
	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

		Enf. Natalia Estupiñán EAPB Famisanar
9:15 - 9:30 a.m.	Recomendaciones compromisos y cierre	Enf., María Belén Jaimes Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas en Salud Colectiva.

## Desarrollo

- Saludo y apertura de la jornada - Dr. Gerson Orlando Bermont – Secretario de Salud de Bogotá**

Se da inicio a la 15ª Mesa Ampliada de Maternidad con las palabras de bienvenida del Dr. Gerson Orlando Bermont, quien extiende un saludo especial al Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, así como a las Secretarías de Educación y de la Mujer. Se reconoce y valora el compromiso de estas entidades con la garantía de los derechos de las mujeres a lo largo de todo el curso de vida, con énfasis en la atención oportuna durante la gestación, el parto y el postparto.

Durante su intervención, el Dr. Bermont resalta que en el corte actual se han registrado tres casos de mortalidad materna, lo cual causa profundo dolor e invita a una reflexión crítica para identificar las fallas del sistema y los puntos donde es necesario reforzar las acciones.



Asimismo, se refiere al más reciente informe del índice de pobreza, el cual evidencia cómo la salud incide de manera directa en este indicador. Colombia enfrenta barreras estructurales en el acceso a los servicios de salud, especialmente en departamentos como Chocó (Quibdó), donde el impacto de las inequidades es aún más profundo.

Ante este panorama, se reitera la importancia de trabajar para eliminar las barreras de atención en salud materna, incluyendo aquellas que enfrentan las mujeres migrantes. Se señala un deterioro general en el sistema de salud, manifestado en la falta oportuna de medicamentos, el cierre de servicios y la saturación en ciudades como Bogotá, que actualmente recibe pacientes no solo obstétricos, sino de múltiples especialidades. Esta situación genera temor en la población, que se ve obligada a acelerar sus procesos de atención en medio de la incertidumbre.

Finalmente, se hace un llamado a todas las instituciones participantes para unir esfuerzos, realizar análisis conjuntos y visibilizar las barreras existentes, con el objetivo de reducir los obstáculos que impiden una atención digna y oportuna para las gestantes. Se agradece el acompañamiento de todas las entidades presentes y su disposición a trabajar articuladamente en favor de la salud materna en el país.
- Situación epidemiológica de la morbilidad materna y perinatal en el Distrito - Dr. Julián Fernández Niño – Subsecretario de Salud Pública**

Se continua con la intervención de Diana Franco Referente La situación de la morbilidad materna presenta un comportamiento particular en el periodo comprendido entre los años 2019 y 2024. Actualmente, se adelanta un proceso de monitoreo y seguimiento de las historias clínicas para garantizar que la notificación de los casos se realice conforme a los criterios establecidos por el sistema de vigilancia.

Adicionalmente, se cuenta con un análisis comparativo de los nacidos vivos, ya que este indicador incide

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

directamente en la interpretación de las tasas de morbilidad materna extrema.

Según los datos preliminares, se evidencia una reducción del 33% en la morbilidad materna extrema. Para el año 2025 se proyectan 1.361 casos, lo que representa un incremento en comparación con el año 2024. La razón estimada alcanza los 73.6 casos por cada 10.000 nacidos vivos, con un índice de letalidad de 0.2. Estos datos permiten analizar la capacidad de respuesta institucional frente a los casos de morbilidad materna severa y extrema.



### Comportamiento de la morbilidad materna extrema por localidad

Al analizar el comportamiento de la morbilidad materna extrema por localidad, se observa lo siguiente:



- En la Subred Norte, las localidades de Teusaquillo, Suba y Engativá presentan las mayores razones de morbilidad materna extrema. De estas, Suba es la localidad que aporta el mayor número de casos (191 casos), siendo una de las principales contribuyentes al comportamiento de la red.
- En la Subred Sur Occidente, se destaca la localidad de Kennedy, que no solo presenta la razón más alta dentro de su red (125,6), sino también el mayor número absoluto de casos (398), consolidándola como la localidad de mayor aporte en este sector.
- En la Subred Centro Oriente, las localidades de La Candelaria, Los Mártires y Santa Fe muestran razones elevadas; sin embargo, San Cristóbal es la que más contribuye en número de casos (94), marcando el mayor impacto en su red.
- En la Subred Sur, las localidades de Sumapaz, Ciudad Bolívar y Usme son las evaluadas. Aunque Sumapaz registra muy pocos casos (1 caso), su razón de morbilidad materna extrema es alta debido al bajo número de nacidos vivos (900,0). No obstante, quien más casos aporta es Ciudad Bolívar, con 131 casos reportados, teniendo también una razón elevada de 114,7.

Caracterización Sociodemográfica:

Rango de Edad: La mayoría de los casos se concentran en mujeres de 25 a 29 años (23,8%) y 30 a 34 años (23,8%).

Criterio MME (Morbilidad Materna Extrema):

Trastornos Hipertensivos son la principal causa (60,1%).

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Le siguen Choque hipovolémico (23,4%) y Choque séptico (10,9%).  
 Pertenencia Étnica: El 99,2% no se reconoce en ningún grupo étnico.  
 Nacionalidad: El 85% de las mujeres afectadas son colombianas y el 15% extranjeras.  
 En total se caracterizaron 1.361 casos.

Respecto al análisis por grupos de edad, se evidencia que el mayor número de casos se concentra en mujeres de 25 a 29 años. Sin embargo, las edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35 años) también muestran un aporte importante a la morbilidad materna extrema, representando un grupo de especial atención para la vigilancia y la intervención en salud materna.

### Comportamiento de la morbilidad materna extrema según régimen de aseguramiento

Al analizar la morbilidad materna extrema de acuerdo con el régimen de aseguramiento para Bogotá D.C., en el periodo enero-marzo de 2025, se observa lo siguiente:

- El **régimen contributivo** reporta el mayor número de casos, con **913 casos** de morbilidad materna extrema, correspondiente a una razón de **91,1** casos por cada 10.000 nacidos vivos.
- En segundo lugar, se encuentra el **régimen subsidiado**, con **347 casos** y una razón de **55,5**.
- El **régimen especial** aporta **101 casos**, con una razón de morbilidad materna extrema de **128,3**.
- Es importante destacar que las mujeres **no aseguradas**, aunque en un número menor (9 casos reportados), presentan una **razón muy alta de 900,0**, indicando una alta carga de riesgo entre quienes no tienen cobertura efectiva del sistema de salud.

### Detalle por régimen:

Estos resultados reflejan una concentración importante de casos en algunas aseguradoras específicas, especialmente en el régimen contributivo y subsidiado, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia, control y mejoramiento de la calidad de la atención en salud materna.

Morbilidad materna extrema, Bogotá D.C. enero – marzo 2025			
Comportamiento morbilidad materna extrema por aseguramiento			
Régimen	Casos 2025*	NV	%
Contributivo	913	3173	67,3
Subsidiado	347	2345	26,5
No asegurada	76	124	3,8
Excepción	24	250	3,8
Régimen Especial	1	10	0,1
<b>Total general</b>	<b>1361</b>	<b>5812</b>	<b>700</b>



Comportamiento morbilidad materna extrema por régimen contributivo			
EAPB	Casos	NV	Razón MMME
Clínic EAPB	334	72	158,8
Capital Salud	14	130	127,3
Sura EPS	85	747	113,8
Salud Total SA EPS	178	1557	111,1
Familiares EPS Sura	111	1436	85,2
CompuSalud EPS	179	1795	68,0
Sanitas EPS SA	306	2563	68,5
Almaseda	20	254	77,5
Nueva EPS Contributivo	11	657	17,3
<b>Total general</b>	<b>913</b>	<b>9179</b>	<b>99,9</b>

Comportamiento morbilidad materna extrema por régimen subsidiado			
EAPB	Casos	NV	Razón MMME
Clínic EPS	101	678	150,4
EPS Sanitas SA CM	23	174	192,2
Capital Salud	140	1264	154,7
Familiares EPS	30	360	83,3
Salud Total SA Subsidiado	27	412	65,5
Nueva EPS SA Subsidiado	20	468	42,7
<b>Total general</b>	<b>347</b>	<b>3345</b>	<b>55,5</b>

Comportamiento morbilidad materna extrema por régimen especial, excepción, indeterminado y no aseguradas			
EAPB	Casos	NV	Razón MMME
Clínic EAPB	1	3	500,0
Magdalena	5	20	200,0
Excepción	2	30	200,0
No asegurada	76	104	140,0
Fuerzas Armadas	9	75	116,9
Policía Nacional	8	150	15,3
<b>Total general</b>	<b>101</b>	<b>794</b>	<b>128,3</b>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

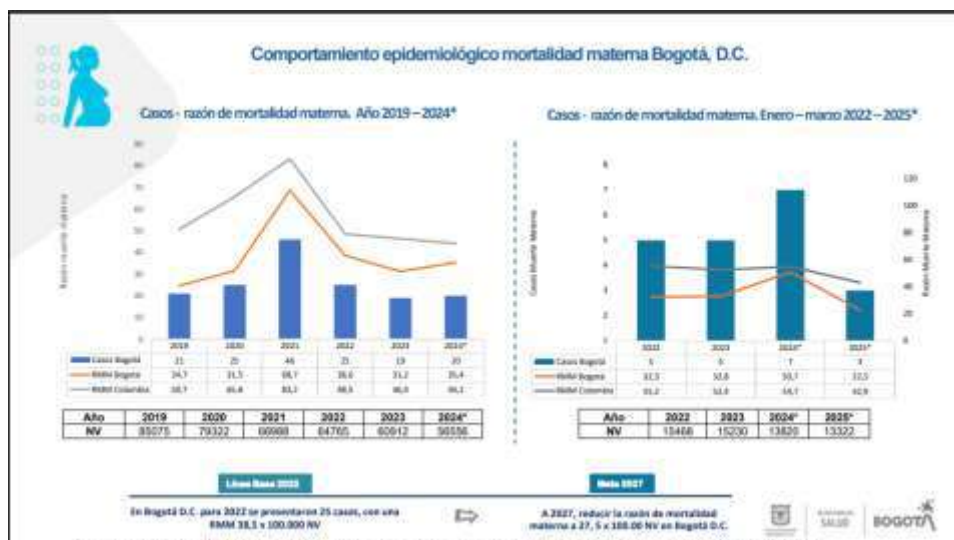
## INDICADORES DE MUERTE MATERNA

Al analizar el comportamiento de la mortalidad materna, se observa que:

- Para el **año 2024**, se registraron **25 casos** de muerte materna, según el RUAF, con una razón de mortalidad materna (RMM) de **33,5 por 100.000 nacidos vivos**.
- En el **año 2025** (corte enero-marzo), se han reportado **4 casos**, teniendo en cuenta que uno de los eventos corresponde a un caso rezagado del año 2024 (semana epidemiológica de inicio de año).

Este comportamiento muestra una **reducción en el número de casos** comparado con años anteriores, reflejando los esfuerzos conjuntos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), las instituciones de salud públicas y privadas, las agencias de cooperación internacional, los servicios de atención a población migrante y demás entidades del Distrito que trabajan de manera articulada para prevenir la muerte materna.

A nivel distrital, también se evidencia una tendencia a la **disminución progresiva** de la razón de mortalidad materna, acercándose al cumplimiento de las metas establecidas para el año 2030 en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.





## Comportamiento de la muerte materna por localidad y EAPB – Bogotá, D.C. (enero-marzo 2025)

Durante el primer trimestre de 2025, se registraron **3 casos de muerte materna** en el Distrito Capital, con una razón de mortalidad materna (RMM) de **22,5 por 100.000 nacidos vivos**.

Al analizar el comportamiento por localidad, se identifica que:

- **Bosa** concentra el mayor número de casos con **1 evento**, presentando la **mayor razón** de mortalidad materna (**54,0 por 100.000 NV**).
- **Kennedy** reporta también **1 caso**, con una razón de **34,7**.



	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

- **Usme** registra **1 caso**, con una razón elevada de **135,7** por 100.000 nacidos vivos, pese a un menor número de nacidos vivos comparado con otras localidades.

Otras localidades no reportan casos durante este periodo, reflejando una concentración de eventos en unas pocas zonas de la ciudad.

En cuanto a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB):

Cada uno de los casos reportados está asociado a una EAPB diferente:

Famisanar registra 1 caso con una RMM de 75,91.  
 Capital Salud reporta 1 caso con una RMM de 7,4.  
 Compensar también reporta 1 caso con una RMM de 48,32.

Respecto al régimen de aseguramiento, se observa que: El mayor porcentaje corresponde al régimen contributivo seguido del régimen subsidiado.

El 66,6% de los casos corresponden a población afiliada al régimen contributivo.  
 El 33,3% corresponde a afiliados del régimen **subsidiado**.

Este comportamiento destaca la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia y prevención en las localidades con mayor riesgo y seguir trabajando de manera articulada con las diferentes EAPB para reducir la mortalidad materna en la ciudad.



Durante el año 2024 en Bogotá, D.C., se registraron 3 muertes maternas. En cuanto al grupo etario, dos de los casos correspondieron a mujeres entre 30 y 34 años (66,7%) y un caso en el grupo de 35 a 39 años (33,3%). No se presentaron casos en mujeres menores de 30 años ni mayores de 40 años. En relación con los antecedentes médicos, se identificó que un caso presentaba preeclampsia, otro enfermedad tiroidea y un tercero correspondía a una mujer migrante, representando cada uno el 33,3% del total.

Respecto al método de anticoncepción, uno de los casos tenía como método la esterilización quirúrgica (Pomeroy), mientras que dos casos no utilizaban ningún método anticonceptivo. Es importante señalar que en la ciudad se ha venido trabajando intensamente en las consultas de anticoncepción y atención preconcepcional, sin embargo, aún se presentan mujeres sin métodos de planificación. Además, dos de las mujeres no contaban con controles prenatales, ya que la gestación se identificó en el mismo proceso de atención médica, mientras que una mujer había realizado entre cinco y diez controles prenatales.

En la clasificación de riesgo antenatal, se detectó un caso con Alto Riesgo Obstétrico (ARO). En cuanto a las causas de muerte, estas se distribuyeron de la siguiente manera: un caso por otras causas indirectas relacionadas con el sistema respiratorio (33,3%), un caso por otras causas indirectas que afectan el aparato digestivo (33,3%) y un caso por muerte obstétrica directa no especificada (33,3%).

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, se observó que dos de los casos pertenecían al estrato 1 (66,7%) y un caso al estrato 2 (33,3%). En relación con el nivel educativo, un caso correspondía a secundaria incompleta, otro a educación tecnológica y el tercero a nivel profesional, con un 33,3% cada uno.

En resumen, a pesar de los esfuerzos realizados en promoción de anticoncepción y control prenatal en Bogotá, persisten retos importantes como el acceso temprano a la atención prenatal, la identificación oportuna de

 <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>				

embarazos y el seguimiento especializado de mujeres con alto riesgo obstétrico. Además, los factores socioeconómicos y educativos juegan un papel relevante en los desenlaces observados.

Durante el año 2024 en Bogotá, D.C., se registraron 3 muertes maternas. En cuanto al grupo etario, dos de los casos correspondieron a mujeres entre 30 y 34 años (66,7%) y un caso en el grupo de 35 a 39 años (33,3%). No se presentaron casos en mujeres menores de 30 años ni mayores de 40 años. En relación con los antecedentes médicos, se identificó que un caso presentaba preeclampsia, otro enfermedad tiroidea y un tercero correspondía a una mujer migrante, representando cada uno el 33,3% del total.


Respecto al método de anticoncepción, uno de los casos tenía como método la esterilización quirúrgica (Pomeroy), mientras que dos casos no utilizaban ningún método anticonceptivo. Es importante señalar que en la ciudad se ha venido trabajando intensamente en las consultas de anticoncepción y atención preconcepcional, sin embargo, aún se presentan mujeres sin métodos de planificación. Además, dos de las mujeres no contaban con controles prenatales, ya que la gestación se identificó en el mismo proceso de atención médica, mientras que una mujer había realizado entre cinco y diez controles prenatales.

En la clasificación de riesgo antenatal, se detectó un caso con Alto Riesgo Obstétrico (ARO). En cuanto a las causas de muerte, estas se distribuyeron de la siguiente manera: un caso por otras causas indirectas relacionadas con el sistema respiratorio (33,3%), un caso por otras causas indirectas que afectan el aparato digestivo (33,3%) y un caso por muerte obstétrica directa no especificada (33,3%).

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, se observó que dos de los casos pertenecían al estrato 1 (66,7%) y un caso al estrato 2 (33,3%). En relación con el nivel educativo, un caso correspondía a secundaria incompleta, otro a educación tecnológica y el tercero a nivel profesional, con un 33,3% cada uno.

En resumen, a pesar de los esfuerzos realizados en promoción de anticoncepción y control prenatal en Bogotá, persisten retos importantes como el acceso temprano a la atención prenatal, la identificación oportuna de embarazos y el seguimiento especializado de mujeres con alto riesgo obstétrico. Además, los factores socioeconómicos y educativos juegan un papel relevante en los desenlaces observados.



 <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL</b> <b>DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>			
	<b>Código:</b>	<b>SDS-DFO-FT-001</b>	<b>Versión:</b>	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Durante el año 2024 en Bogotá, D.C., se registraron 3 muertes maternas. En cuanto al grupo etario, dos de los casos correspondieron a mujeres entre 30 y 34 años (66,7%) y un caso en el grupo de 35 a 39 años (33,3%). No se presentaron casos en mujeres menores de 30 años ni mayores de 40 años. En relación con los antecedentes médicos, se identificó que un caso presentaba preeclampsia, otro enfermedad tiroidea y un tercero correspondía a una mujer migrante, representando cada uno el 33,3% del total.

Respecto al método de anticoncepción, uno de los casos tenía como método la esterilización quirúrgica (Pomeroy), mientras que dos casos no utilizaban ningún método anticonceptivo. Es importante señalar que en la ciudad se ha venido trabajando intensamente en las consultas de anticoncepción y atención preconcepcional, sin embargo, aún se presentan mujeres sin métodos de planificación. Además, dos de las mujeres no contaban con controles prenatales, ya que la gestación se identificó en el mismo proceso de atención médica, mientras que una mujer había realizado entre cinco y diez controles prenatales.

En la clasificación de riesgo antenatal, se detectó un caso con Alto Riesgo Obstétrico (ARO). En cuanto a las causas de muerte, estas se distribuyeron de la siguiente manera: un caso por otras causas indirectas relacionadas con el sistema respiratorio (33,3%), un caso por otras causas indirectas que afectan el aparato digestivo (33,3%) y un caso por muerte obstétrica directa no especificada (33,3%).

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, se observó que dos de los casos pertenecían al estrato 1 (66,7%) y un caso al estrato 2 (33,3%). En relación con el nivel educativo, un caso correspondía a secundaria incompleta, otro a educación tecnológica y el tercero a nivel profesional, con un 33,3% cada uno.

En resumen, a pesar de los esfuerzos realizados en promoción de anticoncepción y control prenatal en Bogotá, persisten retos importantes como el acceso temprano a la atención prenatal, la identificación oportuna de embarazos y el seguimiento especializado de mujeres con alto riesgo obstétrico. Además, los factores socioeconómicos y educativos juegan un papel relevante en los desenlaces observados.

Durante el año 2024 en Bogotá, D.C., se registraron 3 muertes maternas. En cuanto al grupo etario, dos de los casos correspondieron a mujeres entre 30 y 34 años (66,7%) y un caso en el grupo de 35 a 39 años (33,3%). No se presentaron casos en mujeres menores de 30 años ni mayores de 40 años. En relación con los antecedentes médicos, se identificó que un caso presentaba preeclampsia, otro enfermedad tiroidea y un tercero correspondía a una mujer migrante, representando cada uno el 33,3% del total.



Respecto al método de anticoncepción, uno de los casos tenía como método la esterilización quirúrgica (Pomeroy), mientras que dos casos no utilizaban ningún método anticonceptivo. Es importante señalar que en la ciudad se ha venido trabajando intensamente en las consultas de anticoncepción y atención preconcepcional, sin embargo, aún se presentan mujeres sin métodos de planificación. Además, dos de las mujeres no contaban con controles prenatales, ya que la gestación se identificó en el mismo proceso de atención médica, mientras que una mujer había realizado entre cinco y diez controles prenatales.

En la clasificación de riesgo antenatal, se detectó un caso con Alto Riesgo Obstétrico (ARO). En cuanto a las causas de muerte, estas se distribuyeron de la siguiente manera: un caso por otras causas indirectas relacionadas con el sistema respiratorio (33,3%), un caso por otras causas indirectas que afectan el aparato digestivo (33,3%) y un caso por muerte obstétrica directa no especificada (33,3%).

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, se observó que dos de los casos pertenecían al estrato 1 (66,7%) y un caso al estrato 2 (33,3%). En relación con el nivel educativo, un caso correspondía a secundaria incompleta, otro a educación tecnológica y el tercero a nivel profesional, con un 33,3% cada uno.

En resumen, a pesar de los esfuerzos realizados en promoción de anticoncepción y control prenatal en Bogotá,



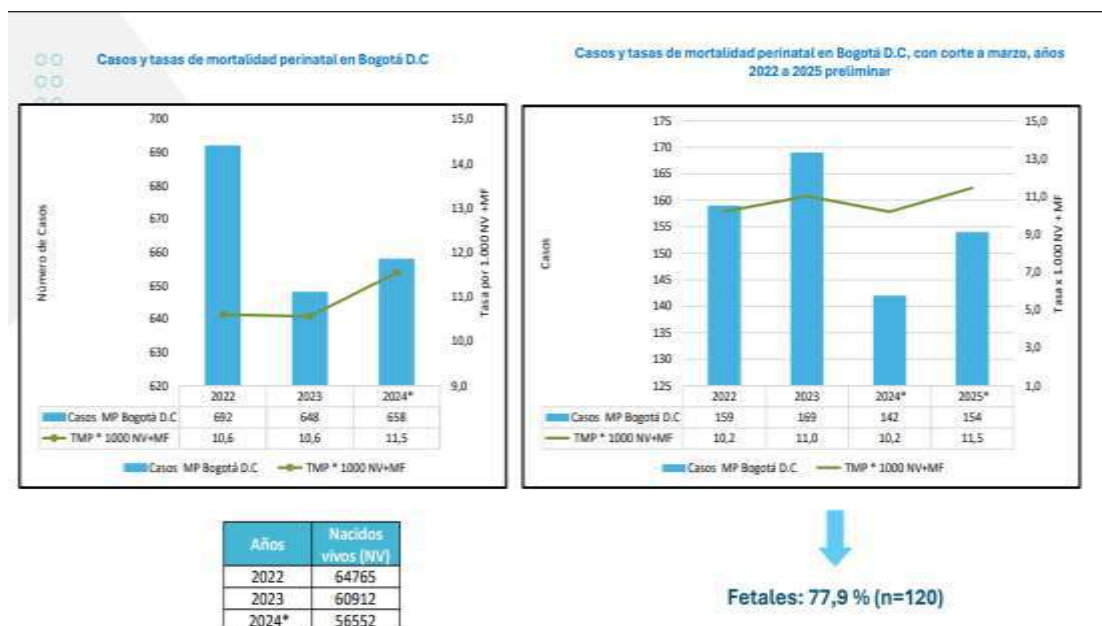
 <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

persisten retos importantes como el acceso temprano a la atención prenatal, la identificación oportuna de embarazos y el seguimiento especializado de mujeres con alto riesgo obstétrico. Además, los factores socioeconómicos y educativos juegan un papel relevante en los desenlaces observados.

## EVENTOS PRIMERA INFANCIA

### Mortalidad perinatal



La referente Adriana Guaca Referente de Infancia Subdirección de Vigilancia en Salud Pública realizó la presentación sobre el comportamiento de la mortalidad perinatal donde indicó que, en la primera gráfica, se observa el comportamiento de la mortalidad perinatal en años completos, tomando como línea base el año 2022 y comparándolo con los datos preliminares del año 2024. Señaló que para el año 2024 se cerró con una tasa de 11,3 muertes por cada 1.000 nacidos más fetales. Al realizar el análisis comparativo con el año 2023, que presentó una tasa de 10,6, se identificó un incremento del 8,5 %.

También indicó que durante el periodo de enero a marzo de 2025, en Bogotá D.C., se registraron 154 casos de muerte perinatal, según datos preliminares. Señaló que el análisis de las causas agrupadas evidenció que el 46,8 % de los casos correspondió a fetos o recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, seguido por un 18,8 % relacionado con otras afecciones originadas en el periodo perinatal, y un 12,3 % asociado a afecciones maternas que impactaron directamente al feto o recién nacido. Asimismo, mencionó que el 7,8 % de los casos se debió a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, mientras que un 5,2 % estuvo relacionado con trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. También se identificaron casos por restricción del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (3,9 %), sepsis bacteriana del recién nacido (3,2 %), tumores de comportamiento incierto o desconocido (0,6 %) y agresiones (0,6 %). La referente resaltó que estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la atención prenatal, intraparto y neonatal, enfocándose en la identificación temprana y el manejo adecuado de los riesgos, así como en la mejora de la calidad de los servicios de salud para reducir la mortalidad perinatal en la ciudad.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL  
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD  
SISTEMA DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL

ACTA DE REUNIÓN

Código:

SDS-DFO-FT-001

Versión:

1



Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Causas básicas de muerte

Preseleccionando...

Código de control

Detener la preselección

marzo 2025

preliminar

Causa básica de muerte	Casos	%
Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas	23	14,9%
Muerte fetal de causa no especificada	18	11,7%
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	15	9,7%
Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	11	7,1%
Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentarias	9	5,8%
Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones maternas del embarazo	8	5,2%
Retardo del crecimiento fetal, no especificado	6	3,9%
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	5	3,2%
Feto y recién nacido afectados por polihidramnios	4	2,6%
Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	4	2,6%
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	4	2,6%
Feto y recién nacido afectados por embarazo ectópico	3	1,9%
Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre	3	1,9%
Feto y recién nacido afectados por otra compresión del cordón umbilical	3	1,9%
Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	3	1,9%
Feto y recién nacido afectados por síndromes de transfusión placentaria	3	1,9%
Hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto	3	1,9%
Conducto arterioso permeable	2	1,3%
Feto y recién nacido afectados por incompetencia del cuello uterino	2	1,3%
Feto y recién nacido afectados por oligohidramnios	2	1,3%
Otras causas	23	14,9%
Total general	154	100%

32,5% (n=50)

causas prevenibles


En el periodo de enero a marzo de 2025 en Bogotá D.C., se registraron 154 muertes perinatales. De estas, la principal causa fue la afectación del feto o recién nacido por alteraciones morfológicas y funcionales de la placenta, representando el 14,9 % de los casos, seguida por la muerte fetal no especificada (11,7 %) y los trastornos hipertensivos maternos (7,1 %). También se identificaron otras causas relevantes como la corioamnionitis, las hemorragias placentarias, las complicaciones maternas del embarazo, el retardo del crecimiento fetal, la sepsis bacteriana neonatal y el polihidramnios, cada una con porcentajes entre el 2,6 % y el 7,1 %. Cabe destacar que el 32,5 % de las muertes (equivalente a 50 casos) se consideran prevenibles, lo que resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, diagnóstico oportuno y control de factores de riesgo en la atención materno-perinatal.

Casos y tasas de mortalidad perinatal distribuidos por EAPB en Bogotá D.C.

EAPB	2025* enero		
	Número de casos	Nacidos vivos + fatales	tasa x 1.000 nv+mf
Coosalud	4	154	26,0
Nueva EPS	25	1126	22,2
Salud Total	28	1989	14,1
Capital Salud	15	1387	10,8
Famisanar	18	1818	9,9
Sanitas	22	2753	8,0
Aliansalud	2	264	7,6
Sura	6	824	7,3
Compensar	14	2082	6,7
Ecopetrol	0	0	0,0
Mallamás	0	3	0,0
Unisalud	0	0	0,0
Ferrocarriles	0	0	0,0
Salud Bolívar	0	17	0,0
Policia Nacional	0	150	0,0
Fuerzas Militares	0	76	0,0
Magisterio	0	24	0,0
Otras EAPB	5	238	21,0
No asegurado	0	524	0,0
Sin información	15	13	-
Total general	154	13442	11,5

Casos y tasas de mortalidad perinatal distribuidos por localidad de residencia en Bogotá D.C, corte marzo 2025 preliminar

Localidad	Casos	Nacidos vivos + fatales	tasa x 1.000 nv+mf
15-Antonio Nariño	3	160	18,8
14-Mártires	3	179	16,8
8-Kennedy	30	1875	16,0
12-Barrios Unidos	3	218	13,8
6-Tunjuelito	4	296	13,5
5-Usme	10	743	13,5
4-San Cristóbal	8	661	12,1
1-Usaquén	9	860	10,5
7-Bosa	14	1368	10,2
19-Ciudad Bolívar	15	1481	10,1
11-Suba	20	2007	10,0
18-Rafael Uribe	6	670	9,0
9-Fontibón	6	671	8,9
2-Chapinero	2	247	8,1
16-Puente Aranda	3	381	7,9
10-Engativá	8	1219	6,6
13-Teusaquillo	1	161	6,2
3-Santafé	0	194	0,0
17-Candelaria	0	32	0,0
20-Sumapaz	0	10	0,0
Sin dato de localidad	9	9	-
Total general	154	13442	11,5

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Se presentan los datos preliminares de mortalidad perinatal en Bogotá D.C. correspondientes al periodo enero-marzo de 2025, en los cuales se registraron 154 casos, con una tasa global de 11,5 por cada 1.000 nacidos vivos más fetales. El análisis por Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) evidenció que Coosalud reportó la tasa más alta (26,0), seguida por Nueva EPS (19,2) y Salud Total (14,1). En la distribución por localidades de residencia, Kennedy concentró el mayor número de casos (30), mientras que las tasas más elevadas se registraron en Antonio Nariño (18,8), Mártires (16,8) y Kennedy (16,0). Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer la atención prenatal, la identificación temprana de riesgos y la intervención oportuna, especialmente en las EAPB y localidades más afectadas.

Uno de los factores de mayor preocupación corresponde a la edad materna. Señaló que la población entre los 15 y 19 años registra una tasa elevada de 17,8 por cada 1.000 nacidos más fetales, siendo esta una de las edades extremas asociadas a mayor riesgo de mortalidad perinatal.

En cuanto al nivel educativo, informó que las mujeres con secundaria incompleta presentan un porcentaje alto de casos, pero la tasa más elevada se encuentra en aquellas con nivel de escolaridad primaria, alcanzando un 16,9 por cada 1.000 nacidos más fetales. Este hallazgo refuerza la asociación entre la baja escolaridad y la ocurrencia de muertes perinatales. La referente señaló que, desde las unidades de análisis, se ha identificado que muchas madres subestiman los riesgos, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de educación en salud y de sensibilización sobre los signos de alarma durante el embarazo.

Adicionalmente, hizo énfasis en la importancia de fortalecer la consulta prenatal precoz y el seguimiento a mujeres en edad fértil, con el fin de evitar embarazos no planeados y detectar riesgos de forma oportuna que permitan intervenir adecuadamente y reducir la mortalidad.



Finalmente, se refirió a los datos relacionados con nacionalidad. Indicó que, aunque las mujeres colombianas representan el 82,5 % de los casos de mortalidad, las mujeres extranjeras registran la tasa más alta, con 3,66 muertes por cada 1.000 nacidos más fetales. Esto se asocia a factores de vulnerabilidad, principalmente en mujeres que no se encuentran regularizadas en el país, lo cual dificulta su acceso a los servicios de salud y se convierte en un determinante en la presentación de la mortalidad perinatal.

### 3. **Presentación cohorte de gestantes 2025 – SaluData - Enf. Martha Becerra Erika Castillo**

Durante los primeros meses del 2025, se ha desarrollado un proceso de articulación entre el Observatorio de Salud de Bogotá y el equipo de Garantía del Aseguramiento, en el marco de la Cohorte de Gestantes Distrital 2025. Este trabajo de articulación ha consistido en la creación y entrega de un anexo técnico que se remite a la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Actualmente, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) ya cuentan con este anexo técnico y tienen la responsabilidad de la entrega de los archivos requeridos.

En este anexo se incluyeron nuevas variables que anteriormente no estaban consideradas, lo que permite un registro más completo y el desarrollo adecuado del proceso de seguimiento de gestantes. Gracias a esta actualización, se garantiza una mejor calidad de los datos para la toma de decisiones.

En el mes de marzo, se realizó el desarrollo de Validata, una herramienta de validación de datos. Esta plataforma es fundamental para garantizar que los archivos entregados por las EAPB sean cargados correctamente, cumpliendo con las especificaciones técnicas establecidas en el anexo. Validata verifica la estructura, los datos y la coherencia de los archivos para asegurar su calidad y utilidad.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <b>SECRETARÍA DE SALUD</b>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Durante enero y febrero se realizaron varias actividades de socialización y capacitación, incluyendo:

Socialización del instructivo para el reporte de información.

Desarrollo del SauData Analítico desde el Observatorio de Salud de Bogotá.

Charlas de actualización y asistencia técnica para las EAPB en cuanto a la entrega de información.

En abril se proyecta continuar con la consolidación de la información del primer trimestre de 2025 y la presentación de indicadores preliminares de la Cohorte de Gestantes Distrital.



Se cuenta con un tablero interno de **Saludata** denominado "**Cohorte Gestantes Distrital 2025**". Las imágenes presentadas corresponden a los componentes de este tablero, el cual permite contar con información actualizada sobre las gestantes del distrito.

Este tablero es una herramienta fundamental porque ofrece datos muy cercanos a la realidad:

**Para el Ministerio de Salud**, la información se recolecta de manera **semanal**,  
**Para la Secretaría Distrital de Salud (SDS)**, la recolección es **mensual**.



Actualmente, de las **33.990 mujeres** que conforman la base de datos de gestantes:

**5.036** han tenido nacimientos en el primer trimestre,

**13.322 mujeres** ya han tenido su parto (registradas como "puerperas base NV") y, por tanto, salen de la cohorte,

Quedando **21.578 mujeres** como gestantes activas en la cohorte

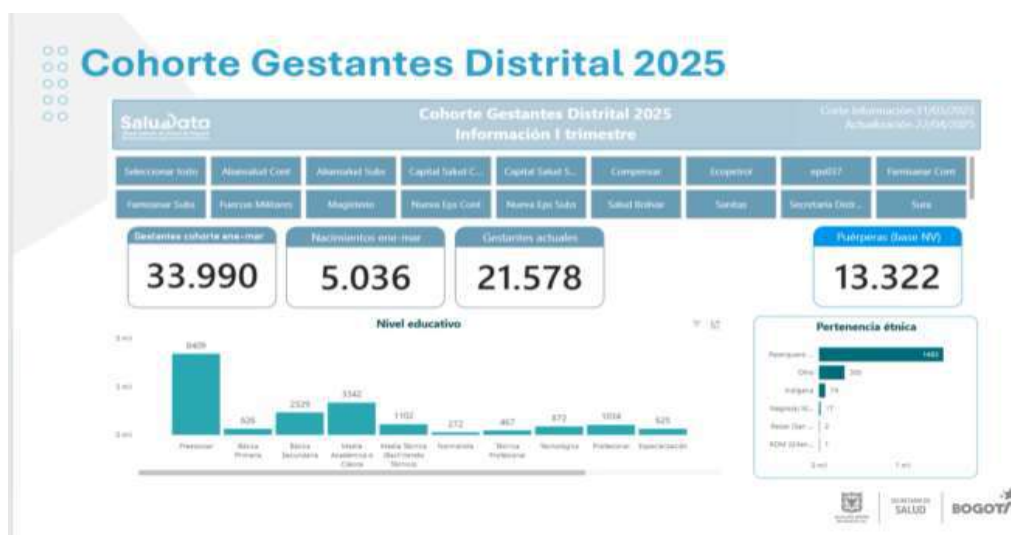


 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Este sistema no solo facilita el seguimiento en tiempo real, sino que también permite una caracterización precisa de las gestantes, incluyendo aspectos como: Nivel educativo, Pertinencia étnica, Edad, Otros antecedentes importantes.

Gracias a este tablero, el acceso a información detallada y exacta sobre las gestantes es más ágil, facilitando así la toma de decisiones, la planeación de intervenciones y el seguimiento de las acciones de salud pública.



Cabe resaltar que estas mujeres son únicas dentro de la base de datos, es decir, no hay duplicados. Esta depuración mejora la calidad y precisión de los datos.

La cohorte ya realizaba una caracterización de las gestantes en procesos anteriores, pero ahora, gracias a esta fuente actualizada, se logra un mayor nivel de certeza, permitiendo acercarnos de manera más precisa a:

Los cursos de vida (etapas según la edad),  
 Las edades de las gestantes,  
 Y antecedentes clínicos importantes.



Un punto valioso es que esta nueva fuente de datos permite observar aspectos que antes no podían ser analizados, como:

La determinación del trimestre de gestación en el que se encuentra cada mujer.  
 Variables adicionales como el consumo de tabaco en periodo de interés genésico y la proporción de embarazos múltiples.

En las siguientes diapositivas se presentan indicadores destacados obtenidos de esta información:

Se identificó que hubo un total de 64.839 atenciones registradas en el primer trimestre. Estas atenciones corresponden a 30.055 gestantes, resultando en un índice de atenciones por gestante de 2. Además, de las 30.055 gestantes con atenciones, 20.636 recibieron suministro de micronutrientes, alcanzando un indicador de cobertura del 68,7%.



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Otro logro importante fue identificar que 91,6% de las gestantes registraron cuatro o más controles prenatales en el primer trimestre, un resultado muy positivo que no se había podido documentar tan claramente en cohortes anteriores.

Finalmente, recordamos que todo este análisis se visualiza a través del tablero interactivo de la cohorte en Saludata, disponible para uso interno y apoyo en la gestión y monitoreo de las gestantes del Distrito.





### Seguimiento inmediato de gestantes con morbilidad materna extrema

Desde la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, se realiza una actividad de seguimiento inmediato a las gestantes notificadas con morbilidad materna extrema. Esta labor inicia con el reporte de la alerta inmediata ingresada a través del sistema Sivigila. A partir de esta notificación, se activa un proceso desde la Secretaría para garantizar el monitoreo y seguimiento oportuno de las gestantes, asegurando así una atención continua y permanente que impacte positivamente tanto en la salud materna como en la del recién nacido.

En muchos casos, las mujeres finalizan su proceso de gestación durante la notificación y seguimiento de la morbilidad, por lo cual es esencial mantener el control de manera articulada. Para optimizar este proceso, desde la Secretaría se diseñó un flujograma que organiza el trabajo de la siguiente manera:

- Recepción diaria de alertas de morbilidad materna extrema vía Sivigila 24/7, las cuales también son enviadas a los aseguradores.
- Validación del aseguramiento de las usuarias, a pesar de que la información ya viene registrada en el sistema, para confirmar el sitio de procedencia y garantizar la correcta identificación de la EPS o IPS correspondiente.
- Registro en la base unificada de gestantes, asegurando la actualización inmediata de los datos.
- Reporte de alertas mediante OneDrive, optimizando la gestión que anteriormente se realizaba por correo electrónico, permitiendo ahora que los puntos de contacto (aseguradores y prestadores) accedan en línea y registren el seguimiento oportunamente.
- Seguimiento de las respuestas de aseguradoras y prestadores, revisando cuidadosamente la información cargada, especialmente los datos cualitativos, para evitar la duplicidad de registros o

 <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL</b> <b>DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>			
	<b>Código:</b>	<b>SDS-DFO-FT-001</b>	<b>Versión:</b>	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

inconsistencias por uso de "copy-paste".

- Solicitudes de ajustes a los aseguradores en caso de encontrar inconsistencias o necesidad de información complementaria.
- Elaboración de informes de seguimiento, que permiten identificar oportunidades de mejora en el proceso de atención.
- Programación de visitas a las EPS e IPS donde se detectan debilidades en el seguimiento de los casos, para fortalecer los procesos de atención integral.

De esta manera, se busca garantizar que las gestantes con morbilidad materna extrema reciban un seguimiento efectivo, contribuyendo a la mejora de la calidad en la atención materna y neonatal en el Distrito.



Durante el primer trimestre del año (enero a marzo), se recibieron 1.466 reportes de gestantes con morbilidad materna extrema, incluyendo usuarias afiliadas a aseguradoras tanto del Distrito Capital como de otros territorios del país. Posteriormente, el análisis se concentró en los casos correspondientes a gestantes asignadas a aseguradoras habilitadas para operar en Bogotá, encontrando 1.102 reportes en esta categoría.

Es importante aclarar la diferencia entre reportes y gestantes, ya que una misma usuaria puede tener más de una notificación. Dentro de estos 1.102 reportes, se observó una mayor concentración en algunas compañías promotoras de salud (CPS) como Sanitas, Salud Total, Compensar, Capital Salud, Nueva EPS y Suramericana. La población migrante irregular también representó un aporte significativo al número de casos reportados, aspecto que será ampliado en la próxima Mesa de Trabajo, junto con los avances del ajuste que se está realizando a la Guía Materna para población migrante.

En relación con las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPGD) que reportan mayor número de casos, dentro del top 10 se destacan las siguientes cinco instituciones: Hospital San José Infantil (en primer lugar), Hospital Universitario Mayor Méderi, Clínica Palermo, Unidad de Servicios de Salud Materno Infantil de la red pública y el Centro Policlínico del Olaya.



Al analizar la tendencia de reportes en estos tres meses, Sanitas lidera el número de casos reportados, seguida de Salud Total, Compensar, Capital Salud, y Nueva EPS, en ese orden. Posteriormente se agrupan otras aseguradoras con menor número de reportes.

Con relación a los 1.102 casos, se realizó una revisión para identificar usuarias notificadas en más de una oportunidad. Se encontraron 24 casos de gestantes reportadas más de una vez, de las cuales cuatro presentaron dos eventos de morbilidad materna extrema en diferentes fechas, y dos gestantes registraron tres reportes de morbilidad extrema, con intervalos de entre 15 y 20 días entre cada uno. Esta depuración permitió contar con datos más precisos para el análisis del comportamiento de la morbilidad materna extrema en el Distrito.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



 <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

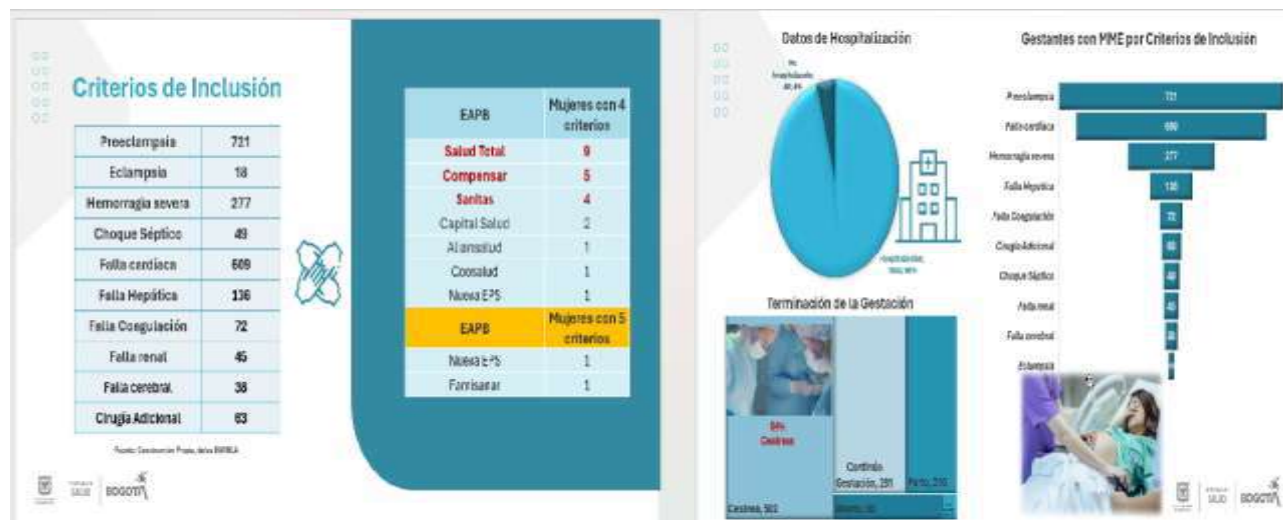


Con el cierre del seguimiento actual, queremos dejar algunos hallazgos importantes. De las 1.076 gestantes activas registradas recientemente, 1.028 fueron reportadas durante su proceso de hospitalización.



Sin embargo, solo el 4% de estas mujeres fueron dadas de alta en la misma consulta en la que se realizó el reporte. En cuanto a la terminación del embarazo, según los datos reportados en ese momento, se encontró que:

- El 64% culminó la gestación por cesárea.
- 210 partos fueron vaginales.
- Los partos instrumentados fueron pocos, y continúan disminuyendo.
- 291 mujeres permanecen aún en proceso de gestación.
- 63 casos finalizaron en aborto.

Estos datos evidencian la necesidad de revisar los criterios de inclusión y de fortalecer el seguimiento conjunto entre aseguradoras y prestadores. Es clave que aprovechemos la información que llega a través de SIVIGILA, ya que representa una herramienta valiosa para la toma de decisiones y para mejorar tanto la ruta materno perinatal, como las acciones de promoción y mantenimiento de la salud.





 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <b>SECRETARÍA DE SALUD</b>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

#### 4. Aspectos claves de la mortalidad materna - Dra. Ana María García – Referente de mortalidad materna, enfermedades no transmisibles – Instituto Nacional de Salud (INS)

A continuación, se presentan los aspectos clave relacionados con la definición de la unidad de análisis y las responsabilidades de los diferentes actores involucrados en su desarrollo y en la ejecución de las acciones derivadas de la misma.

Se inicia con el ciclo de vigilancia en salud pública para el evento de muerte materna, el cual se fundamenta en la búsqueda activa de casos, particularmente de muertes de mujeres en edad fértil (MEF). Este enfoque se ha mantenido, aunque ha experimentado modificaciones a lo largo del tiempo, especialmente con los cambios introducidos en el diligenciamiento del certificado de defunción.

Desde el Instituto Nacional de Salud, se informó que las muertes son cargadas directamente en el aplicativo de Unidades de Análisis de SIVIGILA, con el fin de identificar posibles muertes maternas, notificadas de manera oportuna e incorporarlas al sistema de vigilancia en salud pública.

Una vez se confirma una muerte materna temprana, se activan una serie de acciones orientadas a la recolección de información necesaria para la unidad de análisis.



Para este proceso, se destacó que cuando el fallecimiento ocurre fuera de una institución de salud, se realiza una entrevista detallada a la familia, con el objetivo de obtener información relevante sobre signos, síntomas y otros elementos que permitan establecer con claridad la cadena causal del fallecimiento. En los casos en que la muerte ocurre dentro de una institución de salud, el análisis se basa en la revisión clínica de la atención brindada a la mujer fallecida.



Se abordaron aspectos clave relacionados con la definición de las **unidades de análisis** y las responsabilidades de los distintos actores involucrados en su ejecución, así como la importancia de las acciones que se derivan de estos espacios.

Se explicó que las unidades de análisis buscan mejorar los procesos de vigilancia en salud pública, particularmente en lo relacionado con el evento de muerte materna. Este evento comprende las muertes que ocurren durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la finalización de la gestación, siempre que se



	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

trate de causas directas o indirectas, y no de lesiones de causa externa.

Las muertes maternas tardías se definen como aquellas que ocurren después de los 42 días y hasta antes de cumplirse un año (364 días) tras finalizar la gestación, independientemente de si esta fue un parto, un aborto o una mola. Por otro lado, las muertes por lesiones de causa externa o coincidentes son aquellas que ocurren en ese mismo periodo, pero cuya causa básica de muerte no está directamente relacionada con la gestación.

En cuanto a la definición de residencia, se precisó que se sigue el criterio establecido por el DANE. Para mujeres extranjeras o con movilidad frecuente dentro del país, se toma en cuenta su lugar de residencia habitual en los últimos seis meses. Si hubo desplazamientos durante ese tiempo, se define como lugar de residencia aquel donde permanecieron mayor tiempo. En caso de tiempos similares, se considera el sitio donde ocurrió la complicación y el fallecimiento.

Actualmente, la fuente oficial para el desarrollo de unidades de análisis es el módulo correspondiente en el sistema SIVIGILA 4.0, y se dispone de 45 días contados a partir de la notificación del caso para su realización. En este marco, se manejan dos indicadores de gestión:

1. Cumplimiento, que hace referencia a la realización del total de unidades de análisis conforme a las muertes maternas registradas.
2. Oportunidad, la cual puede verse afectada cuando, al momento del fallecimiento, se desconoce la causa de muerte y se requiere remitir el caso a necropsia clínica o médico-legal.

Desde el Instituto Nacional de Salud, se reiteró la necesidad de que cada actor conozca con claridad sus competencias y la información que debe aportar durante el proceso de análisis. Se enfatizó que todas las personas convocadas deben participar activamente, aportando los datos necesarios para identificar los factores asociados al fallecimiento, establecer la cadena causal y definir un plan de mejora adecuado.



Asimismo, se destacó la importancia de contar con la información clínica completa y con la entrevista familiar diligenciada, lo cual permite comprender el contexto social, cultural y ambiental que rodeó a la mujer fallecida. Esta información es esencial para identificar los determinantes sociales y posibles fallas en la atención, tanto en términos de oportunidad como de cumplimiento de las guías de práctica clínica vigentes en el país.

Durante la sesión también se trató el tema de las necropsias clínicas y médico-legales. Se recordó que, en casos donde se desconoce la causa básica de muerte, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben priorizar la necropsia clínica. Sin embargo, se ha evidenciado que en muchas ocasiones los casos son enviados directamente a necropsia médico-legal. Este procedimiento, al ser de competencia judicial, presenta limitaciones:

- El reporte es remitido directamente a la Fiscalía General de la Nación y no entra en cadena de custodia para el análisis sanitario.
- El acceso a los informes completos, como los de inmunohistoquímica y patología, es restringido.
- El tiempo de entrega del certificado de defunción actualizado puede afectar la oportunidad del análisis.

Como parte de las acciones de mejora, se han sostenido mesas de trabajo mensuales con el Instituto Nacional de Medicina Legal desde hace aproximadamente seis meses. A pesar de esto, aún persisten limitaciones en la entrega de informes completos por parte de algunas regionales, lo cual afecta directamente el proceso de clasificación y análisis de los casos en el sistema de salud pública.

Se resaltó la importancia de articular esfuerzos entre las instituciones involucradas para garantizar la calidad,

 <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL</b> <b>DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>			
	<b>Código:</b>	<b>SDS-DFO-FT-001</b>	<b>Versión:</b>	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

oportunidad y completitud de la información, con el fin de fortalecer la vigilancia en salud pública y reducir la mortalidad materna en el país. Es fundamental que las entidades involucradas en la vigilancia en salud pública analicen de manera continua la información que surge de los procesos de análisis de los casos, no solamente desde una perspectiva sociodemográfica o estadística, sino también a partir de la identificación del tablero de problemas y del plan de mejora que se derive del análisis. Este ejercicio permite resolver barreras, superar dificultades estructurales y evitar la perpetuación de los factores que originan eventos adversos como la muerte materna.

A nivel nacional, el liderazgo del proceso de análisis de muertes maternas recae en las secretarías de salud departamentales o distritales. Estas tienen la responsabilidad de coordinar y desarrollar las unidades de análisis con base en la información registrada en el módulo correspondiente de SIVIGILA 4.0. Por su parte, las secretarías municipales se encargan de aportar y registrar la información requerida, la cual es luego revisada por la secretaría departamental o distrital para dar continuidad al proceso analítico.

Para que una unidad de análisis pueda llevarse a cabo, es indispensable contar con documentación completa: entrevista familiar, autopsia verbal, resultados de necropsia clínica (si aplica), o certificado de defunción final emitido por Medicina Legal en los casos judicializados. Una vez se identifica la necesidad de realizar una enmienda estadística en el certificado de defunción, las secretarías de salud departamentales o distritales deben coordinar con el área de estadísticas vitales para garantizar los ajustes pertinentes.

La importancia de esta coordinación radica en que las estadísticas vitales constituyen la fuente oficial del país en cuanto a nacimientos y defunciones. Si el sistema de vigilancia en salud pública notifica una muerte materna, pero el certificado de defunción no la registra adecuadamente (por ejemplo, si se indica que la mujer no estuvo embarazada recientemente), dicho caso no será visible a nivel nacional en los registros oficiales.


Aunque se realizan mesas de trabajo periódicas con el DANE, una vez se cierra la información de estadísticas vitales, cualquier modificación en el certificado debe provenir directamente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que generó el documento. Ni el Ministerio ni el DANE tienen facultad para modificar un documento externo sin dicha gestión.

El seguimiento a las acciones definidas en el plan de mejora también es competencia de los actores involucrados, de acuerdo con su rol dentro del sistema. Algunas secretarías de salud concentran esta función en el área de auditoría de calidad; otras la delegan en áreas específicas como aseguramiento o prestación de servicios. No existe una normativa única sobre cuál debe ser el actor responsable, pero lo esencial es que quien asuma esta tarea comprenda a fondo los problemas identificados y garantice el cumplimiento de las acciones correctivas.

Actualmente, la única fuente válida para la unidad de análisis es el módulo web 2.0 de SIVIGILA, dentro del modelo de Maternidad Segura. Este proceso debe ser liderado únicamente a nivel departamental o distrital, y los indicadores de oportunidad y cumplimiento se calculan exclusivamente con base en la información allí registrada.

La unidad de análisis tiene como propósito clasificar e identificar los factores asociados a la muerte materna, conforme al Decreto 780 de 2016, Título 8, el cual establece las responsabilidades de cada actor dentro del sistema de vigilancia en salud pública. Este evento es considerado confirmado una vez se identifica la causa básica de muerte y se clasifica como muerte materna temprana, ya sea directa o indirecta, estableciendo así el tablero de problemas que servirá como base para el plan de mejora.

Es importante aclarar que las unidades de análisis no reemplazan a los comités de vigilancia epidemiológica ni a los comités de calidad o auditoría médica. Se trata de un ejercicio independiente, orientado exclusivamente a la salud pública, cuyo objetivo es identificar los factores sociales, estructurales y asistenciales asociados a la muerte y tomar acciones para evitar su repetición.

 <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL</b> <b>DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>			
	<b>Código:</b>	<b>SDS-DFO-FT-001</b>	<b>Versión:</b>	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

La metodología comprende tres fases: planeación, desarrollo y divulgación. Durante la planeación, se debe asegurar la recopilación de toda la información necesaria (historias clínicas, certificados, necropsias, entrevistas familiares, entre otros). En el desarrollo, se busca que todos los actores clave estén presentes, con capacidad para tomar decisiones y comprometerse con las acciones definidas. Estos actores incluyen representantes de las EAPB, vigilancia en salud, programas de promoción y mantenimiento de la salud, aseguramiento, prestación de servicios, CRUE y personal asistencial de las IPS involucradas.

Cuando el caso ha sido remitido a Medicina Legal, la participación directa de dicha entidad en la unidad de análisis puede verse limitada debido a la cadena de custodia. Sin embargo, si se logra su vinculación, incluso mediante la entrega de un resumen de hallazgos, se enriquece significativamente el proceso de clasificación del caso.

En cuanto a los casos de difícil clasificación, el manual técnico vigente contempla como tales aquellos remitidos a Medicina Legal, aquellos que requieren estudios en laboratorios de referencia, y aquellos en territorios de difícil acceso. En estos casos, el cumplimiento del indicador de oportunidad queda en espera hasta que se cuente con el certificado de defunción definitivo. A partir de ese momento se inicia el conteo del tiempo correspondiente para realizar la unidad de análisis.



Para la clasificación final, se utiliza el manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que contempla definiciones y categorías para causas directas e indirectas de muerte materna, armonizadas con los lineamientos nacionales.





El tablero de problemas es la herramienta clave para estructurar el plan de mejora. Permite identificar situaciones críticas que surgieron durante la atención de la mujer fallecida y debe ser utilizado por todos los actores para guiar las acciones correctivas.

La elaboración y seguimiento del plan de mejora recaen en el equipo funcional territorial de salud materna, que debe asignar responsables y establecer mecanismos de seguimiento. Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social está trabajando en una circular que defina con mayor claridad la periodicidad del seguimiento, los responsables y los criterios para considerar útil y efectiva esta herramienta.

El flujo de información en el sistema de vigilancia en salud pública es inicialmente unidireccional: las IPS reportan a las secretarías municipales, estas al departamento o distrito, y luego la información se ingresa al módulo de unidad de análisis. Posteriormente, se convierte en un flujo bidireccional, en la medida en que se detecten inconsistencias o se requiera complementar información con las entidades territoriales para cerrar los casos de manera adecuada.

Finalmente, se recuerda que se han actualizado los lineamientos, protocolos, fichas técnicas e instrumentos asociados al evento de muerte materna temprana. Estos documentos, disponibles en línea, incluyen los formatos actualizados para el resumen de atención clínica, entrevista familiar y autopsia verbal, los cuales deben ser utilizados para garantizar la calidad del proceso analítico.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <b>SECRETARÍA DE SALUD</b>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

### Justificación para la vigilancia del evento

- Herramienta para el monitoreo y toma de decisiones que impacten en la reducción de la muerte materna
- Genera un soporte para el diseño de intervenciones que permitan modificar los factores determinantes y las desigualdades
- Permite evaluar el acceso y la calidad de la prestación de los servicios de salud en cuanto a la atención integral de la mujer

### Lineamiento para las Unidades de Análisis

Es un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición.



Es un insumo fundamental para cumplir con la función de realizar el análisis de la situación de salud descrita en el Decreto 780 de 2016

5. **Nacimiento humanizado y parto digno - Dr. Andrés Rodríguez – Ginecólogo, Programa Atención Materno Integral (PAMI), Clínica Palermo**

El Dr. Jorge Andrés Rodríguez inició su intervención mencionando que hasta el momento se han realizado aproximadamente entre 16 y 17 procedimientos de intervención en el área prenatal. Estas intervenciones han abarcado desde la oclusión de vasos placentarios en embarazos gemelares monocoriales, hasta la corrección de lesiones pulmonares fetales. Según explicó, ya se han implementado correcciones y manejos internos con resultados favorables en la mayoría de los casos.

Posteriormente, el doctor explicó que el Programa de Atención Materna Integral (PAMI) se basa en un modelo de atención que busca brindar integralidad en todos los niveles: atención primaria, atención secundaria y la atención especializada que se ofrece en la institución. En el nivel de atención primaria, las pacientes son captadas desde su primera consulta, clasificadas según el riesgo y, en caso de ser considerado alto riesgo, son remitidas para atención secundaria y seguimiento dentro de la clínica.

Durante este seguimiento, las pacientes son monitorizadas de manera continua mediante un sistema central de monitoreo conectado a dispositivos como relojes inteligentes, que registran la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. Además, a las pacientes de muy alto riesgo o con condiciones crónicas se les asigna un tensiómetro adicional para garantizar una doble verificación de los signos vitales. La información recolectada por los dispositivos se centraliza en la clínica, donde se realiza un monitoreo constante. Si se detectan valores fuera de los rangos establecidos, se activa una alerta que permite contactar a la paciente, evaluar sus síntomas y determinar si es necesario realizar una consulta prioritaria o direccionarla a uno de los servicios de la clínica.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <b>SECRETARÍA DE SALUD</b>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



El Dr. Rodríguez indicó que hasta marzo se había atendido a un total de 16 usuarios, cifra que aumentó en abril a 21 usuarios, de los cuales seis ya habían culminado el programa. Actualmente, se cuentan con 15 usuarios activos, y recientemente se incorporaron 10 usuarios adicionales, alcanzando un total de 25. Inicialmente, la adherencia al programa fue del 55%, entendida como el cumplimiento de los registros de signos vitales más de dos veces al día en la aplicación móvil. Sin embargo, esta cifra mejoró luego de corregir una limitación tecnológica: la aplicación estaba disponible inicialmente solo para sistemas Android, afectando a una paciente con sistema iOS. Al ampliar la plataforma para dispositivos iPhone, la adherencia aumentó al 80% para el 20 de abril, manteniendo una densidad media de registros del 20% y ninguna paciente con baja adherencia.



Respecto a los resultados clínicos, las pacientes que egresaron del programa lo hicieron con sus recién nacidos en casa, sin reportes de mortalidad materna ni neonatal. Únicamente en el caso de un embarazo triple fue necesario el ingreso de los tres neonatos a la unidad de cuidado intensivo neonatal, logrando llevar el embarazo hasta la semana 34 con buenos desenlaces para la madre y dos de los recién nacidos, mientras que uno de los neonatos presentó bajo peso al nacer, pero con evolución favorable.

Sobre los hallazgos en los monitoreos, se reportó que en el 80% de los casos los signos vitales se mantuvieron dentro de los rangos normales, mientras que en el 20% restante se identificaron alteraciones, de las cuales el 1% requirió atención por urgencias, el 5% fue direccionado a consulta prioritaria y el 13% recibió indicaciones de manejo domiciliario.

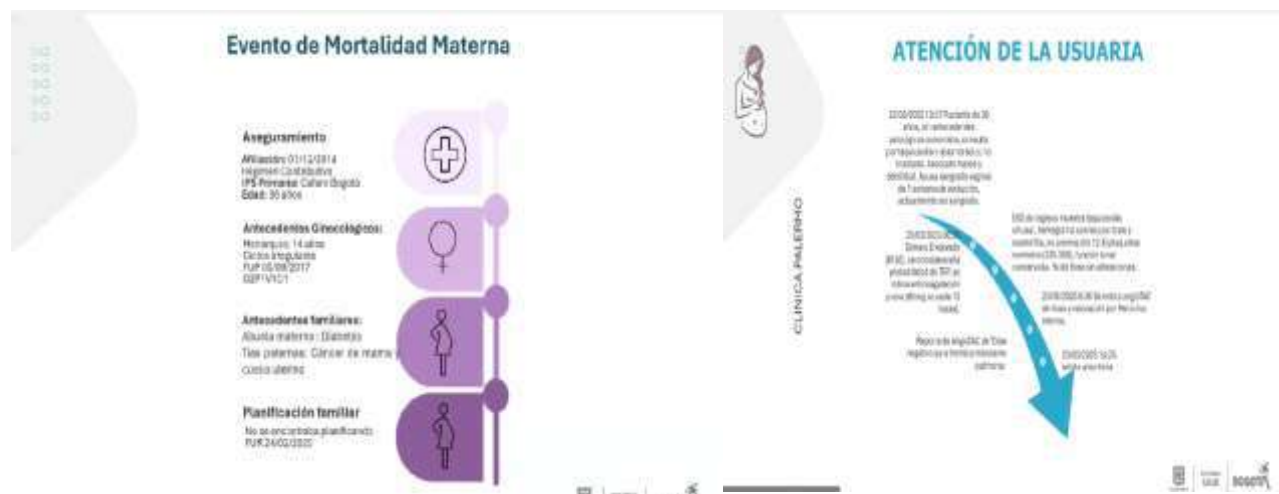
Finalmente, en cuanto a la satisfacción del programa, el 75% de las pacientes calificó con la máxima puntuación (5) su experiencia general y su percepción del telemonitoreo, comunicación y gestión del riesgo. El 21% otorgó una calificación de 4. Además, el 100% de las encuestadas indicó que recomendaría el programa a otras pacientes.

## 6. Presentación de caso de muerte materna – Semana Epidemiológica 13- Famisanar Subred Centro Oriente



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



La Dra. Melissa, subdirectora de Vigilancia, junto con la enfermera Natalia Estupiñán, expusieron el caso de una muerte materna correspondiente a la semana epidemiológica #13



El 23 de marzo de 2025, una paciente de 36 años sin antecedentes médicos de importancia consultó al Hospital Universitario San Ignacio por cuadro de dolor torácico y taquicardia de tres días de evolución. Inicialmente fue clasificada como Triage 3. Refirió haber tenido una estancia hospitalaria previa en otra institución, de la cual pidió salida voluntaria ese mismo día, donde se encontraba en estudio por taquicardia sinusal inapropiada. Además, manifestó haber presentado dos semanas antes hemorragia uterina anormal (HUA), junto con sensación de mareo y episodios frecuentes de presíncope.

En la valoración física se encontró taquicardia sin hipotensión ni signos de desaturación, sin dificultad respiratoria, pero con conjuntivas hipocrómicas. Se decidió tomar paraclínicos, dado que no se evidenciaban resultados previos de troponina. No se repitieron estudios como AngioTAC o TSH, ya realizados en la institución de remisión y reportados como normales.

Posteriormente, hacia las 20:34, la paciente refirió mejoría del cuadro, aunque persistía sangrado vaginal tipo mancha. Se realizó ecografía abdominal, que no mostró líquido libre, saco gestacional ni embriocardia. El hemograma reportó anemia (Hb 10.9) y trombocitopenia leve (104,000), con función renal, electrolitos, glucosa y troponina normales. La prueba de embarazo fue positiva. La radiografía de tórax no mostró alteraciones.

Con estos hallazgos, se consideró un cuadro de amenaza de aborto versus aborto en curso. La paciente refirió que dos semanas antes había obtenido una prueba de embarazo negativa, por lo cual había recibido anticonceptivos orales combinados (ACOS) y ácido tranexámico. Ante la presencia de bicitopenia, se planteó la necesidad de estudio adicional, sin poder descartar una causa ginecológica. Se sugirió valoración por Ginecología al día siguiente; sin embargo, la paciente solicitó egreso voluntario, pese a la explicación de riesgos potenciales como complicaciones graves o incluso la muerte. Se le entregaron órdenes ambulatorias, signos de alarma e incapacidad.

Al día siguiente, el 24 de marzo de 2025 a las 4:22, la paciente ingresó a la Clínica Médica por dolor torácico atípico. Se encontraba en buen estado general, afebril, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica ni bajo gasto cardíaco. Se tomaron estudios paraclínicos, encontrando troponina I negativa, función renal normal y EKG

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

con taquicardia sinusal sin signos de isquemia.

A las 8:49 fue valorada por Medicina Interna, donde se documentó una historia de más de un año de episodios de HUA intermitente, con sangrado vaginal abundante diez días antes, manejado ambulatoriamente con ácido tranexámico. La paciente refirió dolor torácico pleurítico, asociado a palpitaciones, disnea de medianos esfuerzos y diaforesis, sin tos. Persistía taquicárdica desde el ingreso, con dímero D elevado. El ecotransvaginal mostró masa intrauterina y endometrio heterogéneo. La BHCG fue positiva, aunque la paciente negó actividad sexual reciente. Se indicó nuevo AngioTAC tras 72 horas del anterior, ecocardiograma transtorácico (ECO TT), y valoración por Ginecología.



A las 10:30, la BHCG fue reportada en 942. Se inició estudio diferencial con posibilidad de gravidez, aunque la paciente insistía en no haber tenido relaciones sexuales recientemente. El Doppler de miembros inferiores fue negativo para trombosis venosa profunda (TVP).

A las 16:03, el ECO TT evidenció taquicardia sinusal e imagen compatible con trombo en tránsito sobre la válvula tricúspide, con alto riesgo de embolia, insuficiencia tricuspídea moderada, y sospecha de hipertensión pulmonar. A las 21:37 se indicó remisión a institución con capacidad de manejo interdisciplinario en medicina interna y ginecología.

El 25 de marzo de 2025 a las 23:53, ingresó a otra institución remitida con sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), cursando con HUA y hallazgos compatibles con aborto retenido (BHCG 942). Se confirmó dímero D elevado (10.000), troponina negativa, y presencia de trombo en tránsito sobre la válvula tricúspide. Se inició anticoagulación con dosis terapéuticas, sin disponibilidad inmediata de UCI, iniciando remisión por evolución tórpida, tendencia a la hipotensión y necesidad de soporte vasopresor.

La BHCG descendió a 626, lo que, sumado a la historia de no actividad sexual reciente, llevó a considerar etiología neoplásica. El 26 de marzo, la paciente presentó deterioro progresivo, taquipnea, alcalosis respiratoria, hiperlactatemia (6.6), transaminitis y PCR positiva. Se sospechó sepsis de origen obstétrico y se inició manejo antibiótico de amplio espectro. El AngioTAC confirmó TEP con compromiso lobar y segmentario, infarto pulmonar y derrame pleural bilateral. El TAC abdominopélvico reveló hepatosplenomegalia, infartos esplénicos y engrosamiento de la vesícula, por lo cual se consideró posible síndrome antifosfolípido (SAF) catastrófico.

El 27 de marzo, la paciente persistió en deterioro respiratorio con inminencia de falla ventilatoria. Fue intubada tras presentar somnolencia, desorientación y pérdida de fuerza muscular. Los hemocultivos fueron positivos (4/4) para cocos gram positivos. Durante su estancia en UCI presentó paro cardiorrespiratorio, sin lograr retorno a la circulación espontánea tras 15 minutos de reanimación. Se declaró fallecida a las 17:55

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



Este caso evidencia varias situaciones críticas dentro del sistema de salud:

La sobresaturación de servicios de urgencias y el cierre de servicios de ginecobstetricia limitaron una atención oportuna y especializada.

Hubo falla en la continuidad del plan de manejo, agravada por la decisión de la paciente de egresar voluntariamente pese a los riesgos.

Se identifican debilidades en la demanda inducida, particularmente en planificación familiar y en la articulación con la red de prestadores para el manejo integral del riesgo.

En cuanto a oportunidades, se propone:

Fortalecer estrategias de educación y comunicación en consulta preconcepcional y anticoncepción.



Difundir ampliamente la red de prestadores a través de los canales definidos por la EPS.

Fortalecer el seguimiento a las gestantes en riesgo dentro de la RIAMP, incluyendo casos con sospecha de MME, preeclampsia y egresos hospitalarios.

Articular de forma efectiva entre niveles de atención y garantizar la georreferenciación para asegurar continuidad del manejo.

## 7. Recomendaciones, compromisos y cierre - Dr. Julián Fernández Niño – Subsecretario de Salud Pública

Se agradeció la participación de todos los asistentes y se refirió al caso de mortalidad materna ocurrido durante la semana número 13 del año 2025, reiterando la importancia de fortalecer aún más los procesos institucionales

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				



e interinstitucionales para prevenir este tipo de eventos. Se enfatizó la necesidad de mantener y mejorar la articulación y coordinación entre entidades con el fin de que no se presente una muerte materna más en lo que resta del año, resaltando los avances logrados en comparación con periodos anteriores, pero reafirmando el objetivo de llegar a cero muertes maternas.


Se extendió una cordial invitación a participar en la próxima sesión de la Mesa Ampliada, informando que las respectivas convocatorias se enviarán oportunamente vía correo electrónico. Se finaliza recordando a los asistentes la importancia de registrar su asistencia a esta reunión y se agradeció el compromiso y la participación activa de todos los convocados, destacando el uso eficiente del tiempo por parte de los expositores. Se cierra la sesión deseando un feliz día y un buen fin de semana a todos.

#### COMPROMISOS\*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Continuar trabajando en la demanda inducida a la consulta preconcepcional para identificar oportunamente los riesgos en mujeres en edad fértil, evitando gestación no planeadas e inseguras. De esta manera reducir la muerte materna y perinatal	EAPB, IPS, Profesionales de salud.	Continuo
Garantizar la consulta antenatal del riesgo y los tamizajes neonatales de manera oportuna con el fin de identificar de manera temprana cualquier evento que amenace la vida del recién nacido y de esta manera disminuir también las muertes perinatales	EAPB, IPS	Permanente
Participar en el comité de estadísticas vitales con el fin de fortalecer los procesos de diligenciamiento y registro de los certificados de defunción y clasificación de muertes maternas y perinatales.	EAPB, IPS, Profesionales de salud.	04 junio 2025

#### REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Diana Carolina Franco	dc2franco@saludcapital.gov.co	3164965276	SDS - SVSP	
2	María Eugenia, Delgado Méndez	medelgado@saludcapital.gov.co	3115404970	SDS – DSS	
3	Adriana Maritza Guaca Ruiz	Amguaca@saludcapital.gov.co	3505962278	SDS -SVSP	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

## ASISTENTES

### Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión	
¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
<b>Si ( x )</b>	
<b>No ( )</b>	

\* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.