

TRAYECTORIAS DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA. 2015 - 2024

El continuum de violencias que afectan a las mujeres. ASIS en profundidad

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Epidemiología y Demografía
Noviembre, 2025



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

GONZALO PARRA GONZALEZ
Secretario General

CLARA MERCEDES SUÁREZ RODRIGUEZ
Directora de Epidemiología y Demografía



Coordinación del Grupo Planeación

Andrea Avella Tolosa

Equipo Técnico

Deisy Arrubla Sánchez

Andrés Daza Huérano

María Camila Gallego

Participaron

Margie Simone Martínez Castañeda

Oscar Ariel Barragán

© Ministerio de Salud y Protección

Carrera 13 No. 32 76 Bogotá D.C.,

Colombia Atención telefónica a través

del Centro de Contacto: En Bogotá:

601 330 5043 Resto del país:

018000960020

Bogotá D.C., Colombia

Contenido

Agradecimientos	10
1. Introducción	11
2. Metodología	17
2.1 Tratamiento de datos empíricos	17
2.2 Transformación y construcción de variables	18
2.3 Recolección de información cualitativa	19
2.4 Análisis de información	20
2.4.1 Desigualdad territorial de la morbi-mortalidad materna.....	20
2.4.2 Análisis mixto concurrente cuali-cuanti de la morbilidad materna extrema..	21
2.4.3 Modelo de clasificación Random Forest para la mortalidad materna.	22
2.5 Limitaciones metodológicas	24
3. Resultados	25
3.1 Desigualdad territorial de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna en Colombia. 2015-2025	25
3.2 Experiencias con la Morbilidad Materna Extrema	30
3.2.1 El continuum de violencias y mujeres sobrevivientes de la morbilidad materna extrema.....	30
3.2.2 De la consulta prenatal a la urgencia obstétrica: itinerarios de cuidado y violencia obstétrica	38
3.2.3 No acceso a servicios de salud y fallas en la seguridad del paciente	56
3.2.4 Impactos en la vida y la salud de las mujeres y formas de afrontar	62
3.2.5 Afrontar para continuar viviendo	71
3.3 Patrones de la mortalidad materna a partir de un modelo de Random Forest. 2015 -2024	74
4. Discusión	78
5. Conclusiones y recomendaciones	81

Bibliografía	84
Anexo 1.....	91

Tabla de Gráficos

Gráfico 1. Razón de mortalidad materna en los primeros 42 días de terminado el embarazo. Colombia- 2005-2024.....	15
Gráfico 2. Número de casos de Morbilidad Materna Extrema. Colombia. 2015 y 2024... ..	16
Gráfico 3. Razón de morbilidad materna extrema e índice de letalidad en Colombia. 2015 - 2024	26
Gráfico 4. Análisis de desigualdades de la morbilidad materna extrema y mortalidad materna según Índice social municipal. 2020- 2024.....	29
Gráfico 5. Curva de Concentración de la morbilidad materna extrema (MME) y mortalidad materna (MM) según el Índice Social Municipal. 2020-2024	30
Gráfico 6 Upset. Variables sociales y morbilidad materna extrema. 2015 y 2024.....	32
Gráfico 7. Distribución de la edad en mujeres primigestas.....	40
Gráfico 8 Distribución de causas agrupadas según condición de la gestación. 2015 -2024	46
Gráfico 9. Distribución de los días de hospitalización. 2015-2024.....	47
Gráfico 10. Tipo de cirugía según condición gestacional. 2015 -2024	47
Gráfico 11. Distribución de la edad (años) de las mujeres notificadas por Morbilidad Materna extrema y mortalidad materna. 2015 - 2024.....	74
Gráfico 12. Importancia de variables en el modelo sin optimizar.....	76
Gráfico 13. Riesgo asociado a Edad según Balanced Bagging + SHAP	76
Gráfico 14. Matriz de confusión conjunto de datos Test	78

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1. Hitos de la maternidad segura en el marco de los derechos humanos.....	12
Ilustración 2. Continuum de violencia de género vivenciada por mujeres sobrevivientes de la morbilidad materna extrema.....	31
Ilustración 3. Violencia obstétrica en el continuum del cuidado de la salud de las mujeres.	
.....	39

Listado de tablas

Tabla 1. Desarrollo normativo de Colombia para la maternidad segura y su conexión con las Conferencias Mundiales	13
Tabla 2. Cargas factoriales por variable según componente principal	19
Tabla 3. Árbol de categorías análisis mixto concurrente	21
Tabla 4. Estructura del modelo de clasificación	22
Tabla 5. Distribución de controles prenatales según número de gestaciones	44
Tabla 6. Frecuencias absolutas y relativas de las variables de interés utilizadas en el modelo de clasificación	75
Tabla 7. Matriz de confusión del modelo optimizado	77



Listado de Mapas

Mapa 1. Razón de Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna según municipio de residencia entre 2015 – 2019.....	27
Mapa 2. Razón de Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna según municipio de residencia entre 2020 – 2024.....	28



Foto 1. Mujer sobreviviente morbilidad materna extrema. Maicao - Guajira.

...Y entonces yo le dije: —Doctor, me duele mucho. Y me dijo: —El dolor lo va a sentir cuando la anestesia se le quite. Esa fue su respuesta: "Ahí sí va a sentir dolor". Me dijo: "Ahorita no siente nada" ...

Juanita. Mujer sobreviviente MME. Pasto. 2025



Agradecimientos

A todas las mujeres que dieron sus testimonios respecto de sus vivencias con la morbilidad materna extrema, permitiendo cuestionar la banalización de los datos, darle un rostro al dolor y a las formas de afrontar y resistir. A los servicios de salud, en particular a los profesionales de departamentos y municipios de Nariño-Pasto, Casanare-Yopal, Guajira-Maicao; Cundinamarca- Soacha y Chía, quienes le dan sentido al accionar en salud.

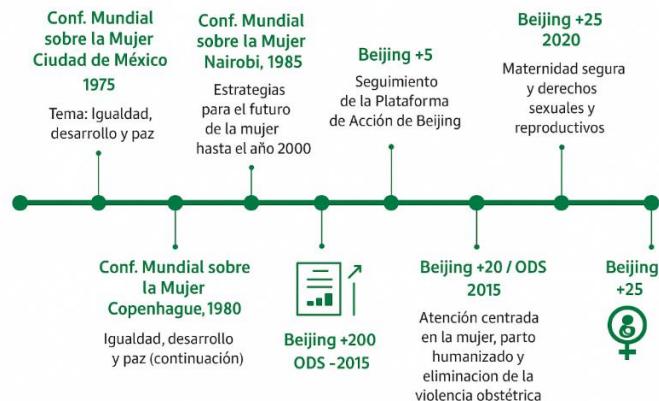
1. Introducción

Mientras que la Razón de mortalidad materna (RMM) en Noruega presenta cifras inferiores a 2 muertes maternas (MM) por 100.000 nacidos vivos (NV), para el año 2023 Colombia reportó 45,60 muertes maternas (MM) por 100.000 nacidos vivos.

La mortalidad materna ha sido considerada a nivel mundial como una problemática cuyos efectos impactan a la sociedad en su conjunto. En las últimas décadas, se ha reconocido que la no garantía de derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres, así como el no goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos constituyen aspectos fundamentales relacionados con una mayor presencia de casos de muerte materna.

Lo anterior ha impulsado la configuración de una agenda política internacional en materia de derechos humanos articulada en las cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer celebradas entre 1976 y 2000, y fortalecida mediante los mecanismos de seguimiento a los compromisos asumidos por los Estados miembros de las Naciones Unidas. Un resultado significativo de esta agenda ha sido la transformación del concepto de maternidad segura, inicialmente concebido como un objetivo sanitario (1975-1980) y posteriormente reconocido como un derecho humano y reproductivo (1995-presente). En este proceso, la reconceptualización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como parte constitutiva de los derechos humanos universales ha contribuido a su reconocimiento como sujetos políticos y de derechos, resaltando la participación social como un componente esencial en la construcción de proyectos de vida personales y comunitarios que sean seguros, respetuosos y garantes de la vida. **Ilustración 1**

Ilustración 1. Hitos de la maternidad segura en el marco de los derechos humanos



Fuente: elaboración propia de los autores.

Algunos de los compromisos de los diferentes Estados miembros de la ONU se pueden sintetizar en: la I Conferencia Mundial sobre la Mujer, en ciudad de México, convocada con motivo del año internacional de la mujer en 1975 (ONU, 1975), con el compromiso de garantizar la igualdad plena de género, la participación de la mujer en la política de desarrollo y la contribución de la mujer al fortalecimiento de la paz. La Segunda Conferencia de Copenhague en 1980, establece la igualdad, el desarrollo y la paz como eje central, introduce el concepto de mortalidad evitable y las acciones esperadas en el marco de la Atención Primaria en Salud.

De su parte, la Tercer Conferencia Mundial de Nairobi, en 1985, establece la salud de la mujer como un derecho humano universal y destaca la necesidad de reducir la mortalidad materna prevenible y garantizar servicios integrales, para el logro de la autonomía reproductiva. Esta conferencia fue la base para la iniciativa de maternidad segura que se formuló como parte de los objetivos de desarrollo del milenio en la década de los años 2000. La Cuarta Conferencia de Beijín en 1995 consolida los derechos sexuales y reproductivos como derecho humano universal, y establece que la mortalidad materna y la morbilidad materna prevenible son violaciones a los derechos humanos. Dado lo anterior, instó a los Estados a garantizar la atención obstétrica de emergencia, el parto seguro y los servicios de salud integrales.

Los seguimientos a Beijín + 5, en el año 2020 permitió incorporar el Objetivo de Desarrollo de Milenio 5. Reducir la mortalidad materna, logrando articular a la agenda global de desarrollo la maternidad segura. En esa misma vía, Beijín +20, introduce el ODS 3.1: Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos. Así como, la atención centrada en la mujer, la humanización del parto y la eliminación de la violencia obstétrica como componentes de la maternidad segura (Naciones Unidas, 2025), y en Beijín +25 actualiza la visión de maternidad segura hacia una maternidad digna, elegida y acompañada, con enfoque de derechos, que reafirma la salud sexual y reproductiva universal, como aspecto esencial para la igualdad de género; y promueve la erradicación de la violencia obstétrica y la protección de la autonomía corporal. Reiterando el acceso universal a servicios de salud materna y reproductiva de calidad. (UN Women, 2019).

En términos éticos-políticos, Colombia no es ajena a este desarrollo, se identifica que el país avanza en una comprensión de la maternidad segura que busca trascender las políticas asistenciales para situarse en una perspectiva basada en derechos humanos, equidad de género y salud pública. **Tabla 1**

Tabla 1. Desarrollo normativo de Colombia para la maternidad segura y su conexión con las Conferencias Mundiales.

Periodo / Norma	Tipo de instrumento	Aporte clave para el país	Relación con conferencias
1991 – Constitución Política	Marco constitucional	Reconoce igualdad, derecho a la salud y protección especial a la mujer gestante.	México y Nairobi.
1993 – Ley 100 (SGSSS)	Ley de aseguramiento en el SGSS.	Establece el POS y POS-s incluyendo atención materna.	Copenhague.
1995 – Política Nacional de la Mujer	Política pública	Introduce enfoque de género en políticas sociales y de salud.	Beijing.
2003 – Política Nacional de SSR	Política sectorial	Incorpora la maternidad segura como eje y orienta la acción intersectorial.	Beijing.
2008 – Ley 1257	Ley de derechos de las mujeres	Integra la salud integral y la protección frente a la violencia obstétrica.	Beijing.
2011 – Ley 1438 (Reforma SGSSS)	Reforma estructural	Refuerza la atención primaria y la reducción de la mortalidad materna como prioridad.	Nairobi y Beijing.
2013–2023 – Estrategia de Maternidad Segura (MSPS)	Política técnica	Impulsa vigilancia de mortalidad materna extrema y atención humanizada.	Beijing y ODS 3 y 5.
2022 – Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2022–2031)	Plan nacional	Define metas de reducción de mortalidad materna con enfoque territorial y de equidad.	Beijing y ODS.

2022 – Plan Nacional de Desarrollo (PND 2022–2026)	Política macro	Establece meta nacional de reducción a 32 muertes maternas por 100.000 NV.	Beijing y ODS.
2023 – Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna	Estrategia acelerada	Enfatiza intervención territorial, vigilancia y fortalecimiento hospitalario.	Beijing y ODS.

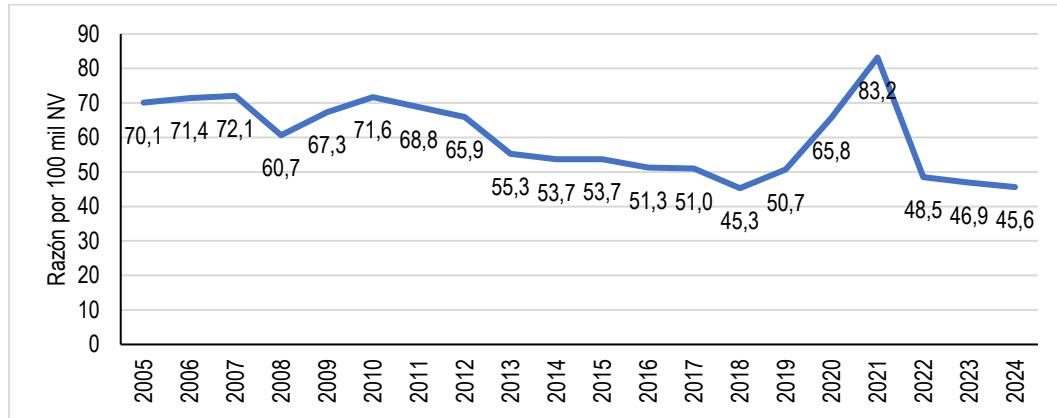
Fuente: elaboración propia de los autores

Ahora bien, desde el punto de vista epidemiológico, la OMS señaló que la razón de mortalidad materna en 2023 fue en el mundo de 197 por 100.000 nacidos vivos, reflejando una reducción del 40% respecto del año 2000 (328 por 100000 nacidos vivos). La distribución de la mortalidad materna sigue un patrón regional, con datos que señalan que el 70% de las muertes se presentan en la región subsahariana de África. Le sigue, Oceanía (excluida Australia y Nueva Zelanda) y el sur y centro de Asia. Encontrando que la razón de mortalidad materna es para niñas de 15 años 400 veces menos en Australia respecto de la región subsahariana de África. Aspecto que refleja las inequidades socio-sanitarias entre regiones. Aspectos que, en conjunto, señalan diferencias entre regiones y entre grupos poblacionales y reflejan el impacto que tienen procesos económicos, políticos y culturales en la salud de las mujeres, que van más allá de procesos biomédicos (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division, 2023).

Colombia no es ajena a este proceso. Entre 2005 y 2024 se observa disminución de la razón de mortalidad materna, alcanzando en el último año el valor más bajo reportado del periodo.¹ Gráfico 1. A lo anterior se suma, a la existencia las brechas entre municipios y grupos poblacionales respecto de este resultado en salud. Se identifica para 2024, que Colón-Putumayo tiene cincuenta veces más alta la RMM (2380,9 por 100000 nacidos vivos) respecto de Colombia. Asimismo, al comparar los resultados de la mortalidad materna en población indígena es cuatro veces más alta (178,176 por 100000 nacidos vivos) respecto del total del país. (Gráfico 1)

¹ El análisis de regresión segmentada (Joinpoint) aplicado a la Razón de Mortalidad Materna en Colombia durante el período 2005–2024 identificó un punto de cambio en el año 2016 (error estándar = 5.0). Antes de 2016, la mortalidad materna mostró una tendencia descendente significativa ($\beta = -1.75$; $p = 0.043$), con una reducción promedio anual de 1.75 unidades. Posteriormente, a partir de 2016, la tendencia se estabiliza (cambio en pendiente $\beta = +1.80$; $p > 0.05$).

Gráfico 1. Razón de mortalidad materna en los primeros 42 días de terminado el embarazo.
Colombia- 2005-2024

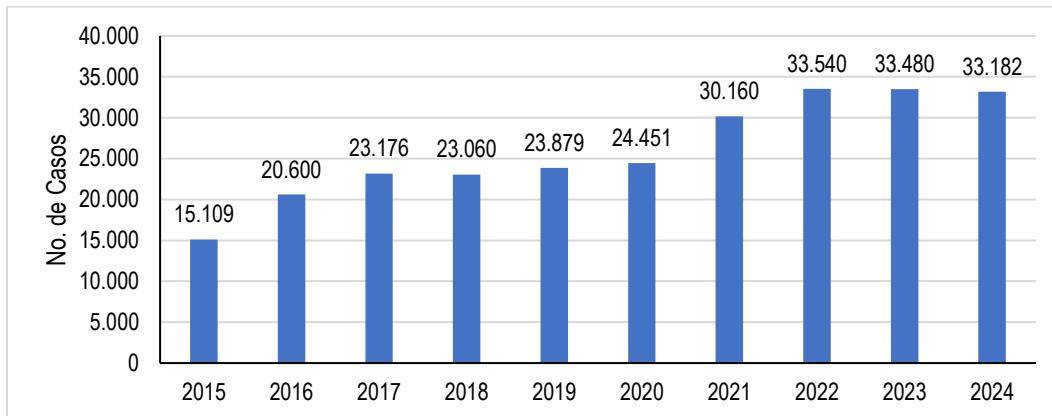


Fuente: Bodega de datos SISPRO – indicadores.

Adicional a lo dicho, entre 2005 y 2009, los organismos multilaterales señalaron que, en el marco de los derechos humanos, los desenlaces no fatales asociados a la gestación, parto y puerperio (Near Miss en inglés), también señalan una violación a los derechos humanos de las mujeres, con consecuencias negativas directas e indirectas sobre la vida, la salud y las relaciones con el recién nacido, la familia y la comunidad. En consecuencia, se exhorto a los países miembros a incluir el análisis de la morbilidad materna extrema como parte de la evaluación de calidad de los servicios de salud (Chhabra, 2014).

En Colombia, el análisis de la morbilidad materna extrema fue incorporado desde el año 2011 como parte de las estrategias para reducir la mortalidad materna, considerándolo un evento centinela del sistema de vigilancia epidemiológica. No sobra decir, que el número de casos de morbilidad materna extrema notificados entre 2015 y 2024, muestra un aumento en la notificación (ver **Gráfico 2**). Sólo en 2024 se presentaron 33.181 casos de mujeres que enfrentaron la muerte en el embarazo, el parto o el puerperio, con afectaciones severas para la salud de las mujeres e impactos negativos en los vínculos con el recién nacido.

Gráfico 2. Número de casos de Morbilidad Materna Extrema. Colombia. 2015 y 2024.



Fuente: Bases de Datos de Morbilidad Materna Extrema. SIVIGILA. 2015 y 2024.

En 2024, el gobierno colombiano dio inicio al Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PARE-MM), con la implementación de intervenciones de atención prenatal, redes de referencia de emergencia obstétrica y fortalecimiento territorial de la salud materna (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Inicialmente el plan priorizó 16 entidades territoriales donde se concentraba el 82% de las muertes, con extensión a todo el territorio nacional.

En síntesis, si bien el país ha avanzado en la consideración de la maternidad segura como parte del derecho fundamental a la salud y las cifras muestran una tendencia a la disminución, aún se visualizan retos, dadas las brechas que impactan en particular municipios con alta ruralidad, y grupos poblacionales específicos. A esto se suma, el número de casos de morbilidad materna extrema que al parecer mantienen un incremento, señalando la necesidad de comprender desde una mirada complementaria el comportamiento de la morbilidad materna extrema y de la mortalidad materna en el contexto colombiano. Para esto se plantearon tres objetivos:

- Identificar la existencia de inequidades territoriales en morbilidad materna externa y mortalidad materna entre 2015 y 2024.
- Explorar las trayectorias de vida y las experiencias de las mujeres sobrevivientes a la morbilidad materna extrema en Colombia (2015–2024), con el fin de comprender los

significados que atribuyen a su experiencia y las condiciones que configuraron su proceso de atención y recuperación.

- Analizar la contribución relativa de variables sociales y epidemiológicas en la explicación de la mortalidad materna en Colombia (2015–2024), aplicando el modelo Random Forest.

2. Metodología

El proceso analítico se estructuró en tres fases: a) medición de desigualdades territoriales en la razón de morbilidad materna extrema (MME) y la mortalidad materna (MM) entre municipios de Colombia para el periodo 2015 - 2024; b) desarrollo de un análisis mixto concurrente orientado a caracterizar los patrones de MME; y c) construcción de un modelo de clasificación mediante Random Forest para identificar factores asociados con la mortalidad materna.

2.1 Tratamiento de datos empíricos

Para el estudio se integraron dos fuentes de información oficiales: el Registro Individual de Notificación Obligatoria de Morbilidad Materna Extrema (evento 549) y el Registro de Mortalidad Materna (evento 550), correspondientes a los años 2015 y 2024. El evento 549 acumuló 260.624 registros, los cuales fueron sometidos a un proceso de depuración, limpieza y minería de datos. Durante esta etapa se identificaron pérdidas de información en diversas variables, estableciéndose un umbral de tolerancia inferior al 15%. Debido a la magnitud de los datos faltantes, se excluyeron variables como estrato socioeconómico, pertenencia étnica y variables clínicas, que están contempladas en el protocolo de notificación; asimismo, se descartaron variables temporales (fecha de consulta, de notificación y de inicio de síntomas) debido a inconsistencias sistemáticas en su reporte.

En esta fase se generó la variable “migrante extranjero”, a partir de la depuración de registros con información complementaria. Se identificaron valores extremos en la variable edad, particularmente por encima de los 53 años. Tras la revisión técnica, se decidió restringir el análisis a mujeres menores de 50 años, obteniéndose un total depurado de 260.530 registros.

El registro de mortalidad materna (evento 550) aportó 5.179 registros. Para el análisis de desigualdades territoriales y la construcción del modelo de Machine Learning, se realizó la unificación de las bases de datos de MME y MM, alcanzando un total inicial de 265.802 registros. El conjunto analítico incluyó únicamente las variables de la Cara A de las fichas de notificación de ambos eventos, manteniendo el mismo criterio de exclusión por datos perdidos aplicado al evento 549. Solo se analizó la mortalidad materna menor a 42 días, clasificada como temprana en el dataset original. Se hizo manejo de registros repetidos en la base de datos de morbilidad materna extrema, excluyendo 5476 registros que corresponde al mismo caso reportado más de una vez en un periodo de tiempo menor a doce meses.

2.2 Transformación y construcción de variables

Las variables categóricas fueron recodificadas en formato binario (0 = no; 1 = sí) para facilitar los procesos de modelamiento y el análisis del Random Forest. Se construyó la variable compuesta “población de protección específica”, de naturaleza binaria, mediante la recodificación de categorías asociadas a grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad social: pertenencia étnica (indígena y otros grupos), situación de desplazamiento, migración, vinculación a programas del ICBF, madres comunitarias, población desmovilizada, víctimas de violencia y personas con discapacidad.

Se incorporó el índice social municipal como variable estratificadora para el análisis de desigualdades sociales entre municipios. Este índice fue elaborado por el Grupo de Planeación en Salud Pública (2025) mediante un análisis de componentes principales, que identificó cuatro componentes principales a partir de nueve variables poblacionales, institucionales, económicas y epidemiológicas. **Tabla 2.**

Tabla 2. Cargas factoriales por variable según componente principal

Componente	Variables	Carga factorial del ACP
1 Acceso a derechos sociales.	% población afiliada al régimen contributivo*100.000 h.	0,95
	% de personas cotizantes del régimen contributivo respecto del total de población económicamente activa.	0,88
	% de personas de 60 años y más con pensión	0,84
	Cobertura de Internet (Censo, 2018)	0,81
	Tasa de incidencia Covid por 1000 Hab (promedio). 2021 -2023	0,73
2 Contextos urbanos y envejecidos	% de personas de 60 y más años	0,97
	IPM hacinamiento	-0,60
3 Contexto urbano no envejecido	% población en centros poblados y rural disperso	-0,72
4 Contextos de alta densidad poblacional	Densidad Poblacional (Hab/Km ²)*	0,52

Fuente: Tomada de del análisis Clústeres territoriales y enfermedades crónicas no transmisibles -no cancerígenas -en Colombia. 2023 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023) * Se seleccionan las cargas superiores a 0,60 con excepción de la variable Densidad poblacional que obtuvo la mayor carga

Para la construcción del índice, se tomó la carga factorial de cada variable, se realizó un procedimiento de estandarización con un rango de 0 a 1, donde 0 incluye los municipios con mayor precariedad y exclusión social y 1 los municipios con mejor acceso a derechos sociales. Los datos se obtuvieron del análisis Clústeres territoriales y enfermedades crónicas no transmisibles -no cancerígenas -en Colombia. 2023 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).² Este indicador permitió contextualizar la distribución territorial de la MME y la mortalidad materna en relación con las condiciones sociales estructurales de los municipios. Asimismo, fue utilizado en el modelo de clasificación. El total de registros del dataset unificado fue de 258.232.

2.3 Recolección de información cualitativa

Para el componente cualitativo se seleccionaron cinco territorios: Pasto (Nariño), Maicao (La Guajira), Chía y Soacha (Cundinamarca), Yopal (Casanare) y Bogotá. La selección obedeció a dos criterios metodológicos: i) un criterio de oportunidad relacionado con la factibilidad operativa para la realización del trabajo de campo, y ii) la presencia documentada de casos de morbilidad materna extrema en 2024. Se empleó la técnica de

² Nota: el análisis de PCA incluyó 50 variables iniciales. Los cuatro componentes principales explicaron el 84% de la varianza acumulada total. Para mayor información consultar el documento Clústeres territoriales y enfermedades crónicas no transmisibles -no cancerígenas -en Colombia. 2023 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

entrevista a profundidad dirigida a mujeres sobrevivientes de MME, con el propósito de explorar, desde sus experiencias y trayectorias personales, los factores asociados a la morbilidad y sus implicaciones en el continuum de atención.

En total se llevaron a cabo 15 entrevistas a mujeres sobrevivientes, complementadas con un ejercicio de reflexividad desarrollado por un integrante del equipo técnico responsable del estudio (véase Anexo 1. Guía de preguntas para entrevistas a profundidad). Las entrevistas fueron transcritas de manera literal y sometidas a un proceso de análisis independiente.

En todos los casos se obtuvo autorización y consentimiento informado para el uso de la información, testimonios y material fotográfico. Adicionalmente, en dos situaciones específicas, y en concordancia con el deber ético de protección, se realizó la derivación de las participantes a servicios locales de apoyo psicosocial. La toma de información se realizó como un ejercicio de participación de la ciudadanía en e marco de la política de participación social en salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.4 Análisis de información

Fueron definidos tres momentos para el análisis de la información como se describe a continuación:

2.4.1 Desigualdad territorial de la morbi-mortalidad materna.

Se realizó un análisis descriptivo de las tendencias de la razón de morbilidad materna extrema (MME), la letalidad asociada a MME y la razón de mortalidad materna (MM) a nivel municipal. Para ello, se empleó el índice social municipal como estratificador social para los 1.122 municipios incluidos en el estudio.

El análisis geográfico permitió caracterizar la distribución espacial de los eventos. Posteriormente, se estimaron las desigualdades territoriales en la razón de MME y la razón de mortalidad materna en los primeros 42 días, mediante la clasificación de municipios en quintiles del índice social. Adicionalmente, se llevó a cabo un análisis de concentración, utilizando el índice social municipal como variable ordenadora, con el fin de evaluar la

magnitud y dirección de la desigualdad social en la distribución de la morbi-mortalidad materna entre los municipios del país.

2.4.2 Árbol de categorías análisis mixto concurrente cuali-cuanti de la morbilidad materna extrema

Se desarrolló un análisis mixto concurrente que integró la información cualitativa proveniente de las entrevistas en profundidad con los datos cuantitativos del registro de notificación de morbilidad materna extrema entre 2015 y 2024. A partir del análisis cualitativo se elaboró un árbol categorial, construido mediante procesos de codificación abierta y selectiva, en el que emergieron categorías analíticas relacionadas con los procesos sociales que estructuran las trayectorias biográficas de las mujeres sobrevivientes a la MME. Tabla 3

Tabla 3. Árbol de categorías análisis mixto concurrente

Categoría	Subcategoría	Integración de análisis cualitativo.
Continuum de violencia contra la mujer	Violencia estructural (desplazamiento, trabajo informal, migración forzada) Violencias sexuales	Estadísticos descriptivos de variables relacionadas con población migrante extranjera, víctimas de violencia, pertenencia étnica. Tipo de afiliación a la seguridad social.
De la consulta prenatal a la urgencia obstétrica: itinerarios de cuidado y violencia obstétrica	Sin preparación para la vida sexual y reproductiva: adulto centrismo y negación de las decisiones de las jóvenes. Control prenatal “no siempre genera un significado para el cuidado” Decisiones sobre el cuerpo de la mujer en el contexto de la emergencia obstétrica Diferentes caras de la violencia obstétrica en el proceso de atención en salud. - Deslegitimar el sufrimiento humano - Normalizar síntomas de riesgo como parte del embarazo - Diagnósticos inoportunos.	Estadísticos descriptivos de edad, controles prenatales, cirugías, días de hospitalización.
No acceso a servicios de salud y fallas en la seguridad del paciente	Barreras en el acceso a servicios especializados Fallas en la oportunidad diagnóstica ante síntomas de alerta. No comunicación entre profesionales de la salud, entre instituciones de salud.	Estadísticos descriptivos de remisión y días de remisión.
Impactos en la vida y la salud de las mujeres y formas de afrontar	Sobrevivir no es volver intacta: corporalidad, salud y memorias tras la morbilidad materna extrema.	

	<p>Más allá de la sala de partos: los silencios y duelos invisibles post MME.</p> <p>Impactos en la calidad de vida propia y de la familia</p> <p>La pareja ante una morbilidad materna extrema</p> <p>Pérdida de confianza en los servicios de salud</p>	
Formas de afrontar	<p>Espiritualidad</p> <p>Redes de apoyo familiares o comunitarias</p> <p>La rehabilitación integral en salud una manera de afrontar</p>	

Fuente: elaboración de los autores a partir del análisis de datos.

La consolidación y saturación teórica de estas categorías se fortaleció mediante la integración de resultados provenientes del análisis descriptivo cuantitativo de la base nacional de MME, lo que permitió contrastar, ampliar y validar los patrones identificados en los testimonios. Esta estrategia de triangulación de método aseguró coherencia interna entre ambos componentes y robusteció la interpretación final de los hallazgos. Los resultados son presentados en voz de las mujeres, con nombres ficticios que protegen la identidad de las participantes.

2.4.3 Modelo de clasificación Random Forest para la mortalidad materna.

Una vez se realizó la minería de datos en el conjunto de datos unificados se estableció el modelo como se muestra en la **Tabla 4**

Tabla 4. Estructura del modelo de clasificación

Tipo de Variable	Nombre de la Variable
Independientes	<p>Régimen Subsidiado</p> <p>Población de protección específica</p> <p>Área de residencia (Cabecera municipal/centro poblado-rural disperso)</p> <p>hospitalización</p> <p>Complicaciones aborto</p> <p>Complicaciones hemorrágicas</p> <p>Enfermedad preexistente con complicación</p> <p>Otra causa</p> <p>Sepsis no obstétrica</p> <p>Sepsis obstétrica</p> <p>Sepsis pulmonar</p> <p>Trastornos hipertensivos</p>
Desenlace	Defunción

Se realizó división del subconjunto de datos, entrenamiento: (154939), validación: (38735), testeo: (64559). Se implementó un esquema de validación cruzada estratificada combinado con un modelo de Bagging Balanceado (Balanced Bagging Classifier) utilizando Random Forest como clasificador base, con el fin de abordar el marcado desbalance de clases inherente a la variable de desenlace (defunción), con una proporción inferior al 1%.

- Bagging y construcción de subconjuntos bootstrap

El método de Bootstrap Aggregating (Bagging) generó múltiples subconjuntos de entrenamiento mediante muestreo con reemplazo a partir del conjunto original. Cada subconjunto fue utilizado para entrenar un clasificador base independiente. Con este procedimiento se buscó: reducir la varianza del modelo y disminuir el riesgo de sobreajuste, el cual era esperado dada la baja proporción de la mortalidad respecto de la morbilidad.

- Balanceo interno de cada subconjunto (Balanced Bagging)

Con el Balanced Bagging se aplicó un muestreo equilibrado dentro de cada muestra bootstrap, garantizando que la clase minoritaria (defunciones) esté representada en proporciones equivalentes a la clase mayoritaria (morbilidad materna extrema). Específicamente, para cada muestra bootstrap, el algoritmo: incluyó la totalidad o una fracción ampliada de la clase minoritaria. Seleccionó un número equivalente de observaciones de la clase mayoritaria. Ajustó el clasificador de Random Forest sobre un subconjunto balanceado, respetando la distribución del conjunto original.

- Uso de Random Forest como clasificador base

Cada iteración del bagging empleó como estimador base un Random Forest, un método de ensamblaje compuesto por múltiples árboles de decisión entrenados sobre subconjuntos aleatorios de predictores y observaciones.

- Validación cruzada estratificada

Para evaluar la capacidad de generalización del modelo, se implementó un esquema de validación cruzada estratificada (Stratified K-Fold), garantizando que cada partición mantuviera la proporción real del evento (=1%). En cada folder: se entrenó un Balanced Bagging Classifier sobre $K - 1$ subconjuntos.

La optimización del modelo y búsqueda de hiperparámetros se realizó con Randomresearch. Con los hiperparámetros identificados se analizó el modelo, utilizando las siguientes métricas: ROC -AUC; Recall, y la matriz de confusión. Se debe señalar que el Recall es la métrica más sugerida en el análisis, dado que permite identificar la sensibilidad para captar las muertes. Los análisis se realizaron en Python en Google Colab.

2.5 Limitaciones metodológicas

La disponibilidad, completitud y consistencia de los datos es una limitante para el trabajo, toda vez, que afectan la posibilidad analítica de procesos sociales y clínicos, que pueden ampliar la comprensión del fenómeno. Para el análisis de Random Forest fue una limitante la información disponible, dado que, el protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna (evento 550), no incorpora algunas variables que dan cuenta de antecedentes ginecobstetricia, de atención en los servicios de salud, entre otras que se encuentran en la ficha de la morbilidad materna extrema (549). Esto redujo el uso de variables independientes en el modelo limitando un análisis integrado que potenciará la comprensión del riesgo de muerte.

Respecto del análisis mixto concurrente (cuantitativo/cualitativo) se contó con un recurso limitado para el abordaje de entrevistas. Cabe señalar que, si bien se realizó triangulación de método, los resultados de entrevistas no pueden ser extrapolados a poblaciones diferentes.

3. Resultados



Foto 2. Mujer sobreviviente de la morbilidad materna extrema. 2025

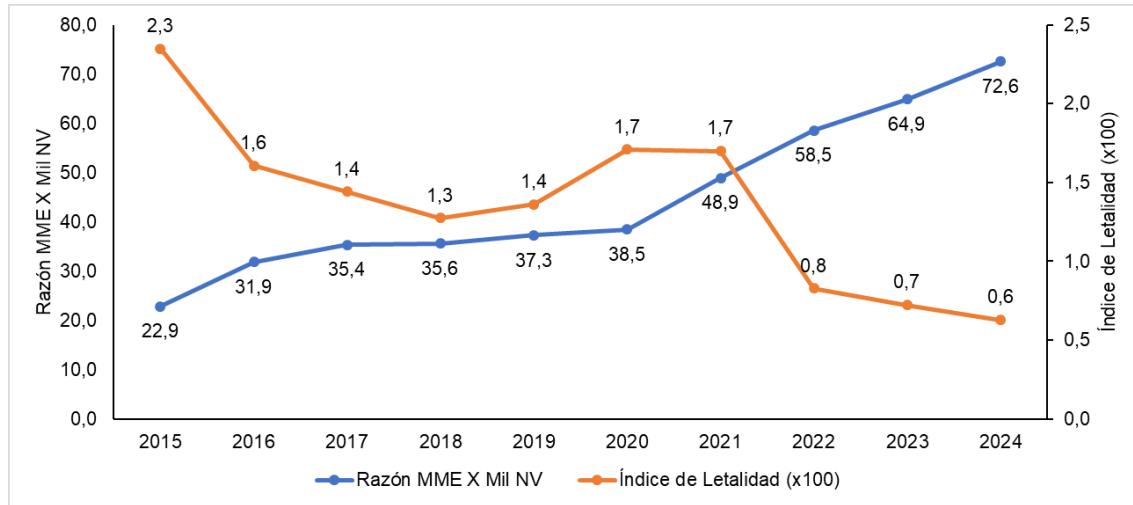
El análisis realizado permitió evidenciar, que, desde una perspectiva de derechos humanos, tanto la ausencia de reporte de la morbilidad materna extrema como la persistencia de altas tasas de mortalidad materna constituyen vulneraciones al derecho a la salud y a una atención segura y digna para las mujeres. Los hallazgos muestran que varios territorios no reportan casos de morbilidad materna extrema pese a presentar los peores indicadores de mortalidad. En los relatos de las mujeres, la violencia obstétrica, las barreras de acceso y los fallos en la seguridad del paciente emergen como elementos centrales que generan daños no registrados y aún no estimados en sus trayectorias biográficas y de atención. Finalmente, se desarrolló un modelo de clasificación Random Forest que permitió identificar patrones asociados a mayor riesgo obstétrico.

3.1 Desigualdad territorial de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna en Colombia. 2015-2025

Como se expuso en la introducción, la razón de mortalidad materna en Colombia mantiene una tendencia descendente, alcanzando un valor de 45,6 para el año 2024. Sin embargo, esta reducción contrasta con el comportamiento de la morbilidad materna extrema, cuya razón muestra un incremento sostenido desde 2015, año en el que se consolida la

notificación del evento, hasta 2024, pasando de 22,9 a 72,6 casos por 1.000 nacidos vivos (Gráfico 3).

Gráfico 3. Razón de morbilidad materna extrema e índice de letalidad en Colombia. 2015 - 2024



Fuente: Elaboración de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Bodega de datos. Cubos SISPRO Indicadores. Consultado 20 de noviembre de 2025. Tablero de control INS Morbilidad Materna Extrema 2024.

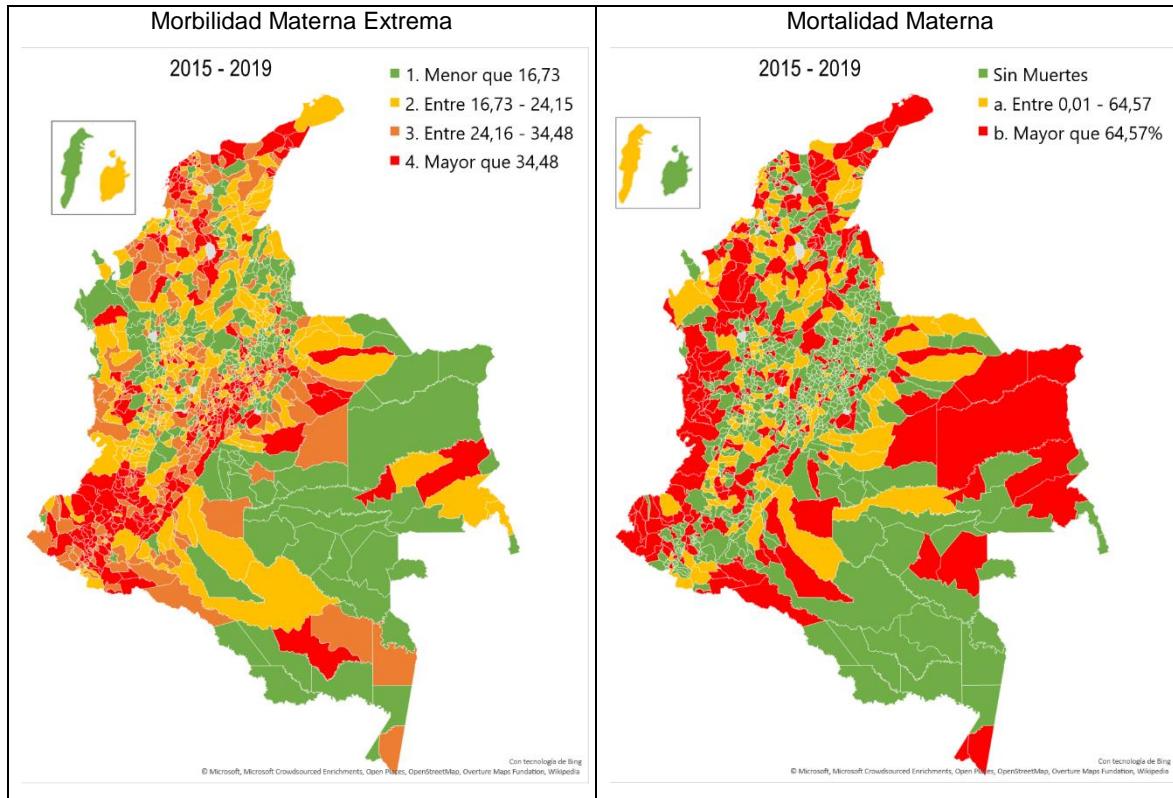
Disponible en:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTNmMGlyNzEtOTIjMS00YTBiLWI3NzItY2JiMmE1NTgyOTJiliwidCI6ImE2MmQ2YzdLTImNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiislMmI0jR9>

El análisis territorial de la razón de morbilidad materna extrema y mortalidad materna muestra entre 2015 y 2019, que los municipios con una razón de morbilidad materna extrema superior a 71,58 tienen un valor máximo de 181,82. Los diez municipios con valores más altos fueron: Sativasur-Boyacá (181,82); Padilla-Cauca (108,56); Sucre-Sucre (96,66); San Estanislao-Bolívar (94,34); La Vega-Cundinamarca (92,58); Villanueva-Guajira (91,67); Santa Bárbara de Pinto (90,29); El Tambo-Cauca(88,22); San Jacinto del Cauca-Bolívar (85,21) y Palestina-Caldas (84,78).

De su parte, el comportamiento de la razón de mortalidad materna en los municipios con valores superiores a 64 tienen un valor máximo de 2272. Los diez municipios con valores más altos en el periodo fueron Mapiripana-Amazonas (2272), Puerro Colombia-Guainía (2040,8), Sora-Boyacá (1290,32), Abriaquí-Antioquia (1250), Magüi-Nariño (1058), Viani-Cundinamarca (1111,11) San José de Miranda-Cauca (980,39), San Juanito-Meta (952,38), San Luis de Gaceno- Boyacá (913,24), Juradó - Chocó (900,90).

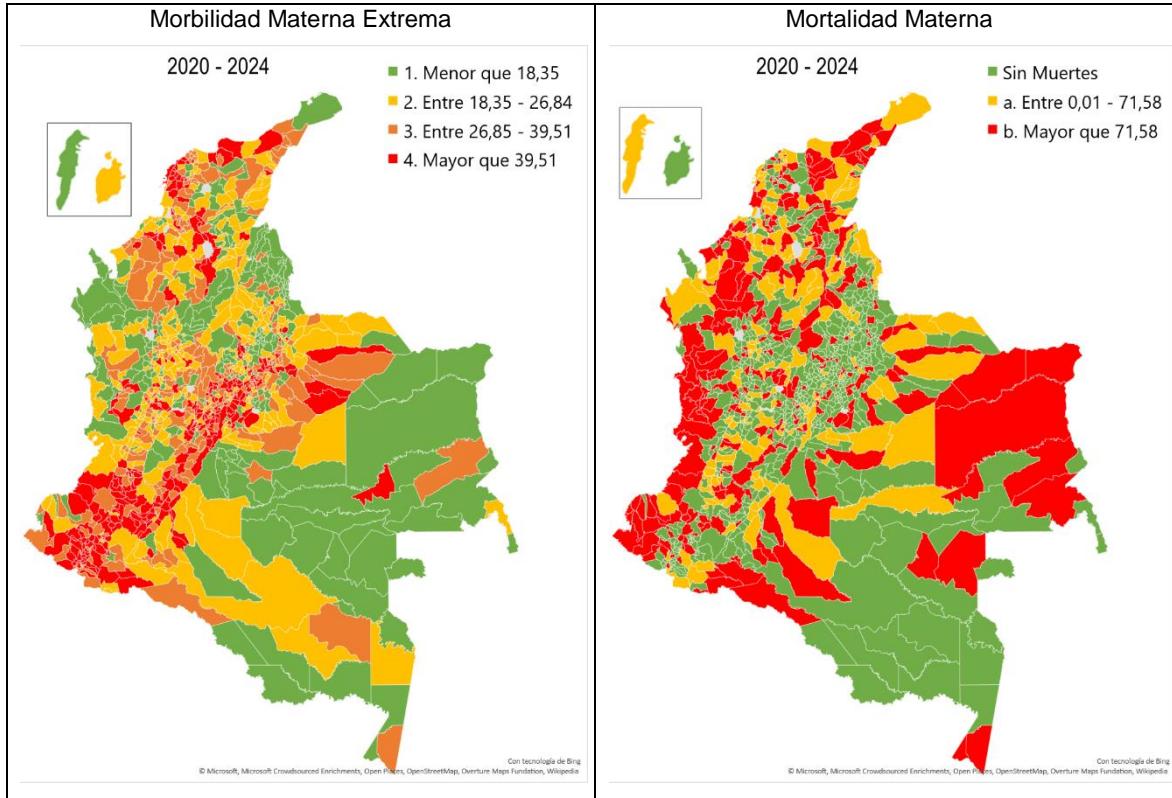
Mapa 1. Razón de Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna según municipio de residencia entre 2015 – 2019



Fuente: Elaboración de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Bodega de Datos SISPRO_Cubo Indicadores Consultado 20 de noviembre de 2025.

En el periodo 2020-2024, se observó con relación a la razón de morbilidad materna extrema, que los municipios con valores superiores a 39,5 son: Sativasur-Boyacá (200); Rondón-Arauca (118,64); La Vega -Cundinamarca (116,74); Colón-Putumayo (111,42); Villagómez Cundinamarca (108,70); Sucre-Sucre (107,80); Padilla (104,63); Palestina-Caldas (104,27); San Agustín-Huila (98,21); La Unión (96,05). De su parte, los municipios con valores superiores a 71,58 son: Mapiripana-Guainía (3225,81); Sora_Boyacá (1834,86); Abriaquí-Antioquia (1562,50); Vianí-Cundinamarca (1550,39); Puerto Colombia- Atlántico (1298,70); San José de Miranda – Santander (1111,11); San Luis Gaceno- Boyacá (1063,83), El Peñón-Santander (1054,38); Herveo-Tolima (1010,10 y Albania-La Guajira (1000).

Mapa 2. Razón de Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna según municipio de residencia entre 2020 – 2024



Fuente: Elaboración de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Bodega de Datos SISPRO_Cubo Indicadores.

Ministerio de Salud y Protección Social. Cubos SISPRO Indicadores. Consultado 20 de noviembre de 2025.

Nota. La información de morbilidad materna de 2024 fue estimada a partir del dataset de Registro de notificación obligatoria.

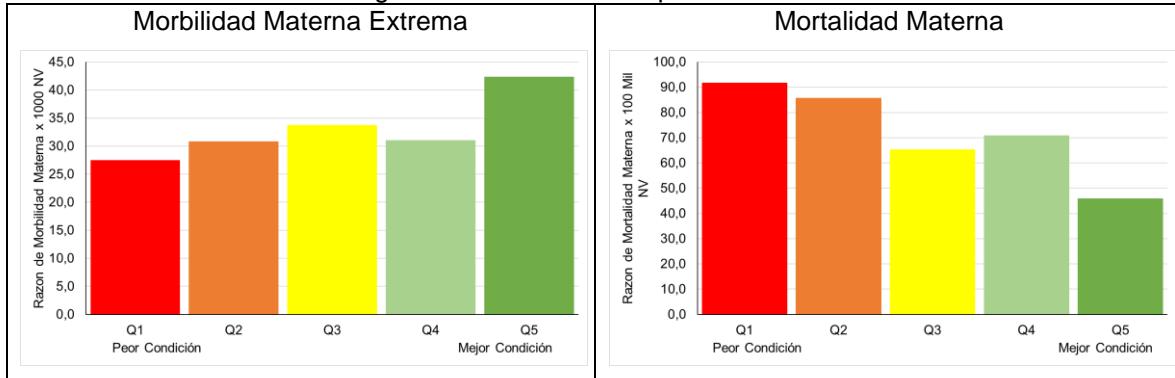
Para ambos períodos la distribución geoespacial, mostró que algunos municipios con bajo reporte de morbilidad materna extrema reportaron valores altos de mortalidad materna, esto es sistemático en diferentes municipios que constituyen departamentos con población mayoritariamente étnica.

El análisis de desigualdad social, empleando el índice social municipal como variable estratificadora, evidenció un comportamiento diferencial entre los dos indicadores evaluados. En el caso de la razón de morbilidad materna extrema (MME), se identificó un patrón de distribución atípico o contraintuitivo, en la medida en que los valores más altos de MME se concentraron en municipios ubicados en el quintil superior del índice social (Q5), correspondiente a territorios con mejores condiciones sociales y estructurales. En contraste, la razón de mortalidad materna (MM) mostró un gradiente social claramente definido, con

mayor carga de mortalidad en los municipios clasificados en el quintil inferior (Q1), caracterizados por condiciones de mayor vulnerabilidad, precariedad y exclusión social.

Gráfico 4.

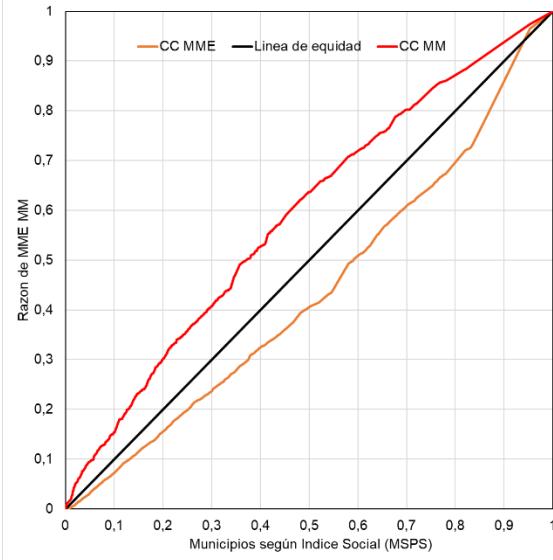
Gráfico 4. Análisis de desigualdades de la morbilidad materna extrema y mortalidad materna según Índice social municipal. 2020- 2024



Fuente: Elaboración de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Cubos SISPRO Indicadores. Índice social municipal. Análisis a profundidad Clústeres territoriales y Enfermedades Crónicas No Transmisibles-no cancerígenas - en Colombia. 2023.

El hallazgo anterior se constató al comparar el índice de concentración, que arrojó un valor de 0,13 para la MME y de -0,18 para la MM. Estos valores reflejan una desigualdad moderada en ambos casos, pero evidencian un comportamiento antagónico. En el 50% de los municipios con peor condición socioeconómica, según el índice social municipal, se concentró el 41% de los casos de MME y el 64% de las muertes maternas. **Gráfico 5**

Gráfico 5. Curva de Concentración de la morbilidad materna extrema (MME) y mortalidad materna (MM) según el Índice Social Municipal. 2020-2024



Fuente: Elaboración de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Cubos SISPRO Indicadores. Índice social municipal. Análisis a profundidad Clústeres territoriales y Enfermedades Crónicas No Transmisibles-no cancerígenas - en Colombia. 2023.

El conjunto de hallazgos, abren un nuevo camino de exploración, al sugerir que, en aquellos municipios, que tienen peores condiciones sociales y menor capacidad institucional, según su clasificación en el índice social municipal, tienen menor detección de las mujeres que padecen una morbilidad materna extrema, aspecto que parece traducirse en una mayor razón de mortalidad materna.

3.2 Experiencias con la Morbilidad Materna Extrema

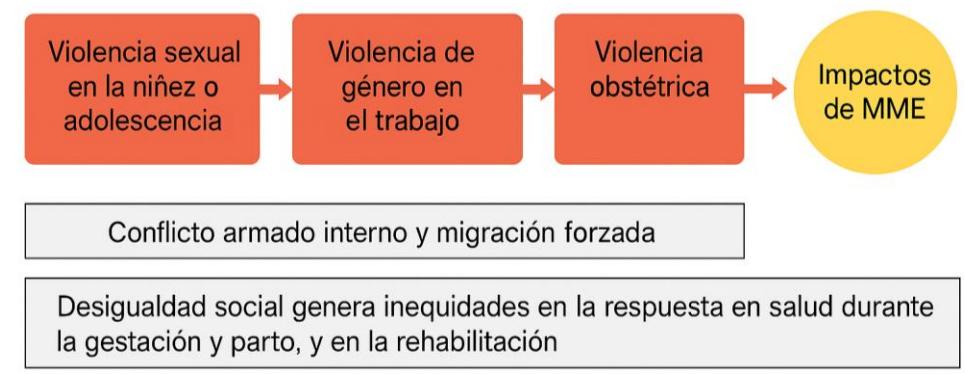
El análisis de la base de datos de SIVIGILA para el periodo 2015–2024 registró 260.536 casos de mujeres sobrevivientes a la morbilidad materna extrema, con edades entre 9 y 49 años. Esta magnitud evidencia un proceso de salud que genera impactos profundos en la vida, la integridad y el bienestar de las mujeres.

3.2.1 El continuum de violencias y mujeres sobrevivientes de la morbilidad materna extrema

El continuum de violencia se entiende como la exposición reiterada a diversas formas de violencia, física, psicológica, sexual, simbólica o institucional, que se expresan de manera diferenciada según las vivencias de las mujeres, el momento vital que atraviesan en relación

con su vida sexual y reproductiva, y los contextos proximales y estructurales en los que transcurren sus vidas (Heise, 1998). Las mujeres entrevistadas señalaron la existencia de una matriz social cimentada en un continuum de violencia, en cuyo seno se produce la morbilidad materna extrema, con una serie de disrupciones en la vida biográfica, que en ocasiones amplifican los impactos que produce el evento clínico. A continuación, una línea de eventos violentos que disrumpen la vida de algunas de las mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema. Ilustración 2

Ilustración 2. Continuum de violencia de género vivenciada por mujeres sobrevivientes de la morbilidad materna extrema



Fuente: MSPS. Dirección de epidemiología y demografía. Grupo de planeación de salud pública. Elaboración de los autores.

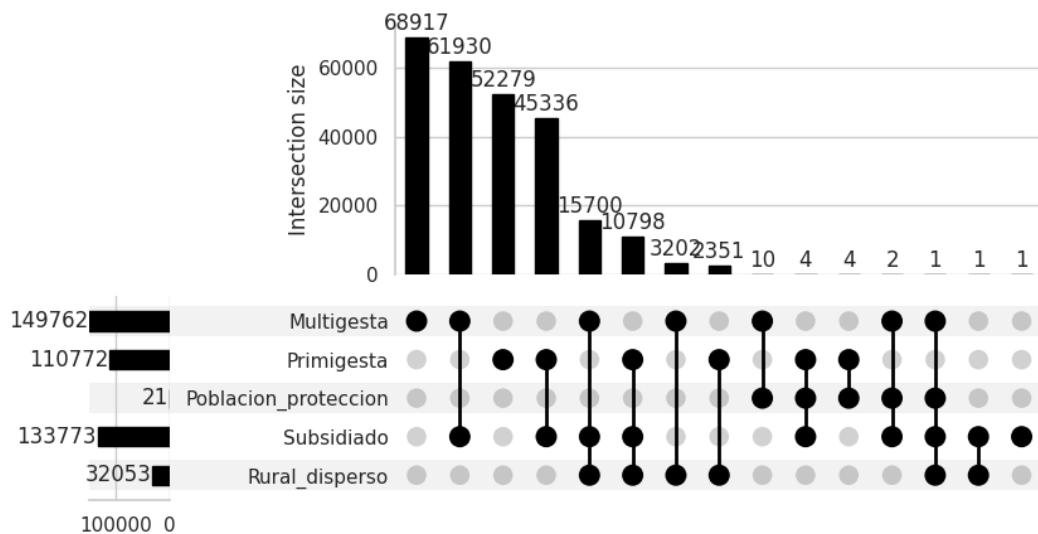
- **Desigualdad social y violación de derechos humanos**

La desigualdad y otros procesos sociales que estructuran los territorios determinan la posición social de las mujeres. Entre 2015 y 2024 se encontró que 133.773 (51,3%) mujeres sobrevivientes de la morbilidad materna extrema tiene afiliación al régimen subsidiado. Es decir, que carecen de un trabajo decente, con cifras que pueden ser superiores si comprende que el 39% que reporta afiliación al régimen contributivo puede estar en calidad de beneficiaria. Asimismo, se estableció que el 7% de las mujeres se reconocieron en un grupo étnico y el 13% provienen de territorios identificados como rural disperso.

Los aspectos sociales anteriormente citados determinan trayectorias de vida y cuidado. En algunos casos se observó intersección de variables sociales relacionadas con la afiliación al régimen subsidiado, habitar en zonas rurales dispersas, tener alguna condición ser

población de protección especial constitucional. El análisis realizado muestra un patrón en la intersección de ser mujer con condición de multi gestante y pertenecer al régimen subsidiado; primigestante y pertenecer al régimen subsidiado, habitar la ruralidad, estar afiliado al régimen subsidiado y ser primigesta. **Gráfico 6**

Gráfico 6 Upset. Variables sociales y morbilidad materna extrema. 2015 y 2024



Fuente: Elaboración de los autores a partir de la Base de datos de Morbilidad Materna Extrema 2015 y 2024. Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir de los testimonios se observó que las mujeres con empleos formales, ingresos estables y afiliación al régimen contributivo, e incluso con acceso a medicina prepagada, presentan mayor continuidad en la atención materna durante el embarazo, parto y puerperio. No obstante, tales ventajas se modulan según el territorio de residencia, donde la escasa oferta de servicios especializados constituye un obstáculo estructural que limita la atención oportuna y de calidad, incluso para quienes cuentan con mayor protección laboral y económica.

Contextos políticos como el conflicto armado interno colombiano, y la migración forzada de mujeres extranjeras, constituyen escenarios de graves violaciones de derechos humanos que impactan de manera directa la salud y la vida de las mujeres. A 31 de octubre de 2025, se registran 5.090.438 mujeres víctimas del Conflicto armado interno (Unidad para las víctimas, 2025), se estima que, de este total, no menos del 40% de las mujeres, son mujeres

con capacidad reproductiva. Asimismo, se identifica que, a febrero de 2024, Migración Colombia reportó un total de 1.472.655 mujeres migrantes del país de Venezuela, de este total se estimó un 40% de mujeres entre los 18 y 49 años (Migración. Ministerio de Relaciones Exteriores., 2024).

En el caso específico de las mujeres sobrevivientes a la morbilidad materna extrema, entre 2015 y 2024 se identificaron 429 (0,17%) casos de mujeres víctimas de conflicto armado interno, 147 casos de mujeres en proceso de desmovilización o reincorporación; y 19.724 migrantes extranjeras (7,6%), de ellas el 93 % es reportada con nacionalidad de Venezuela. Ambas situaciones, el conflicto armado interno colombiano y la migración forzada de extranjeras, constituyen violaciones de derechos humanos que generan desarraigo del territorio de origen, profundización de la vulnerabilidad social, pérdida de redes sexoafectivas y de apoyo, empobrecimiento material y una mayor exposición a condiciones estructurales de pobreza y exclusión en los territorios colombianos más afectados por estos procesos sociopolíticos.

Estas dinámicas inciden de manera directa en la autonomía corporal y reproductiva de las mujeres, restringiendo su capacidad de decisión libre e informada sobre su vida sexual y reproductiva, y limitando el acceso equitativo a servicios de salud sexual y materna en condiciones de dignidad, seguridad y justicia social.

Como en el Cesar esas cosas de líder político y eso para ese tiempo era, era complicado. Entonces a mi papá lo balearon dos veces. Entonces ya la segunda pues nos tocó venirnos, la primera (vez) dijeron que lo habían confundido y ya la segunda ya imposible que lo fueran a confundir otra vez, sí. [...] yo me vine en embarazo de Aguachica, yo salí en embarazo a los 17 y mi hijo nació a los 18. ¿Y el papá de ese bebé? Él trabaja en Aguachica.

(Sonia, Casanare, 30 de septiembre de 2025).

Además, los procesos económicos y políticos se entrelazan estructuralmente amplificando las inequidades en el acceso a los servicios de salud y restringiendo el ejercicio efectivo del derecho a la seguridad social, incluidos beneficios como la licencia de enfermedad y maternidad. Desde una perspectiva interseccional, entendida como la superposición de ejes de desigualdad vinculados al género, la clase, la raza, la nacionalidad o el territorio

(Crenshaw, 1991), estas inequidades no operan de manera aislada, sino que se construyen, configurando posiciones sociales diferenciadas que determinan las oportunidades de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

El contraste entre Margarita y Juanita ilustra cómo la interacción entre clase social, situación migratoria y condiciones territoriales produce trayectorias diferenciadas de acceso a la salud materna. Margarita, colombiana afiliada al régimen subsidiado, logra mantener cierta continuidad en la atención e incluso acceder a apoyo psicológico. En cambio, Juanita, migrante venezolana sin tarjeta de permanencia, enfrenta barreras administrativas, demoras y episodios de discriminación institucional que obstaculizan la atención, dependiendo de la mediación constante de la entidad territorial. En su caso, la migración forzada constituye un factor agravante que profundiza las brechas de acceso y evidencia cómo las desigualdades estructurales se superponen, generando formas de vulneración de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Todo me cubrió el instituto (Instituto Departamental de Salud). Me hicieron un oficio. Porque tenía antecedentes de tensión alta, de presión arterial alta. Entonces me hicieron un oficio. Para que yo ya no viniera aquí a autorizar ni nada de eso. Y eso yo lo presentaba en donde iba. Y ellos ahí me hacían... Era bien complicado. Porque no en todos lados me querían brindar la atención. Entonces a veces tenían que llamar aquí. Por ejemplo, en el departamento a veces no me hacían los ecos [ecografía]. Entonces que yo iba a llamar acá. Porque el oficio que me hicieron tenía como que prioridad por el alto riesgo del embarazo. Y entonces allá como que a veces me tocaba con personas que no querían por nada del mundo atenderme. [...] Bueno, con la atención. En la IPS, la doctora que me atendía los controles, siempre me atendió muy bien. Nada más había una cajera que era la que me facturaba que siempre me decía, ¿cuánto tienes de embarazo? Ya cuando estuve siete meses, me decía, ah, ya le falta poco, por fin, ya vamos a salir de esto ya. ...Por lo que a ellos le tocaba hacer mucho papeleo, les tocaba la atención conmigo. Claro. Entonces, me dijo así, pues, y me sentí menospreciada en ese momento. Me dio rabia, dolor, tristeza, de todo.

(Juanita, Pasto, 2025)

De forma frecuente las mujeres identifican que en el territorio que habitan, no todas las mujeres tienen acceso a servicios de salud de forma oportuna e integral, y esto lo explican en relación con la posición social de las mujeres, que determina la capacidad de pago para

acceder a los servicios de salud, para afrontar durante la gestación o en el posparto la situación vivida, aspecto que se transforma en gastos de bolsillo. Así lo señaló Esperanza:

Los tres primeros meses yo no podía ni hablar porque ya me ponía a llorar, pues busqué una psicóloga, empezamos a tener sesiones cada ocho días, entonces siento que traigo todo esto de atrás y ya no puedo más, o sea, ya no puedo ser tan fuerte o más fuerte de todo lo que he venido siendo toda la vida, entonces, no, me siento yo, me siento que yo cambié y nadie me dijo que yo tenía que cambiar tanto, o sea, que no iba a ser la misma persona de antes[...] Pero realmente, nunca recibí como algo que no sea, que yo haya buscado pagarlo por mi lado. entonces yo decía, juepucha, cómo hacen estas familias que no tienen nada de ingresos para lidiar con todas estas cosas y tener que soportar tanto y más hijos y más una pareja que no ayude, entonces, como que me empecé a cuestionar mucho eso, porque siento que el sistema de salud público necesita brindar ese acompañamiento a las mamás porque es demasiado difícil

(Esperanza, Chía, 2025)

- **Violencias de género en el trabajo**

Se evidenciaron violencias en el mercado laboral contra las mujeres gestantes. Esto se identificó en el caso de una mujer con formación técnica en salud, con contratación de prestación de servicios de salud, quien refiere que dada su condición alto riesgo obstétrico, requería una redistribución de carga laboral, aspecto que fue negado por el empleador, quien además le indicó no conceder permisos frente a complicaciones del embarazo.

Respecto del acceso a la licencia de enfermedad y maternidad, se encontró que la posición social de las mujeres determina la posibilidad del goce efectivo del derecho. Aspecto que se convierte en un factor relevante para las mujeres que tienen durante el embarazo un alto riesgo, toda vez, que, parte de los ingresos familiares depende del ingreso de la mujer, quien, al no contar con un trabajo decente, se ve en la necesidad de continuar su vida laboral, manteniendo o incluso aumentando el riesgo para la salud de la mujer.

¿Cómo fue la parte económica? Económicamente fue duro. Porque pues me tocaba dejar de trabajar. Pero aun así pues yo seguí trabajando. Como dicen ellos, que era bien terca. Trabajé hasta el día que me tocó la cesárea. Y eso fue porque me dio náuseas, me dio mareo. Y yo fui y me di la presión y la tenía altísima.

(Juanita, Pasto 2025)

En un caso se evidenció, que pesé a la solicitud de la mujer de acceder a una licencia de enfermedad, dada su condición en salud, el profesional de salud no consideró pertinente la solicitud, desconociendo el derecho que tienen las mujeres en Colombia respecto de tomar una semana de licencia de maternidad pre-parto, aspecto establecido en el código sustantivo de trabajo y otras normas que lo regulan.³ En otro caso se evidenciaron fallas administrativas en la afiliación a la seguridad social, en este caso la mujer tiene un trabajo formal, pero su afiliación está en el régimen subsidiado,

No, no me dijeron nada. O sea, a mí me hicieron todo, ya lo último, pues ajá, antes de que me dieran salida y a mí me tenían que dar mi licencia. Yo me acerqué a el médico cuando me dijo, sí, tú eres contributivo. Y yo le dije sí, yo soy contributivo, yo estoy trabajando y estoy en nómina. Ah, bueno, empezó a verificar, después me mandaron una hoja donde ahí salía que era subsidiado, que no podían darme lo de la licencia porque era subsidiado. Que tenía que hablar con la empresa para que ellos preguntaran que no sé qué, los pagos y todo eso. Bueno, yo pregunté, el muchacho me mostró, me dijo sí, mira, se está pagando, pero ya es como un error que tiene la empresa como con el ADRES, o Cajacopy con el adres, algo así. Y yo le dije, ah, bueno, entonces lo que me dijo fue de que me daban creo que 15 días, un mes, para que me cambiaran a contributivo. Yo se lo dije al muchacho de talento humano, con tal de que yo salí de ahí, salí sin licencia.

(Amanda, Maicao, 2025)

En todos los casos las trabajadoras del sector informal no tuvieron acceso a licencia de maternidad. En algunos de estos casos, como ya se dijo, las mujeres provienen de contextos de origen de alta vulnerabilidad social que se acompañan de acciones de cuidado que asumen en la niñez o adolescencia, reproduciendo un ciclo de baja escolaridad, que incrementa la inserción en el mercado laboral informal. De su parte, el no acceso a la licencia de maternidad produce afectación económica del ingreso familiar, a esto se suman los gastos de bolsillo en el que incurren las mujeres para dar continuidad al manejo terapéutico del evento en salud o de la hospitalización del recién nacido. Lo anterior, es diferente en el caso de mujeres profesionales con formación de posgrado y capacidad de negociación del contrato laboral, en estos casos se encontró que además del derecho a la licencia de maternidad, las mujeres cuentan con otros beneficios, que les permite afrontar

³ Ley 1822 de 2927 y Ley 2114 de 2021

con mejores recursos la gestación y las afectaciones en la salud que deja el evento de morbilidad materna extrema.

- **Violencia sexual y decisión del primer embarazo.**

La precariedad económica que afecta a algunas de las familias de origen se entrelaza con contextos de violencia que convierten el hogar en un espacio no protector para niñas y adolescentes. De acuerdo con el registro de morbilidad materna extrema entre 2015 y 2024, el 20% de los casos corresponden a personas de 18 años o menos, incluidos 634 casos de niñas entre los 9 y 14 años. Este dato evidencia que una proporción importante de las situaciones de riesgo se presenta en edades particularmente tempranas, lo que permite comprender con mayor profundidad los escenarios narrados por las mujeres participantes.

En sintonía con estas cifras, varios testimonios revelan que, durante la adolescencia, algunas mujeres asumieron roles de cuidado de otros miembros de su familia, situación que implicó la interrupción de sus estudios y que ellas mismas identifican como una limitante para ejercer su autonomía a lo largo de la vida. En este mismo marco de vulnerabilidad, se documentan casos de violencia sexual y acoso sexual ocurridos en la niñez y adolescencia, perpetrados por parientes cercanos y conocidos por la madre, lo que refuerza la idea de que el hogar de origen no siempre funcionó como un entorno seguro o protector.

Estos hechos son relatados por las mujeres como una disrupción en la trayectoria biográfica, la cual se comporta como una marca en la vida, de la cual no se habla, pero que al ser revivido en la entrevista se narra con sufrimiento, máxime porque ellas han sido incluso culpabilizadas de la situación vivida. Para dos de las mujeres, el escenario de exclusión social y de violencia motivó que en la adolescencia decidieran tener pareja y un primer embarazo, el cual es presentado como la oportunidad que visualizaron para salir del contexto de violencia del hogar de origen, aunque en ambos casos ese contexto permanece al mantener en la adultez cercanía con la familia de origen.

La familia de origen de Paula llegó a Funza proveniente de Santa Marta, con historia de violencia contra la madre, la cual es explicada por Paula como una consecuencia del racismo,

Mi mamá es una persona de color. Entonces pues yo me imagino que...pues lo que ella nos ha contado mi nona (la abuela), fue una persona muy dura con ella y pues ella en medio de lo que... como de lo que ella pudo, no sé, ser pues... fue una persona con mucho carácter. Y la relación de ella y mi papá es una cosa terrible, horriblemente.

(Paula, Soacha, 2025).

Para Paula, quien relato entre lágrimas, el episodio de violencia sexual, señaló que su primer embarazo fue por ella considerado como un mecanismo de escape del contexto de violencia que vivía en casa, y ante la prohibición de la madre de ejercer el derecho a la salud sexual y reproductiva.

En el caso de Sara, la violencia continúa en la adultez, dado que es objeto de maltrato verbal y psicológico, por parte de quien en la infancia la agredió. En ambos casos, el primer embarazo fue de alto riesgo, y si bien, en ambos casos las mujeres refieren que su pareja es un pilar para el desarrollo de la vida, no cuentan con redes familiares de apoyo. Por el contrario, las familias de origen suman tensiones a la vida de las mujeres, e incluso perpetúan la violencia. En el caso de Paula, el primer parto fue por cesárea, aspecto que, se asocia con alteraciones de su imagen corporal que lastiman su autoestima. Ambas mujeres manifiestan emociones de tristeza, ansiedad y miedo, que han persistido a lo largo de su vida, y se reactivan al enfrentar el último caso de morbilidad materna extrema.

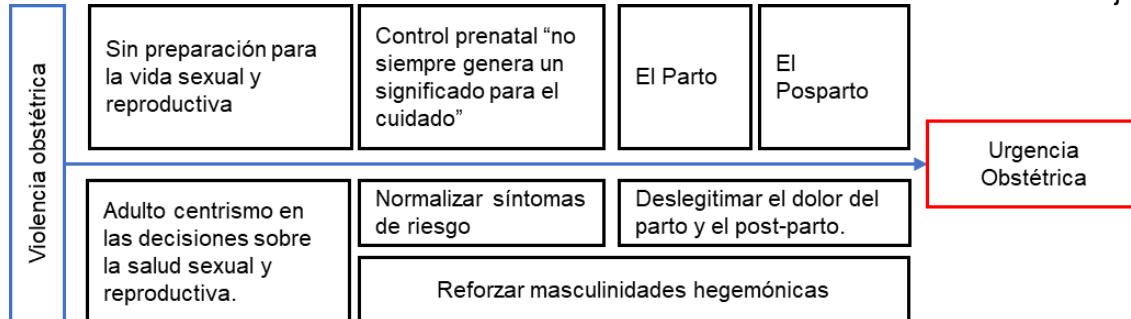
3.2.2 De la consulta prenatal a la urgencia obstétrica: itinerarios de cuidado y violencia obstétrica

El enfoque de maternidad segura, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) desde la década de 1990, reconoce la maternidad como una experiencia vital que debe transcurrir en condiciones de seguridad, equidad y respeto de los derechos humanos (OMS, 2010) (UNFPA, 2012). Desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, la maternidad segura implica garantizar el ejercicio pleno de la autonomía reproductiva, el acceso a servicios de salud de calidad y la posibilidad de vivir el embarazo, parto y posparto de manera libre de discriminación, coerción y violencia. En este sentido, el concepto trasciende la reducción de la mortalidad materna y se orienta hacia la justicia reproductiva, entendida como la

capacidad de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos y su reproducción en contextos sociales y sanitarios que reconozcan su dignidad (Freedman & Kruk, 2014).

Los testimonios de mujeres sobrevivientes de morbilidad materna extrema evidencian que la violencia obstétrica persiste como una forma de vulneración de derechos dentro de los servicios de salud. Estas prácticas, muchas veces normalizadas, reproducen estructuras patriarcales y adultocéntricas, expresadas en relaciones de poder asimétricas, masculinidades hegemónicas y la deslegitimación del sufrimiento de las mujeres. En consecuencia, se generan entornos de atención que silencian sus voces y experiencias, incrementando el riesgo obstétrico y vulnerando su derecho a una atención digna y humanizada. Ilustración 3

Ilustración 3. Violencia obstétrica en el continuum del cuidado de la salud de las mujeres.

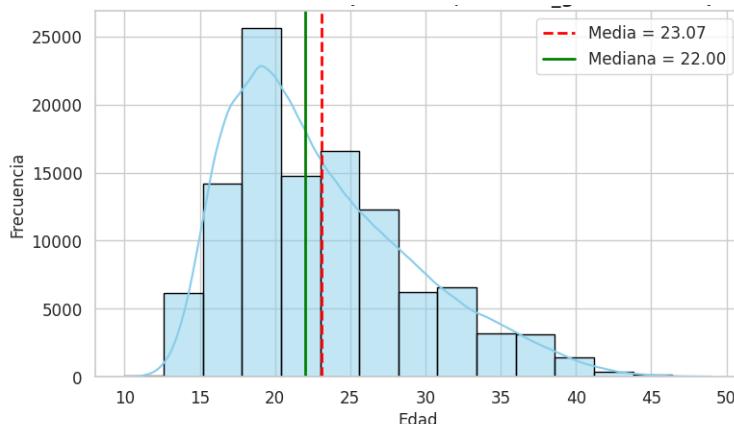


Fuente: MSPS. Dirección de epidemiología y demografía. Grupo de planeación de salud pública. Elaboración de los autores.

- **Sin preparación para la vida sexual y reproductiva: adulto centismo y negación de las decisiones de las mujeres.**

De acuerdo con el registro de morbilidad materna extrema entre 2015 y 2024 el 43% de los casos se presentaron durante la primera gestación, de este total el 80% de los casos son menores de 29 años, con una media de 23 años, cuatro años menor a la presentada en el conjunto total de datos, que muestra una media de 27 años para morbilidad materna extrema. **Gráfico 7**

Gráfico 7. Distribución de la edad en mujeres primigestas



Fuente: Elaboración de los autores a partir de la base de datos de Morbilidad Materna Extrema 2015 y 2024

Estos datos permiten comprender que una proporción significativa de las mujeres vivió su primera experiencia gestacional en edades tempranas, en un momento del curso de vida en el que aún se configuran procesos esenciales de autonomía personal, educativa y afectiva. Esta temprana maternidad, observada estadísticamente, dialoga con los relatos que muestran cómo las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción no siempre están mediadas por información suficiente, condiciones de libertad o entornos que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Sobre el particular, el derecho de las y los jóvenes a decidir libre y responsablemente sobre su vida sexual y reproductiva se enmarca en los principios universales de los derechos humanos, que reconocen la autonomía corporal, la igualdad de género y el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad (Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1994). Este derecho implica no solo la libertad para decidir si tener relaciones sexuales, con quién y en qué condiciones, sino también la posibilidad de ejercer la reproducción o no hacerlo, sin coerción, violencia ni discriminación.

La edad de inicio de la vida sexual consentida entre las mujeres participantes osciló principalmente entre los 16 y 17 años, con excepción de dos profesionales que reportaron el inicio a una edad superior. Aunque algunas mujeres durante su formación escolar recibieron información básica sobre métodos anticonceptivos y de control prenatal, dicha educación no estuvo acompañada de un enfoque integral en derechos sexuales y

reproductivos que promoviera el ejercicio autónomo, informado y responsable de la sexualidad.

Se evidenció la presencia de determinantes sociales y familiares que influyeron de manera significativa en las decisiones relacionadas con su proyecto de vida y con el inicio de la vida sexual. Factores como la violencia intrafamiliar y de pareja, la interrupción del proceso educativo para asumir roles de cuidado y las experiencias de violencia sexual fueron referidos por las mujeres como elementos condicionantes de sus trayectorias sexoafectivas. Estas situaciones se inscriben en un contexto sociocultural adultocéntrico y patriarcal presente tanto en la esfera social como en los servicios de salud, que tiende a deslegitimar la capacidad decisoria de las mujeres adolescentes y jóvenes sobre su cuerpo, su sexualidad y el uso de métodos de planificación y control prenatal.

Sí, yo me quería ir de la casa y hacer mi vida e irme de la casa. Sí, esa era mi forma (quedar embarazada). O sea, no vi en ese momento en mi inmadurez otra manera. Pues él fue la primera persona con la que yo estuve y yo una vez intenté solicitar al Jadelle. Yo dije pues que me pongo a planificar. Pero, pues en ese momento una tía trabajaba en la IPS donde a nosotros nos atendían. Y en ese momento tenía uno que tener el permiso del papá para uno poder planificar. Entonces llamaron a mi mamá, mi mamá se enteró y me dijo que si yo me iba a volver una puta sin sueldo. Entonces pues no pude. Entonces yo dije no, pues entonces me voy, me voy, yo me quiero ir.

(Paula, Soacha, 2025)

El caso de Carolina evidencia como las normas sociales y culturales de carácter adultocéntrico influyen en la capacidad de las adolescentes para ejercer su autonomía reproductiva y decidir sobre su cuerpo. A los 16 años, Carolina experimentó un embarazo en el contexto de una relación afectiva que ella consideraba estable; sin embargo, su decisión de interrumpir la gestación fue mediada por la intervención de familiares adultos, quienes orientaron el curso de la situación sin considerar plenamente su voluntad. Este tipo de dinámicas refleja cómo los entornos familiares y comunitarios tienden a restringir el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, subordinando su capacidad decisoria a la tutela moral o social de los adultos.

Tenía 16 años, cuando quedé embarazada tenía una relación estable con una persona y pues al principio fue normal, fue adoptar que estaba embarazada, duré un tiempo embarazada, pero pues unos tíos intervinieron en la decisión y le explicaron a mi mamá que el futuro, que la niña, que, en ese momento, el futuro, la niña y demás. Entonces mis tíos me acompañaron a buscar un lugar en donde realizar el procedimiento porque en ese momento no recuerdo las normas y leyes colombianas, pero pues entendería yo que no era mi caso, no era legal o no sé cómo se dice

(Carolina, Soacha, 2025).

Asimismo, las narrativas de otras mujeres evidencian que la vida sexoafectiva suele estar marcado por limitaciones en la información y el acceso a métodos anticonceptivos, así como por una falta de preparación emocional y social para el ejercicio de la sexualidad. En varios testimonios, los embarazos se produjeron en contextos de relaciones inestables o con escaso acompañamiento, y algunos de ellos no fueron deseados. En palabras de Sonia, de Casanare, el embarazo no planificado implicó tensiones en la relación de pareja y sentimientos de incertidumbre frente al futuro, situación que pone de relieve la vulnerabilidad estructural en la que muchas mujeres viven su maternidad. En otros casos, pesé a estar orientadas por profesionales especializados, el cambio de método de planificación y control prenatal, son referidos como la situación que posibilitó la gestación. Estas experiencias están atravesadas por condiciones de desigualdad de género, responsabilidades de cuidado no compartidas y limitaciones materiales y afectivas que profundizan la soledad y la carga emocional de las mujeres.

Pues... O sea, sí cambia, ¿no? O sea, las cosas cambian. Porque... Él es más joven que yo. Y él como pues... Se le hacía como un juego. Entonces sí, sí cambia bastante. Bastante sí cambió, pero ya lo está asimilando. Porque él pues no aceptaba... mirar a la niña a no aceptaba ser papá.

(Margarita, Nariño, 2025)

En contraste, los casos en los que la gestación fue planificada y acompañada por la pareja muestran una relación más estrecha con los servicios de salud y un ejercicio más pleno de los derechos reproductivos, lo que evidencia la importancia del acceso equitativo a la información, la atención preconcepcional y la toma de decisiones informada.

Finalmente, tras los episodios de morbilidad materna extrema, la elección de métodos definitivos de planificación familiar, como la cirugía de Pomeroy, aparece frecuentemente condicionada por el temor a la pérdida de la vida o por indicaciones médicas, convirtiéndose en un mecanismo de control sobre la reproducción femenina. En estos casos, la condición de salud deja de ser un ámbito de cuidado para transformarse en un espacio donde se puede restringir la libertad reproductiva de las mujeres.

- **El control prenatal no genera un significado para el cuidado**

De acuerdo con los registros de SIVIGILA, entre 2015 y 2024, el 3% de las mujeres notificadas con morbilidad materna extrema (7.121 de 249.322 casos) presentaron más de un antecedente de esta condición. Si bien la base de datos no permite identificar si durante el periodo intergenésico existió seguimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), los testimonios recogidos evidencian que las mujeres suelen establecer el primer contacto con los servicios de salud únicamente después de confirmar el embarazo, incluso en casos con antecedentes obstétricos de alto riesgo.

En la mayoría de participantes no se observó seguimiento posparto, que permitiera orientar la atención preconcepcional, lo cual impide identificar condiciones de salud o factores psicosociales que requieren un abordaje anticipado para garantizar una maternidad segura. El caso de Carolina constituye una excepción: a los 32 años, planificó intencionalmente su segunda gestación y se preparó previamente, lo que permitió un proceso distinto de afrontamiento y autocuidado.

Dejé de planificar, comencé a ir a mis controles, o controles no, sino como la EPS hace un tema de que tú puedes ir a hacer unos exámenes preconcepcionales, entonces fui a los exámenes preconcepcionales, asistí con el psicólogo, asistí con odontología y con diferentes personas de la salud que disponen para que uno primero mire, voy a decir apto, tiene la salud y la estabilidad para concebir. Entonces, también posterior a ello, a mis exámenes y todo me dijeron que estaba dentro de los parámetros normales, me tomé unos medicamentos, creo que es el ácido fólico, no recuerdo qué más...

(Carolina, Soacha, 2025)

En el periodo analizado (2015–2024), las mujeres sobrevivientes de morbilidad materna extrema registraron en promedio 4,6 controles prenatales. No se identificaron diferencias sustanciales en el número de controles entre primigestas y multigestas. Sin embargo, resulta crítico que una tercera parte de las mujeres solo accedió a 2 o 3 controles, lo que evidencia deficiencias en el acceso efectivo a servicios materno-perinatales. Tabla 5

Tabla 5. Distribución de controles prenatales según número de gestaciones

Medida	Primigestas	Multigestas
Casos	109,904	148,737
Promedio	4,9	4,7
Desviación estándar	3,07	3,12
Mínimo	0	0
25%	3	2
50%	5	5
75%	7	7
Máximo	13	14

Fuente: Elaboración de los autores a partir de la base de datos de morbilidad materna extrema. 2015 y 2024.

Entre las mujeres catalogadas con riesgo moderado o alto, se observó que el control prenatal contempló valoración especializada en ginecobstetricia. No obstante, persistieron barreras administrativas, geográficas y logísticas que retrasaron la atención, como dilaciones en la programación de ecografías, dificultades para obtener medicamentos complementarios y trámites de autorización que incrementaron la vulnerabilidad materna. También se debe señalar, que la atención en salud mental fue escasa e incluso inexistente, aspecto que las mujeres señalaron como una de las principales fallas en el proceso de atención.

Se identificaron casos en los que, pese a diagnósticos de diabetes o hipertensión gestacional, las mujeres no atribuían significado de riesgo a su condición debido a la ausencia de síntomas perceptibles. Esta falta de reconocimiento se extiende al personal de salud: en algunos episodios no se adoptaron medidas preventivas para anticipar una posible emergencia obstétrica, la cual finalmente se manifestó durante el parto, sin evidencia de preparación institucional o de un plan de respuesta adecuado.

Yo iba al control y me dijeron, tienes la presión alta. ¿Estás tomando la pastilla si? Sí, Y yo me tomaba la pastilla y yo seguía normal. Cuando iba al control, y como yo me tomaba las pastillas, no pasaba nada. No sentía nada, como eso no da nada, no me sentía nada. Si a mí ni una gripe me da. ¿Y cuándo le detectaban la tensión alta le decían algo del riesgo que puede la tensión alta? No, porque no era tan alta. Sí me mandaban las pastillas, pero no era tan alta. Ya en la última semana fue que sí, era 150, se me disparó. Y cuando, en el momento que me iban a inducir el parto, porque me veían muy hinchada y eso, entonces sí, demasiado, el doctor me dijo, hay que hacerle cesárea porque tenía demasiado la presión alta. A mí me citaron el sábado, me dijeron, vete el domingo a las 7 de la mañana. Lo más temprano que puedes. O sea, yo fui el domingo a las 7 de la mañana porque me iban a inducir el parto. Porque yo no tenía dilatación ni nada, entonces me lo iban a inducir. Entonces me iban a inducir el parto. Si me alcanzaron a colocar una pastilla, pero no había dilatación todavía. De ahí fue que se me disparó más la presión. (el médico dice) ella va es para cesárea enseguida.

(Isabel, Maicao, 2025)

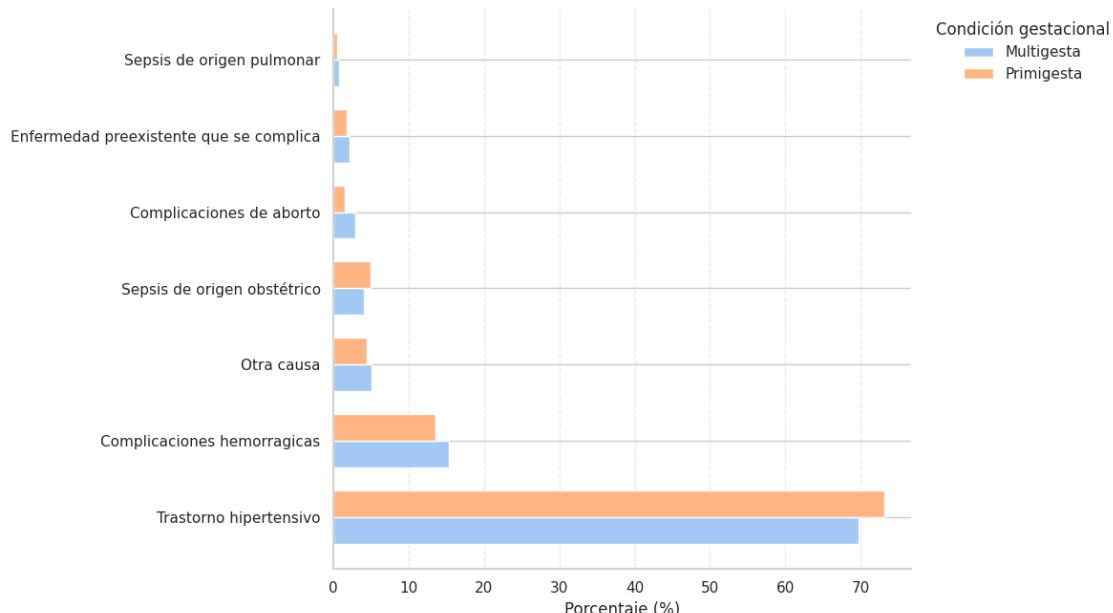
Para varias participantes, el control prenatal se configuró como una atención rutinaria, repetitiva y con escaso valor agregado carente de un enfoque diferenciado de riesgo y sin componentes educativos que fortalezcan la comprensión de las señales de alarma o del continuum de la atención materna. Esta percepción podría explicarse por la falta de elementos que cualifiquen el programa, diferenciándolo de una consulta básica de medicina general y limitando su potencial como intervención clave para la maternidad segura. Incluso se documentaron situaciones en las que los signos de alarma fueron identificados únicamente en el último control prenatal programado, momento en el cual se decidió la remisión a un hospital de mayor complejidad.

En un caso, la profesional indicó a la gestante trasladarse por sus propios medios al servicio de urgencias, sin emitir una remisión formal. La mujer decidió regresar a su domicilio y solo acudió al servicio dos días después, aumentando de manera significativa el riesgo para su vida y la del recién nacido.

- **Decisiones sobre el cuerpo de la mujer en el contexto de la emergencia obstétrica**

En los testimonios analizados, se observó que la emergencia obstétrica se presentó de manera variable: durante los procesos de inducción al parto, en el posparto inmediato, e incluso antes de alcanzar la edad gestacional considerada viable, lo cual configuró escenarios clínicos de alta complejidad. En términos de magnitud se debe señalar que entre 2015 y 2024, el trastorno hipertensivo fue la primera causa clínica de la emergencia, con una mayor frecuencia en primigestas (73%) respecto de las multigestas (69%), seguido de las complicaciones hemorrágicas, las cuales es más frecuente en multigestas. **Gráfico 8**

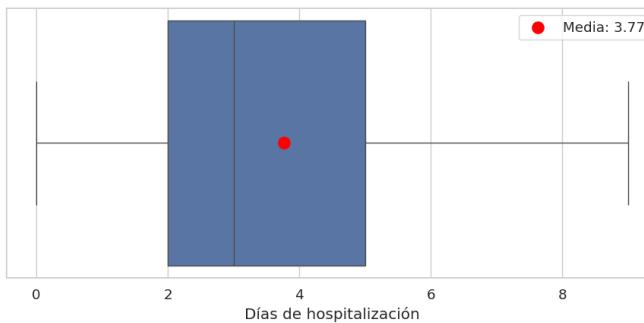
Gráfico 8 Distribución de causas agrupadas según condición de la gestación. 2015 -2024



Fuente: Elaboración de los autores a partir de la base de datos de morbilidad materna extrema. 2015 y 2024

Se identificó que el 96% de las mujeres con morbilidad materna extrema fueron hospitalizadas con tiempo promedio en días de 3,8 (0 y 12 días). **Gráfico 9**

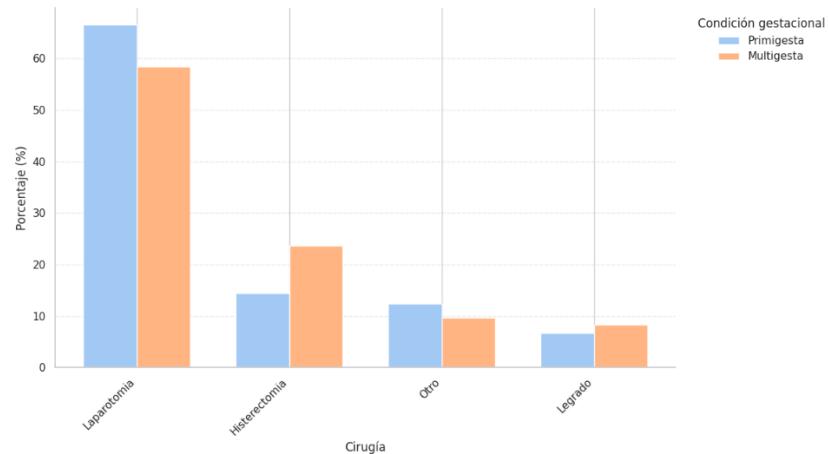
Gráfico 9. Distribución de los días de hospitalización. 2015-2024.



Fuente: Elaboración de los autores a partir de la base de datos de morbilidad materna extrema. 2015 y 2024
 * Excluye datos outliers.

El 89% de las mujeres fueron sometidas a una cirugía de urgencia, con cifras superiores en mujeres primigestas (92%). Respecto del tipo de cirugía se identifica que la laparotomía es la de mayor frecuencia, seguido de hysterectomía, legrado y otras. **Gráfico 10**

Gráfico 10. Tipo de cirugía según condición gestacional. 2015 -2024



Fuente: Elaboración de los autores a partir de la base de datos de morbilidad materna extrema. 2015 y 2024

Lo anterior, significa que, durante estos episodios críticos, se desencadenan decisiones que involucran directamente el cuerpo y la vida de las mujeres, las cuales deben ser asumidas por ellas mismas o por el equipo de salud. A partir de las entrevistas, se identificó que una de las decisiones más frecuentes se relaciona con la terminación del embarazo ante la presencia de complicaciones graves o amenaza de parto prematuro extremo. Sin embargo, los relatos sugieren que, aun cuando las mujeres tenían antecedentes obstétricos de riesgo, no contaban con una preparación suficiente para enfrentar estas situaciones.

En este sentido, varias participantes reflexionaron sobre el papel del control prenatal y del curso psicoprofiláctico como espacios que podrían brindar herramientas para comprender los signos de alarma, los procedimientos ante una emergencia obstétrica y los cuidados del recién nacido prematuro. La limitada provisión de información durante la atención prenatal redujo su capacidad de afrontamiento y de toma de decisiones informada, un elemento central en la garantía del derecho a una maternidad segura.

Un caso particularmente relevante evidenció que el profesional de salud consultó exclusivamente a la pareja sobre la decisión entre priorizar la vida de la mujer o la del recién nacido, omitiendo por completo la participación de la gestante, quien cursaba un síndrome de HELLP. En otro caso, se evidenció que la decisión respecto de realizar una cirugía de Pomeroy fue consultada a una hermana de la paciente, y no de manera directa a la paciente. Este tipo de prácticas incumple lo requerido respecto de consentimiento informado, autonomía reproductiva y derecho a decidir. En otros casos, la información sí fue suministrada directamente a las mujeres, aunque en condiciones de urgencia y con escasa anticipación, lo que dificultó su comprensión integral del riesgo.

En general, las decisiones relacionadas con el cuerpo de las mujeres no siempre fueron consultadas de manera adecuada, incluso cuando se preveía la realización de procedimientos que podían implicar pérdida de la capacidad reproductiva (p. ej., histerectomía obstétrica de emergencia). Lo anterior, constituye una vulneración del derecho a la autonomía corporal y del principio de consentimiento informado, ampliamente reconocido como parte de derechos humanos y salud materna.

Voy a la clínica alrededor de las 10 de la noche, a la medianoche me asignan, no, como a las 11 nos asignan la habitación, a mi pareja y a mí, y a las 12 y media más o menos me ponen como un papelito que en la vagina que para inducir, que con eso se puede como empezar a inducir el parto, sin embargo a las 6 y media, no sentí nada de dolores ni nada durante ese periodo y a las 6 y media pues va el ginecólogo de turno y me revisa y me dice no has dilatado nada, como uno, entonces me dijo toca pues acelerarlo y te vamos a poner pitocin y bueno ya empezaríamos como el tema, él (el ginecólogo) empezó como a acomodarse y me dijo puja y yo empecé a pujar y entendía, y yo dije bueno pues ya empezamos, como que esto ya empezó, mi pareja estaba ahí y le dijeron póngase esto, él se puso pues los implementos,

adecuaron pues toda la habitación y ahí empecé pues como todo el trabajo de parto, ahí empecé pues a pujar, pues obviamente eso es súper doloroso, súper traumático, entonces yo empecé a pujar un montón, una compañera de mi ginecólogo vino a ayudar también, entonces ella empezó a ayudar como a presionar para que la bebé pudiera como bajar, porque estaba muy arriba, pero ya cuando ellos presionaron en una, dijeron eso funcionó, ya la bebé bajó, empieza a pujar, entonces yo empecé a pujar, ahí pues que te dicen ya le vimos la cabeza, sigue pujando, no pares, tranquila, pues yo puje y pues afortunadamente la bebé nació, y yo vi que ellos, mi ginecólogo y la otra ginecóloga como que no, no sé, ahí empecé a sentir que ellos estaban como hablándose entre ellos, pero pues uno no sabe nada de eso, entonces les dije ¿ahora qué sigue? y dijeron no, ahora tenemos que sacar la placenta y ya, entonces un último pujito, empecé a ver que decían como qué, pero que estaba raro, que había algo, y mi ginecólogo pues hubo un momento que me tuvo que meter toda la mano por la vagina, a mí me dolió un montón, entonces yo solo lo miré y le dije no más, o sea porque yo ya no entendía qué era lo que pasaba, y pues creo que alguien dijo ¿pero qué es esa mierda? no entiendo qué es, o sea no, yo siento algo ahí, pero no, o sea era lo que yo escuchaba, pero yo no entendía nada, pues entonces, pero todo fue muy rápido, entonces la ginecóloga le estaba ayudando a él, dijo como doctor yo creo que ya activemos el código rojo, y en ese segundo pues esa sala se llenó de gente, y el anestesiólogo que me había puesto la epidural, me dijo necesito que te pongas la máscara, cuando me levanté pues ya estaba en otra habitación, y mi ginecólogo estaba ahí sentado, como esperando a que me despertara quizás, es que tuvimos una complicación durante, al final del parto, pero pues yo les preguntaba por la bebé, y me dijeron no, la bebé está perfecta, pero pues sí tuvimos, ay a veces es difícil volver a hablar de eso, que habían tenido una complicación, que tuve una hemorragia, entonces estaba perdiendo mucha sangre, y pues intentaron todo lo humanamente posible para detener la hemorragia así normal, pero no se entendía porque yo no dejaba de sangrar, entonces tuvieron que hacerme una cirugía de emergencia, y pues que en la cirugía de emergencia se había visto que mi útero no se contrajo, como que apenas nace la bebé, el útero se tiene que contraer, y el mío se quedó pues abierto, pero pues que además se había invertido, entonces pues que eso es algo muy raro que pase, y que ellos habían intentado de verdad hacer todo lo posible por, digamos que no tener que tomar una decisión tan difícil, pero que me habían tenido que quitar el útero, pues que las consecuencias de eso era que pues yo ya no podía tener más hijos, que no me iba a volver a llegar el periodo, y pues yo estaba como un poquito en shock

(Esperanza, octubre 2025)

El testimonio de Esperanza muestra cómo los desenlaces en salud materna pueden dejar afectaciones permanentes, no solo físicas sino también emocionales. Su experiencia también evidencia la importancia del acompañamiento durante el parto: aunque su pareja estuvo presente y brindó apoyo continuo, esta no es la realidad de la mayoría de mujeres, pues con frecuencia las instituciones de salud no facilitan la presencia de acompañantes significativos, a pesar de que la evidencia demuestra que esta práctica reduce la ansiedad, mejora la experiencia de parto y puede contribuir a mejores resultados maternos y neonatales (Bohren, 2017).

En conjunto, este caso ilustra cómo las emergencias obstétricas pueden desarrollarse de manera súbita y convulsionar el proceso de atención, revelando la fragilidad del tránsito entre un parto aparentemente normal y un evento que amenaza la vida. También muestra la necesidad de garantizar condiciones de información clara, acompañamiento y atención centrada en la mujer, que permitan ejercer autonomía aun en contextos de urgencia.

Los casos de Patricia y Nora evidencian fallas relevantes en el proceso de atención posparto, especialmente considerando que ambas presentaban antecedentes obstétricos de riesgo. En los dos casos, las mujeres reportaron cefalea intensa y malestar general, en el primer caso al ingresar a cirugía para la realización de la cesárea, en el segundo caso en el posparto inmediato, síntomas que constituyen signos de alarma ampliamente reconocidos para complicaciones hipertensivas posparto. En el caso de Patricia, la presión arterial fue tomada por personal en formación, quienes documentaron cifras dentro de la normalidad. Sin embargo, al ingreso a cirugía se identificó una hipertensión arterial severa, que posteriormente evolucionó hacia un accidente cerebrovascular. En la experiencia de Nora, la cefalea fue atribuida por el equipo de salud a los efectos de la anestesia epidural, lo que retrasó la identificación de una preeclampsia posparto, también complicada con un accidente cerebrovascular. Este tipo de explicaciones constituyen una práctica documentada en la literatura como causa de demora diagnóstica en emergencias hipertensivas y contribuye a aumentar la morbilidad materna severa.

Actualmente, ambas mujeres se encuentran en procesos de rehabilitación integral en salud. No obstante, las desigualdades en el acceso a servicios especializados son evidentes:

Nora, afiliada a un plan de medicina prepagada, ha podido acceder a terapia ocupacional, fisiatría y acompañamiento psicológico, mientras que Patricia, afiliada al régimen contributivo, ha experimentado un proceso de rehabilitación más lento y con mayores barreras administrativas. Esta diferencia pone de manifiesto la persistencia de inequidades estructurales en la atención posparto y en la recuperación después de una complicación grave.

Tanto Patricia como Nora reconocen que la rehabilitación integral, física, cognitiva y emocional, constituye un componente esencial de la restitución del derecho a la salud, conforme a los principios de atención continua y centrada en la persona. Ambas expresan incertidumbre frente a su futuro laboral, debido a las limitaciones funcionales derivadas del accidente cerebrovascular y a la ausencia de un acompañamiento efectivo que facilite la recuperación plena y la reincorporación a su proyecto de vida.

En síntesis, la magnitud de las cifras y la intensidad de los relatos señalan que, más allá de la emergencia clínica, un importante número de mujeres enfrentan un entramado de decisiones impuestas, barreras estructurales y prácticas que vulneran su autonomía y dejan huellas imborrables en sus vidas.

- **Diferentes rostros de la violencia obstétrica**

La violencia sexual y reproductiva, y, dentro de ella, la violencia obstétrica, se define como cualquier conducta, acción u omisión ejercida por el personal de salud, de forma directa o indirecta, que vulnera la integridad física, emocional o sexual de las mujeres durante el embarazo, el parto o el posparto (Jojoa-Tobar, 2019). Esta comprende tanto prácticas explícitas como negligencias o decisiones clínicas que desconocen la autonomía, el dolor o las necesidades de las mujeres.

Durante las entrevistas, las participantes relataron diversas experiencias que constituyen manifestaciones de violencia obstétrica en los servicios de salud. Entre ellas se encuentran: la deslegitimación del sufrimiento físico, la negación injustificada de analgésicos, la prohibición del ingreso de la pareja o acompañante durante controles prenatales o el parto

como medida de coerción, y la atención tardía o insuficiente frente a signos de alarma, lo cual incrementó el riesgo clínico para varias mujeres.

Una de las formas más reiteradas de vulneración fue la invalidación del dolor, expresada a través de comentarios o acciones que minimizaban o ignoraban los síntomas reportados por las mujeres. Esto incluía afirmar que “no era el momento del parto”, que el dolor debía desaparecer “porque ya tenían anestesia”, o que el dolor abdominal no tenía relevancia clínica. La negación o trivialización del dolor, especialmente cuando está asociado a condiciones gineco-obstétricas potencialmente graves, constituyó un trato degradante en términos de derechos humanos, al desconocer la experiencia corporal de las mujeres, limitando su capacidad de decisión informada, con exposición a riesgos innecesarios y prevenibles.

Un caso extremo lo constituye el caso de Angela, una mujer sobreviviente que afrontó un embarazo ectópico. En este caso, la mujer convive con el dolor por un periodo no menor de ocho días. El episodio más fuerte de dolor y perdida del conocimiento se da en el lugar de trabajo, donde el médico de seguridad del trabajo, en llamada telefónica le sugiere irse para la casa, y acercarse al día siguiente. No obstante, los compañeros de trabajo deciden llevarla una institución de salud por urgencias, donde Angela vive momentos críticos, angustiantes y denigrantes, que pusieron en riesgo su existencia.

Cuando me iban a tomar los exámenes el chico, me dice por favor súbase a la camilla. Tome para que se haga la muestra de orina, ella refiere que le dijo al enfermero, me voy a desmayar. Y él respondió, no. No. No aquí no se puede desmayar, y le dijo tómese la muestra de orina, ella responde le estoy diciendo que estoy mal. Súbase a su silla de ruedas, me entrego unos pañitos para hacerme aseo para tomar la muestra. Casi no me la puedo hacer, cada vez que trataba de hacerlo me caía. Tómese su muestra de orina, pasaron tal vez dos horas y me llamo el médico. Súbase a la camilla, tiene que subirse necesito examinarla, me dice ya salieron sus exámenes tiene anemia y está embarazada. ¡¡¡ que!!!, por favor recuéstese, no podía, tenía un dolor que no me permitía moverme. No podía, no podía. (el médico le dice) Sino se deja revisar de mí, le va tocar pasar con otro médico, Usted no entiende que me está doliendo, que no es Usted que soy yo. Claro ya me vio molesta porque le dije, me he caído un montón de veces y nadie me ha atendido, y usted me viene a decir esto. Estoy mal

tratada, estoy vuelta nada1 Me dijo hay que hacer ecografía, pero aquí no tenemos el servicio....

Fue ubicada en una camilla, a la una de la mañana fue trasladada al Hospital, fue terrible, el dolor en abdomen había aumentado. Llegó al Hospital, allá la tensión estaba baja... La dejaron en una silla, y nuevamente se desmayó. Cuando despertó, se despertó por el ruido de las señoritas que iban a tener él bebe, le pusieron la escalerilla, para pasar a la otra camilla y le hicieron la ecografía, el doctor que hizo la ecografía le dijo toca ya la cirugía, llega un estudiante "y nuevamente me ponen la ecografía y el dolor".

El proceso de recuperación "fue triste, fue muy duro, más por el hecho de que no fue algo que hice yo sola, fue muy duro, fue duro, si tenía con quien hablar, pero para mí es difícil manifestar y decir mis cosas no es tan fácil. Encontrarme en una situación fue tan difícil.

(Angela, octubre, 2025)

El caso de Ángela evidencia de manera contundente cómo la violencia obstétrica puede desplegarse en múltiples momentos de la atención en salud, configurando un continuum de prácticas negligentes, deshumanizantes y contrarias al deber de garantía del derecho a la salud. Desde la banalización del dolor y la desestimación reiterada de sus signos de alarma, hasta la imposición coercitiva de procedimientos, las barreras institucionales para acceder a un diagnóstico oportuno y la ausencia de acompañamiento clínico proporcional al riesgo, Ángela fue expuesta a fallas estructurales y relaciones que pusieron en peligro su vida. La negativa del personal a reconocer su deterioro clínico, los tratos degradantes, la demora injustificada en la valoración gineco-obstétrica y el traslado tardío constituyen indicadores críticos de una ruptura del estándar de atención segura y digna, particularmente grave en el contexto de un embarazo ectópico, cuya letalidad aumenta con cada hora de retraso. Su relato muestra cómo la violencia obstétrica no solo afecta el curso clínico del evento agudo, sino que deja afectaciones emocionales profundas y duraderas, marcadas por el miedo, la soledad y la sensación de desprotección institucional. En este sentido, la experiencia de Ángela ilustra cómo la violencia en la atención representa una vulneración acumulativa de derechos, que transforma una urgencia tratable en una experiencia traumática con efectos persistentes sobre la salud física, mental y social de las mujeres.

De su parte, la experiencia de Amanda evidencia cómo la normalización del dolor, el prurito y otros signos de alarma durante el embarazo constituye una de las formas más persistentes y menos reconocidas de violencia obstétrica.

Cuando empezó el mes de junio, a mí me entró una rasquiña en el cuerpo. Y me ponía roja. Y a veces se me quitaba, pero me quedaba la rasquiña y yo vivía rascando. Cuando yo fui al médico, yo le pregunté a él, lo que pasa es que me da una rasquiña, pero no me da (nada)... es como si fuera una alergia, no me sale brote. Me pongo roja porque me rasco, pero no me sale nada. Y él me decía, no, eso es hormonal, eso es normal en el embarazo. Y yo, bueno, vamos a hacerle caso. La rasquiña nunca se me quitó. Tenía ya cinco. Y ya yo no aguantaba. Ya al final, a mí me ponían fecha de embarazo, de mi parto, el 3 de noviembre. Entonces, ya llegó la semana de octubre, me empezaron a dar los dolores, me dieron dolores, pero ya yo no aguantaba la rasquiña. Ya era un punto, ya estaba el límite, y yo me acosté y me levanté en la tarde, y yo le dije, no mami, llévame. Ya yo no aguento la rasquiña, le dije. Ya yo no aguento la rasquiña.

Ya yo estaba demasiado hinchada, los pies los tenía full, full hinchados. Ya yo me estaba dando cuenta que ya no orinaba, en esa semana yo orinaba, y orinaba, era puro espumón. Y el color de la orina era muy fuerte. Y mi mamá me dijo, no, ya vamos a llevarte. Fui de urgencia, y yo rásqueme. Rásqueme. Cuando me ingresaron, me tomaron los signos vitales y me salió la presión elevadísima. Pero entonces decían que era porque ajá la desesperación de que me estaba rascando y eso. Me atendieron, me subieron, volvieron otra vez, confirmaron, allá en ginecología y salía igual. Me vio la doctora, me dijo que ya estaba en uno cuando ella me revisó. Y me preguntó que desde cuando venía la rasquiña... Y yo le dije desde junio. Y ella después me explicó que era que el hígado me estaba fallando. Que era porque estaba segregando unos ácidos y eso se iba, se me iba a la sangre y eso podía matar al bebé. Y yo me dije, imagínate yo desde junio con la rasquiña esa. Hice preeclampsia y colestasis. Porque me pasaron a, como a una UCI, y ahí tenían como un papelito, y ahí decían. Ahí estaba la complicación que tenían del hígado

(Amanda. Maicao, 2025)

Al minimizar síntomas significativos, como el prurito generalizado, la coluria, la disminución de la diuresis y el edema progresivo, el personal de salud reproduce prácticas clínicas que subestiman los riesgos de la colestasis intrahepática del embarazo y de los trastornos hipertensivos, retrasando el acceso al diagnóstico oportuno y exponiendo a las mujeres y a

sus recién nacidos a complicaciones potencialmente letales. En el caso de Amanda, la reiterada desestimación de sus síntomas por parte del personal médico, quienes los atribuyeron sin evaluación diferencial al “componente hormonal del embarazo”, refleja una violencia epistémica que invalida el conocimiento corporal de las mujeres y las posiciona como sujetos pasivos frente a su propia salud.

Este tipo de prácticas parecen ser un factor crítico en la demora diagnóstica del síndrome de HELLP y la preeclampsia, especialmente cuando los primeros síntomas son inespecíficos y ante un servicio de salud que operan bajo modelos de atención centrados en la rutina clínica antes que en la escucha activa. La trayectoria de Amanda, quien consultó de manera reiterada sin recibir valoración adecuada, muestra cómo la naturalización del malestar en el embarazo se convierte en un mecanismo estructural que profundiza las inequidades en salud.

Reforzar masculinidades hegemónicas. Fue frecuente escuchar en las narrativas de las mujeres, la presencia de contextos patriarcales, que favorecen la reproducción de violencias contra las mujeres. El afrontar en soledad el proceso del embarazo, el parto y la crianza, constituye una de las situaciones más frecuentes que narran las mujeres.

“Sí, él se desprendió de mí. Yo incluso le decía a él, tócame la barriga, háblale... Nunca lo hizo”
(Amanda, Maicao, octubre, 2025)

Estos contextos, se ven reforzados en estructuras del mercado laboral, donde se concibe que la maternidad es un asunto de la mujer, negando permisos para la asistencia conjunta al control prenatal o incluso al curso psicoprofiláctico. Incluso, con pérdidas de empleo ante un evento de morbilidad materna, que requirió la remisión a una ciudad diferente, afectando el salario familiar.

Al interior de los servicios de salud también se refuerzan estas prácticas. Esto sucede en contextos de atención en salud de poblaciones en alta vulnerabilidad social, donde se niega el derecho de la mujer a recibir el acompañamiento de su pareja.

Resultó particularmente relevante el involucramiento de los padres, cuando la mujer y el recién nacido reciben atención hospitalaria. En este caso, se evidenciaron dos casos de padres que asumieron ser padres canguro, encontrando limitantes en las redes de apoyo para abordar la situación. Sin embargo, la participación de los padres en los programas canguro estrecha el vínculo parento-hijo(a). Ahora bien, la posibilidad de participar de estos procesos está mediada por la tenencia o no, por parte de la pareja de un trabajo decente, que le permita hacer el uso de la licencia de paternidad y otros beneficios, aspecto que es más posibilitador en quienes tienen recursos para negociar el contrato laboral.

3.2.3 No acceso a servicios de salud y fallas en la seguridad del paciente

Como se ha mostrado, el acceso efectivo de las mujeres a la atención materna no se reduce a la mera existencia de servicios: está limitado por múltiples mecanismos estructurales y organizacionales que aumentan el riesgo de morbilidad.

- Barreras en el acceso a servicios especializados**

Los testimonios de las participantes permiten identificar barreras de acceso que se expresan de manera diferenciada según la disponibilidad de recursos en los territorios. En particular, las mujeres sobrevivientes refirieron un acceso limitado a la consulta preconcepcional, incluso en presencia de factores de riesgo obstétrico. Este hallazgo se refuerza con la percepción de ausencia de seguimiento por parte de las EPS posterior al parto. La falta de información y de estrategias de educación sexual y reproductiva incentivan la demanda de servicios preventivos, como la consulta preconcepcional, constituye una barrera estructural que requiere ser revisada.

Entre los casos notificados de morbilidad materna extrema (2015 - 2024), el número promedio de controles prenatales se encuentra por debajo de las recomendaciones de la Ruta Integral Materno-Infantil. Además, persisten procesos estructurales que limitan el acceso: mujeres en situación de migración forzada sin documentos de permanencia, condiciones laborales marcadas por la informalidad y la inestabilidad de ingresos, y la necesidad de priorizar el trabajo remunerado sobre el cuidado personal. Estos factores influyen directamente en la toma de decisiones de las mujeres respecto a su autocuidado. También se identificó la necesidad de explorar con mayor profundidad el impacto que tiene

en la motivación para asistir al control prenatal, la percepción de que este no aporta un valor significativo, y, el rol de los vínculos relacionales entre el personal de salud y las mujeres. Si bien estos aspectos emergieron en las entrevistas las limitaciones de tiempo y número de participantes impidieron un análisis más exhaustivo.

Las participantes señalaron barreras geográficas que afectan el acceso a servicios obstétricos especializados, incluyendo la realización de exámenes diagnósticos, como ecografías y laboratorios especializados, particularmente en mujeres con riesgo obstétrico. Esto sugiere la ausencia de mecanismos efectivos para el abordaje preventivo de mujeres con antecedentes o condiciones de riesgo, especialmente en contextos psicosociales que amplifican la magnitud de dicho riesgo.

... mis controles eran puntuales, no fue malo en ese sentido, pero me costaba mucho... yo vivo acá en Maicao, pero tenía mi seguridad social donde vivía anteriormente con mi expareja, que era Uribia, entonces yo me iba y me tomaban mis controles allá... yo no sé por qué, yo iba y me controlaba allá... la ecografía por acá – Maicao., exámenes de laboratorio especializado en RíoHacha, o sea, me tocaba dar muchas vueltas que yo normalmente terminaba no haciéndolas, por el tema de trabajo y el tiempo y el cansancio."

(Idali, Maicao, 2025).

A estas dificultades se suma la lentitud en los procesos de autorización por parte de las EPS en situaciones que requieren remisión a servicios de alta complejidad en el contexto de emergencias obstétricas. Evidenciando, que entre 2015 y 2024 el 28% de las mujeres requirieron ser remitidas a una institución de nivel superior, con un tiempo promedio en días de remisión de 2,2 y un rango entre 0 y 8 días.

Algunas de las participantes identifican que en los municipios hay una oferta muy limita de servicios obstétricos y de alternativas terapéuticas para el abordaje de los casos de morbilidad materna extrema, ausencia de medicamentos para el tratamiento clínico de la preclampsia.

Que falta mucho, a todos los pueblos les falta mucho, no solo Pore, porque es que en todos esos casos, en si tu llegas acá a Yopal y uno con la tensión alta, lo primero que hacen es poner medicamento para bajarla. Sí, pero que Pore no tenga el medicamento para bajar una tensión, o sea, no tenían lo mínimo que era el medicamento. A mí lo que me expresaron fue que no había, no había medicamento para tensión...

(Sonia, Casanare, 2025)

Se debe indicar que la remisión se convierte en un factor adicional de sufrimiento. Las mujeres manifiestan sentir miedo ante la partida, miedo respecto del nuevo lugar a donde llegarán, afectación de la economía familiar, dado el desplazamiento a otras ciudades, el que las parejas puedan perder el trabajo y aumento de los gastos de bolsillo, entre otros aspectos. En algunas ocasiones las mujeres asumieron solas la remisión, dada la falta de redes de apoyo, dejando los hijos al cuidado de amigas, con procesos de deserción escolar y otros efectos en la vida de niños, niñas y adolescentes.

También se identificó una limitada disponibilidad de recursos pediátricos especializados para el recién nacido, UCI neonatal, y el acceso a programas como el Programa Canguro, cuya oferta se concentra en zonas urbanas, reduciendo su disponibilidad para la población rural o dispersa.

Somos una pareja afortunada en contar con el medio de transporte, que es un vehículo, para podernos trasladar a todas las citas (programa Canguro). Muchas otras parejas no lo tienen. Nosotros vivimos, sí, Soacha, Bogotá, pero había parejas que iban al Canguro desde otras ciudades del país. Entonces, digamos que para nosotros se nos facilita un poco, pero para las otras parejas no, muy difícil

(Carolina, Soacha, 2025).

Una situación similar se observa en los servicios de rehabilitación integral en salud, generando que las mujeres incurran en gastos de bolsillo para el traslado y el acceso a la atención; en otros casos, las mujeres no logran acceder a estos servicios, ni a servicios especializados, que son requeridos para dar continuar al plan terapéutico, como servicios de hematología, endocrinología, entre otros.

Igualmente, se evidencian dificultades relevantes para el acceso a servicios de salud mental y apoyo emocional. Varias mujeres refirieron que, pese a haber experimentado eventos que afectaron su salud mental, incluyendo tristeza persistente, miedo, ira y dificultades para afrontar los cambios corporales, así como la pérdida de un órgano sexual y reproductivo, no han recibido acompañamiento terapéutico. Esta ausencia de atención contribuye a prolongar el proceso de recuperación y, en algunos casos, repercute en la capacidad de afrontar la crianza.

- **Fallas en la oportunidad diagnóstica ante síntomas de alerta**

A lo largo del documento se ha señalado que la violencia obstétrica constituye un proceso estructurante de las decisiones clínicas que se toman respecto de las mujeres, al deslegitimar o minimizar sus manifestaciones de dolor y otros signos de alarma. Esta desatención sistemática no solo afecta la calidad de la interacción clínica, sino que, en sí misma, configura un riesgo para la salud materna.

El análisis de los testimonios evidencia que las participantes estuvieron expuestas, en distintos momentos de su trayectoria de atención a errores diagnósticos o a la omisión en la valoración de eventos relevantes para la salud. Estas fallas contribuyeron a la progresión hacia la morbilidad materna extrema. Se documentaron dos casos en los que mujeres que consultaron por dolor epigástrico y prurito recibieron diagnósticos de alergia o de manifestaciones hormonales propias del embarazo; en ambos casos evolucionaron hacia un síndrome de HELLP, evento que puso en riesgo la vida de las mujeres y de los recién nacidos. Asimismo, en tres situaciones se invisibilizaron síntomas como cefalea persistente y edema de miembros inferiores, atribuyéndolos al cansancio o al estrés laboral; todos estos casos correspondieron posteriormente a diagnósticos de preeclampsia, que requirieron la realización de cesárea durante el parto.

La desatención también estuvo presente en el posparto inmediato y mediato. Dos participantes con preeclampsia experimentaron complicaciones graves: una presentó una toma inadecuada de la tensión arterial y la otra desarrolló preeclampsia en el posparto temprano. Ambas sufrieron un accidente cerebrovascular después de la cesárea. En un tercer caso, una mujer presentó signos de infección abdominal al tercer día del

posoperatorio, sin que se realizara un seguimiento adecuado; incluso permaneció hospitalizada durante dos días sin diagnóstico ni tratamiento, evolucionando hacia un cuadro de sepsis con falla multiorgánica.

...me hice mi cesárea (la bebé venía mal posicionada), pagué particular un método de anestesia... yo me fui para mi casa con mi bomba y yo no sentí dolor en absoluto... mi abdomen no involucionaba... cuando el efecto de la anestesia termina, me empezó un dolor desgarrante... me iba a la clínica: 'no, que eso hace parte', y me mandaron como tres tratamientos... Al tercer día amanecí con fiebre... ahí fue donde yo dije, como profesional de la salud, hay un proceso infeccioso y ya yo no voy a ir por el dolor, sino que de ahí no me voy a mover hasta que me atiendan".

(Idali, Maicao 2025).

Asimismo, debe recordarse el caso de Ángela, previamente descrito, quien enfrentó una grave desatención en los servicios de salud que puso en riesgo su vida. En consecuencia, los hallazgos permiten advertir fallas sustantivas en la calidad y la seguridad de la atención, que afectaron directamente el curso clínico y la evolución de las mujeres entrevistadas. También se encontró un caso, donde la mujer refiere que recibió una excelente atención en los servicios de salud, donde le realizaron los controles prenatales, no obstante, en el momento del parto, el recién nacido presentó una serología positiva para sífilis, por lo que tuvo que ser intervenido.

- **No comunicación entre profesionales de la salud, ni entre instituciones de salud**

Las relaciones y vínculos entre los profesionales de la salud son un componente crítico para garantizar una maternidad segura, pues influyen directamente en la continuidad, calidad y oportunidad de la atención. En algunos casos los testimonios de las mujeres mostraron dinámicas fragmentadas, con ausencia de coordinación, que generaron retrasos en la toma de decisiones, duplicación de información y en un caso un evento adverso evitable, además incrementan la incertidumbre y el malestar emocional de las mujeres.

...el descontento mío siempre fue que en cada día que tenías la cita, pues que pasan los especialistas, uno te diga, no, es que el teratoma del niño es algo que él puede nacer acá, al

igual a él se lo van a tratar es después de nacer, lo importante es que nazca. Entonces pasaba otro médico y te decía no, usted para remisión, usted sigue esperando su remisión...

(Sonia, Casanare, 2025)

En otros casos, se evidenció que la no comunicación entre profesionales se acompañó de costos en exámenes ya realizados y lo más grave la atención no oportuna de las mujeres.

Después fui otra vez a control y yo le dije "doctor es que tengo los pies muy hinchados", me dijo, "eso es por urgencias, es una alarma que deben atender por urgencias" y me dijo, "vaya, si le preguntan quién la mando, les dice que yo", y yo fui me hicieron unos exámenes y me dijeron que no, que todo estaba bien, pues yo me regrese otra vez para la casa, me dijeron "cuando cumpla las 40 semanas nos vemos", pues yo me fui confiada porque me dijeron que todo estaba bien, yo le dije a mi mama, "pero a mí me está bajando algo", pero no sabía que era y yo le decía a ella... ya como a los tres días yo casi no sentía que se movía el niño y ya después cuando complete las 40 semanas yo fui para el hospital otra vez y me atendió otra doctora y me dijo "¿usted ya había estado acá?" y lo dije sí, me dijo ¿por qué?, yo le dije que era porque tenía los pies muy hinchados, y me dijo ¿qué le dijeron? Yo le dije "No, que todo estaba bien", y ella me tomo la tensión, me dijo que no, me hicieron monitoreo y me dijo Sra. usted tiene contracciones y yo le dije, sí. Me dijo "pero usted no puede tener el bebe por parto natural" y me hicieron otros exámenes, me tomaron la tensión, que la tenía muy alta y entonces revisó otros exámenes que ya me habían hecho y me dijo "hay que remitirla urgente, tiene la tensión muy alta" y me dijeron usted tiene preeclampsia y entonces llegue allá al Hospital, y de una vez me pasaron, porque allá se me subió más la tensión.

(Carmen, mujer indígena, Casanare, 2025)

Desde el marco de los derechos humanos, la calidad relacional entre el personal de salud también determina la manera en que se reconoce la autonomía, dignidad y seguridad de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, convirtiéndose en un eje fundamental para superar brechas de trato, reducir la morbilidad materna y garantizar servicios respetuosos y seguros.

Con el ánimo de fortalecer la triangulación de información respecto del acceso a servicios de salud y seguridad del paciente, se realizó análisis de la información proveniente de las unidades de análisis de muertes maternas entre 2015 y 2024, se evidenció que, dentro del

árbol de problemas, la categoría Sistema de Salud representa el 70%. Asimismo, se identificó que dentro de esta categoría el mayor porcentaje corresponde a deficiencias en la calidad del proceso de atención, las cuales constituyen el 63% del total de las situaciones registradas, estas deficiencias incluyen el acceso inoportuno a servicios especializados como anestesiología, cardiología, medicina interna y obstetricia, remisiones tardías o con fallas en su gestión, y la realización e interpretación tardía de exámenes especializados, también se observan fallas e inoportunidad en el inicio adecuado del tratamiento, en el diagnóstico temprano ante signos de alarma, en la realización de intervenciones requeridas y en la administración de medicamentos necesarios, en conjunto, estas situaciones conforman el factor más frecuente dentro de la categoría y constituyen el principal problema identificado en las muertes maternas analizadas.⁴

3.2.4 Impactos en la vida y la salud de las mujeres y formas de afrontar

La morbilidad materna extrema constituye no solo un evento clínico grave, sino una experiencia que deja efectos físicos, psicológicos y sociales profundos en la vida de las mujeres. Se pueden identificar cuatro niveles para la desagregación de los impactos, el nivel personal, familiar, en las relaciones comunitarias y con los servicios de salud.

- **Sobrevivir no es volver intacta: corporalidad, salud y memoria tras la morbilidad materna extrema**

“El (recién nacido) ya camina, el sale corriendo, quien se va detrás de él, mi esposo... al comienzo yo no lo pude cargar, eso pesa”

(Nora – Chia, 2025)

Sobrevivir a un evento de morbilidad materna extrema no implica un retorno íntegro al estado previo de salud. Por el contrario, estas experiencias suelen dejar secuelas corporales, funcionales y emocionales que reconfiguran la manera en que las mujeres habitan y significan su propio cuerpo.

⁴ La base de datos tiene un total de 2.821 unidades de análisis con 34.818 factores identificados, los porcentajes analizados se hicieron en base a los factores identificados, de los cuales 24.499 corresponden a la categoría de sistema de salud.

Las mujeres relataron diversas experiencias relacionadas con los cambios en su imagen corporal posteriores al procedimiento quirúrgico. La cicatriz de la cesárea, como nueva marca en el cuerpo, no siempre es integrada de manera positiva, y en muchos casos genera malestar emocional al confrontarlas con un cuerpo que sienten ajeno o desconocido. Este impacto puede ser aún más profundo en mujeres que han vivido situaciones de violencia física, sexual o simbólica, pues la intervención quirúrgica y sus huellas materiales se superponen a experiencias previas, reforzando percepciones negativas sobre su corporalidad. En este sentido, la nueva imagen corporal se convierte en un punto de tensión entre la supervivencia y la vivencia subjetiva del cuerpo herido, con sentimientos de vergüenza o rechazo hacia su apariencia “me dejaron horrible”, “no me siento cómoda conmigo misma”.

En uno de los casos más extremos, el relato de la discapacidad por la pérdida de un órgano reproductor es significado por la participante como una mutilación invisible, que se acompaña de una perdida que deberá enfrentar toda la vida, por ello, señala que ya ha empezado el trabajo con apoyo de psicoterapia para la elaboración del duelo. Se debe recordar que la histerectomía fue el segundo procedimiento realizado, con una edad promedio de 30 años para multigestas y 24 años para primigestas,⁵ aspecto que denota el alto impacto de la morbilidad materna extrema en el goce efectivo del derecho reproductivo de las mujeres.

Retornando a la participante, encontramos el cuestionamiento que realiza al papel de la EPS, para ella, el seguimiento en el puerperio se da en medio de un trato frío, que se limita al registro administrativo, y que además no se acompaña con una atención integral en salud, aspecto que genera gastos de bolsillo.

Sí, ellos me llamaron, creo si no estoy mal, me mandaron como un formulario, como nació vivo, nació muerto, o sea así como súper frío, pero pues yo en ese momento dije no, pues como igual yo no estuve con ellos, pues es lo que ellos necesitan llenar, entonces yo les

⁵ Diferencia de medias estadísticamente significativa con un valor T-statistic: -44.7448 P-value: 0.000000

mandé la información, nació tal día, pesó tanto, a tal hora, nació viva, y pues no más, o sea, y de ahí no me han vuelto a llamar.

(Esperanza, Chia, 2025)

En otros casos la experiencia de discapacidad física, sensorial y de lenguaje, producto del evento de morbilidad materna extrema marca todas las dimensiones de la vida de la mujer, con impactos respecto de la construcción de vínculos con el recién nacido, la pareja, y con implicaciones en la vida laboral.

Algo en la cabeza se separó. Como si quitaras un enchufe... ya no sentía parte de mi cuerpo, ya no podía moverla. Sentía en la cara cosquilleo.... Yo siempre estuve tranquila, yo hablaba con mi esposo y es fatal. Tu estas bien, entras bien y de un momento a otro no puedes mover ni tú brazo... ni tú pierna y te quieres ir y con un bebe de cinco días... siempre estuve tranquila...

(Nora, Chia. 2025.)

La situación vivida por dos de las participantes muestra el cambio abrupto y total de las vidas de las mujeres, quienes enfrentan afectaciones en su cuerpo y corporalidad, que implican estancia prolongada en los servicios de salud, adecuaciones en la vivienda o incluso cambio del lugar de vivienda, iniciar un proceso de rehabilitación, el cual también impacta de forma negativa los vínculos con el recién nacido, así como la economía familiar, y en el proyecto de vida en general.

Ya no es el hospital, claro yo llegué a la casa de mis suegros, yo llegué y en los primeros días, ya uno tiene que venir asimilando que ya no es el hospital, y hay si asimilar la realidad, porque hay si comienza la realidad. En el hospital te están cuidando, te están alimentando, te ayudan a bañarte, no en mi casa estaba en una silla de ruedas, entonces el trayecto en una silla de ruedas, ya no podía caminar, además no estaba en mi lugar, entonces cambia la dinámica, tú que haces, ellos son mis atentos porque son los papas de mi esposo. Son como mis papas, pero yo quería irme para mi casa, hacerme cargo de mi bebe. Luego una fonoaudióloga, he ido mejorando y adquiriendo habilidades. Una de las fonoaudiólogas me comentó que aquí en la clínica de la sabana hay un programa PIR (Programa integral de rehabilitación), fui a la cita con la fisiatra y le pedí la orden para el traslado a Chía (tenía la cita en Bogotá). A ellos,

les debo gran parte de mi recuperación... llegue en silla de rueda y ya vamos en bastón, ¡ahí vamos en la mejora!... Deben existir más clínicas con este programa

(Nora, Chia. 2025)

La pérdida de autonomía y la limitada movilidad amplifica las emociones negativas respecto del evento, dado que las mujeres se perciben a sí mismas con dificultad para el ejercicio de la maternidad.

“Yo siempre he tenido miedo de lastimarlo (al bebe), fue muy duro, hay secuelas de eso, el hecho de no poder lactar que es el momento donde uno se apega al hijo, el no estar en contacto directo, o el contacto debía ser muy cuidadoso, porque yo no puedo alzarlo, porque no me funciona medio cuerpo”

(Nora, Chía. 2025).

La pérdida de capacidad laboral genera incertidumbre, miedo ante el futuro próximo, dado que intuyen que su retorno al mundo laboral será muy lento. En ambos casos, las mujeres han tenido el beneficio económico de la incapacidad por enfermedad, pero al vencerse el tiempo de las incapacidades, las mujeres enfrentan situaciones económicas que impactan a la familia. Existen además múltiples gastos de bolsillo, el transporte, el acceso a ortesis y prótesis, que no siempre son entregados con la oportunidad necesaria, el acceder a tecnologías que no son provistas por la EPS, la disminución del salario en las incapacidades, y otros aspectos que afectan el ingreso económico de la mujer y su familia. En consecuencia, el acceso a servicios de rehabilitación integral en salud es fundamental para que las mujeres logren afrontar lo vivido. Sin embargo, la oferta de servicios de rehabilitación integral para la salud genera profundas inequidades de acceso.

En el caso de Patricia, con afiliación al régimen contributivo, se observa que tiene acceso a servicios básicos de rehabilitación en salud. Por el contrario, Nora, con acceso a medicina prepagada tiene acceso a servicios más oportunos e integrales de rehabilitación en salud, como terapia ocupacional, psicológica, fisioterapia, fisiatría, fonoaudiología, pero incluso teniendo acceso a estos servicios, la decisión de la recuperación es fundamental para las mujeres quienes, invierten parte de su economía, en procesos que permitan la continuidad del manejo terapéutico y la posibilidad de acceder a tecnologías diferenciales con

resultados más oportunos. Para ambas, el compartir su experiencia resultó un mecanismo liberador, aspecto que se refuerza en el caso Nora, quien además encuentra en los servicios de rehabilitación espacio para compartir con otras personas sus vivencias.

- **Más allá de la sala de partos: los silencios y duelos invisibles post-MME**

Algunas de las mujeres refieren tener miedo, dada la experiencia vivida con su proceso de salud y la cercanía a la muerte, con relatos acelerados, que al revivir la experiencia médica denotan un estado de angustia, como si se estuvieran viviendo en el momento “yo sentía que me estaba muriendo”, “me dolía el pecho”, “no podía respirar”, manteniéndolas en un estado de alerta respecto de su salud. La culpa es otra emoción que manifiestan respecto de cómo afrontaron el cuidado de su salud para evitar el evento de morbilidad materna extrema, y los impactos relacionados con el parto prematuro y las afectaciones del recién nacido, esto se agudiza ante la no respuesta del sistema de salud y los costos de medicamentos o servicios de salud que superan la capacidad económica de las mujeres o su familia.

Entonces, los altos costosos a veces de los medicamentos de los bebés prematuros, hubo algo que me incomodó en estos 10 meses y me incomodó hasta el punto de que sentimos en un momento que le habíamos dañado la vida a nuestro hijo, con tan solo 10 meses. Y fue que los pediatras le mandaron a él un medicamento que se llama Palivizumab, y ese es un medicamento para proteger el tema de los pulmones y la parte respiratoria. Ellos le ordenaron ese medicamento. Yo hice el trámite ante la EPS, ante la Secretaría de Salud. Ante todo, me rotaron más o menos como unas 5 veces a unos 5 hospitales, al Hospital de allí, al Hospital de allá, al Hospital de más allá, me rotaron más o menos a 5 hospitales en donde ninguno le brindó el medicamento al niño, en marzo le dio bronquiolitis, y después le pasó de bronquiolitis a la neumonía. Y hace una semana llamaron a preguntarle nuevamente a mi esposo (La EPS) ¿qué había pasado con el medicamento? Y le dije, pues mira, tiene 10 meses, de hecho, va a cumplir 11 meses, va a cumplir un año, y es el momento que nunca le pusieron ese medicamento que pudiera haber sido preventivo para los bronquios y para los pulmones. Ahora siento yo que esa fue la culpa que tuvimos en el momento. El niño le dio bronquiolitis, le dio la neumonía, y uno piensa que le mandan inhaladores, y uno dice, Dios mío, ¿será que el niño puede llegar a tener algún tema más adelante con el tema de inhaladores? Y además, cuándo podríamos haberlo protegido con ese medicamento

(Carolina, Soacha, 2025).

También es frecuente la culpa respecto de la no posibilidad de realizar las acciones de cuidado del recién nacido, asignadas en roles de género establecidos socialmente, con sentimientos de frustración ante la expectativa que construyeron durante la gestación. La imposibilidad de amamantar bien sea por el hecho de estar hospitalizadas, además de generar procesos dolorosos y riesgo de mastitis, se convierte para ellas en una falta de ellas respecto de su rol como madre y la posibilidad de estrechar vínculos con el recién nacido. Esto, como se señaló puede ser más profundo en el caso de las mujeres que tienen limitación de la movilidad. En el mediano plazo además se evidencia una percepción de riesgo respecto del bienestar de los hijos, que se acompaña de acciones que las madres denominan sobreprotectoras.

En el caso de las participantes que fueron víctimas de la violencia sexual, se reviven emociones intensas de miedo, culpa e irá, en particular, en caso donde el agresor es simultáneamente alguien con quien se esperaría exista confianza y protección. En estos casos, la violencia, la decisión de un embarazo a temprana edad, marcan una disrupción en la vida, que hacen que, durante la gestación de su segundo o tercer hijo, donde se presenta la morbilidad materna extrema, el sufrimiento se presente acumulado y ligado al hecho de ser mujer en un contexto de vulnerabilidad social.

Emociones como la tristeza, la impotencia, la soledad y la culpa afloraron en la entrevista, la cual se tornó, para algunas de ellas en el primer espacio de diálogo y reflexión sobre el ejercicio de la sexualidad, la gestación y el evento de la morbilidad materna vivido. Allí, se identificó que las mujeres tienen dificultad en buscar ayuda respecto del dolor físico y emocional que sintieron y que aún persiste. Es frecuente que esto se de en contextos de no validación de la pareja, la familia o como ya se mencionó de los profesionales de la salud, aspectos que pueden vulnerar la autoestima de las mujeres la percepción de seguridad que tiene (el no preocuparse por ella), generando una tendencia a reprimir sus emociones evitando hablar de lo que siente y de lo que sucedió.

A lo anterior, se debe sumar el que algunas mujeres manifiestan hoy tener hipertensión arterial, diabetes, presencia de dolor o molestia en la cicatriz de la cirugía, el temor a un

nuevo embarazo o la no posibilidad de ser madres biológicas, y en casos extremos, el tener que recibir terapia hormonal. Todos son procesos que estarán presente a lo largo de la vida de la mujer, desencadenando nuevos efectos, para algunas de ellas, estos padecimientos están en el cuerpo de las mujeres y constatan el cambio de su existencia, convirtiéndose en un recuerdo latente que se revive en cada control médico.

Estas transformaciones en la vida de las mujeres, pasan desapercibidas en los servicios de salud, donde pesé a las afectaciones en la salud mental, emocional y física de las mujeres, no siempre se brinda el acceso a servicios de escucha, psicológicos o de psicoterapia, acceso, que como se ha dicho, para las mujeres que dieron su testimonio es mediado por el contar con servicios de medicina prepagada o el incurrir en gastos de bolsillo.

- **Impactos en la calidad de vida propia y de la familia.**

Para las participantes, el padecer una morbilidad materna extrema también se acompañó en diferentes momentos de afectaciones en la vida laboral, en el trabajo de su pareja, con relatos que señalan que fueron despedidos de sus trabajos, cuando tuvieron que trasladarse a otra ciudad por motivos de la remisión e internación de la mujer en UCI o durante el programa Canguro. Impactos en la economía familiar, en especial cuando la mujer trabaja en la informalidad y no recibe la licencia de maternidad, esto es más crítico si las mujeres no cuentan con pareja y son las proveedoras del hogar o si ambos trabajan en la informalidad. El escenario, es más alentador cuando al menos uno de los dos tiene un trabajo decente. Además, los gastos de bolsillo en términos de transporte, estadía en ciudades diferentes, medicamentos, y servicios de salud, cuando la EPS no responde a tiempo.

Con respecto al tema de trabajo, de empleo, de lo que les decía, o sea, pues, independientemente de cada empleador, de cómo quiera ver a su empleado con respecto a un bebé prematuro. O sea, nosotros sentimos de todos modos que era diferente, o sea, sí, todos nos decían, no, un bebé no deja dormir, un bebé al principio tal cosa, pero el tema de ser prematuro y de tenerlo 24 horas cargados, ...como soluciona cómo trabajas..., es difícil porque lo tengo acá en el pecho con una manguera de oxígeno. Y la mamá tiene que ir al baño, por lo menos, tiene que bañarse. Tú como mujer, aparte eso, ponle la cesárea o ponle, qué estás parida. Todo se puede y mire, todo se puede. Hoy en día, pues, todo se pudo. Pero

sí afecta con respecto a la calidad de vida de las personas que quizás a veces no es tan fácil, o la carga económica es muy diferente.

(Carolina, Soacha, 2025)

Ante escenarios de hospitalización de las mujeres y remisión a otras ciudades se identificó, que los hijos e hijas, quedan al cuidado de familiares, compañeras de trabajo o incluso vecinas, en estos escenarios es frecuente la perdida de clases, así como el contexto de desprotección al quedar solos y expuestos, cuando no hay redes familiares.

Los cambios también afectan a las redes de apoyo, en particular a las madres o hermanas de las mujeres que afrontan la movilidad materna extrema, quienes asumen el rol de cuidadoras de nietos o sobrinos, son acompañantes en el ámbito hospitalario, y se ven impactadas ante la cercanía de la muerte de la mujer.

Si porque en si en el momento que me dio todo eso, tú te sientes como que tienes un bajón de energía, eso fue lo que yo sentí, en el momento que me dio todo lo que me dio, yo sentí un bajón de energía, como estás sin energía y quedas ahí cuando tú ves que todo el mundo te está tratando de atender y tú como que todo el mundo corre entonces algo está pasando conmigo y en el momento que me pasa van las visitas. Mi hermana le tocó vivir eso, o sea, ella iba a ingresar y a la que hizo código rojo fui yo. Y ella avisaba en la casa que yo estaba así. O sea, toda la familia como orando, asustados porque pues..., fue, o sea, emocionalmente para la familia todo, porque a ella le tocó como salir en la puerta y mirar que la que hizo el código rojo fui yo.

(Sonia, Casanare, 2025)

Todos estos factores contribuyen a disminuir la calidad de vida de las mujeres, quienes pierden autonomía para el desarrollo de su proyecto de vida, asumen la crianza del recién nacido con las implicaciones, que esto tiene en términos de calidad de sueño, las dificultades de la lactancia, el sentir el temor en caso de enfermedad, entre otros aspectos que afectan múltiples dimensiones de la vida de las mujeres, sus parejas y familias.

Estos impactos se complejizan por las consecuencias socioeconómicas derivadas de largos períodos de recuperación, pérdida de ingresos y mayor vulnerabilidad a la violencia y a la

estigmatización. Se identificó que en contextos donde la inequidad estructural y las barreras en el acceso a servicios son más pronunciadas, la MME refuerza trayectorias de exclusión y profundiza desigualdades de género, afectando a las mujeres y sus familias.

- **La pareja ante una morbilidad materna extrema**

Se ha señalado que es frecuente que la configuración hegemónica de la masculinidad se acompañe del hombre como proveedor de un sustento familiar, con ausencias físicas y emocionales, que dejan en la mujer la carga de la gestación. Pero, también se encontró en algunos relatos, que ante el evento transforman sus roles, asumiendo un rol de cuidadores, para quienes también hay un cambio en la vida y en la manera de afrontar el presente y el futuro. En un proceso de reflexividad, Juan nos señala, que el deseo de la paternidad se forjó en la vivencia con el nacimiento de un sobrino, aspecto que determinó la manera cómo posteriormente asumió la gestación de su pareja, comprometiéndose con el proceso de preparación, control prenatal, parto y postparto y la crianza. Para la Juan, el evento de la morbilidad materna que sufrió su pareja fue un cambio en la certidumbre sobre la vida y la confrontación de las expectativas y la fragilidad de la vida.

Los tres llegando al apartamento a iniciar una nueva etapa, y llegar solamente yo con mi hija, y ni siquiera con un tarro de leche, porque esa no era la idea, pensando en darle la leche a mi hija con jeringa, y pensando que estará pasando con mi esposa en la clínica, realmente fue duro e inesperado, aún es duro pensar en eso

(Juan, Bogotá, 2025)

De manera inmediata el temor respecto de a la muerte de la mujer, generó en Juan emociones de miedo e inseguridad respecto de la capacidad para afrontar la crianza soló, manifestando, que, si bien el vínculo de la recién nacida fue muy lindo con él, preferiría se hubiese dado con “la mamá”. Estas emociones, también son relatadas por las mujeres respecto del momento que vivió la pareja, en particular cuando enfrentaron un parto prematuro y ellos asumieron el plan Canguro, dado que la mujer está hospitalizada. Asimismo, relataron la dificultad para pedir permisos en el ámbito laboral, lo cual se refuerza una mirada social de la paternidad sólo en la dimensión de proveedor.

Un elemento vital del proceso de reflexividad de Juan, es su cuestionamiento respecto de cómo él, como profesional de la salud, explicaba la morbilidad materna, al señalar que normalizaba la edad, el posible no cuidado de la mujer, pero la vivencia de la casi muerte de su pareja por un evento de morbilidad materna extrema, es un “golpe de realidad”, que lo confronta, y hace que le da más valor “al sacrificio que puede tener una mujer al momento de decidir tener un hijo”. Esto lo marcó, y en su caso no desea repetir la experiencia “yo diría, no volveré a vivir (...) tener que decidir ¿Quién debe vivir? No lo considero una opción” Lo anterior, aunque menos explorado visualiza impactos emocionales, relacionados con el miedo a la pérdida. Emociones que se reviven en cada control médico, o ante la cadena de impactos negativos en la salud de las mujeres, que derivan de la morbilidad materna extrema.

- **Pérdida de confianza en los servicios de salud**

Las fallas en la atención, la no empatía con el sufrimiento de las mujeres, y la falta de una continuidad en la atención, repercuten en la confianza que las mujeres depositan en los servicios de salud y en el sistema en general. Si bien, este vínculo fue menos explorado en las entrevistas, es evidente que las mujeres, no tienen expectativa respecto de recibir una atención que les permita superar los padecimientos que dejan la morbilidad materna extrema, esto fue más evidente, cuando se les sugirió buscar ayuda profesional para atender la salud mental, manifestando su falta de confianza en el proceso.

3.2.5 Afrontar para continuar viviendo

Las participantes han señalado diferentes formas de afrontar los avatares de la gestación y en particular, de los impactos que genera, los eventos de la morbilidad materna en la vida propia y la de sus familias. Es frecuente que el recién nacido se transforme en el aliciente para continuar pesé a los avatares que hayan padecido. Aspectos como la espiritualidad, las redes de apoyo familiares, y el gasto de bolsillo, se convierten en algunos de los mecanismos utilizados para hacer frente a la situación vivida.

Sin excepción, aunque con diferentes prácticas de espiritualidad, en particular religiosas las mujeres buscan alivio y fortaleza para hacer frente a sus padecimientos y a los retos que implican las transformaciones vividas ante el evento de la morbilidad materna extrema. Este

camino parece un reforzador de emociones de culpa y temor, cuando identifican que algo en su comportamiento respecto del cuidado o de las relaciones con el recién nacido, se aparta de lo normado socialmente.

Que, si nos ayuda a uno a ser mejor, a ser mejor cada día. Esa experiencia que uno vive, yo digo que Dios se las permite a uno para que uno, no para digamos echarle la culpa a alguien, sino para mejorar, para uno ver lo que hizo mal y mejorarlo. Y en vez de ser peor, cambiar a ser mejor, por eso digo que esa experiencia lo ayuda a uno hasta motivar a otras personas que quizás van a estar en la misma situación que uno y uno decirles yo pasé por esto y esto me ayudó a ser mejor. Haz esto, yo hice esto, haz esto, lo hazlo tú también. Yo digo que esa experiencia lo ayuda a ser mejor persona.

(Juanita, Nariño, 2025)

Respecto de las redes de apoyo familiares, de amigos, o compañeras de trabajo, resulta de vital importancia para el sostenimiento emocional, el apoyo económico, el cuidado de hijos e hijas.

Pues de mi parte no, así fue brindada bien la atención, y pues sí me dieron como una fuerza más porque pues uno ya, o sea yo estaba resignada que yo no iba a ser mamá. Pero pues dando gracias a Dios y dando gracias a los médicos, pues en mi caso ya mi hija que yo quería, pues está aquí. Y sí fue parte tanto como de Dios como de los médicos. Porque pues no, digamos, si no hubiera sido también por la atención de ellos, yo tampoco, quizás no estuviera mi hija con ellos ni estuviera yo. Porque si no me atendían obviamente iba a pasar una desgracia.

(Margarita, Nariño. 2025)

Es importante señalar que son las mujeres madres, hermanas y cuñadas, quienes asumen estas tareas de acompañamiento, generando vínculos con la madre y el recién nacido, que posibilitan en algunos casos el compartir aprendizajes aprendidos en sus propias vivencias, identificar signos de alarma, promover la consulta a servicios de urgencias, preguntar y agenciar acciones ante los servicios de salud.



Foto 3. Las redes de apoyo un aspecto esencial para la vida

El cuidado de sí mismas, después del parto, en particular para quienes afrontan lesiones corporales graves es otra forma de afrontar. El ser sobrevivientes las motiva a seguir, y a ver su propio cuidado, como el camino para lograr las expectativas de maternar, incluso en situaciones de discriminación como en el caso de Juanita, quien sufrió una infección en piel al no ser atendida por el servicio de salud, dado que no tenía tarjeta de permanencia,

Incluso cuando fui a retirarme los puntos, ellos no me los retiraron. Porque ya los que me decían era que ellos tenían que ver conmigo solamente hasta embarazada. Después que yo ya diera a la luz, ellos no tenían nada que ver conmigo. Y no me quisieron retirar los puntos. Y la doctora decía, pues yo se los quiero retirar, pero es que aquí no me dejan, me decía. Yo quisiera ayudarla, pero no sé cómo ayudarla, me decía. Y ella pues quiso, quiso, quiso, pero la verdad no pudo. Entonces, Yo misma. Agarré un cortaúñas, lo desinfecté y me retiré los puntos. Pues eso ocasionó que se me infectara...

(Juanita, Nariño, 2025)

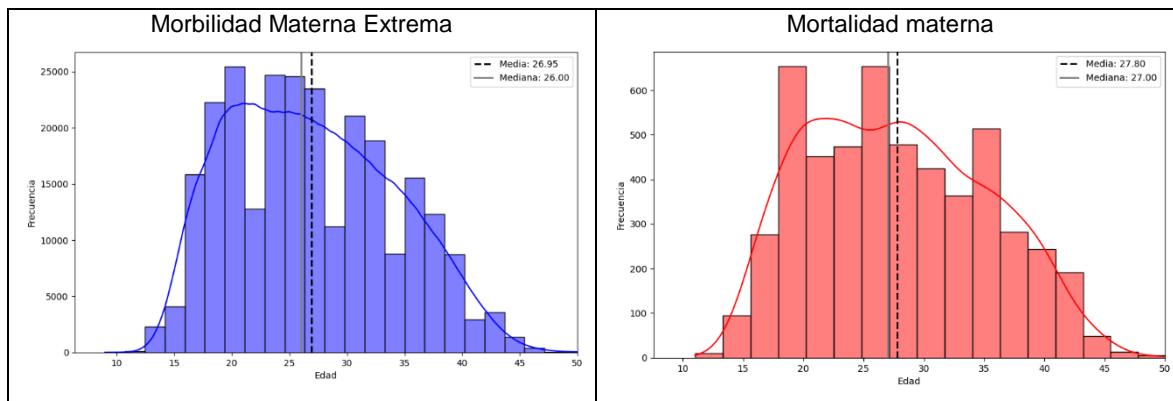
La rehabilitación integral en salud se convierte en un elemento fundamental para afrontar la situación vivida, es a partir de este acompañamiento que las mujeres logran retornar a su hogar, para iniciar un nuevo relacionamiento con la vida.

3.3 Patrones de la mortalidad materna a partir de un modelo de Random Forest. 2015 -2024

El estudio incluyó como punto final la estimación de factores que permitan predecir la mortalidad materna en el conjunto de mujeres que presentaron una morbilidad materna extrema. Para ello se diseñó un modelo de ensamble Bagging balance- cross validation con clasificador Random Forest.

Para la selección de las variables independientes del modelo, se tomó como insumo aspectos descritos en la literatura y los patrones que se visualizaron en el análisis descriptivo. Se identificó que la edad muestra un comportamiento similar en la morbilidad materna extrema, con una media de 26,9 años respecto de la mortalidad materna extrema (27,8 años) con diferencias significativas en ambos grupos **Gráfico 11**

Gráfico 11. Distribución de la edad (años) de las mujeres notificadas por Morbilidad Materna extrema y mortalidad materna. 2015 - 2024



Fuente: Elaboración de los autores a partir de la base de datos unificada del Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA - Bases depuradas evento 550 mortalidad materna y evento 549 morbilidad materna extrema

Se encontró que las mujeres con residencia en área rural o con aseguramiento a través del régimen subsidiado, muestran frecuencias mayores de mortalidad materna. **Tabla 6**

Tabla 6. Frecuencias absolutas y relativas de las variables de interés utilizadas en el modelo de clasificación

Variable	Morbilidad Materna Extrema			Mortalidad Materna		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Área de Residencia						
Cabecera municipal	208.815	80,12	[79,97 - 80,27]	3.586	69,25	[67,98 - 70,50]
Centro Poblado	19.739	7,57	[7,47 - 7,68]	491	9,48	[8,71 - 10,31]
Rural disperso	32.069	12,3	[12,18 - 12,43]	1.101	21,26	[20,17 - 22,40]
Tipo Afiliación Salud						
Subsidiado	133.808	51,34	[51,15 - 51,53]	3.311	63,94	[62,63 - 65,24]
Contributivo	103.710	39,79	[39,61 - 39,98]	1.331	25,7	[24,53 - 26,91]
No Asegurado	17.608	6,76	[6,66 - 6,85]	444	8,57	[7,84 - 9,37]
Excepción	3.005	1,15	[1,11 - 1,19]	47	0,91	[0,68 - 1,20]
Especial	1.584	0,61	[0,58 - 0,64]	21	0,41	[0,27 - 0,62]
Indeterminado	908	0,35	[0,33 - 0,37]	24	0,46	[0,31 - 0,69]
Población						
Migrante Extranjero	19.726	7,66	[7,56 - 7,76]	430	8,3	[7,58 - 9,09]
Desplazados	676	0,26	[0,24 - 0,28]	35	0,68	[0,49 - 0,94]
Victimas	429	0,17	[0,15 - 0,18]	29	0,56	[0,39 - 0,81]
Indígena	370	0,14	[0,13 - 0,16]	30	0,58	[0,41 - 0,83]
Discapacidad	284	0,11	[0,10 - 0,12]	21	0,41	[0,27 - 0,62]
Paciente Hospitalizado						
Si	250.218	96,01	[95,93 - 96,08]	3.812	73,62	[72,40 - 74,80]
Total	260.623			5.178		

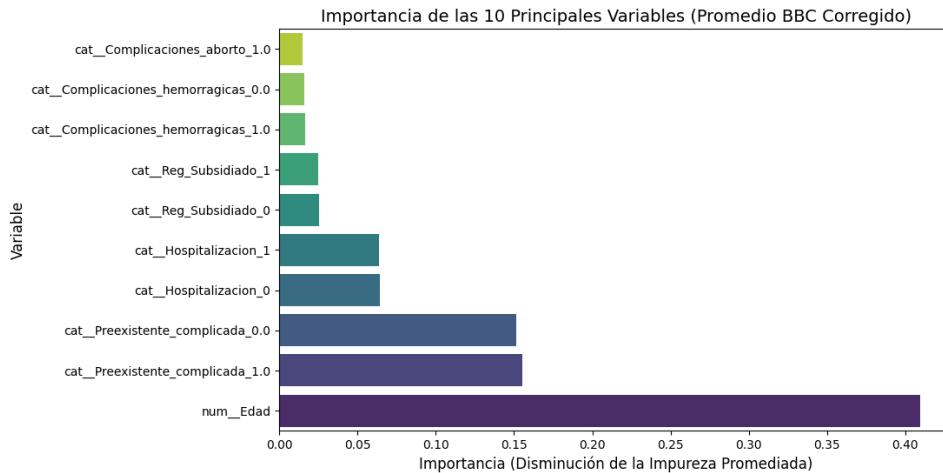
Fuente: Elaboración de los autores a partir de la base de datos unificada del Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA - Bases depuradas evento 550 mortalidad materna y evento 549 morbilidad materna extrema

- **Modelo 1. Sin optimización**

La validación cruzada estratificada de cinco particiones evidencia un desempeño estable del modelo preliminar entrenado mediante Bagging Balanceado, empleando Random Forest como clasificador base y sin incorporar aún procesos de ajuste de hiperparámetros. El análisis de relevancia de variables en el conjunto de datos de entrenamiento mostró que la edad y las causas preexistentes son las dos variables con mayor aportación en el modelo.

Gráfico 12

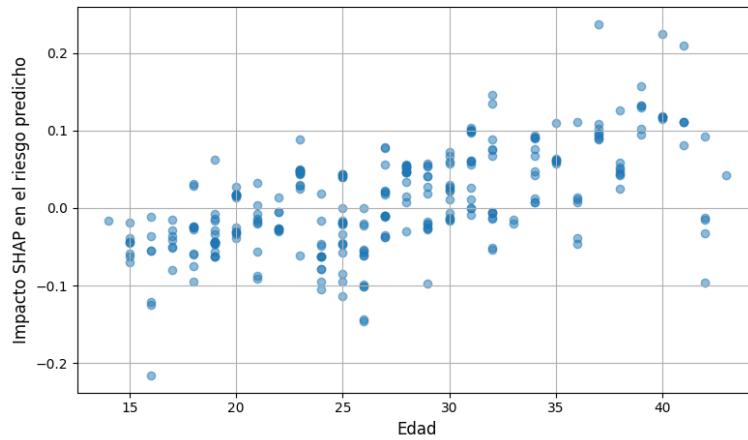
Gráfico 12. Importancia de variables en el modelo sin optimizar



Fuente: Elaboración de los autores. Base de datos unificada a partir de Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA - Bases depuradas evento 550 mortalidad materna y evento 549 morbilidad materna extrema

Asimismo, el análisis mostró un gradiente de riesgo donde a mayor edad, mayor contribución positiva de la variable edad al riesgo de mortalidad materna. **Gráfico 13**

Gráfico 13. Riesgo asociado a Edad según Balanced Bagging + SHAP



Fuente: Elaboración de los autores. Base de datos unificada a partir de Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA - Bases depuradas evento 550 mortalidad materna y evento 549 morbilidad materna extrema

La evaluación del modelo en el conjunto de datos de entrenamiento arrojó un ROC-AUC promedio de 0.705, lo que indica una capacidad de discriminación moderada entre los casos de defunción materna y los no casos, incluso en un escenario de extrema desproporción de clases (menos del 1% de eventos).

Como es habitual en contextos de alta rareza del desenlace, la métrica PR-AUC presentó valores bajos (promedio 0.030), reflejando la dificultad del modelo para maximizar precisión cuando los verdaderos positivos son escasos. No obstante, el modelo logró un recall promedio de 0.56. Este nivel de sensibilidad sugiere que la estrategia de balanceo basada en Bagging mejora la detección de la clase minoritaria en comparación con un modelo sin técnicas de rebalanceo.

En relación con el desempeño computacional, el tiempo promedio de ajuste fue de 14.27 segundos, mientras que el tiempo promedio de predicción se ubicó en 6.71 segundos, lo que indica una eficiencia adecuada para un modelo preliminar basado en Random Forest.

- **Modelo 2. Con optimización**

Para la optimización del modelo se realizó la búsqueda con Randomsearch con la obtención de los siguientes hiperparámetros:

Parámetros Óptimos: {'bb__estimator__n_estimators': 10, 'bb__estimator__min_samples_leaf': 10, 'bb__estimator__max_depth': 20, 'bb__estimator__criterion': 'gini'}

El modelo optimizado mostró que si bien el recall (0,57) presenta una leve mejoría respecto del modelo no optimizado (0,56), sigue teniendo una sensibilidad baja para predecir la mortalidad materna en el conjunto de datos. **Tabla 7**

Tabla 7. Matriz de confusión del modelo optimizado

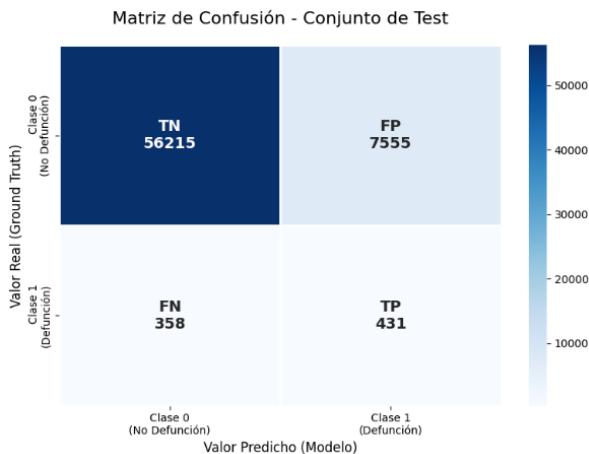
Métrica	Training	Validation	Test
ROC_AUC	0.795225	0.763154	0.765658
PR_AUC	0.130360	0.093669	0.112677
RECALL_1 (Sensibilidad)	0.572108	0.539112	0.546261
Verdaderos Positivos (TP)	1083.000000	255.000000	431.000000
Falsos Negativos (FN)	810.000000	218.000000	358.000000
Falsos Positivos (FP)	18068.000000	4538.000000	7555.000000
Verdaderos Negativos (TN)	134978.000000	33724.000000	56215.000000

Fuente: Elaboración de los autores. Base de datos unificada a partir de Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA - Bases depuradas evento 550 mortalidad materna y evento 549 morbilidad materna extrema

En el conjunto de datos de validación y test que el recall disminuye respecto del conjunto de entrenamiento a niveles de 0,53 y 0,54,6, con un alto número de falsos positivos en el

conjunto de datos de validación y test, lo cual señala la baja capacidad del modelo para realizar la predicción en el conjunto de datos (**Gráfico 14**)

Gráfico 14. Matriz de confusión conjunto de datos Test



Fuente: Elaboración de los autores. Base de datos unificada a partir de Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA - Bases depuradas evento 550 mortalidad materna y evento 549 morbilidad materna extrema

4. Discusión

Este trabajo aporta elementos que permiten ratificar que la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna, derivan de inequidades territoriales en salud, con patrones sistemáticos de vulnerabilidad social que amplifica los riesgos. Como lo han citado otros autores, se reconoce que las desigualdades estructurales, como la pobreza, la migración, la violencia o la discriminación institucional, limitan la autonomía reproductiva y reproducen trayectorias de exclusión en salud (Luna, 2017). Esta constatación coincide con el planteamiento de Hankivsky (Hankivsky, 2012), quien señala que la intersección entre determinantes sociales y estructuras institucionales produce efectos desiguales en salud, moldeados por las condiciones de poder y exclusión en contextos específicos.

Entre ellos se cuentan barreras geográficas (distancias hacia centros con capacidad obstétrica y unidad de cuidados intensivos), económicas (gastos de bolsillo), de aseguramiento, como en el caso de las mujeres víctimas de migración forzada o desplazamiento forzado (víctimas de conflicto armado interno y víctimas de cambio

climático y otros factores ambientales), fallas en la organización de los servicios de salud, en particular la referencias tardías), y en la gestión clínica (detección tardía de señales de alarma, diagnóstico y manejo insuficiente), y factores culturales o de trato (violencia obstétrica, discriminación y normalización del dolor) que disuaden la búsqueda oportuna de atención.

Estos mecanismos generan retrasos en el reconocimiento, en la decisión de buscar ayuda y en la provisión de intervenciones oportunas, aspectos que ya han sido documentados en el modelo de las “tres demoras” (Pereira dos Santos, Moreira Belém, Sá Barreto Luna Callou, Pereira Calou, & Rakelly de Oliveira, 2022) y son frecuentemente la raíz de complicaciones evitables y de fallas en la seguridad del paciente

La Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como la gestión de procesos orientada a reducir, a un nivel aceptable, el riesgo de daño asociado con la atención sanitaria. En el ámbito obstétrico, ello implica la identificación oportuna de complicaciones, como hemorragia obstétrica, preeclampsia/eclampsia o sepsis, la aplicación de protocolos basados en evidencia, la disponibilidad de insumos críticos (productos sanguíneos, anticonvulsivantes, antihipertensivos) y la existencia de mecanismos eficaces de comunicación y referencia entre niveles de atención (World Health Organization, 2011).

En los casos anteriores, la omisión parece ser el patrón que predomina, no obstante, en la literatura sobre el tema también se reportan fallas derivadas de coordinación del trabajo, errores en muestras clínicas y aplicación de protocolos, aspectos que deberían explorarse en los casos de la morbilidad materna extrema (Virani, y otros, 2024).

Otro asunto importante identificado en este trabajo tiene relación con los impactos de la morbilidad materna extrema percibidos por las mujeres y relacionados con afectaciones en la salud mental y emocional de las mujeres, impactos en la salud física, y en el cuerpo y la corporalidad. Los cuales pueden generar discapacidad sexual y reproductiva, perdida de autoestima y lesionar de manera importante la imagen corporal. Con afectación del entorno económico, los vínculos con la pareja y el recién nacido entre otros aspectos que impactan

de forma negativa la calidad de vida de las mujeres, y que han sido reportados en la literatura académica (von Rosen, 2021).

Finalmente, respecto de los resultados del modelo analítico, se debe indicar, que en el campo de la salud el uso de ensambles Bagging balanced han sido descritos, como estrategia del Machine Learning para balancear los datos, cuando la clase minoritaria es reducida respecto de la clase mayoritaria como fue el caso de este trabajo. Asimismo, se encontró que los modelos de Machine Learning tienen menor documentación en el caso de la predicción de la mortalidad materna, aunque se describe el potencial uso de estas herramientas. En nuestro caso, el modelo utilizó en el clasificador de RF, obteniendo un recall de en el conjunto de test 53, resultado que señala la baja capacidad del modelo en la predicción. El análisis de 402 muertes maternas, con inclusión de variables obstétricas, realizado con RF obtuvo un accuracy 75% (Al Mashrafi, 2024), valor ligeramente superior al obtenido en el modelo aui expuesto (70%). Sin embargo los autores no señalan el resultado del recall, métrica fundamental para evaluar la predicción en salud pública.

Lo anterior, señala un camino de indagación, que implica una mejor disposición a los datos, con información relevante respecto de antecedentes ginecobstéticos de las mujeres, datos clínicos y de atención relevantes, que a la fecha no están contemplados en el protocolo de notificación de la muerte materna. Cabe señalar, que el uso de herramientas de Machine Learning tienen potencial para fortalecer capacidades en los profesionales de salud del primer nivel de atención, en el marco de las políticas de salud dispuestas y del Plan Decenal de Salud Pública.

5. Conclusiones y recomendaciones

Los hallazgos obtenidos en este estudio permiten afirmar que la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna en Colombia siguen siendo fenómenos profundamente marcados por desigualdades estructurales, territoriales y sociales. En primer lugar, el análisis geográfico evidencia la persistencia de brechas territoriales significativas, donde municipios con mayores niveles de ruralidad, menor capacidad resolutiva y debilidades institucionales concentran las peores tasas de mortalidad materna.

En segundo lugar, el informe muestra que el subregistro de la morbilidad materna extrema no solo distorsiona la comprensión real del riesgo obstétrico, sino que constituye una vulneración al derecho a la salud. La ausencia de notificación en territorios que simultáneamente presentan las tasas más altas de mortalidad materna revela un problema estructural en el sistema de vigilancia epidemiológica, que limita la identificación temprana de complicaciones y reduce la capacidad del sistema para prevenir muertes evitables.

En tercer lugar, el análisis mixto concurrente permitió identificar que las desigualdades de género reproducen mecanismos estructurales y simbólicos que limitan la autonomía corporal y reproductiva de las mujeres, especialmente en contextos de precariedad económica, migración y violencia sociopolítica. La violencia obstétrica y las fallas en la seguridad del paciente se manifiestan como elementos centrales en las trayectorias de las mujeres sobrevivientes. La deslegitimación del dolor, los diagnósticos tardíos, la falta de comunicación entre equipos de salud y las barreras en el acceso emergen como determinantes que no solo afectan los desenlaces clínicos, sino que generan daños emocionales, sociales y simbólicos que permanecen invisibilizados en los registros oficiales. Estas experiencias reafirman la necesidad de fortalecer la humanización de la atención y la perspectiva de derechos en los servicios de salud.

Los impactos en la vida de las mujeres sobrevivientes muestran la existencia de transformaciones que se anclan en la memoria de la experiencia vivida: la urgencia, el dolor, la amenaza a la vida y la interacción con los servicios de salud marcan el cuerpo como territorio biográfico. Analizar estas huellas permite comprender la magnitud del daño, las

necesidades de rehabilitación integral y los desafíos persistentes para garantizar una maternidad realmente segura.

En cuarto lugar, el desarrollo del modelo de clasificación mediante Random Forest permitió identificar patrones asociados con el riesgo de muerte materna y estimar la contribución relativa de variables como la edad y diagnósticos clínicos, que pueden ser identificados de manera temprana. El modelo obtuvo en el conjunto de datos de entrenamiento un *recall* de 0,57 y en el conjunto de test de 0,53, lo cual señala las limitaciones existentes para predecir la muerte. Esto se explicó por las carencias en la calidad y completitud de la información disponible, especialmente en la mortalidad materna (evento 550), que restringe la capacidad analítica para incorporar antecedentes clínicos y características del proceso de atención. Estos vacíos de información subrayan la necesidad de revisar y actualizar los protocolos de notificación con el fin de integrar variables esenciales que permitan articular la vigilancia de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna de forma integrada, donde el primero puede llevar al segundo y no como fenómenos separados.

El estudio revela que, aunque la razón de mortalidad materna mantiene una tendencia descendiente en el largo plazo, la morbilidad materna extrema muestra un incremento sostenido desde 2015 hasta 2024. Este contraste indica que, las acciones en salud reducen los desenlaces fatales. Sin embargo, las mujeres que sobreviven a complicaciones graves, lo hacen enfrentando un deterioro en su salud y en sus condiciones de vida, lo que pone de manifiesto la urgencia de fortalecer los sistemas de prevención, atención oportuna y rehabilitación integral. En conjunto, estos hallazgos reafirman que la garantía de una maternidad segura y digna requiere una respuesta intersectorial sostenida, con enfoque territorial, diferencial y de justicia reproductiva.

Algunas recomendaciones

Fortalecer el Sistema de vigilancia epidemiológica y la capacidad institucional de las entidades territoriales, que tienen un menor reporte de la morbilidad materna extrema, es un aspecto clave para la disminución de la mortalidad materna.

Como se mencionó, se requiere actualizar los protocolos de vigilancia de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna, en pro de contar con variables relevantes para el análisis conjunto de los eventos y de esta manera lograr una información más robusta. Lo anterior implica incorporar perspectivas de género que indaguen por aspectos que se intersectan socialmente y potencian el impacto de la morbilidad materna.

Respecto de la atención en salud es necesario fortalecer la ruta de atención de las mujeres, incorporar acciones de seguimiento e incentivar la consulta preconcepcional como un aspecto esencial para el logro de la maternidad segura.

Se requiere profundizar en la comprensión de los impactos en la salud y la calidad de vida de las mujeres que sufren una MME, asimismo actualizar la ruta de atención, para que se contemple la atención de los impactos negativos que dejan estos eventos en el campo de la salud mental, emocional, física y social de las mujeres.

Es importante fortalecer la comprensión de los DDHH en los profesionales de la salud, dirigidos a disminuir prácticas discriminatorias que acompañan la violencia obstétrica en los contextos de salud. Asimismo, capacitar respecto del reconocimiento tempranos de signos alertas y escucha activa de las mujeres.

Se recomienda a la Dirección de Epidemiología y Demografía dar continuidad a proyectos de Machine Learning que involucren otras variables clínicas, esto se puede lograr con un trabajo colaborativo entre la dirección y la OTIC para la minería de datos en sistemas de información como los RIPS y Estadísticas Vitales.

Se sugiere incentivar a otros actores del sector salud (EPS e IPS) para la realización de este tipo de análisis en su población afiliada y en quienes prestan sus servicios, para una mejor comprensión de la continuidad de los dos eventos en salud en las mujeres.

Finalmente, se debe señalar que no basta con tener el derecho formal a decidir, sino que se requiere garantizar las condiciones materiales y simbólicas que hagan posible ejercerlo de manera libre, segura y digna (Ros, 2017).

Bibliografía

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2016). *Una mirada al Asis y análisis en profundidad*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud.

Al Mashrafi, S. T. (2024). Predicting maternal risk level using machine. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(829). doi:s12884-024-07030-9.pdf

Attaei, M., Khatib, E., McKee, M., Lear, S., Dagenais, G., Igumbor, E., . . . Kruger, L. (2017). Availability and affordability of blood pressure-lowering. *Lancet Public Health.*, 2(September), 2: e411–19. Obtenido de www.thelancet.com/public-health

Attaei, M., Khatib, R., McKee, M., Lear, S., Dagenais, G., Igumbor, E., . . . Yusuf, S. (2017). Availability and affordability of blood pressure-lowering medicines and the effect on blood pressure control in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *The Lancet public health*, 411-419.

Blasco-Palau, G., PradesSerrano, J., & González-Chordá, V. (2023). Socioeconomic Inequalities as a Cause of Health Inequities in Spain: A Scoping Review. *Healthcare*, 3035. doi:[https://doi.org/10.3390/ healthcare11233035](https://doi.org/10.3390/healthcare11233035)

Bohren, M. A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD003766). doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Brunori, P., Davillas, A., Jones, A., & Scarchilli, G. (2022). Model-based Recursive Partitioning to Estimate Unfair Health Inequalities in the United Kingdom Household Longitudinal Study. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 543-565.

Cardona, D., Cerezo, M., Quintero, L., Muñoz, L., Cifuentes, O., & Clemencia, S. (2015). Desigualdades en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los municipios del Eje Cafetero, 2009-2011. *Biomédica* , 35, 379-94.

- Chhabra, P. (2014). Maternal Near Miss: An Indicator for Maternal Health and Maternal Care. *Indian J Community Med*, 132–137. doi:<https://doi.org/10.4103/0970-0218.137145>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. . *Stanford Law Review*, 43(5), 1241–1299.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). El modelo Dahlgren-Whitehead de determinantes de la salud: 30 años después y todavía persiguiendo arcoíris. *Salud pública*, 199, 20-24.
- Freedman, L., & Kruk, M. (Sep 20 de 2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*, 384(9948). doi:10.1016/S0140-6736(14)60859-X.
- Gómez, J., Camaxho, P., Lopez, J., & López, P. (2019). Control y tratamiento de la hipertensión arterial: programa 20 20. *Revista Colombiana de*, 26(2), 99-106.
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*,, 74(11), 1712–1720.
- Heise, L. (1998). Violence against Women. An Integrated, Ecological Framework. *Sage Journals*, 4(3). doi:10.1177/10778012980040030
- Hernández, A., Madrigal, C., & Soto, M. G. (2022). Challenges and perspectives of the double burden of malnutrition in Latin America. *Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis*, 34, 3-19.
- Hernández, J., Varina, M., & Hernández, G. (2020). Prevalencia de factores asociados a la enfermedad cardiovascular y su relación con el asuentismo laboral de los trabajadores de una entidad oficial. *Revista Colombiana de Cardiología*, 27(2), 109-116.
- Hernández-Martínez, J., Varona-Uribeby, M., & Hernández, G. (2020). Prevalencia de factores asociados a la enfermedad cardiovascular y su relación con el ausentismo laboral de los trabajadores de una entidad oficial. *Revista colombiana de cardiología*, 27(2), 109-116. doi:chrome-

extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pdf.sciedirectassets.com/311229/1-s2.0-S0120563320X00039/1-s2.0-S0120563319300981/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjE17%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQDOT%2B

Herrera, V., Castro, F., & Gómez, B. (2018). Analysis of Socioeconomic Determinants of Out-of-Pocket Expenditures for Medications in 6 Geographical Areas of Panama. *ECONOMIC EVALUATION*, 17, 64-70.

Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Noveno Informe Técnico*. Bogotá.

Jojoa-Tobar, E. C.-S.-R.-M.-C.-B. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Salud UIS*, 51(2), 135-146. doi:https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006

Luna, F. (2017). Justicia reproductiva: un enfoque para la equidad en salud. *Revista Estudios Feministas.*, 17(9), 751–770.

Mackenbach, P., Stirbu, I., Roskam, A., Scaahp, M., Menvielle, G., . . . Kunst, A. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-81.

Migración. Ministerio de Relaciones Exteriores. (2024). *Informe de migrantes venezolanos en Colombia*. Bogotá: Migración. Ministerio de Relaciones Exteriores. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://unidad-administrativa-especial-migracion-colombia.micolombiadigital.gov.co/sites/unidad-administrativa-especial-migracion-colombia/content/files/001295/64746_informe-migrantes-venezolanos-en-co

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Clústeres territoriales y enfermedades crónicas no transmisibles -no cancerígenas -en Colombia. 2023*. Min salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *ASIS Nacional*. Bogotá: MinSalud. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna – PARE-MM. Informe al congreso de la Republica.*

Ministerio de Salud y Protección Social. . (2024). *Aproximación a los contextos territoriales del Conflicto Armado Interno y salud. Colombia. 2005 y 2022.*

Molina, D., & Muñoz, D. (2018). Síndrome metabólico en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(51), 21-29.

Morales, C., Rodríguez., Martínez, M., Leiva, A., Troncoso, C., Villagrán, M., . . . Matus, C. P. (2019). Prevalencia de inactividad física en Latinoamérica ¿Logrará Chile y el Cono Sur en un 10% los niveles de inactividad física para el año 2025? *REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES*, 30(3), 236-239.

Morales, C., Rodríguez-Rodríguez, F., Martínez-Sanguinetti, M., Leivad, A., Troncoso, C., Villagrán, M., . . . Petermann-Rocha, F. (2019). Prevalencia de inactividad física en Latinoamérica ¿Logrará Chile y el Cono Sur reducir en un 10% los niveles de inactividad física para el año 2025? *REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES*, 30(3), 236-239.

Naciones Unidas. (21 de 10 de 2025). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Ocampo, A. (2014). *Misión para a transformación del campo. Saldar la deuda histórica con el campo*. Bogotá: DNP. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/prensa/documento%20marco-mision.pdf

OMS. (2010). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Geneva. Geneva: OMS.

OMS. (23 de Diciembre de 2024). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OMS-OPS. (02 de 05 de 2025). *Tasas de mortalidad por edad estandarizada por Población de 100,000* . Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www3.paho.org/hq/dmplements/2010/Tasas-de-mortalidad-por-edad-estandarizadas-hoja-de-resumen.pdf

ONS-INS. (2015). *Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

ONU. (1975). *Informe de la conferencia Mundial del año Internacional de la mujer*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 5–13 de septiembre de 1994). Nueva York: Naciones Unidas.: ONU.

Otero, J., Camacho, P., Gómez-Pena, L., Rueda-Quijano, V., Gómez-Cuellar, V., Rey, J., . . . López-Jaramillo, P. (2020). Medición, control y conocimiento de la presión arterial: Iniciativa Mayo Mes de la Medición Colombia 2017. *Hipertensión y riesgo cardiovascular*, 37(1), 4-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2019.03.004>

Parra-Sánchez, J., Cardona-Rivas, D., & Cerezo-Correa, M. (2017). Análisis de conglomerados para el estudio de las desigualdades sociales por enfermedades cardiovasculares. *Rev. Salud Pública*, 19(4), 475-483.

Pereira dos Santos, P., Moreira Belém, J., Sá Barreto Luna Callou, R., Pereira Calou, C., & Rakelly de Oliveira, D. (2022). Applicability of the Three Delays Model in the context of maternal mortality: integrative review. *SAÚDE DEBATE*, 46(135), 1187-1201.

Perez-Florez, M., & Achcar, J. (2021). Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares : Región Pacifico, Colombia. 2002 -2015. *Ciênc. saúde coletiva*, 26(3). doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02562020>

Peter, A., & Schneider, A. (Jan de 2021). Cardiovascular risks of climate change. *Nat Rev Cardiol*, 18(1), 1-2. doi:[10.1038/s41569-020-00473-5](https://doi.org/10.1038/s41569-020-00473-5). PMID: 33169005

Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, 3202 (Ministerio de Salud y Protección Social 25 de Julio de 2016).

Resolución por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3,4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico —"Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, Resolución 2367 (Ministerio de Salud y Protección Social 2023).

Ros, L. (2017). *Reproductive Justice: An Introduction*. University of California Press.

Sarki, A., Nduka, C., & Stranges, S. (2015). Prevalence of Hypertension in Low- and Middle-Income Countries. *Medicine. Systematic Review and Meta - Analysis.*, 94, 1-16.

UN Women. (2019). *Beijing+25: Celebrating 25 years of championing women's rights*.

Obtenido de <https://lac.unwomen.org/en/noticias-y-eventos/en-la-mira/beijing-plus-25>

UNFPA. (2012). *State of World Population 2012: By choice, not by chance*. UNFPA.

Unidad para las víctimas. (11 de 11 de 2025). *unidadadvictimas.gov*. Obtenido de <https://datospaz.unidadadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas/>

Virani, D., Szatan, A., oh, S., Gore, A., Hebbar, L., Goofier, C., . . . Alfred, M. (2024). Identifying systems factors contributing to adverse events in maternal care. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 101. doi:doi.org/10.1016/j.ergon.2024.103590

von Rosen, I. E. (2021). Quality of life after maternal near miss: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100(4), 704-714. doi:10.1111/aogs.14128.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 3, 429-445. doi:10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. (2023). *Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023*. Geneva: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. doi: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



World Health Organization. (2011). *Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Anexo 1

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Participantes: mujeres sobrevivientes a la morbilidad materna extrema de diferentes territorios del país.

Recuerde, que esta guía es para obtener relatos biográficos de vida respecto del evento de la morbilidad materna extrema, es decir que el relato debe permitirnos conocer las disrupciones, continuidades y transformaciones de la vida de la mujer a partir de la entrevista.

Las emociones son tristeza, ira, miedo, sorpresa y felicidad. Se sugiere que las preguntas estén enmarcadas en emociones.

Encuadre:

Antes de iniciar confirme que la persona sea sobreviviente de morbilidad materna extrema, e identifique el momento en que sucedió. Esto lo puede hacer a través de quien haga el contacto con la mujer o con la propia mujer antes de iniciar. Lo anterior le sirve para colocar esto como un hito en la vida de la mujer y tener un punto de corte. Pregunte si se produjo un mortinato.

Para iniciar la entrevista: dé a conocer el objetivo de la entrevista a la participante. Revise el consentimiento informado con ella, cerciórese que ha entendido y que no se está generando una expectativa de atención o acciones de vigilancia por parte del Ministerio. Indique que la entrevista es una actividad voluntaria y que la persona puede suspender cuando deseé. Además, enfatice que si ella desea suspender esto no afecta el proceso de atención en salud de la mujer.

Indique para qué es el audio, cómo se realizará el trato de la información.

Apertura – contexto:

Cuénteme quien es [nombre de la persona], hábleme de su familia paterna/materna, qué lugar ocupo entre sus hermanos/as, el lugar donde nació y vive, en qué trabaja o estudia, es decir cuénteme un poco de su vida, ¿cómo vive usted en la actualidad? ¿Cómo era su vida antes de este embarazo?: cómo vivía, con quién compartía su día a día, qué hacía, cómo se sentía en ese momento de su vida. ¿Qué sueños o planes tenía en ese momento de su vida? ¿Contaba con una red de apoyo?

El embarazo

Le gustaría compartir conmigo cómo llegó este embarazo a su vida, qué significó para usted y cómo fueron esos meses: cómo se sentía en su cuerpo, en sus emociones, qué personas la acompañaban y cómo fue la relación con los servicios de salud. ¿cambió la relación con su pareja, familia o amistades durante esos meses? ¿cambio algo en su estudio, trabajo o vida cotidiana?

¿antes del embarazo tuvo conocimiento sobre salud sexual, le dieron información sobre el embarazo? ¿solicitó consulta preconcepcional? ¿durante el embarazo tuvo atención prenatal?

¿cómo fue la atención en los servicios de salud? ¿tuvo algún diagnóstico relacionado con la complicación que presentó? ¿cómo se sintió con la atención en salud?

El momento de la complicación

Quisiera que me relate lo que pasó cuando surgió la complicación.

Preguntas auxiliares: ¿cómo empezó todo?, qué sintió, qué recuerda de ese momento ¿Cómo fue llegar al servicio de salud?

Qué obstáculos o apoyos encontró, qué personas estuvieron presentes, detalle, sobre el lugar de la situación, quien le brindo apoyo, cómo fue la atención en los servicios de salud, y qué significó para usted lo que estaba viviendo, siente que hubo barreras o apoyos clave en la atención.

Una vez que llegó al hospital, ¿Cuáles fueron los trámites con la EPS? ¿autorizaciones o remisiones? ¿Cómo fue esa experiencia? ¿Cómo la atendieron

los profesionales de la salud? ¿Sintió que fue escuchada y que le explicaron claramente lo que le estaba ocurriendo? ¿Cómo percibió el trato del personal médico y de enfermería: la comunicación, el respeto, el acompañamiento? ¿considera que los profesionales en salud actuaron de manera correcta respecto de su caso? En caso de haberle realizado un procedimiento quirúrgico ¿le dieron información sobre las consecuencias del mismo?

Respecto a los métodos de planificación definitivos (ejemplo: Pomeroy) ¿quién tomó la decisión de realizar el procedimiento y en qué momento?

¿Sabe si en su familia o comunidad alguna mujer ha pasado también por esta situación? ¿cómo fue la situación? Si compara su experiencia con la de otras mujeres de su comunidad, ¿cree que todas tienen las mismas posibilidades de acceder a los servicios de salud?

La experiencia de sobrevivir

Me interesa mucho escuchar cómo fue para usted pasar por algo tan grave y salir adelante. ¿cuáles son los impactos que la complicación produjo en su vida, en su salud mental, física, sexual/afectiva, en los vínculos con el recién nacido, estudio o trabajo, económica, familiar u otra?

En este momento, ¿qué piensa y siente usted sobre la situación vivida? ¿Quiénes le han acompañado en el proceso de recuperación? ¿El sistema de salud le brindo apoyo emocional durante la emergencia o después de ella? ¿Cómo lo hicieron? ¿Qué recursos o apoyos recibió para recuperarse y cuáles necesitó? ¿Cómo fue su recuperación física y emocional en los días y semanas después del evento? ¿Recibió apoyo del sistema de salud después de salir de la institución de salud?

Consecuencias e impactos

Después de ese momento, ¿cómo siguió su vida? Puede contarme sobre los cambios que trajo para su salud, en los vínculos con el recién nacido, su familia, la relación con su pareja, amigos o personas cercanas ¿Cómo afectó esto su capacidad de participar en decisiones dentro de su vida de pareja, familia o comunidad? ¿Qué impacto tuvo en su trabajo, estudios o actividades laborales? ¿Cambió su situación económica después de la complicación? ¿De qué manera? ¿Su seguridad o su bienestar se vieron afectados después de lo sucedido? ¿De qué manera? ¿De qué forma este evento influyó en sus planes de vida y en sus decisiones futuras?

Tuvo cambios en su manera de ver la maternidad, el embarazo y la vida misma.

Significados y memoria

Hoy, cuando piensa en lo que vivió, ¿cómo cuenta esta historia a otras personas? ¿Qué lugar ocupa en su vida? ¿Qué cree que debería cambiar en los servicios de salud a partir de lo que usted experimentó? ¿Le ha pasado esto a otras mujeres de su familia? Y si alguna mujer estuviera pasando por un embarazo en este momento, ¿qué mensaje le daría desde su experiencia? ¿Siente que esta experiencia fortaleció, debilitó o transformó su manera de relacionarse con los demás?

Cierre:

¿Hay algo que no le haya preguntado y que usted considere importante compartir sobre lo que vivió?

Agradezca la experiencia recibida. Recuerde el por qué estamos haciendo este trabajo, e indique si desea decir algo más. Si en la entrevista detectó una afectación psicológica o salud física no abordada medicamente, de orientación sobre la ruta de atención.