados eventos centinela que ayudan a identificar fallas en la atención oportuna y segura durante el embarazo, el parto o el puerperio⁹

La distribución de casos de morbilidad materna extrema (MME) en el Putumayo durante 2024 y 2025p revela patrones epidemiológicos significativos que ponen de manifiesto las inequidades estructurales en la salud materna. Un alto porcentaje de estos casos proviene de las cabeceras municipales, alcanzando el 79 % en 2024 y el 81 % en 2025p. Además, se registran algunas de las tasas más elevadas, con 152,2 en 2024 y 181,8 en 2025, lo que indica que los hospitales en estas áreas están recibiendo la mayoría de los casos graves provenientes de zonas rurales. Por otro lado, aunque el área rural dispersa presenta un menor número de casos (19 % y 16 %), su Razón sigue siendo notable (41,7 y 47,3), lo que sugiere que podría haber retrasos en la identificación y el traslado oportuno de las gestantes en

⁸ Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(3):287–296. doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>

⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la vigilancia de la morbilidad materna extrema. Bogotá: MSPS; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>



riesgo¹⁰.

Durante los años 2024 y 2025p, el departamento del Putumayo observó un incremento en los casos de morbilidad materna extrema, pasando de 164 a 195. Los trastornos hipertensivos del embarazo fueron la causa principal, representando el 65,2 % en 2024 y el 60 % en 2025p. Este hallazgo se alinea con estudios tanto nacionales como internacionales que identifican a la preeclampsia, eclampsia y el síndrome HELLP como las principales causas de complicaciones maternas graves, especialmente en entornos donde la atención oportuna es limitada¹¹.

La presencia de tres o más criterios sugiere una mayor probabilidad de que se requiera ingreso a la UCI, intervenciones quirúrgicas, múltiples transfusiones o incluso falla orgánica. Además, esto se relaciona con un riesgo incrementado de mortalidad materna si no se implementan protocolos sólidos. Esta gravedad también puede estar influenciada por factores sociales, como la demora en la consulta, un control prenatal deficiente, barreras geográficas y una baja capacidad de resolución en el primer nivel de atención¹².

CONCLUSIONES:

La tendencia de la morbilidad materna extrema en el Putumayo durante el primer semestre de los años 2020 a 2025p muestra una situación persistente. Se caracteriza por aumentos periódicos, una concentración geográfica y desigualdades estructurales. Esta realidad demanda un enfoque integral del riesgo obstétrico, que va desde la identificación temprana en el primer nivel hasta asegurar una atención especializada y oportuna.

¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica para la vigilancia de la morbilidad materna extrema. Bogotá: MSPS; 2016

¹¹ Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(3):287-96. doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007

¹² Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health.* 2014;2(6):e323-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103301/>



La morbilidad materna extrema en el Putumayo durante 2024 y 2025p revela una clara concentración en áreas urbanas, afectando especialmente a mujeres con régimen subsidiado. También se ha observado un aumento entre gestantes indígenas y adolescentes, así como una mayor gravedad en mujeres mayores de 40 años. Estas tendencias resaltan la necesidad de enfoques diferenciados e intersectoriales para abordar los determinantes sociales, étnicos y geográficos que impactan la salud materna.

La morbilidad materna extrema en Putumayo sigue siendo un serio problema de salud pública, y muchas de sus causas son prevenibles. Los trastornos hipertensivos siguen siendo los más comunes, mientras que las complicaciones hemorrágicas y los abortos están mostrando una tendencia al alza. Esto pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la calidad de la atención obstétrica, sino también las desigualdades estructurales que limitan el acceso seguro y oportuno a los servicios de salud materna.

Durante el periodo evaluado, el 12 % de los casos de MME en Putumayo mostraron tres o más criterios de severidad, lo que indica que hay un grupo de mujeres con un alto riesgo de sufrir complicaciones graves. Los municipios de Orito, Puerto Asís y Mocoa son donde se concentran la mayoría de estos casos críticos, lo que resalta la urgencia de fortalecer un enfoque diferenciado y una vigilancia más intensa en estas áreas.



RECOMENDACIONES:

Es importante fortalecer el sistema de vigilancia activa para la morbilidad materna extrema en todos los municipios del Putumayo. Esto debe incluir: la identificación temprana de factores de riesgo en mujeres embarazadas, la implementación de rutas de atención obstétrica de alto riesgo con un enfoque territorial, y el seguimiento clínico de cada caso desde su inicio hasta la recuperación.

Se recomienda implementar estrategias con enfoque poblacional y diferencial, que incluya fortalecimiento de la vigilancia activa de MME en comunidades indígenas, zonas rurales y adolescentes embarazadas, consolidación de rutas maternas de alto riesgo con mecanismos de referencia efectivos desde zonas rurales al nivel hospitalario, acciones de promoción y prevención específicas para mujeres mayores de 35 años y adolescentes, incluyendo planificación familiar, ingreso temprano a control prenatal y educación en salud sexual y reproductiva. Este abordaje debe estar articulado con actores sociales, entes territoriales, EPS e IPS, garantizando el cumplimiento de los principios establecidos en la Resolución 3280 de 2018.

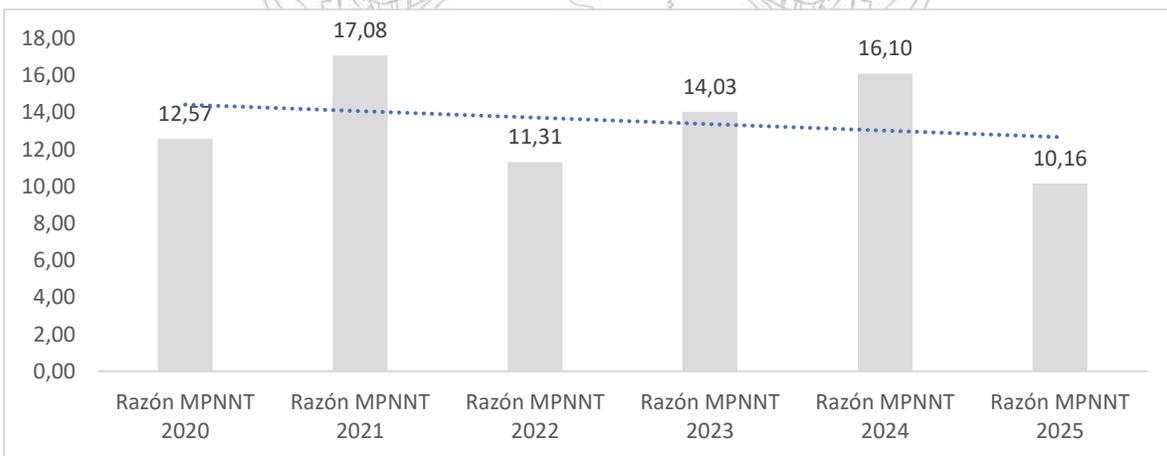
Es importante fortalecer las habilidades del personal de salud en el manejo integral de emergencias obstétricas. Esto incluye un enfoque en el manejo activo del tercer período del parto, el protocolo para tratar trastornos hipertensivos y hemorragias, así como la implementación efectiva de rutas de atención para garantizar abortos seguros y la atención posaborto. Además, es necesario intensificar las acciones de vigilancia activa de la MME, acompañadas de auditorías clínicas en todos los casos, para poder identificar causas evitables y puntos críticos dentro del sistema de atención.



COMPORTAMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA.

En 2020, la razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía para el departamento del Putumayo fue de 12,57, seguida de un incremento significativo en 2021 (17,08). En 2022 se evidenció una mejora importante con una razón de 11,31, la más baja del periodo hasta entonces. Sin embargo, en 2023 la cifra volvió a subir a 14,03, y en 2024 alcanzó 16,10, lo cual indica una nueva fase de incremento que podría reflejar problemas en la calidad o continuidad del cuidado materno-perinatal. Finalmente, en 2025p se reporta una reducción notable a 10,16, el valor más bajo del periodo, lo que sugiere la posible efectividad de intervenciones recientes implementadas en el territorio.

Gráfica. 4 Tendencia de la razón de mortalidad perinatal y neonatal a semana epidemiológica 24, año 2020-2025p

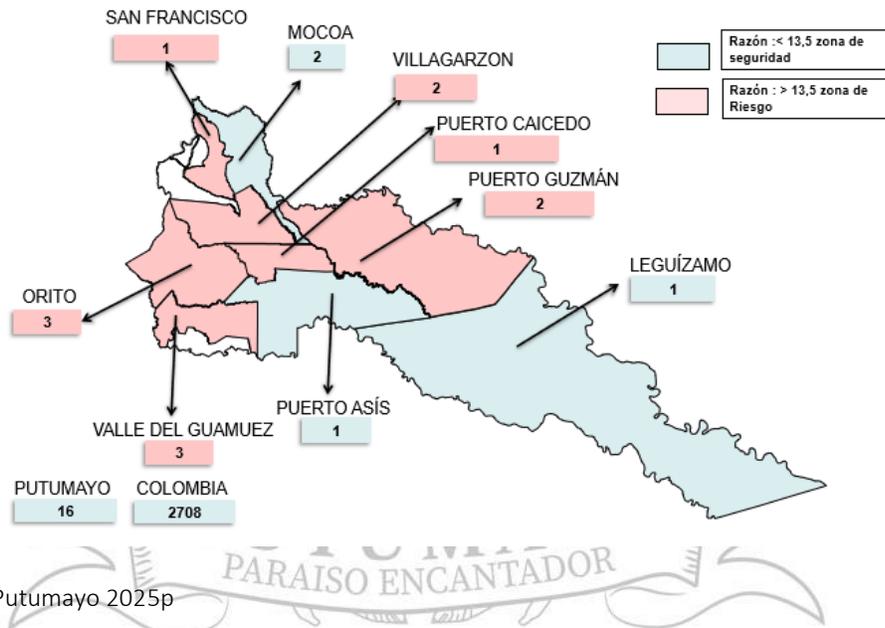


Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

GEORREFERENCIACIÓN

Por municipio de residencia de Mocoa (2 casos), Orito (3 casos), Valle del Guamuez (3 casos) y Villagarzón (2 casos) concentra 63 % de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía se han notificado casos en 10 de 13 los municipios del departamento, representando 69,2 % del territorio departamental (Mapa 2).

Mapa 2. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Putumayo, semana epidemiológica 2025p



Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

RAZÓN DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA

La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 10.16 muertes por 1 000 nacidos vivos. Se observa una disminución en la Razón departamental durante 2025p, sin embargo, los municipios de Orito, Puerto Caicedo y Puerto Guzmán presentaron Razón de MPNNT en valores de Riesgo durante los dos años consecutivos.



Municipios con razones elevadas o inestables:

LEGUÍZAMO: Registra valores elevados en 2020 (36,04), 2021 (49,38), y 2024 (34,88). Aunque baja en 2025p (11,49), refleja una situación que requiere el monitoreo en las cifras y acciones del municipio.

PUERTO GUZMÁN: Presenta una razón alta en 2024 (40,82) y niveles críticos en 2021 (21,13) y 2025 (21,05), lo que puede indicar necesidad del fortalecimiento en el seguimiento a las acciones.

FRANCISCO: A pesar de no reportar casos en algunos años, muestra picos altos en 2022 (47,62), 2023 (52,63) y 2025p (71,43), lo que está relacionado con poca población y pocos nacimientos, pero gran impacto por cada evento.

Municipios con tendencia a la disminución:

PUERTO ASÍS: Muestra una reducción importante, especialmente en 2025p (2,58), tras un aumento en 2024 (19,23). La disminución sostenida entre 2023 y 2025p puede reflejar intervenciones eficaces.

MOCOA: Mantiene una razón relativamente baja y estable, con altibajos menores. Esto sugiere mejor desempeño en la atención materno-perinatal. **VILLAGARZÓN:** Aunque tuvo picos (2020 y 2025p), presenta una razón moderada en general y mejora en años clave (2023: 6,58).

Municipios con valores variables:

ORITO: Alterna entre razones bajas y muy altas (2023: 43,48), lo que puede indicar inestabilidad en la calidad de atención. **SIBUNDOY y SANTIAGO:** presentan valores muy variables, lo que sugiere que pocos eventos tienen alto impacto en la tasa, pero requieren vigilancia.



Tabla 16 Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía, por municipio de residencia, Putumayo a semana 24, año 2020-2025p

<i>Municipio</i>	<i>Razón MPNNT 2020</i>	<i>Razón MPNNT 2021</i>	<i>Razón MPNNT 2022</i>	<i>Razón MPNNT 2023</i>	<i>Razón MPNNT 2024</i>	<i>Razón MPNNT 2025</i>	<i>Tendencia</i>
COLÓN	0,00	0,00	0,00	52,63	0,00	0,00	
MOCOA	8,33	11,83	3,15	7,14	3,76	7,87	
ORITO	19,01	16,78	3,57	43,48	14,63	15,96	
PUERTO ASÍS	8,18	13,38	10,40	4,29	19,23	2,58	
PUERTO CAICEDO	13,89	9,17	59,70	0,00	16,13	22,22	
PUERTO GUZMÁN	15,75	21,13	7,87	7,63	40,82	21,05	
LEGÚZAMO	36,04	49,38	12,99	16,00	34,88	11,49	
SAN FRANCISCO	0,00	0,00	47,62	52,63	0,00	71,43	
SAN MIGUEL	0,00	26,09	38,10	19,42	26,67	0,00	
SANTIAGO	34,48	19,23	21,74	0,00	0,00	0,00	
SIBUNDOY	16,13	0,00	0,00	0,00	44,44	0,00	
GUAMUEZ	4,41	19,38	7,63	21,10	9,39	14,85	
VILLAGARZÓN	22,99	12,82	11,30	6,58	7,09	16,81	
Putumayo	12,57	17,08	11,31	14,03	16,10	10,16	

Zona de seguridad	
Zona de Riesgo	

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

ANÁLISIS POR PERIODOS PERINATALES DE RIESGO (MATRIZ BABIES)

Según momento de ocurrencia, la mayor proporción de muertes perinatales y neonatales tardías corresponde a muertes fetales ante parto, (desde la semana 22 de gestación hasta inicio trabajo de parto), con 56,2 % (9 casos)

Según la matriz BABIES la falta de atención a la salud materna y los cuidados prenatales son el principal contribuyente para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento del Putumayo, para este grupo la tasa de mortalidad es de 5,1 y 1,9 muertes por 1000 nacidos vivos para cada factor. Para efectos relacionados con la salud materna, la mayoría de los bebés con un peso al nacer menor a 1500 gramos tienen predeterminado retardo de crecimiento uterino. Tanto el carácter



prematureo como el retardo del crecimiento uterino están relacionados con el estado de salud de la madre (nutrición, infecciones, alta paridad, o embarazo a temprana edad). Las celdas que registran recién nacidos cuyo peso es menor de 1500 gramos en su mayoría son recién nacidos que nacen muertos.

Para efectos relacionados con los cuidados prenatales, con una razón de 1,9 muertes * 1 000 nv de acuerdo al análisis de la matriz el exceso de fetos muertos con peso igual o mayor de 1 500 gramos en estas casillas refleja la salud de la madre durante el embarazo (no incluye abortos previos). Las muertes de los fetos ocurridas antes de comenzar el trabajo de parto reflejan carencia de la frecuencia o calidad en el cuidado durante el embarazo de enfermedades como la sífilis gestacional o la diabetes. La diferencia entre los recién nacidos muertos que están en estado de maceración y los que han muerto recientemente indica que la calidad del cuidado durante el último trimestre fue deficiente o que los servicios de atención prenatal necesitan ser mejorados.

Tabla 17. Períodos perinatales de riesgo - Matriz BABIES. Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según peso fetal y momento de a muerte a semana 24 de 2025p

Períodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES								
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL, MUERTES	TOTAL, NACIDOS VIVOS	TOTAL, NACIDOS VIVOS +MUERTOS	TASA MPNT x 1000 NV
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL					
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS				
Menor de 1000	5	0	1	0	6	1	6	1000.0
De 1000 a 1499	1	0	1	0	2	12	13	153.8
De 1500 a 2499	3	0	0	0	3	91	94	31.9
De 2500 a 3999	0	1	1	1	3	1407	1408	2.1
4000 y más	0	0	0	0	0	41	41	0.0
Total, general	9	1	3	1	14	1553	1563	9.0



Matriz para cálculo razones por periodos perinatales de riesgo				
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA			
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL	
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS
Menor de 1000	3.2	0.0	0.6	0.0
De 1000 a 1499	0.6	0.0	0.6	0.0
De 1500 a 2499	1.9	0.0	0.0	0.0
De 2500 a 3999	0.0	0.6	0.6	0.6
4000 y más	0.0	0.0	0.0	0.0
Total, general	5.8	0.6	1.9	0.6

5.1	Salud materna
1.9	Cuidados prenatales
0.6	Atención del parto
0.6	Atención del recién nacido
0.6	Atención del neonato AIEPI

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

La tabla 17 muestra la comparación entre número de controles prenatales y zona de residencia durante el año 2024 a 2025p, se puede observar que para los casos residentes en zona urbana el 48 % cuenta con 4 o más controles prenatales en 2024 y para el 2025 los casos con residencia urbana con 4 o más controles prenatales constituyen el 57 % lo que indica un aumento en el reporte de casos en la zona urbana con adecuado número de controles prenatales, sin embargo en los casos con controles inadecuados (< 4) ocupa mayor porcentaje en la zona rural con el 39% de los casos en 2024 y para el año 2025p la frecuencia de casos con inadecuados controles prenatales es más frecuente en la zona urbana ocupando el 25 % de los casos. Para el año 2024 se tiene un promedio de 3,4 controles prenatales y para el año 2025p se reporta un promedio de 4,1 controles. Esta información nos muestra que el número de controles tanto para el año 2024 y 2025p no es muy adecuado y es necesario realizar fortalecimiento de estrategias para mejorar la adherencia a control prenatal.



Tabla 18 Frecuencia de casos de Mortalidad perinatal según Número de controles prenatales y residencia, Putumayo a semana 24 año 2024-2025p

Número de Controles prenatales	2024				2025p			
	Cabecera municipal	% Cabecera municipal	Rural	% Rural	Cabecera municipal	% Cabecera municipal	Rural	% Rural
0	2	9 %	5	22 %	1	6 %	1	6 %
1-3	2	9 %	4	17 %	3	19 %	1	6 %
4-6	8	35 %	2	9 %	6	38 %	1	6 %
7 o mas	3	13 %	1	4 %	3	19 %	0	0 %
Total	15	65 %	8	35 %	13	81 %	3	19 %

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

CAUSA DE MUERTE PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó mayor frecuencia en las causas: otros desprendimientos prematuros de la placenta con el 13 % y trabajo de parto prematuro con el 13 %, sin embargo, la causa en estudio corresponde al 20 % de los casos.

Tabla 19 Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas a semana 24 de 2025p

<i>DX</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
EN ESTUDIO	3	19 %
OTROS DESPRENDIMIENTOS PREMATUROS DE LA PLACENTA	2	13 %
TRABAJO DE PARTO PREMATURO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	2	13 %
TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR OTRAS EVIDENCIAS DE SUFRIMIENTO FETAL	2	13 %
ASFIXIA DEL NACIMIENTO, SEVERA	2	13 %
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR COMPLICACIONES MATERNAS NO ESPECIFICADAS DEL EMBARAZO	1	6 %
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS	1	6 %
HIPOXIA INTRAUTERINA, NO ESPECIFICADA	1	6 %
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	1	6 %
HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA	1	6 %
TOTAL GENERAL	16	100 %

Fuente: Sivigila Putumayo 2025



CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

El 81 % de los casos de Mortalidad perinatal y neonatal tardía, se reportaron en mujeres residentes en la zona urbana del departamento. El 88 % de los casos se notificaron en el régimen subsidiado. Por pertenencia étnica el 94 % de los casos se registró en las mujeres con pertenencia étnica “otro” y el 6 % con pertenencia étnica indígena perteneciente al pueblo Awa, respecto al número de controles prenatales el 13 % de los casos no tuvieron ningún CPN, y en este grupo la razón de MPNNT fue la más alta (31,7). Las gestantes con 1 a 4 controles tuvieron una razón de 15,6, mientras que aquellas con 5 a 8 controles presentaron una menor razón (7,8), lo que confirma que mayor número de CPN se asocia con menor riesgo perinatal. Esto enfatiza la importancia de garantizar el acceso temprano y continuo al control prenatal, según lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Tabla 20. Características sociales y demográficos de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, semana epidemiológica 1 -24, 2025p

	Casos	NV	Razón	%
Área de Residencia				
Urbana	13	847	15.3	81 %
Rural	3	655	4.6	20 %
Régimen				
Contributivo	1	225	4.4	6 %
Excepción	1	9	111.1	6 %
Subsidiado	14	1281	10.9	88 %
Pertenencia étnica				
Indígena	1	249	4.0	6 %
Otro	15	1302	11.5	94 %
Número de CPN				
0	2	63	31.7	13 %
1 a 4	6	385	15.6	38 %
5 a 8	8	1029	7.8	50 %
Total, general	16	1575	12.3	100 %

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p



COMPORTAMIENTO INUSUAL MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA

Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 24 de 2025p se reporta comportamiento hacia la disminución en los datos de 1 municipio del departamento, el municipio de Puerto Asís presenta un comportamiento estadísticamente significativo hacia el decremento, el mismo comportamiento es presentado por el departamento del Putumayo. Lo anterior debido a que se reporta menor número de casos que los presentados en años anteriores

Tabla 21 Comportamiento inusual por municipio. Putumayo a semana 24 de 2025p

ENTIDAD TERRITORIAL	SEM 23	2025 OBSERVADO	Promedio 2020 -2024	Poisson	Diferencia	SEM 24
COLON	Ninguno	0	1	0.36787944	-1	Ninguno
MOCOA	Ninguno	2	2	0.26814364	0	Ninguno
ORITO	Ninguno	3	5	0.1516907	-2	Ninguno
PUERTO ASIS	Disminución	1	5	0.02438954	-4	Disminución
PUERTO CAICEDO	Ninguno	1	2	0.3041044	-1	Ninguno
PUERTO GUZMAN	Ninguno	2	2	0.26814364	0	Ninguno
PUERTO LEGUIZAMO	Ninguno	1	4	0.08500893	-3	Ninguno
SAN FRANCISCO	Ninguno	1	1	0.36787944	0	Ninguno
SAN MIGUEL (LA DORADA)	Ninguno	0	3	0.06392786	-3	Ninguno
SANTIAGO	Ninguno	0	1	0.36787944	-1	Ninguno
SIBUNDOY	Ninguno	0	2	0.22313016	-2	Ninguno
VALLE DEL GUAMUEZ	Ninguno	3	3	0.22404181	0	Ninguno
VILLAGARZON	Ninguno	2	2	0.27067057	0	Ninguno
PUTUMAYO	Disminución	16	29	0.00332644	-13	Disminución

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

INDICADORES DE VIGILANCIA DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA.

Razón de muerte perinatal y neonatal tardía:

Para el año 2024 se tuvo una razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía de 16,10 muertes por 1000 Nacidos Vivos. Para el año 2025p se tiene una Razón de 10,16 muertes por 1 000 Nacidos Vivos. Lo que indica una disminución de 5.9 unidades con respecto al año 2024.



Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal Sivigila y Estadísticas Vitales:

Al realizar el análisis de la correspondencia de las fuentes de información Sivigila/RUAF se observa que en los últimos años ha disminuido la brecha existente en los casos reportados para cada fuente de información, mostrando una concordancia del 100 % en 2025p. Nueve municipios han notificado casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía al sistema de vigilancia Sivigila y al RUAF, y los 9 municipios presentaron correlación con RUAF del 100 %.

Oportunidad en el cumplimiento de envío de la información de análisis individuales a las 8 semanas de notificado:

A semana 24 de 2025p se ha realizado 11 unidades de análisis para el departamento, de ellas se tiene un caso particular en el cual no se realizó la unidad en el tiempo establecido estableciendo una oportunidad del 91 %; todas las unidades de análisis fueron enviadas al Instituto Nacional de Salud para un cumplimiento en el envío mediante la plataforma UACE.

Proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa de muerte bien definida en Sivigila:

Se verifica la totalidad de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardías reportadas por las instituciones del departamento con un cumplimiento del 72,7 % en este indicador, dado que se tiene 3 casos de en estudio por medicina legal.

TABLERO DE PROBLEMAS

Para la consolidación del Tablero de Problemas se recopilaron la información de 11 casos que fueron notificados al sistema de Vigilancia Sivigila y aplican para el grupo de EISP priorizados para Unidad de Análisis. Se unificaron las categorías y se clasificaron por factor; donde se pueden apreciar 175 situaciones y/o problemas asociados al fallecimiento; los cuales se listan a continuación:

Tabla 22. Factores identificados mediante Unidad de Análisis evento MPNNT, Putumayo a semana 24

<i>Nombre del Factor</i>	<i># Factor</i>	<i>%</i>
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	58	33 %
Prestación de servicios individuales.	49	28 %
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.	20	11 %
Determinantes estructurales.	15	9 %
Gestión del aseguramiento.	15	9 %
Prestación de servicios colectivos.	8	5 %
Determinantes intermedios.	5	3 %
Acceso a los servicios de salud.	3	2 %
Procesos de gestión del talento humano.	2	1 %
Total, general	175	100%

Fuente: Unidad de Análisis de Casos especiales, 2025

Las acciones de *promoción y mantenimiento* de la salud en este factor se encuentran 58 problemas que corresponden al 33 % del total de factores, allí se relacionan los problemas de incumplimiento en las acciones de protección específica (26 %). Le siguen el incumplimiento en las acciones de detección temprana (24 %), que incluye deficiencias en el tamizaje y el diagnóstico precoz de condiciones maternas o fetales de riesgo, así como la demanda inducida (19 %), que hace referencia a la ausencia de estrategias activas para convocar a las gestantes a los servicios de salud. Además, el incumplimiento de acciones de educación y comunicación para la salud (17 %) y la falta de estrategias efectivas para comunicar el riesgo al paciente (14 %) reflejan debilidades en la transmisión de información clara, oportuna y comprensible, necesaria para una participación consciente de la usuaria en su proceso de atención.

El factor *Prestación de servicios individuales* corresponde a 28 % situación problema. La principal falencia corresponde a los mecanismos de seguimiento clínico (31 %), lo que implica que no se garantizó una vigilancia continua, estructurada y oportuna del estado de salud de las gestantes,



situación que puede haber contribuido a la progresión de condiciones de riesgo sin intervención adecuada. Asimismo, en el 18 % de los casos no se cumplieron las acciones definidas en las guías de atención clínica, lo cual señala un incumplimiento de estándares técnicos y científicos establecidos. En el 16 % de los eventos se reportó inadecuado diligenciamiento de la historia clínica, dificultando la continuidad del cuidado, el análisis del caso y la toma de decisiones clínicas. Además, el 14 % presentó fallas en la referencia y contrarreferencia, ya sea por ausencia o por ejecución tardía, lo que compromete la oportunidad en el acceso a niveles de mayor complejidad. Otros hallazgos incluyeron tratamientos inadecuados o inoportunos (12 %), diagnósticos tardíos o incorrectos (4 %), y la ausencia de remisiones requeridas por las RIAS (4 %).

El factor *Conocimientos, actitudes y prácticas* corresponde al 11 % del total de factores. Los principales problemas identificados fueron la baja percepción de riesgo en salud y la inoportunidad en la toma de decisión para acceder a los servicios, cada uno presente en el 25 % de los casos. Esto refleja una débil conciencia frente a la gravedad de los signos de alarma durante el embarazo y un retraso crítico en la búsqueda de atención médica, lo cual puede impactar negativamente el pronóstico materno y fetal. Asimismo, se encontró que el desconocimiento de derechos y deberes en salud, el desconocimiento de signos y síntomas de alerta, y la falta de autonomía para la toma de decisiones, estuvieron presentes en el 15 % de los casos cada uno, evidenciando barreras en la toma de decisiones por parte de las gestantes y sus familias para actuar de forma oportuna ante situaciones de riesgo. Finalmente, un 5 % reportó experiencias negativas con los servicios de salud o el aseguramiento, lo que interfiere en la adherencia a la atención.



El factor *Gestión del aseguramiento* corresponde al 9 % del total de factores. La mayor proporción de casos se relaciona con la ausencia de acciones específicas o intervenciones ajustadas a la caracterización poblacional (14 %), lo cual indica una débil respuesta territorial frente a las necesidades diferenciadas de la población materna. Además, en el 9 % de los casos, la EAPB o la entidad territorial no garantizó una red de servicios suficiente, oportuna, accesible o resolutive, afectando directamente la continuidad y calidad del cuidado. También se identificaron barreras administrativas para acceder a la atención en salud (7 %), y fallas en la oferta de servicios (2 %), que pueden representar retrasos en la atención, demoras en la asignación de citas y falta de articulación entre actores del sistema.

El análisis de los *determinantes intermedios* evidencia que los principales problemas identificados están relacionados con condiciones socioeconómicas que afectan directamente la calidad de vida y el acceso efectivo a los servicios de salud. Se reportó bajo nivel educativo o analfabetismo en el 3 % de los casos, lo que puede limitar la comprensión de las recomendaciones médicas, la adherencia a los controles prenatales y el ejercicio de los derechos en salud. Asimismo, otro 3% de los casos corresponde a hogares con servicios públicos deficientes, lo cual refleja condiciones de vida que pueden influir negativamente en el bienestar materno y perinatal. Finalmente, un 2 % de los casos corresponde a personas ocupadas informalmente, lo que indica inestabilidad laboral, ausencia de protección social y posibles dificultades para acceder a servicios de salud por falta de afiliación o tiempo disponible.

El factor *Determinantes Estructurales* corresponde, un 13 % corresponde a mujeres pertenecientes a grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, ROM, entre otros), lo que implica la necesidad de un enfoque diferencial debido a las desigualdades históricas en el acceso a servicios de salud. Otro 13 % reside en zonas suburbanas con alta vulnerabilidad geográfica y social, lo que limita el acceso oportuno



y adecuado a la atención médica. También se identificaron casos de desplazamiento (7 %), condiciones que aumentan el riesgo de exclusión, estigmatización y desprotección social.

El análisis de los *determinantes relacionados con el entorno social y comunitario* muestra que en el 75 % de los casos se identificó inaccesibilidad a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), lo cual refleja limitaciones en la cobertura, oportunidad o pertinencia de las acciones comunitarias orientadas a la promoción de la salud materna y perinatal. Esta situación puede estar relacionada con barreras geográficas, falta de información, desarticulación institucional o baja oferta de programas en las zonas más vulnerables. Por otro lado, en el 25 % de los casos se evidenció ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias o sociales, lo que resalta la importancia del acompañamiento emocional, afectivo y práctico durante el embarazo, especialmente en contextos de riesgo.

DISCUSIÓN

Es importante analizar estos resultados teniendo en cuenta los Objetivos del Desarrollo Sostenible 3 de la Agenda 2030, que tiene como objetivo reducir la mortalidad neonatal a menos de 12 muertes por cada 1 000 nacidos vivos (meta 3.2)¹³. Aunque Putumayo ha logrado mantenerse por debajo de este umbral en algunos años, los valores de la Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía indican que los avances no son continuos ni equitativos. Las desigualdades en el acceso, la persistencia de barreras geográficas y culturales, y las limitaciones en la capacidad del sistema de salud para resolver estos problemas, pueden contribuir a este comportamiento irregular¹⁴.

¹³ Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Meta 3.2: Salud y bienestar. [Internet]. Nueva York: ONU; 2023. Disponible en: <https://sdgs.un.org/goals>

¹⁴ Departamento Nacional de Planeación. Diagnóstico: Prioridades de Equidad de Género y Mujer [Internet]. Bogotá: DNP; 2019. Disponible en:

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/Documentos/Diagn%C3%B3stico%20PP%20Equidad%20Mujer.pdf>



El análisis de la matriz de riesgo durante el periodo perinatal revela que el grupo de recién nacidos con un peso inferior a 1 000 gramos es el que presenta la mayor tasa de mortalidad, especialmente en la fase fetal ante parto (3.2 por cada 1.000 nacidos vivos) y en el neonatal temprano (0.6). Estos resultados son coherentes con lo que se ha documentado en la literatura, donde los recién nacidos con muy bajo peso al nacer (MBPN) son más propensos a enfrentar complicaciones respiratorias, infecciones, hemorragias y episodios de hipoxia, factores que impactan de manera significativa en la mortalidad perinatal y neonatal temprana¹⁵¹⁶. Este patrón indica que es crucial enfocar los esfuerzos en prevenir el parto prematuro y en gestionar adecuadamente los embarazos de alto riesgo.

En cuanto a pertenencia étnica, el 94 % de los casos se concentran en población no indígena ("otro"), aunque la población indígena, con solo 1 caso, presenta una razón relativamente baja (4,0), que podría mostrar necesidad de fortalecimiento del sistema de información para identificar esta población con marcadas barreras culturales, geográficas o de acceso¹⁷.

El número de controles prenatales está inversamente relacionado con la mortalidad: las mujeres que no tuvieron ningún control prenatal (CPN) presentan la tasa más alta (31,7), seguidas por aquellas que realizaron entre 1 y 4 controles (15,6). En cambio, las que tuvieron entre 5 y 8 controles, que es lo mínimo recomendado por las guías nacionales, muestran una tasa mucho más baja (7,8). Esto subraya

¹⁵Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. *National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis*. Lancet Glob Health. 2019;7(7):e849–e860. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31103470/>

¹⁶ World Health Organization. Low birth weight [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight>

¹⁷ UNFPA Colombia. Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas [Internet]. Bogotá: UNFPA; s. f. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/DeterminantesSocialesMortalidadMaterna_web.pdf



la importancia de la atención prenatal como una estrategia clave para reducir el riesgo tanto perinatal como neonatal¹⁸¹⁹.

El análisis de los factores que están asociados a los eventos de MPNNT en Putumayo hasta la semana epidemiológica 24 de 2025p muestra que hay una clara predominancia de determinantes que se pueden evitar, en su mayoría vinculados a fallas en el primer nivel de atención. Las acciones de promoción y mantenimiento de la salud constituyeron el 33 % de los factores revisados, lo que pone de manifiesto una debilidad estructural en las estrategias de prevención primaria. Esto es especialmente evidente en el seguimiento adecuado del embarazo, la educación sobre señales de alarma y la intervención temprana en riesgos obstétricos. Este hallazgo coincide con lo que ha reportado la OMS, que señala que hasta el 80% de las muertes perinatales podrían prevenirse con servicios básicos de salud de calidad²⁰.

CONCLUSIONES

La variabilidad de la razón de MPNNT en Putumayo entre 2020 y 2025p refleja desigualdades persistentes en la atención materno-neonatal, lo que pone en riesgo el cumplimiento de las metas del ODS 3, en especial la reducción de muertes evitables de recién nacidos. Aunque el descenso observado en 2025p es positivo, se requiere consolidar intervenciones sostenibles que garanticen la equidad y calidad en todos los territorios del departamento.

¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). *Lineamientos técnicos para la vigilancia de la muerte perinatal y neonatal temprana*. Bogotá: MSPS; 2022.

¹⁹ World Health Organization. *Making Every Baby Count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths* [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511223>

²⁰ World Health Organization. *Making Every Baby Count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths* [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511223>



La matriz revela que las muertes perinatales y neonatales afectan principalmente a los recién nacidos con un peso muy bajo al nacer (<1 500 g), siendo más frecuentes durante el periodo fetal ante parto. Sin embargo, también se observan muertes en bebés con pesos mayores, lo que sugiere que no todas se deben únicamente al peso, sino que también influyen la calidad y la oportunidad de la atención obstétrica y neonatal. Aún persisten eventos que podrían evitarse durante el parto y en las primeras etapas del periodo neonatal.

La matriz BABIES evidencia que las muertes perinatales y neonatales afectan principalmente a los recién nacidos con un peso muy bajo al nacer (<1 500 g), siendo más frecuentes durante el periodo fetal ante parto. Sin embargo, también se observan muertes en bebés con pesos mayores, lo que sugiere que no todas se deben únicamente al peso, sino que también influyen la calidad y la oportunidad de la atención obstétrica y neonatal. Aún persisten eventos que podrían evitarse durante el parto y en las primeras etapas del periodo neonatal.

La distribución de la MPNNT en Putumayo pone de manifiesto las desigualdades estructurales que impactan la salud materno-perinatal. Las tasas más elevadas se registran en mujeres que no tienen o tienen pocos controles prenatales, especialmente en áreas urbanas y dentro del régimen subsidiado. Esto resalta las deficiencias en la continuidad del cuidado y en la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, particularmente en comunidades que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Los resultados muestran que las causas de la MPNNT en Putumayo están principalmente relacionadas con fallas en la atención preventiva y en los servicios de salud individuales, así como con factores estructurales y educativos. Esto indica que muchos de estos eventos podrían haberse evitado a través



de acciones integradas desde el primer nivel de atención, con un enfoque familiar, comunitario e intercultural.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda fortalecer la red de servicios obstétricos y neonatales, priorizando territorios con mayores brechas geográficas y sociales, implementar estrategias diferenciadas de atención a la gestación y el parto, especialmente para poblaciones indígenas, rurales y adolescentes, alinear los planes departamentales de salud con el ODS 3, asegurando el seguimiento a indicadores clave como la Razón de MPNNT.

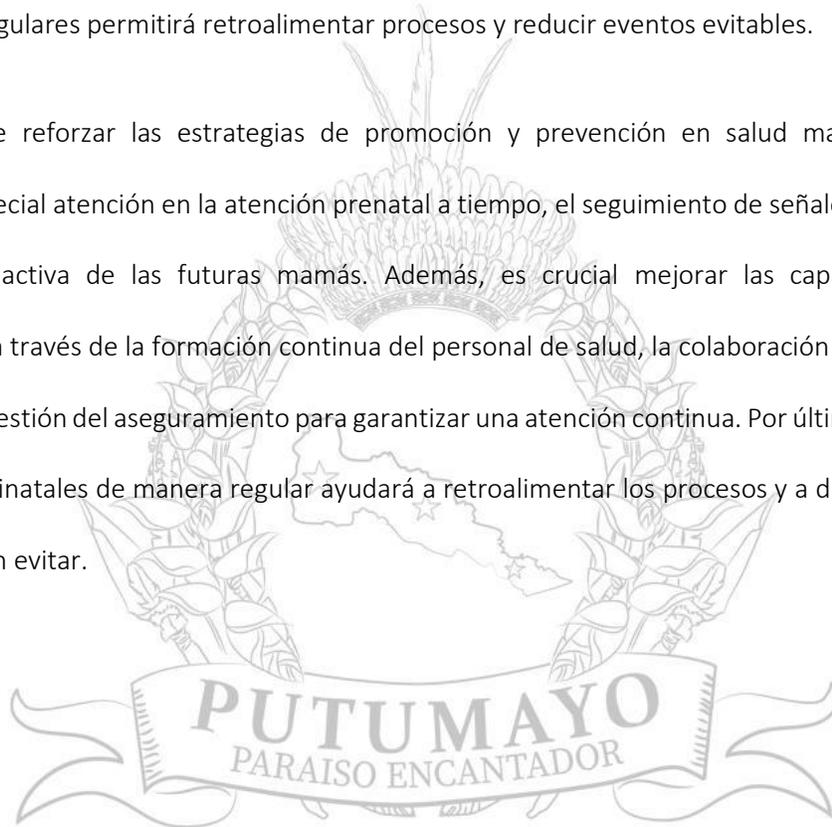
Teniendo en cuenta la Matriz de Riesgo BABIES: Se recomienda fortalecer los controles prenatales diferenciados por riesgo, asegurando seguimiento estricto a embarazos con riesgo de prematuridad y bajo peso garantizando la presencia de personal capacitado y dotación adecuada en salas de parto, para prevenir muertes intrapartos en recién nacidos con peso adecuado. Implementar protocolos de cuidado inmediato al recién nacido y vigilancia intensiva en neonatos de alto riesgo, especialmente en aquellos menores de 1.500 gramos. Promover el uso de herramientas como la autopsia verbal, las auditorías perinatales y el análisis de línea de tiempo, para mejorar la clasificación y comprensión de los eventos.

Se recomienda reforzar las estrategias para garantizar un acceso oportuno a los controles prenatales, centrándose en las poblaciones con un bajo número de CPN, en áreas urbanas donde se concentran muchos eventos, y en aquellos afiliados al régimen subsidiado. Además, es necesario establecer sistemas de verificación que tengan un enfoque diferencial y territorial, lo que permitirá identificar barreras específicas de atención para grupos étnicos y regiones con baja cobertura



Se recomienda fortalecer las estrategias de promoción y prevención en salud materno-perinatal, con énfasis en la atención prenatal oportuna, el seguimiento de señales de alarma, y la participación activa de las gestantes. También es clave fortalecer las capacidades institucionales mediante formación continua del talento humano en salud, articulación intersectorial, y ajustes en la gestión del aseguramiento para mejorar la continuidad del cuidado. Por último, implementar auditorías perinatales regulares permitirá retroalimentar procesos y reducir eventos evitables.

Es importante reforzar las estrategias de promoción y prevención en salud materno-perinatal, poniendo especial atención en la atención prenatal a tiempo, el seguimiento de señales de alarma y la participación activa de las futuras mamás. Además, es crucial mejorar las capacidades de las instituciones a través de la formación continua del personal de salud, la colaboración entre sectores y ajustes en la gestión del aseguramiento para garantizar una atención continua. Por último, llevar a cabo auditorías perinatales de manera regular ayudará a retroalimentar los procesos y a disminuir eventos que se pueden evitar.





COMPORTAMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS

La Organización Mundial de la Salud define los defectos congénitos como anomalías estructurales o funcionales de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se producen durante la vida intrauterina, y son causados por factores genéticos, ambientales o ambos; pueden ser evidentes antes del nacimiento, en el nacimiento o más tarde en la vida, se clasifican tres grupos: funcionales metabólicos, funcionales sensoriales, malformaciones congénitas.

A nivel mundial, los defectos congénitos son una de las principales causas de muerte en recién nacidos y lactantes, con más de 295,000 muertes neonatales al año atribuibles a estas condiciones, especialmente en países de ingresos bajos y medianos²¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que muchos de estos defectos pueden prevenirse o detectarse a tiempo a través de acciones como la vacunación, la suplementación con ácido fólico, el control de enfermedades maternas crónicas y el acceso a servicios prenatales de calidad²².

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud reporta que entre 2018 y 2022, los defectos congénitos fueron la segunda causa de muerte neonatal temprana y la principal causa de muerte neonatal tardía, lo que pone de manifiesto su creciente impacto en la salud pública del país²³.

²¹ World Health Organization. *Congenital anomalies. Key facts* [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>

²² Organización Mundial de la Salud. *Prevención y control de los defectos congénitos en contextos de bajos recursos* [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330547>

²³ Instituto Nacional de Salud (Colombia). *Boletín Epidemiológico Semana 52 de 2023*. Bogotá: INS; 2024. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico>



En el departamento del Putumayo, aunque las cifras pueden estar subestimadas debido a dificultades en el diagnóstico y el subregistro, los sistemas de vigilancia han comenzado a notar un aumento progresivo en algunos defectos estructurales como la microcefalia y la espina bífida. Esta situación demanda un fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, una mejora en los procesos de notificación y un acceso oportuno a servicios de genética clínica y tamizaje neonatal^{24,25}. Todo esto resalta la necesidad de implementar intervenciones integrales dentro del marco de la Ruta Materno Perinatal y de cumplir con las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, que busca garantizar una vida sana y el bienestar en todas las edades.

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN

A semana epidemiológica 24 de 2025p se ha notificado en total 75 casos de defectos congénitos de residencia Putumayo, para este mismo periodo en 2024 se presentaron 41 casos, mostrando un aumento del del 45,3%

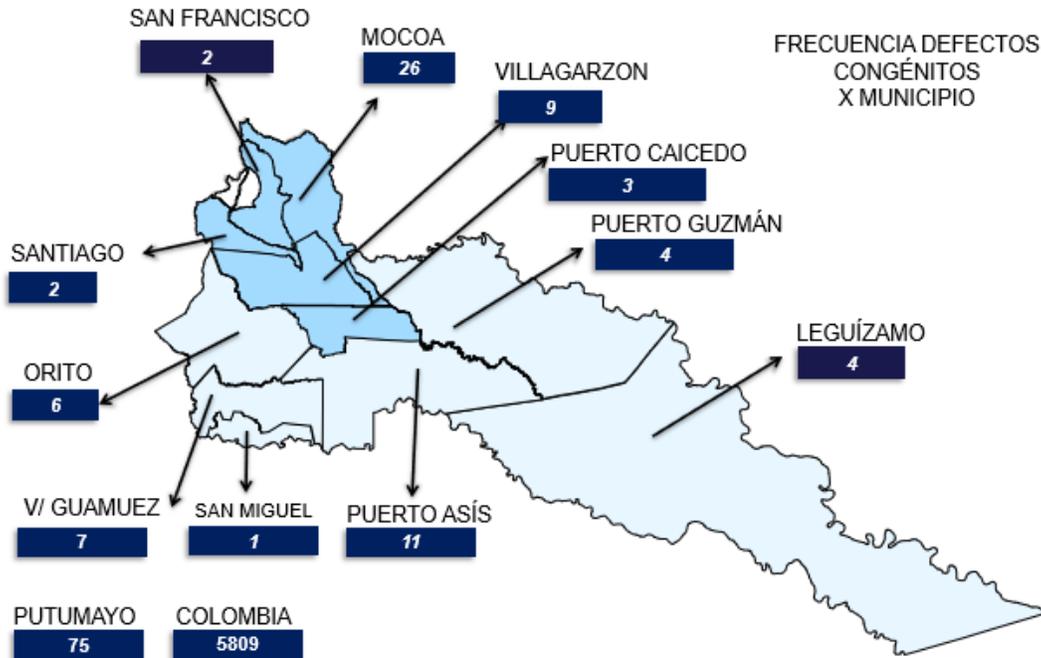
GEORREFERENCIACIÓN.

Por municipio de residencia Puerto asís, Villagarzón y Mocoa concentran 59 % del total de casos de defectos congénitos. Se notificaron casos en 11 de los 13 municipios del departamento, representando 84,6 % del territorio departamental.

²⁴ Secretaría de Salud del Putumayo. *Informe de vigilancia de defectos congénitos 2024*. Mocoa: SSP; 2025.

²⁵ Instituto Nacional de Salud. *Guía para la vigilancia en salud pública de defectos congénitos*. Bogotá: INS; 2022

Mapa 3. Notificación de Defectos congénitos Putumayo a semana epidemiológica 1- 24 de 2025p.



Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

El valor más alto de prevalencia del evento defectos congénitos se registran en el área urbana (590,3 por 10 000 nacidos vivos), seguidos por el área rural (366,4). Esto podría interpretarse como mejor detección en áreas con mayor infraestructura de salud y cercanía a las instituciones de salud. En términos de régimen de aseguramiento, el régimen subsidiado presenta la mayor concentración de casos (63), así como una alta prevalencia (491,8), lo que refleja la vulnerabilidad de esta población. Al observar la variable edad de la madre se observa la exposición a riesgos incrementados con el paso del



tiempo con picos entre 30 y 39 años (568,2 y 610,7 respectivamente), si bien la mayor concentración de casos ocurre en los 20 a 24 años.

Tabla 23. Comportamiento demográfico y social de los casos de defectos congénitos, a semana epidemiológica 24, Putumayo 2025p

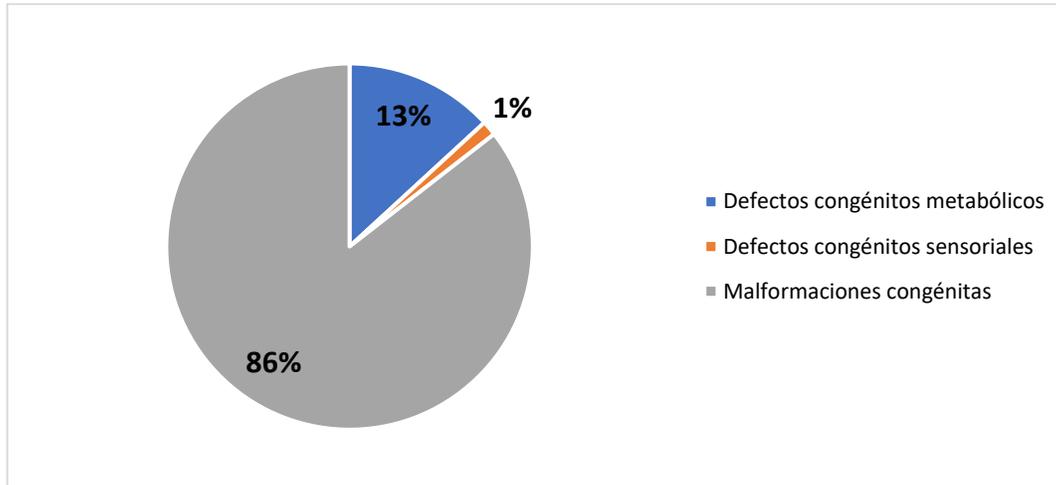
CATEGORIA	CASOS	%	nv	Prevalencia de defectos congénitos por 10.000 nv
Urbana	50	81	847	590,3
Centro poblado	1	3	73	137,0
Rural	24	16	655	366,4
Subsidiado	63	74	1281	491,8
contributivo	8	18	225	355,6
Excepción	2	5	9	2222,2
No asegurado	2	3	59	339,0
Indígena	5	4	249	200,8
Otros	69	96	1302	530,0
10-14 años	0	0	20	0,0
15-19 años	11	15	285	386,0
20-24 años	24	22	451	532,2
25-29 años	15	32	373	402,1
30-34 años	15	17	264	568,2
35-39 años	8	8	131	610,7
40 y más años	2	7	51	392,2

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

CLASIFICACION DEFECTOS CONGENITOS

De acuerdo a la clasificación de los defectos congénitos se observa que las malformaciones congénitas se aprecian ocupan el 86 % de la notificación de los casos, seguido de los defectos metabólicos como el hipotiroidismo congénito con el 13 % y el 1 % corresponde a un caso de Defecto congénito de tipo sensorial. Llama la atención que el 20 % de los casos tiene como antecedente alguna exposición a los agentes del complejo STORCH.

Gráfica. 5 Clasificación de los casos de defectos congénitos, Putumayo a semana 24 de 2025p



Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

PREVALENCIA DE DEFECTOS CONGÉNITOS

La prevalencia para el departamento de defectos congénitos se reporta en 463,5 casos por cada 10.000 nacidos vivos; la prevalencia fue mayor en 3 (tres) municipios, siendo más alta en el municipio de San Francisco con 551,5 casos por 10.000 NV, seguido de Villagarzón con 672 casos por 10.000 NV y Puerto Caicedo con 666,7 casos por 10.000 NV; el municipio con la menor prevalencia fue San Miguel (La Dorada) con 130 casos por 10.000 NV. El incremento departamental sugiere mayor carga de enfermedad o mejor capacidad de detección, pero también posibles fallas en prevención primaria y secundaria.

Gráfica. 6 Tasa de prevalencia de defectos congénitos por municipio de residencia, Putumayo a Sem 24 2025p

MUNICIPIO	Defectos congénitos 2024	Nacidos vivos 2024	Defectos congénitos 2025	Nacidos vivos 2025	Prevalencia 2024	Prevalencia 2025
Mocoa	14	266	25	254	526,3	984,3
Orito	6	205	6	188	292,7	319,1
Puerto Asís	4	416	11	388	96,2	283,5
Puerto Caicedo	1	62	3	45	161,3	666,7
Puerto Guzmán	2	98	4	95	204,1	421,1
Leguizamo	3	86	4	87	348,8	459,8
San Francisco	0	18	2	14	0	1429
San Miguel (La Dorada)	0	75	1	77	0	130
Santiago	0	38	2	32	0	625
Valle Del Guamuez	6	213	7	202	281,7	346,5
Villagarzón	8	141	8	119	567,4	672,3
PUTUMAYO	44	1677	73	1575	262,4	463,5

Fuente: Sivigila Putumayo 2024-2025p, RUAF Putumayo

INDICADORES DEL EVENTO

Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año:

La prevalencia de defectos congénitos es 463,5 casos por cada 10 000 nacidos vivos

Letalidad por defectos congénitos:

La Letalidad de defectos congénitos es del 9,5 %, es decir, por cada 100 casos notificados con Defectos congénitos 9.5 fallecieron.

Tabla 24. Prevalencia de defectos del tubo neural en menores de un año a Sem 24:

Diagnóstico	Dx CIE 10	2024	2025	Prevalencia 2024	Prevalencia 2025
Microcefalia	Q02X	0	5		
Otros Hidrocéfalos congénitos	Q038	1	1	11,9	38,1
Espina bífida- no especificada	Q059	1	0		

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

Los casos de microcefalia (Q02X), pasan de 0 casos en 2024 a 5 casos en 2025p, con un incremento en la prevalencia general, lo que puede reflejar una mejora en la capacidad diagnóstica, cambios en



factores de riesgo ambientales o infecciosos, o un aumento real de la ocurrencia. En el caso de los otros hidrocefalos congénitos (Q038), se reporta un caso en cada año, lo cual sugiere una estabilidad en su ocurrencia. Por su parte, la espina bífida no especificada (Q059) presenta un caso en 2024 y ninguno en 2025, lo que podría reflejar una disminución real, pero también puede estar influido por la necesidad de intensificar la búsqueda de casos

Tabla 25. Prevalencia de defectos congénitos auditivos en menores de un año a Sem 24, Putumayo 2024 -2025p:

<i>Diagnóstico</i>	<i>Dx CIE 10</i>			<i>Prevalencia</i>	<i>Prevalencia</i>
		<i>2024</i>	<i>2025</i>	<i>2024</i>	<i>2025</i>
Hipoacusia	Q02X	0	1	0,00	6,35

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

Prevalencia de cardiopatía congénita compleja en menores de un año:

La prevalencia de cardiopatía congénita compleja corresponde a 78 casos por cada 10 000 nacidos vivos durante 2024 a semana 24 y tiene un valor de 146 casos por 10 000 nv en 2025p.

Defecto congénito	Casos 2024	Casos 2025	Prevalencia 2024	Prevalencia 2025
Cardiopatía compleja en menores de 1 año	13	23	78	146

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

Tabla 26. Prevalencia de defectos congénitos metabólicos en menores de un año hipotiroidismo congénito:

Defecto congénito	Casos 2024	Casos 2025	Nacidos vivos 2024	Nacidos vivos 2025	Prevalencia 2024	Prevalencia 2025
Hipotiroidismo Congénito	2	1	1677	1575	11,93	6,35

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

La prevalencia de defectos congénitos metabólicos es 6,35 casos por 10 000 nacidos vivos para el año 2025p y durante 2024 la prevalencia fue de 11,93, siendo más alta en el año anterior, sin embargo, se identifica algunos casos con reporte de ajuste pendiente.

Tabla 27. Proporción de casos de tamizaje neonatal con ajuste indicador en tamizaje metabólico hipotiroidismo:

	Casos 2024	Casos 2025	Casos con ajuste 2024	Casos con ajuste 2025	% 2024	% 2025
Defecto congénito						
Casos con ajuste Defecto congénito	8	20	8	13	100%	62%

Fuente: Sivigila Putumayo 2025p

La proporción de casos probables ajustados captados por tamizaje metabólico es del 100 % para 2024 para el año 2025p se tiene un porcentaje de ajuste de casos del 62 %

DISCUSIÓN:

En cuanto a la edad de las madres, se observa que la mayor prevalencia de problemas se da en mujeres de entre 35 y 39 años (610,7) y de 30 a 34 años (568,2). Esto está relacionado con un mayor riesgo de alteraciones cromosómicas y malformaciones estructurales a medida que avanza la edad gestacional. Este fenómeno ha sido documentado en varios estudios en América Latina, como el de Castilla et al., que encontraron que la distribución de defectos congénitos en la región se debe a una mezcla de factores biológicos, sociales y ambientales, además de evidenciar desigualdades territoriales que requieren enfoques específicos²⁶.

En Putumayo, se ha observado un aumento alarmante en la prevalencia de cardiopatías congénitas complejas en niños menores de un año, entre 2024 y 2025 un incremento del 87 % y sugiere que, aunque ha habido avances en la detección, también hay un mayor riesgo relacionado con factores ambientales, genéticos y sociales. Por otro lado, el hipotiroidismo congénito ha mostrado una disminución en su prevalencia, bajando de 11.93 a 6.35 por cada 10 000 nacidos vivos. Sin embargo, esta reducción podría estar influenciada por dificultades en el acceso al tamizaje o por problemas en el

²⁶ Castilla EE, López-Camelo JS. Heterogeneous rates for birth defects in Latin America: hints on causality. *Genet Epidemiol.* 1996;13(4):451–468

Disponible en PubMed (abstract): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9043251/>



seguimiento del programa nacional²⁷²⁸. Estos hallazgos subrayan necesidad de fortalecer los programas de prevención, diagnóstico oportuno y seguimiento de defectos congénitos, en línea con los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el ODS 3, que busca asegurar una vida sana y promover el bienestar en todas las etapas de la vida.

La prevalencia de los Defectos congénitos en Putumayo ha experimentado un aumento notable entre 2024 y 2025, subiendo de 262,4 a 463,5 por cada 10 000 nacidos vivos, lo que equivale a un incremento del 76,5 %. Municipios como San Francisco (1429), Mocoa (984,3) y Villagarzón (672,3) mostraron las tasas más altas en 2025, lo que sugiere posibles deficiencias en la atención materna y neonatal. Estas cifras superan con creces la media nacional reportada para Colombia en 2022 (108,6 por 10 000 NV), lo que pone de manifiesto las desigualdades territoriales que necesitan intervenciones específicas. En concordancia con el ODS 3, es urgente mejorar la vigilancia epidemiológica, la calidad del control prenatal y la capacidad de respuesta institucional, especialmente en áreas rurales y con alta vulnerabilidad.

Durante el periodo 2024-2025, el departamento del Putumayo experimentó un notable aumento en la prevalencia de defectos congénitos, subiendo de 262,4 a 463,5 por cada 10 000 nacidos vivos, lo que equivale a un incremento del 76,6 %. Municipios como San Francisco (1429), Mocoa (984,3), Villagarzón (672,3) y Puerto Caicedo (666,7) reportaron las tasas más elevadas en 2025. Este fenómeno supera con creces la prevalencia nacional estimada en Colombia (173,4 por 10 000 NV) y la media global según la OMS (300 por 10 000 NV)²⁹³⁰. Estos resultados podrían estar vinculados a obstáculos en el acceso a servicios prenatales de calidad, factores ambientales, consanguinidad y una limitada tamización neonatal, especialmente en áreas rurales³¹. La vigilancia de los defectos congénitos es crucial no solo para garantizar una atención clínica oportuna, sino también para la formulación de políticas públicas y el cumplimiento del ODS 3.2, que tiene como objetivo reducir la mortalidad neonatal y de niños menores de cinco años para el año 2030³².

²⁷ García-Montoya A, Rodríguez-Bermúdez D, Sánchez-Moreno V. Factores asociados al subregistro de defectos congénitos en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2021;23(3):e209378.

²⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos para el programa de tamizaje neonatal. Bogotá: MinSalud; 2022.

²⁹ World Health Organization. Birth defects [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 Jul 13]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

³⁰ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Sem. 52, 2023. Grupo de vigilancia en defectos congénitos. Disponible en: <https://www.ins.gov.co>

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento.

³² Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. ODS 3. Salud y Bienestar. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>



CONCLUSIONES:

La prevalencia de defectos congénitos en el Putumayo revela una carga considerable de enfermedad, especialmente en áreas urbanas y entre mujeres de mayor edad reproductiva. Además, se observan variaciones significativas según el tipo de aseguramiento y las características sociodemográficas.

Durante los años 2024 y 2025, los defectos congénitos en Putumayo evidencian un comportamiento variable según el tipo de anomalía. La prevalencia de cardiopatías congénitas complejas mostró un incremento importante. En contraste, el hipotiroidismo congénito disminuyó su prevalencia, este comportamiento aún reflejan la necesidad de mantener una vigilancia activa en el tamizaje neonatal. Estos hallazgos reflejan desafíos persistentes en la detección temprana, la oportunidad en el diagnóstico y la capacidad resolutoria del sistema para el manejo integral de estas condiciones.

Existe un aumento en la cantidad de defectos congénitos en Putumayo durante 2025, con razones que superan las medias nacional y global, resalta las desigualdades territoriales en el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención prenatal y neonatal. Las cifras más altas se reportan en municipios como San Francisco y Mocoa nos hacen reflexionar sobre las posibles brechas en la detección temprana, la vigilancia epidemiológica y la atención integral, especialmente en áreas rurales y con alta vulnerabilidad.



RECOMENDACIONES

Es fundamental reforzar la vigilancia epidemiológica activa de los defectos congénitos a través de acciones coordinadas entre el sistema de salud, los programas de protección social y las comunidades. Esto incluye mejorar la calidad del registro en el Sivigila, implementar de manera universal el tamizaje ecográfico estructural durante el segundo trimestre, ampliar la suplementación con ácido fólico desde la etapa preconcepcional, y contar con equipos multidisciplinarios (genética, medicina materno-fetal, pediatría) en los servicios de atención prenatal de alta complejidad. Además, es crucial garantizar estrategias diferenciadas para poblaciones rurales, étnicas y con bajo aseguramiento, asegurando así un enfoque equitativo y efectivo para abordar este evento trazador.

Se recomienda fortalecer el sistema de vigilancia y confirmación diagnóstica de defectos congénitos, con especial énfasis en la implementación efectiva de estrategias de tamizaje neonatal ampliado, ecocardiografía prenatal y postnatal para la detección temprana de cardiopatías, y el seguimiento sistemático del hipotiroidismo congénito detectado por tamizaje. Además, se deben realizar auditorías clínicas periódicas sobre los casos ajustados y no ajustados para garantizar la calidad del dato y su utilidad en la toma de decisiones correspondiente, que los datos reflejen la realidad del caso y que se ingresen conforme a las instrucciones establecidas y dentro de los tiempos estipulados.

Es importante reforzar la vigilancia activa de los defectos congénitos a través de la capacitación del personal, el fortalecimiento del tamizaje neonatal, la mejora de los sistemas de información en salud y la articulación entre instituciones, todo con un enfoque diferencial y territorial. Estas acciones ayudarán a lograr diagnósticos oportunos, a implementar prevención secundaria y a cumplir con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, que se centra en reducir la mortalidad infantil y mejorar el bienestar desde la gestación.



Bibliografía

- ¹ WHO. Maternal mortality. Fact sheet. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- ² PAHO/WHO. Maternal mortality in the Americas. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/7-4-2025-paho-highlights-progress-reducing-maternal-mortality-americas-warns-persistent>.
- ³ Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287–96. doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>
- ⁴ Instituto Nacional de Salud. Informe nacional de vigilancia en salud pública 2022: mortalidad materna. Bogotá: INS; 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co>
- ⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud por departamentos. Bogotá: MSPS; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
- ⁶ Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103301/>
- ⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 047 de 2021. Lineamientos para la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal. Bogotá: MSPS; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
- ⁸ Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287–296. doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>
- ⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la vigilancia de la morbilidad materna extrema. Bogotá: MSPS; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
- ¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica para la vigilancia de la morbilidad materna extrema. Bogotá: MSPS; 2016
- ¹¹ Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287–96. doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007
- ¹² Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103301/>
- ¹³ Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Meta 3.2: Salud y bienestar. [Internet]. Nueva York: ONU; 2023. Disponible en: <https://sdgs.un.org/goals>



- ¹⁴ Departamento Nacional de Planeación. Diagnóstico: Prioridades de Equidad de Género y Mujer [Internet]. Bogotá: DNP; 2019. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/Documentos/Diagn%C3%B3stico%20PP%20Equidad%20Mujer.pdf>
- ¹⁵ Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. *National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis*. Lancet Glob Health. 2019;7(7):e849–e860. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31103470/>
- ¹⁶ World Health Organization. Low birth weight [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight>
- ¹⁷ UNFPA Colombia. Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas [Internet]. Bogotá: UNFPA; s. f. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/DeterminantesSocialesMortalidadMaterna_web.pdf
- ¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). *Lineamientos técnicos para la vigilancia de la muerte perinatal y neonatal temprana*. Bogotá: MSPS; 2022.
- ¹⁹ World Health Organization. *Making Every Baby Count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths* [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511223>
- ²⁰ World Health Organization. *Making Every Baby Count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths* [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511223>
- ²¹ World Health Organization. *Congenital anomalies. Key facts* [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- ²² Organización Mundial de la Salud. *Prevención y control de los defectos congénitos en contextos de bajos recursos* [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330547>
- ²³ Instituto Nacional de Salud (Colombia). *Boletín Epidemiológico Semana 52 de 2023*. Bogotá: INS; 2024. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico>
- ²⁴ Secretaría de Salud del Putumayo. *Informe de vigilancia de defectos congénitos 2024*. Mocoa: SSP; 2025.
- ²⁵ Instituto Nacional de Salud. *Guía para la vigilancia en salud pública de defectos congénitos*. Bogotá: INS; 2022
- ²⁶ Castilla EE, López-Camelo JS. Heterogeneous rates for birth defects in Latin America: hints on causality. *Genet Epidemiol.* 1996;13(4):451–468 Disponible en PubMed (abstract): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9043251/>
- ²⁷ García-Montoya A, Rodríguez-Bermúdez D, Sánchez-Moreno V. Factores asociados al subregistro de defectos congénitos en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2021;23(3):e209378.



²⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos para el programa de tamizaje neonatal. Bogotá: MinSalud; 2022.

²⁹ World Health Organization. Birth defects [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 Jul 13]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

³⁰ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Sem. 52, 2023. Grupo de vigilancia en defectos congénitos. Disponible en: <https://www.ins.gov.co>

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento.

³² Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. ODS 3. Salud y Bienestar. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Revisó y Aprobó: *Andrea Paola Morillo Gómez. Profesional Especializada-- Área de Epidemiología - SSD Putumayo.*

