



Informe de Evento Salud Materno Infantil, Colombia primer semestre 2025

Secretaría de Salud de Bogotá

2025



SECRETARÍA DE
SALUD



SECRETARÍA DE
SALUD



**Alcalde Mayor de Bogotá
Carlos Fernando Galán**

**Secretario Distrital de Salud
Gerson Orlando Vermont Galavis**

**Subsecretaria de Salud Pública
Julián Alfredo Fernández Niño**

**Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectivas
María Belén Jaimes Sanabria**

**Sub Directora de Vigilancia en Salud Publica
Diana Marcela Walteros Acero**

Coordinación General del Documento

Diana Marcela Walteros Acero
Sub Directora de Vigilancia en Salud Pública




Jennifer Carolina García Sarmiento

Equipo de Trabajo

Gestión de la Información

 Rubén Darío Rodríguez Camargo




Grupo SIVIGILA

 Andrea Jimena Rodríguez Prieto
 Diana Azucena Guerrero Barreto
 Yeimi Roció Rativa Morales




Grupo de Enfermedades Transmisibles

 Claudia Patricia Beltrán Beltrán
 Karen Lisset Jiménez Rodríguez
 Sandra Milena Mancera González
 Jeison Steven Lozano Oyuela
 Eliana Milena Sabogal Rodríguez
 Martha Patricia Padilla Velasco
 Stefani Katuska Flórez Trujillo
 Fabian Rodríguez Gómez
 Angelica, Fonseca Ávila
 Jenny Sánchez Madrigal




Grupo de Enfermedades no Transmisibles

 Karen Liliana Castiblanco Martínez
 María Alejandra Cabrera Polania
 Adriana Paola Ulloa Virgüez





Grupo de Salud Mental

 Henry, Alejo Alejo
 Jaher Antonio Rodríguez Gómez
 Johana Liceth Cortes Romero




Grupo de Urgencias y Emergencias

 Nelly Yaneth Rueda Cortes
 Jenny Alicia Mora Rozo
 Jully Carolina Olivares González

Grupo Alimentario y Nutricional

-  Dary Giselle Ruiz Rojas
-  Deicy Andrea Rozo Villamil
-  Víctor Andrés Ardila Palacios
-  Sandra Cilena Montoya Arboleda

Grupo de Salud Materno Infantil

-  Diana Carolina Franco Pulido
-  Adriana Maritza Guaca Ruiz
-  Claudia Marleny Silva Botina

Grupo Zoonosis

-  Andrea Camila Márquez Nossa

Informe de Evento Salud Materno Infantil

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Objetivo
3. Comportamiento epidemiológico de la Mortalidad Materna
4. Comportamiento epidemiológico de la Morbilidad Materna Extrema
5. Comportamiento epidemiológico de la Mortalidad Perinatal
6. Comportamiento epidemiológico de la Defectos Congénitos
7. Logros
8. Retos
9. Referencias Bibliográficas

INTRODUCCIÓN

La salud materna y la salud sexual y reproductiva son componentes fundamentales para el bienestar social y el desarrollo sostenible de cualquier sociedad. Más allá de incidir directamente en el estado de salud de las mujeres y sus hijos, estos aspectos reflejan el nivel de calidad de vida, el pleno ejercicio de los derechos y las posibilidades de progreso personal y colectivo. Por ello, la mortalidad materna y perinatal se convierte en un indicador decisivo que evidencia tanto los avances como las brechas existentes en materia de equidad, justicia social y desempeño de los sistemas de salud.

En Bogotá, la respuesta a estos desafíos se articula dentro del marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que constituye la hoja de ruta para la acción en salud en el Distrito en la próxima década. Este plan responde al compromiso del Estado con la garantía del derecho a la salud, la reducción de inequidades y la promoción del bienestar integral a través de acciones concertadas entre instituciones públicas, privadas y la ciudadanía, destacando la necesidad de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud y fortalecer un enfoque intersectorial que trascienda la atención estrictamente médica. En el ámbito distrital, el Plan Territorial de Salud 2024-2027 y el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” incorporan estas directrices y las aterrizan a las realidades y retos propios de la ciudad, priorizando metas como la reducción de la mortalidad materna, infantil y la mejora de la experiencia del usuario en los servicios de salud.

De manera complementaria, la ciudad avanza en la implementación del Modelo de Salud MAS Bienestar, que representa una transformación significativa hacia un modelo más equitativo e integrado. Basado en la estrategia de Atención Primaria Social, MAS Bienestar busca intervenir de manera proactiva y predictiva los riesgos individuales, familiares y colectivos, priorizando a las poblaciones más vulnerables y actuando sobre los entornos comunitarios. Este modelo promueve la integración de los servicios de salud con acciones sociales, identificando y atendiendo los determinantes sociales del bienestar, mediante un trabajo conjunto entre sectores y actores del territorio.

Bajo este marco integral, los datos y su análisis en salud pública son herramientas esenciales para la toma de decisiones informadas. El análisis continuo de información sobre salud materna, perinatal e infantil permite identificar tendencias, patrones y áreas críticas, facilitando el diseño e implementación de estrategias efectivas orientadas a la evidencia y una asignación óptima de recursos. A través de la socialización periódica de resultados, se fortalece la capacidad de los equipos territoriales, las instituciones de salud y los tomadores de decisiones para priorizar e intervenir oportunamente en áreas de mayor necesidad.

Este informe presenta el análisis de los eventos relacionados con salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva en Bogotá. Se detallan las estrategias implementadas, enmarcadas en el Plan Decenal de Salud Pública y el Modelo MAS Bienestar, los logros

alcanzados y los principales desafíos actuales. El objetivo es evaluar el impacto de las políticas y acciones desarrolladas, así como identificar oportunidades de mejora que contribuyan al avance hacia un futuro donde la salud y el bienestar de madres, hijos y comunidades estén plenamente garantizados.

MARCO NORMATIVO

En Colombia, el andamiaje legal que sustenta la vigilancia en salud pública constituye un pilar esencial para proteger y promover la salud colectiva. Este marco regula y orienta la recolección, análisis e interpretación de información relacionada con el estado de salud de la población, con el fin primordial de detectar oportunamente la presencia de enfermedades, eventos relevantes para la salud pública y factores de riesgo emergentes. Así se posibilita la formulación de acciones preventivas y de control que resguarden el bienestar comunitario.

En el ámbito distrital, esta normativa se traduce en lineamientos claros que guían la vigilancia sanitaria, fomentando estándares de calidad y articulando esfuerzos intersectoriales. Además, impulsa iniciativas de promoción y educación en salud, y facilita la gestión de recursos necesarios para afrontar los desafíos presentes y futuros en materia de salud pública

OBJETIVO

Realizar un análisis integral de la vigilancia en salud pública correspondiente al componente de maternidad segura durante el periodo enero- junio de los años 2024 y 2025*, abarcando eventos como la morbilidad materna extrema, la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y neonatal tardía, y los defectos congénitos. Identificando tendencias, patrones epidemiológicos y posibles relaciones entre estos eventos, utilizando como fuentes principales las bases de datos del SIVIGILA y el RUAF N-D (estadísticas vitales). Con ello se pretende dimensionar el impacto y la distribución de dichos eventos en la población, comprendiendo sus determinantes y orientando así la toma de decisiones para el diseño y fortalecimiento de estrategias enfocadas en la salud materna.

METODOLOGIA

Para el análisis de los eventos asociados a la salud materna y perinatal se implementó un proceso riguroso de recolección y procesamiento de datos provenientes de fuentes oficiales, principalmente las plataformas del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y del Registro Único de Afiliados y Vitales (RUAF N-D). Estos sistemas aportan información detallada sobre morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía, así como defectos congénitos.

La calidad de los datos fue asegurada mediante el proceso de depuración, que incluyó la verificación, validación y revisión minuciosa para identificar y corregir posibles inconsistencias, duplicaciones o registros incompletos, aplicando criterios claros de inclusión y exclusión. Posteriormente, los datos fueron organizados de manera sistemática para permitir un análisis profundo y comparativo de los eventos analizados.

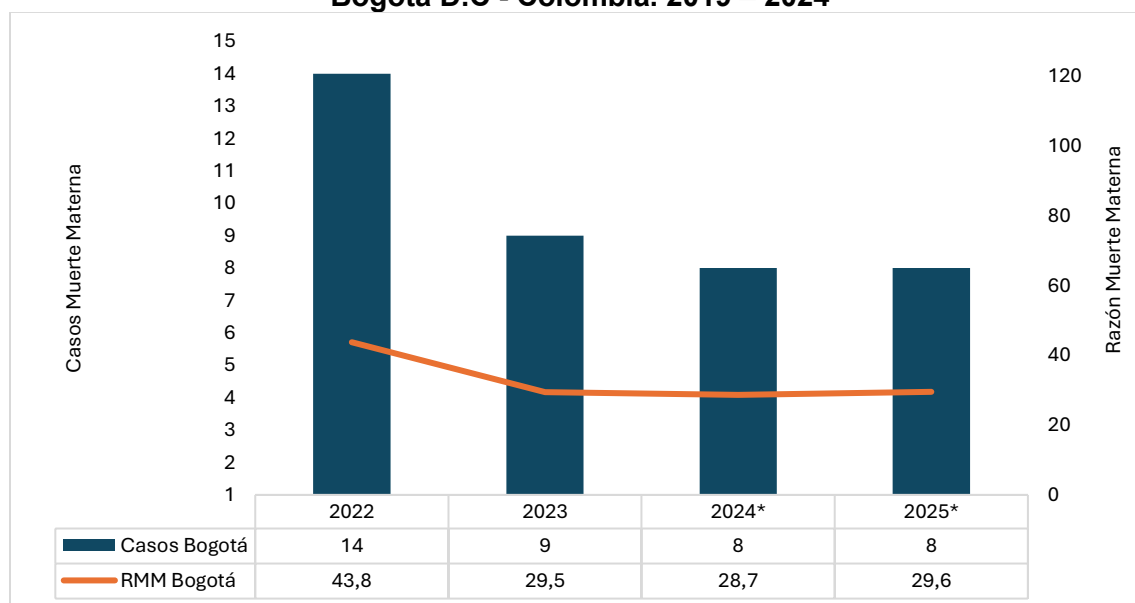
Este proceso se desarrolló en articulación con las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, a través de los líderes de SSR_SMI y sus equipos, quienes acompañaron de forma continua a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) para identificar casos y recopilar información actualizada y precisa.

El monitoreo de estos eventos se consolida como una estrategia clave dentro del componente de Vigilancia en Salud Pública, reflejando el impacto de las intervenciones y los procesos implementados tanto en el sector público como privado. Las acciones incluyen asistencia técnica constante, apoyo en la planificación frente a emergencias, fortalecimiento de la notificación y seguimiento de casos, y participación activa en espacios intersectoriales. Todo ello bajo las directrices del Instituto Nacional de Salud (INS), empleando sus lineamientos y herramientas para el registro y análisis de la información. Esto permite no solo robustecer la calidad de la data, sino también identificar oportunidades de mejora orientadas a promover prácticas seguras durante el embarazo, el parto y el cuidado neonatal.

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD MATERNA

La Mortalidad Materna es un indicador crucial para evaluar la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Este indicador se mide a través de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que representa el número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en un determinado periodo. El objetivo principal de la RMM es estimar el riesgo que enfrentan las mujeres de morir por complicaciones relacionadas con la maternidad. Este texto se centra en analizar el comportamiento de la Mortalidad Materna en Bogotá, D.C., presentando datos periodo enero a junio años 2024 y 2025*.

**Gráfica 1. Comparativa Tendencia de la Mortalidad Materna.
Bogotá D.C - Colombia. 2019 – 2024**



Fuente: 2019 - 2023: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. *Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025.

La Mortalidad Materna es monitoreada a través del indicador de Razón de Mortalidad Materna RMM que describe el número de casos de muertes maternas que ocurren durante el embarazo, parto y los 42 días siguientes, ocurridas en el periodo / nacidos vivos en el mismo espacio de tiempo por 100.000. Durante el último quinquenio, Bogotá ha mostrado una tendencia general a la disminución y estabilización de la mortalidad materna, tanto en el número absoluto de casos como en la Razón de Mortalidad Materna (RMM) por cada 100.000 nacidos vivos. Este comportamiento refleja avances en salud materna y posibles mejoras en el acceso, calidad y seguimiento del control prenatal y atención obstétrica.

Entre enero y junio de 2025, se han reportado 8 casos de muerte materna temprana en Bogotá, según información preliminar con corte al 30 de junio de 2025, proveniente del Registro Único de Afiliados y Defunciones – Nacidos Vivos (RUAF_DN). La Razón de

Mortalidad Materna (RMM) para este periodo es de 29,6 por cada 100.000 nacidos vivos, valor que se mantiene en niveles similares a los registrados en 2023 y 2024, reflejando una tendencia estable.

De los 8 casos reportados, 2 están en proceso de clasificación por parte de Medicina Legal, debido a que ocurrieron en el domicilio, estos casos están siendo evaluados para determinar si se trata de: Causas maternas directas, como hemorragias, infecciones, o complicaciones obstétricas, o bien causas externas o indirectas, lo cual podría modificar la clasificación final y el conteo oficial. Adicionalmente, se encuentra en revisión un caso reportado por el Hospital de Barranquilla, que requiere ajuste en el certificado de defunción para corregir el lugar de residencia (Bogotá) y así ser contabilizado por la fuente RUAF.

En términos de política pública, la cifra preliminar sugiere que la ciudad mantiene un control sobre la mortalidad materna, aunque se debe tener precaución con la interpretación hasta contar con la clasificación final de todos los casos. A nivel distrital, se está fortaleciendo la colaboración intersectorial en la mesa ampliada de seguimiento a la Mortalidad Materna, que reúne a todos los sectores del gobierno y a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

El primer paso en este esfuerzo es el seguimiento del comportamiento epidemiológico, lo cual permite identificar y aplicar acciones específicas necesarias para apoyar a las Subredes y a las instituciones en la búsqueda de las mejores prácticas. Estas prácticas tienen como objetivo abordar de manera integral a los diferentes grupos poblacionales, fortaleciendo la atención primaria en salud, la vigilancia comunitaria, la identificación oportuna de signos de alarma, y el cuidado de los recién nacidos y las puerperas, siendo estos aspectos clave en la prevención.

Adicionalmente, se han observado cambios significativos en la distribución de la mortalidad materna, para comprender los cambios en la estructura de edad y la dinámica de la población, en una sociedad que transita a un cambio demográfico con una tendencia que progresa a una fase de baja fertilidad y una tasa de mortalidad relativamente baja con un crecimiento poblacional lento. Esto implica abordar las causas y los diferentes factores que contribuyen a las muertes de estas mujeres.

Tabla 1: Casos y razón de mortalidad materna por localidad de residencia Bogotá D.C Periodo Enero-Junio 2024 – 2025*

Subred	LOCALIDAD	2024*		2025*	
		Casos	Razón	Casos	Razón
RED NORTE	01. Usaquén	1	51,0	0	0,0
	02. Chapinero	1	169,8	0	0,0
	10. Engativá	1	38,2	0	0,0
	11. Suba	0	0,0	0	0,0
	12. Barrios Unidos	0	0,0	0	0,0
	13. Teusaquillo	0	0,0	0	0,0
Total RED NORTE		3	30,0	0	0

RED SUR OCCIDENTE	08. Kennedy	0	0,0	3	78,6
	09. Fontibón	1	82,2	1	76,8
	07. Bosa	0	0,0	2	74,4
	16. Puente Aranda	0	0,0	0	0,0
Total RED SUR OCCIDENTE		1	11,4	6	69,9
RED CENTRO ORIENTE	18. Rafael Uribe Uribe	0	0,0	1	71,7
	04. San Cristóbal	0	0,0	0	0,0
	14. Los Mártires	0	0,0	0	0,0
	15. Antonio Nariño	0	0,0	0	0,0
	17. La Candelaria	0	0,0	0	0,0
	03. Santa Fe	1	203,7	0	0,0
Total RED CENTRO ORIENTE		1	24,2	1	25,8
RED SUR	05. Usme	0	0,0	1	69,6
	06. Tunjuelito	0	0,0	0	0,0
	19. Ciudad Bolívar	3	103,2	0	0,0
	20. Sumapaz	0	0,0	0	0,0
	Total RED SUR	3	60,4	1	20,1
SIN LOCALIDAD	99. Sin Información	0		0	
Total SIN LOCALIDAD		0		0	
TOTAL		8	28,7	8	29,6

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025.

Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025.

El análisis de la mortalidad materna según la localidad de residencia muestra tasas más elevadas en áreas como Chapinero, Fontibón, Santafé y los Mártires. Esta tendencia se debe principalmente a la baja cantidad de nacidos vivos en estas localidades, lo que incrementa la razón de mortalidad materna (RMM) debido al denominador reducido. En cuanto al número de casos notificados de muerte materna (MM), las localidades con mayor incidencia son Ciudad Bolívar, Suba, y Kennedy (año 2024). Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Engativá (año 2025). Este patrón de distribución refleja un aumento significativo de casos en áreas con altos niveles de vulnerabilidad.

En este contexto, resulta indispensable profundizar en el análisis de los determinantes que inciden en los territorios con mayor carga de mortalidad materna, incluyendo factores sociodemográficos, la cobertura y continuidad del control prenatal, la detección temprana y adecuada clasificación del riesgo obstétrico, así como la oportunidad y calidad en la atención de emergencias. Comprender estas condiciones permite generar evidencia valiosa para la formulación de acciones en salud pública, orientadas a prevenir muertes maternas evitables y garantizar que cada mujer, sin importar su lugar de residencia, reciba una atención digna, oportuna y segura durante la gestación y el parto.

**Tabla 2: Casos de muertes maternas por grupo de edad.
Bogotá D.C. Periodo Enero-Junio 2024 – 2025***

RANGOS DE EDAD	Enero - Junio 2024		Enero - Junio 2025	
	N° casos de MM	%	N° casos de MM	%
10 a 14 años	0	0%	0	0%
15 a 19 años	1	13%	1	13%
20 a 24 años	2	25%	2	25%
25 a 29 años	2	25%	3	38%
30 a 34 años	1	13%	0	0%
Mayor de 35	2	25%	2	25%
Totales	8	100%	8	100%

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025.
Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025.

Aunque el número total de muertes maternas se mantuvo constante entre ambos periodos, la distribución etaria cambió, con un aumento notable en mujeres de 25 a 29 años, lo cual puede orientar acciones de salud pública más focalizadas. También se reafirma la necesidad de mantener vigilancia en adolescentes y mujeres mayores de 35 años, quienes continúan teniendo participación significativa en los casos. Este desplazamiento hacia los grupos etarios históricamente más vulnerables resalta la necesidad de fortalecer la prevención del embarazo en adolescentes, así como el seguimiento clínico y la atención oportuna de las gestantes mayores con condiciones crónicas, quienes presentan un mayor riesgo de complicaciones. La disminución de la mortalidad materna exige acciones sostenidas y diferenciadas, orientadas a reducir los factores de riesgo según el perfil de edad de las mujeres gestantes.

**Tabla 3: Casos de Muerte Materna, por régimen de seguridad social en salud.
Bogotá D.C Periodo Enero-Junio 2024 – 2025**

Asegurador	Enero - Junio 2024		Enero - Junio 2025	
	N° casos de MM	%	N° casos de MM	%
Contributivo	4	50,0%	4	66,7%
No Asegurado	0	0,0%	1	16,7%
Subsidiado	3	37,5%	1	16,7%
Régimen Especial	1	12,5%	0	0,0%
Totales	8	100%	6	100%

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025.
Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025.

La mortalidad materna en Bogotá continúa afectando a mujeres sin distinción del tipo de aseguramiento, lo que evidencia fallas estructurales en el sistema de atención. En 2024, el régimen contributivo concentró el 50 % de los casos de muerte materna, cifra que aumentó de forma significativa en 2025, alcanzando el 66,7 %. En contraste, el régimen subsidiado redujo su participación del 37,1 % al 16,7 %, mientras que la proporción de mujeres no aseguradas se mantuvo estable en 16,7 % para 2025. La persistencia de muertes en esta última población expone brechas preocupantes en el acceso oportuno y efectivo a servicios esenciales de salud materna. Esta situación exige un mayor compromiso por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para fortalecer el seguimiento

clínico, especialmente en gestantes con factores de riesgo. Es fundamental implementar rutas integrales de atención, garantizar controles prenatales de calidad y reforzar la articulación con la red prestadora. La prevención de muertes maternas evitables requiere acciones concretas, diferenciadas y sostenidas desde el aseguramiento.

A pesar de que los casos están relativamente distribuidos, algunas EAPB presentan razones de mortalidad materna significativamente altas, especialmente en contextos de menor volumen de nacidos vivos (Coosalud, No asegurado), como se evidencia en la siguiente tabla de distribución de casos por EAPB;

**Tabla 4: Casos de Muerte Materna, por EAPB. Bogotá D.C.
Periodo Enero-Junio 2024 – 2025***

Asegurador	Enero - Junio 2024		Enero - Junio 2025	
	N° casos de MM	%	N° casos de MM	%
Capital Salud	1	13%	1	13%
Compensar	0	0%	2	25%
Salud Total	1	13%	1	13%
Famisanar	3	38%	1	13%
Mutualser	1	13%	0	0%
Policía Nacional	1	13%	0	0%
Nueva EPS	1	13%	1	13%
Coosalud	0	0%	1	13%
No asegurada	0	0%	1	13%

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025.

Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025.

La mortalidad materna continúa afectando a diversas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), sin concentrarse en una sola entidad. Esta distribución refleja debilidades en la identificación, seguimiento y atención oportuna de gestantes con factores de riesgo, así como barreras persistentes en el acceso a servicios esenciales de salud materna. Frente a este panorama, la Secretaría Distrital de Salud adelanta articulaciones permanentes con las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), las EAPB, las Subredes Integradas de Servicios de Salud y demás actores del territorio, con el objetivo de fortalecer estrategias que contribuyan a reducir el impacto de la salud materno-infantil en los indicadores de salud pública. Estas acciones buscan mejorar la oportunidad, calidad y continuidad de la atención, y avanzar en la prevención efectiva de muertes maternas evitables en la ciudad.

**Tabla 5 Casos de muertes maternas, según clasificación.
Bogotá D.C Periodo Enero-junio 2024 – 2025***

CAUSAS AGRUPADAS	Enero - Junio 2024		Enero - Junio 2025	
	N° casos de MM	%	N° casos de MM	%
DIRECTA				
Trastornos hipertensivos asociados al embarazo	3	37,5%	1	13%
Sepsis obstétrica	1	12,5%	1	13%
Hemorragia obstétrica	1	12,5%	2	25%
Evento Tromboembólico como causa básica	0	0,0%	0	0%
Embarazo ectópico	0	0,0%	0	0%
Embarazo terminado en aborto con causa directa sepsis	0	0,0%	0	0%
INDIRECTAS				
Otras causas indirectas	3	37,5%	1	13%
Otras causas indirectas coronavirus	0	0,0%	1	13%
Sepsis no obstétrica	0	0,0%	0	0%
Otras causas indirectas cáncer	0	0,0%	0	0%
Evento tromboembólico como causa básica	0	0,0%	0	0%
En estudio/No especificada	0	0,0%	2	25%
TOTAL	8	100%	8	100%

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025.
Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025.

Durante el primer semestre de 2025 se reporta un caso asociado a otras causas indirectas coronavirus ausente en 2024, y en los años inmediatamente posteriores a la pandemia, aunque representa el 13%, su presencia sugiere que aún persisten secuelas o impactos del virus en población gestante. La disminución de causas indirectas podría ser positiva, pero debe interpretarse con precaución dada la presencia de casos en estudio.

El predominio de causas directas, especialmente relacionadas con complicaciones hipertensivas, evidencia oportunidades de mejora en el control prenatal y la respuesta clínica oportuna. La persistencia de causas indirectas también resalta la necesidad de una atención integral que contemple los riesgos médicos preexistentes. Este panorama reafirma la importancia de fortalecer la vigilancia clínica, la detección temprana de factores de riesgo y la capacidad de respuesta del sistema de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Así mismo en el año 2025, hay una mayor proporción de casos sin causa definida (25%), lo que representa un reto importante para la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones.

ANÁLISIS SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTES MATERNAS TEMPRANAS RESIDENCIA BOGOTÁ.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Maternidad Segura es una herramienta clave para la recopilación y análisis oportuno de datos provenientes de diversas fuentes. Su funcionamiento permite que los casos de muerte materna sean reportados en tiempo real

a los niveles local, distrital, departamental y nacional, garantizando una respuesta articulada. Dentro de este sistema, la metodología de unidades de análisis permite examinar a profundidad las circunstancias que rodean cada caso, identificando factores de riesgo y protección, causas clínicas y determinantes sociales que inciden en la mortalidad materna.

Durante el periodo 2024-2025*, la Secretaría Distrital de Salud convocó unidades de análisis para los casos de muerte materna temprana en mujeres residentes en Bogotá, es decir, aquellas ocurridas durante el embarazo, el parto o hasta 42 días posteriores. En los análisis se identificaron condiciones de vulnerabilidad social como bajo nivel educativo y empleo informal. A esto se sumaron falencias en el acceso y la continuidad de la atención en salud, incluyendo ausencia de consulta preconcepcional, controles prenatales insuficientes, baja inducción a la demanda y limitada información sobre riesgos maternos.

**Tabla 6 Maternidad Segura Mujer, Familia y Sistema de Salud
Bogotá D.C. Periodo Enero-junio 2024 – 2025***

MATERNIDAD SEGURA	Enero - Junio 2024		Enero - Junio 2025	
CARACTERÍSTICA INDIVIDUAL / SITUACIÓN PROBLEMA	CASOS	%	CASOS	%
Nivel Educativo Bajo	4	50,0%	2	28,6%
Mujer Migrante	1	12,5%	1	14,3%
No estaba vinculada laboralmente	5	62,5%	4	57,1%
La mujer fallecida no realizó consulta preconcepcional	7	87,5%	6	85,7%
Deficiencias en la inducción a la demanda de los servicios preventivos	8	100,0%	4	57,1%
Búsqueda de atención a los servicios de prevención. Subvaloración de la mujer	3	37,5%	1	14,3%
Hubo deficiencias de la calidad durante en proceso de atención el tratamiento se inició de manera inoportuna	1	12,5%	0	0,0%
Hubo deficiencias de la calidad durante en proceso de atención de la mujer con preeclampsia/eclampsia	3	37,5%	2	28,6%
Hubo deficiencias de la calidad durante en proceso de atención de la mujer fallecida por causas indirectas	3	37,5%	2	28,6%
Hubo deficiencias de la calidad durante en proceso de atención los exámenes no fueron interpretados oportunamente	1	12,5%	0	0,0%
Hubo deficiencias de la calidad durante en proceso de atención de la mujer fallecida por hemorragia obstétrica	1	12,5%	2	28,6%
TOTAL	8	100,0%	7	100,0%

Fuente: 2024-2025*: Análisis por demoras aplicativo maternidad segura.

Bogotá durante los primeros semestres de 2024 y 2025* evidencia la persistencia de factores críticos asociados tanto a los determinantes sociales como a fallas estructurales en el modelo de atención. Entre las situaciones más recurrentes se identificaron la falta de identificación del riesgo materno, la ausencia de caracterización de la población en edad fértil, debilidades en el manejo de enfermedades crónicas en mujeres de edad avanzada con deseo de gestar, la no oportunidad en la consulta preconcepcional, el seguimiento insuficiente a los métodos de planificación familiar, la baja adherencia al control prenatal y la asistencia tardía a los servicios de urgencias. Estas condiciones se presentaron de manera reiterada en ambos periodos, lo que confirma que las barreras estructurales en salud materna aún no han sido superadas.

Frente a esta situación, la Secretaría Distrital de Salud ha intensificado sus esfuerzos para mejorar la respuesta institucional. Se han fortalecido las capacidades del talento humano mediante procesos formativos continuos y acompañamiento técnico a las Subredes Integradas de Servicios de Salud. Paralelamente, se ha promovido la articulación interinstitucional a través de espacios como la Mesa Ampliada de Mortalidad Materna, donde se socializan hallazgos, estrategias y líneas de acción con Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y otros actores del sistema. Estas acciones se han complementado con el fortalecimiento de la vigilancia de eventos críticos, con énfasis en el análisis de determinantes sociales, la calidad del dato y la participación en espacios técnicos intersectoriales que permiten el monitoreo continuo del comportamiento epidemiológico.

No obstante, mejorar la atención materna requiere revisar de forma integral cada etapa del proceso, desde la orientación en salud sexual y reproductiva hasta el seguimiento clínico posterior al parto. La garantía de rutas de atención efectivas, el acceso oportuno a los servicios, la formación continua del personal de salud y la disponibilidad de recursos son condiciones indispensables para lograr una atención materna más oportuna, equitativa y humanizada.

En este contexto, es fundamental que las demoras identificadas en las unidades de análisis sean formalmente radicadas por las EAPB, así como por las IPS primarias y complementarias, con el fin de estructurar planes de mejora orientados a fortalecer la calidad, la oportunidad y el trato digno en los servicios.

Evitar muertes maternas es posible si se cuenta con procesos claros, articulación efectiva entre los actores del sistema y capacidad de respuesta ante los riesgos. Cada acción de mejora representa una oportunidad para proteger la vida de las mujeres y garantizar una maternidad segura.

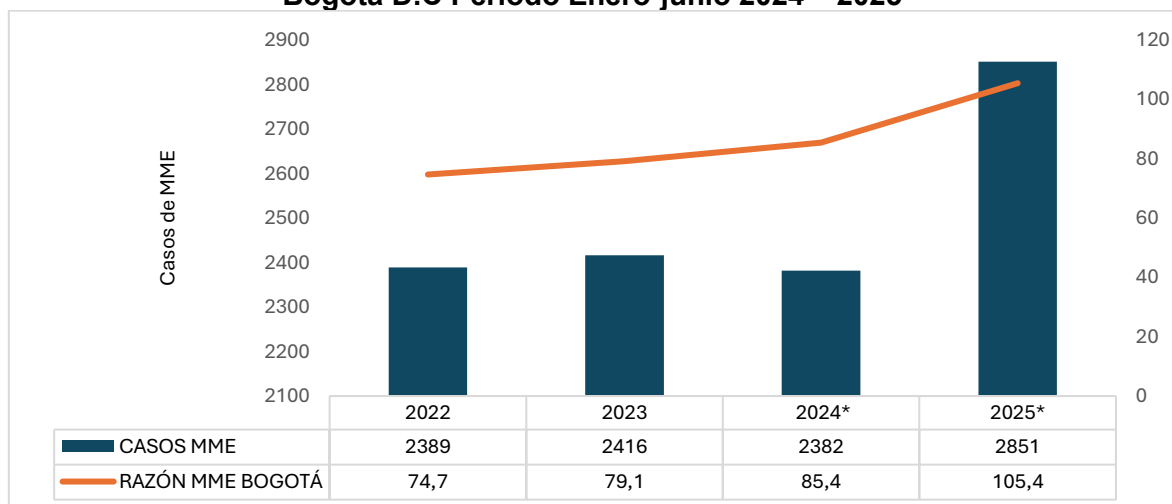
2. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

La morbilidad materna extrema (MME) es un evento clave en salud pública, ya que permite identificar fallas en la atención obstétrica y prevenir muertes maternas evitables. Su vigilancia garantiza una respuesta oportuna y de calidad frente a complicaciones graves durante el embarazo, parto o puerperio.

La Secretaría Distrital de Salud, a través de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, lidera acciones de seguimiento, análisis de casos y fortalecimiento del talento humano, en articulación con las EAPB y las instituciones prestadoras de servicios. Estas acciones permiten detectar barreras, mejorar la atención y reducir los riesgos maternos.

En Bogotá, la implementación de estrategias como Ángeles Guardianes ha contribuido a una atención más segura, integral y centrada en el autocuidado, evidenciando avances significativos en la prevención de la mortalidad materna a través de una vigilancia activa y efectiva de este evento.

Gráfica 2. Comparativa Tendencia de la Morbilidad Materna Extrema. Bogotá D.C Periodo Enero-junio 2024 – 2025*



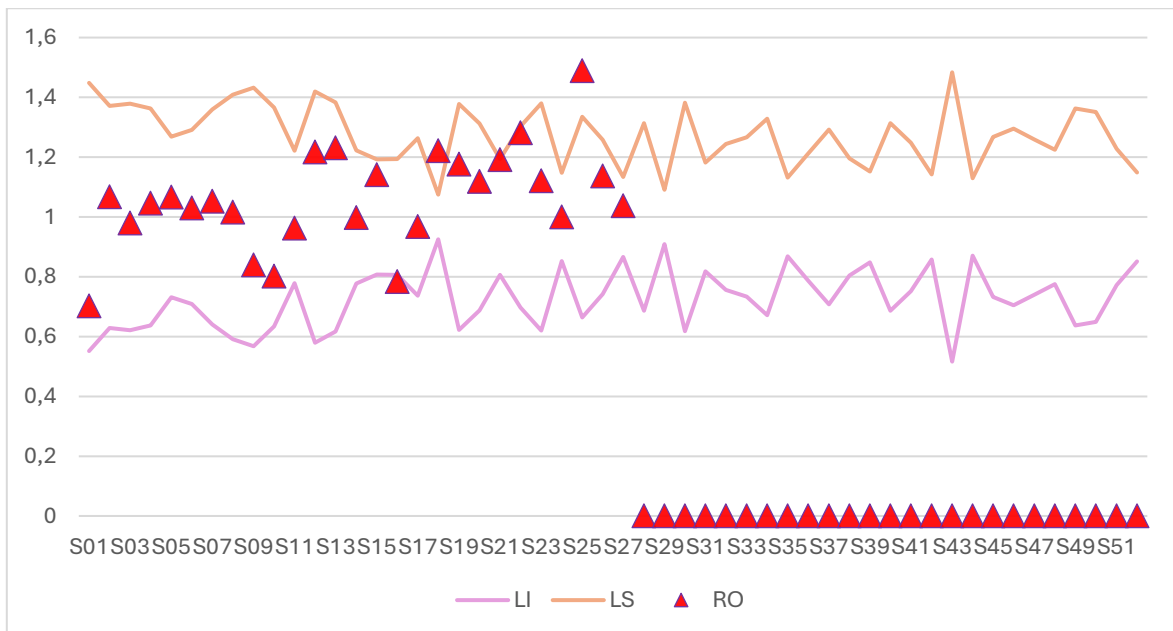
Fuente: 2019 - 2023: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. *Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025. SIVIGILA Evento 549_SE27

Durante el periodo de estudio, se observa la Morbilidad Materna Extrema está en aumento, tanto en número absoluto como en su razón por nacidos vivos, siendo mayor en el 2025 en comparación con los otros años, el fuerte incremento en 2025 debe encender alertas y llevar a revisar prácticas de referencia y contra referencia, evaluar la calidad de atención en niveles de mayor complejidad, fortalecer el monitoreo de embarazos de alto riesgo y comorbilidades (hipertensión, diabetes, etc.). Aunque puede reflejar mejor vigilancia epidemiológica, también puede indicar retrocesos en el acceso oportuno y calidad de atención obstétrica. Adicionalmente, para el 2025 el índice de letalidad es 0,3, lo cual refleja la capacidad de respuesta de las IPS y la atención de las emergencias obstétricas, de las 2851 mujeres que presentaron MME, solo el 0,3% (n=8) han fallecido.

A pesar de la tendencia a la baja en el número de nacimientos en la población general, la Secretaría Distrital de Salud considera prioritario mantener e intensificar las acciones orientadas a la reducción de la MME y otros indicadores relacionados, como parte de la ruta para alcanzar las metas de salud pública propuestas. En este sentido, se destaca la necesidad de sostener una vigilancia activa, sensible y oportuna, que permita la identificación precisa de los casos, evitando subregistros que puedan enmascarar la magnitud real del problema. La reducción en el número de reportes no debe interpretarse automáticamente como una mejora del sistema, sino como una oportunidad para revisar la calidad de la vigilancia y los procesos de atención.

Este panorama resalta la urgencia de fortalecer las estrategias de intervención, mejorar la calidad técnica y humana de la atención médica, y superar las barreras estructurales que aún persisten en el acceso a los servicios, con el objetivo de prevenir desenlaces adversos y garantizar condiciones seguras durante el embarazo, parto y puerperio.

Gráfica 3. Canal Endémico - Morbilidad Materna Extrema Bogotá D.C – 2022- 2025*



Fuente: SIVIGILA Evento 549_SE27 Año 2019, 2022,2023,2024 y 2025.

La gráfica del canal endémico de Morbilidad Materna Extrema (MME) en Bogotá D.C. para el año muestra un comportamiento variable a lo largo del año, Durante las semanas 1 a la 27 del año 2025, se observa un comportamiento epidémico sostenido de la Morbilidad Materna Extrema en Bogotá. Los valores observados se mantienen mayoritariamente por encima del límite superior del canal endémico, lo que indica una frecuencia de casos superior a la esperada con relación al comportamiento histórico. Esta alerta puede estar relacionada con un aumento en los factores de riesgo asociados a la MME, como la edad materna avanzada, enfermedades preexistentes o barreras en el acceso oportuno a la atención, así como con mejoras en la identificación y notificación de los casos, lo cual también debe valorarse. La persistencia de cifras elevadas por más de seis meses exige

una respuesta inmediata del sistema de salud para mitigar los factores asociados y evitar desenlaces fatales.

Por esta razón, la Secretaría Distrital de Salud llevó a cabo en el mes de junio una mesa situacional del evento de Morbilidad Materna Extrema, con el objetivo de socializar el aumento significativo de los casos y articular estrategias que permitan dar una respuesta oportuna y efectiva desde los diferentes niveles del sistema de salud. En este marco, se hace énfasis en la necesidad de reforzar la vigilancia activa y el análisis clínico de los casos, con el fin de orientar intervenciones inmediatas y focalizadas en las redes de atención.

Gráfica 7. Índice de letalidad global Vs Severidad con más de 3 criterios de notificación de morbilidad materna extrema por IPS Bogotá D.C – 2022- 2025*

IPS	2022			2023			2024			2025		
	MM	ILG	ILS	MM	ILG	ILS	MM	ILG	ILS	MM	ILG	ILS
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN	2	0,50	2,50	1	0,34	1,35	1	0,29	1,61	1	0,84	5,00
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY	4	1,19	14,81	2	0,61	6,67	0	0,00	0,00	1	0,63	5,00
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	1	0,34	2,33	1	0,35	3,33	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CLINICA SANTA BA	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	1,35	0,00
CLINICA PALERMO	0	0,00	0,00	1	0,43	2,56	1	0,39	3,03	0	0,00	0,00
CLINICA MATERNO INFANTIL EUSALUD	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
MEDICA MAGDALENA SAS	1	0,56	3,03	0	0,00	0,00	1	0,71	2,86	0	0,00	0,00
HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	0,38	4,55	1	0,51	4,55

Fuente: 2019 - 2023: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025. SIVIGILA Evento 549_SE27

El Índice de Letalidad (IL) mide la proporción de mujeres con morbilidad materna extrema (MME) que fallecen debido a complicaciones graves relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, de acuerdo a su severidad;

- **ILG (Índice de Letalidad Global):** Se refiere al total de muertes maternas entre todos los casos de MME reportados en una institución.
- **ILS (Índice de Letalidad por Severidad):** Calculado solo en mujeres con MME que cumplieron ≥ 3 criterios de severidad, lo cual representa casos más críticos, Este indicador es clave para evaluar la calidad del manejo clínico en situaciones de alta complejidad.

Para este análisis se toman las primeras 10 IPS del Distrito que presentan mayor carga de morbilidad materna extrema y han presentado casos de muertes maternas para el periodo analizado.

La Unidad de Servicios de Salud Meissen presenta el ILS más alto en 2025 (5,00), con un aumento progresivo desde 2022, mientras el Hospital Infantil Universitario de San José también muestra un ILS alto y estable en 2024 y 2025, USS Kennedy tuvo un ILS muy alto en 2022 (14,81), luego descendió, pero en 2025 vuelve a presentar un nivel elevado (5,00),

lo que sugiere fluctuaciones críticas. Estas cifras indican riesgos elevados de mortalidad entre mujeres con MME severa y podrían reflejar: fallas en el manejo oportuno o adecuado de emergencias obstétricas, retrasos en la atención, saturación de servicios y por consiguiente falta de recurso humano especializado.

Adicionalmente en la Unidad de Servicios de Salud Materno Infantil, Centro de Atención en Salud Cafam Clínica Santa Bárbara, Clínica Juan N Corpas, Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José, Estas instituciones no reportan muertes maternas ni letalidad severa, lo que podría indicar: eficiencia en la atención de casos críticos o una baja carga de pacientes con MME con criterios de severidad.

El índice de letalidad por severidad ha aumentado en varias IPS en 2025, lo cual es preocupante, especialmente en instituciones públicas de alto volumen como Meissen y Kennedy, algunas IPS mantienen desempeño sostenido sin mortalidad materna, lo que puede servir como modelo para buenas prácticas clínicas, desde la Secretaria Distrital de Salud, para el primer semestre del año se han realizado asistencias técnicas al 100% de IPS de alta complejidad que atienden partos y se ha evaluado en el marco del PARE MM el acceso oportuno a UCI en las maternas, protocolos y guías de adherencia actualizados de manejo en emergencias obstétricas (preeclampsia, eclampsia, hemorragia, sepsis, etc.), cobertura adecuada de recurso humano y equipos, con el fin de brindar atención segura y reducir la mortalidad materna en la ciudad.

Tabla 8. Casos y razón de morbilidad materna extrema por localidad de residencia, Bogotá D.C Periodo Enero-junio 2024 – 2025*

SUBRED	LOCALIDAD	Razón morbilidad materna extrema					
		Enero - Junio 2024			Enero - Junio 2025		
		Casos	Nacidos Vivos	Razón	Casos	Nacidos Vivos	Razón
RED NORTE	02. CHAPINERO	58	591	98,1	46	507	90,7
	13. TEUSAQUILLO	36	384	93,8	37	313	118,2
	11. SUBA	370	4001	92,5	460	4068	113,1
	10. ENGATIVA	225	2622	85,8	264	2485	106,2
	01. USAQUEN	157	1958	80,2	184	1770	104,0
	12. BARRIOS UNIDOS	38	449	84,6	40	456	87,7
Total RED NORTE		884	10005	88,4	1031	9599	107,4
RED SUR OCCIDENTE	08. KENNEDY	317	3906	81,2	404	3817	105,8
	16. PUENTE ARANDA	69	805	85,7	104	776	134,0
	07. BOSA	222	2857	77,7	265	2689	98,5
	09. FONTIBON	96	1215	79,0	117	1302	89,9
Total RED SUR OCCIDENTE		704	8783	80,2	890	8584	103,7
RED CENTRO ORIENTE	03. SANTAFE	55	494	111,3	73	398	183,4
	14. LOS MARTIRES	51	423	120,6	67	400	167,5
	04. SAN CRISTOBAL	116	1393	83,3	144	1325	108,7
	15. ANTONIO NARIÑO	34	318	106,9	37	300	123,3
	18. RAFAEL URIBE URIBE	122	1427	85,5	125	1394	89,7
	17. LA CANDELARIA	16	76	210,5	14	59	237,3
Total RED CENTRO ORIENTE		394	4131	95,4	460	3876	118,7
RED SUR	06. TUNJUELITO	48	618	77,7	55	608	90,5
	19. CIUDAD BOLIVAR	248	2908	85,3	263	2922	90,0
	05. USME	96	1439	66,7	127	1436	88,4
	20. SUMAPAZ	3	7	428,6	2	12	166,7
Total RED SUR		395	4972	79,4	447	4978	89,8

SIN LOCALIDAD	99. SIN INFORMACIÓN	9	10	900,0	23	6	3833,3
Total SIN LOCALIDAD		9	10	900,0	23	6	3833,3
TOTAL		2386	27901	85,5	2851	27043	105,4

Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025.

*Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025.
SIVIGILA Evento 549_SE27

Durante el periodo enero a junio de 2025 (dato preliminar con corte al 11 de julio), en Bogotá se reportaron 2.851 casos de morbilidad materna extrema (MME), con una razón de 105,4 por cada 10.000 nacidos vivos, lo que representa un incremento en comparación con el mismo periodo de 2024 (85,5). Las localidades con mayor número de casos notificados fueron Suba (370 casos), Kennedy (317 casos), Ciudad Bolívar (222 casos), Engativá (225 casos) y Bosa (222 casos), concentrando juntas cerca del 50 % del total de casos de la ciudad. Este comportamiento sugiere una alta carga de enfermedad en zonas densamente pobladas, donde se combinan factores como condiciones sociales vulnerables, barreras de acceso a servicios de salud oportunos y posibles fallas en la atención prenatal y obstétrica.

Frente a este panorama, se recomienda implementar estrategias enfocadas en el fortalecimiento de la vigilancia activa y auditoría de los casos en estas localidades, el mejoramiento de las rutas de atención materna con énfasis en la identificación y gestión del riesgo obstétrico, así como el despliegue de equipos territoriales interdisciplinarios que permitan acompañamiento oportuno a las gestantes en condición de vulnerabilidad. Adicionalmente, se sugiere priorizar acciones de formación y sensibilización del talento humano en los servicios de primer nivel, así como estrategias comunitarias de educación en signos de alarma y búsqueda activa, con el fin de reducir la progresión hacia complicaciones graves.

**Tabla 9. Casos de morbilidad materna extrema, por Grupo de edad.
Bogotá D.C. C Periodo Enero-junio 2024 – 2025***

RANGOS DE EDAD	Enero - Junio 2024		Enero - Junio 2025	
	N° casos de MME	%	N° casos de MME	%
10 a 14 años	12	0,50	10	0,35
15 a 19 años	224	9,39	239	8,38
20 a 24 años	489	20,49	587	20,59
25 a 29 años	570	23,89	735	25,78
30 a 34 años	574	24,06	690	24,20
Mayor de 35	517	21,67	590	20,69
Totales	2.386	100%	2.851	100%

SIVIGILA Evento 549_SE27

Durante el primer semestre de 2025 se reportaron 2.851 casos de morbilidad materna extrema (MME) en Bogotá, lo que representa un incremento frente a los 2.386 casos registrados en el mismo periodo de 2024. En ambos años, la mayor proporción de casos se concentró en mujeres entre 25 y 34 años, coincidiendo con las edades de mayor fertilidad. En 2025, el grupo de 25 a 29 años presentó el mayor porcentaje (25,78 %), seguido por el

grupo de 30 a 34 años (24,20 %), lo que refleja la necesidad de reforzar la vigilancia en estos rangos etarios. Aunque el grupo de mujeres de 35 años o más mostró una disminución porcentual (de 21,6 % en 2024 a 20 % en 2025), continúa siendo relevante por el riesgo obstétrico que representa.

Frente a estos hallazgos, se recomienda fortalecer la atención preconcepcional y prenatal en mujeres de 25 a 34 años, con énfasis en tamizajes oportunos, control prenatal de calidad y educación en signos de alarma; implementar intervenciones diferenciales para mujeres mayores de 35 años, priorizando la identificación y manejo de comorbilidades; garantizar el seguimiento continuo a las gestantes de alto riesgo desde el primer nivel de atención, con referencia oportuna a servicios especializados; y consolidar acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres en edad materna avanzada, con enfoque en planificación familiar y acceso a servicios seguros, con el fin de reducir la carga de la morbilidad materna extrema en la ciudad.

Tabla 10. Casos de Morbilidad materna extrema, según tipo de Seguridad Social en Salud. Periodo Enero-junio 2024 – 2025*

RÉGIMEN	Enero - Junio 2024		Enero - Junio 2025	
	N° casos de MME 2024	% 2024	No casos de MME 2025	% 2025
Contributivo	1519	63,66	1885	66,12
Subsidiado	665	27,87	714	25,04
No asegurada	150	6,29	181	6,35
Excepción	36	1,51	66	2,31
Régimen Especial	4	0,17	0	-
Indeterminado	12	0,50	5	0,18
Totales	2.386	100%	2.851	100%

SIVIGILA Evento 549_SE27

Durante el primer semestre de 2025, el 66,1 % de los casos de MME correspondió a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, lo que representa un aumento respecto al 63,7 % registrado en el mismo periodo de 2024. Esta tendencia evidencia una mayor concentración del evento en población con condiciones de vulnerabilidad social y económica. En contraste, el régimen contributivo representó el 29,2 % de los casos en 2025, proporción ligeramente inferior al 30,6 % de 2024. El porcentaje de casos en regímenes especiales o sin información sigue siendo bajo y se mantiene estable en ambos años.

Esta distribución evidencia la persistencia de brechas en el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención en salud para las mujeres afiliadas al régimen subsidiado, quienes continúan enfrentando mayores barreras en la atención preconcepcional, prenatal, de urgencias y obstétrica. Ante esta situación, resulta fundamental que las aseguradoras en salud ejerzan una vigilancia activa sobre las instituciones prestadoras de servicios a su cargo, asegurando el conocimiento e implementación del protocolo de vigilancia de la morbilidad materna extrema (MME). Es necesario estandarizar los procesos de atención conforme a las guías clínicas vigentes, con énfasis en la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y la referencia eficaz de las gestantes en condición

crítica. Asimismo, se requiere una definición clara de los roles y responsabilidades de las instituciones prestadoras, en concordancia con los estándares de calidad, con el objetivo de evitar desenlaces adversos en mujeres gestantes con alto riesgo obstétrico.

Tabla 11. Casos de morbilidad materna extrema, según enfermedad específica. Bogotá D.C. Periodo Enero-junio 2024 – 2025*

CRITERIOS	Enero - Junio 2024		Enero - Junio 2025	
	N° casos de MME 2023	% 2023	N° casos de MME 2023	% 2023
Trastornos Hipertensivos	1483	62%	1803	63%
Choque hipovolémico	572	24%	707	25%
Choque Séptico	290	12%	250	9%
Otras Causas	41	2%	91	3%
Totales	2.386	100%	2.851	100%

SIVIGILA Evento 549_SE27

Grafica 4. Índice de letalidad por causa de morbilidad materna extrema Bogotá D.C. Periodo 2022– 2025*



Fuente: 2019 - 2023: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025. SIVIGILA Evento 549_SE27

Durante el año 2024, los trastornos hipertensivos continuaron siendo la principal causa de Morbilidad Materna Extrema (MME), representando el 62 % del total de los casos (n=1.483). En 2025, esta condición mostró un ligero incremento, alcanzando el 63 % de los casos (n=1.803), frente al índice, se observa una mejora sostenida, diagnóstico y tratamiento oportuno de preeclampsia/eclampsia y efectividad de los protocolos clínicos actuales, lo que evidencia su persistencia como causa predominante y refuerza la necesidad de intensificar las estrategias para su identificación temprana y seguimiento oportuno durante el control prenatal.

El choque hipovolémico ocupó el segundo lugar en frecuencia, con un aumento en su proporción del 24 % en 2024 al 25 % en 2025 (n=707). El índice de letalidad refleja un

deterioro reciente en el control de hemorragias obstétricas, lo que podría estar relacionado con: debilidad en la respuesta frente a hemorragia postparto, lo que resalta la importancia de fortalecer las capacidades del talento humano para el manejo adecuado y oportuno de las hemorragias obstétricas, especialmente en los niveles de atención de mayor complejidad.


Por su parte, el choque séptico se mantuvo dentro del rango esperado, con una proporción del 12 % en 2024 y una ligera disminución al 9 % en 2025. El índice de letalidad más alto de todas las causas en 2024 (0,55) y 2025 (0,44). Esto refleja una alta mortalidad entre los casos críticos por sepsis, lo que puede deberse a diagnóstico tardío, fallas de adherencia a guías clínicas (antibióticos, líquidos, soporte vital). Aunque se observa una reducción en el número de casos, las infecciones continúan siendo una causa relevante de complicaciones graves durante la gestación y el puerperio, por lo que se deben mantener activos los protocolos de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

La categoría de “otras causas” representó el 2 % en ambos años, con una variación mínima en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con una mejor clasificación y notificación de condiciones menos frecuentes.

Esta situación confirma que más del 85 % de los eventos de MME están asociados a causas prevenibles, lo que subraya la urgencia de mantener una vigilancia clínica activa, garantizar la atención oportuna e implementar intervenciones basadas en la evidencia. Es prioritario continuar fortaleciendo la articulación entre los diferentes actores del sistema de salud, en particular las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), para consolidar acciones integrales que contribuyan a la reducción del riesgo materno.

Del mismo modo, resulta indispensable promover la educación en salud y la participación comunitaria como estrategias clave para mejorar el acceso oportuno a los servicios y la identificación temprana de signos de alarma. La MME no solo pone en riesgo la vida de la madre, sino que también puede tener consecuencias a largo plazo para el recién nacido y su entorno familiar, reafirmando la necesidad de un enfoque preventivo, integral y centrado en la protección de la vida.

**Tabla 12|. Indicadores de Morbilidad Materna Extrema, Bogotá D.C
Periodo Enero-junio 2024 – 2025***

INDICADOR	Indicadores de Morbilidad Materna Extrema					
	Enero -Junio 2024			Enero-Junio 2025		
	Numerador	Denominador	Resultado	Numerador	Denominador	Resultado
Índice de Letalidad	8	2394	 0,3	6	2859	 0,2
Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna	2386	8	 298,3	2851	6	 475,2
Porcentaje de casos con 3 o más Criterios de Inclusión	369	2386	 15,5	390	2851	 13,7

Fuente: 2019 - 2023: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025. SIVIGILA Evento 549_SE27

Al comparar los indicadores de Morbilidad Materna Extrema (MME) correspondientes al periodo enero-junio de 2024 con los del mismo periodo de 2025, se evidencia una tendencia favorable en el índice de letalidad, que disminuyó de 0,3 % a 0,2 %, lo cual podría estar relacionado con mejoras en la oportunidad y calidad de la atención prestada a las mujeres que presentan complicaciones graves durante el embarazo, parto o puerperio. Esta disminución se da en un contexto donde el número de casos reportados aumentó de 2.386 a 2.851, lo que puede interpretarse como una mayor detección de casos gracias al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y notificación, o como un posible incremento en la ocurrencia real del evento.

La relación entre MME y muerte materna presentó un aumento significativo, pasando de 298,3 en 2024 a 475,2 en 2025, lo que indica que, por cada muerte materna, se están identificando más mujeres que sobreviven a una condición potencialmente letal, lo cual es un indicador indirecto del impacto de las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna. Por su parte, el porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión presentó una leve disminución, al pasar de 15,5 % a 13,7 %, lo que sugiere que una mayor proporción de mujeres están siendo identificadas en etapas tempranas de la complicación, posiblemente antes de que se acumulen múltiples criterios de gravedad.

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

La oportunidad se evalúa a través de la notificación inmediata de los casos de Morbilidad Materna Extrema, con el fin de activar de manera oportuna el Monitoreo Especial de los Eventos de Interés en Salud Pública No Transmisibles (EISP No Transmisibles). Esta acción permite una respuesta rápida y articulada frente a los eventos que comprometen la salud materna

En la tabla se presenta el comportamiento del indicador de oportunidad en la notificación de casos de Morbilidad Materna Extrema (MME), semaforizado y desglosado por subred. La información corresponde a los casos notificados y validados en la base de datos consolidada hasta la semana epidemiológica 27 del año 2025. Para este análisis se excluyeron los registros con ajuste 6 o D, los que cruzaron con mortalidad materna, aquellos sin datos complementarios, los que no cumplían con la definición de caso y los que presentaban un año diferente a 2025 en la fecha de consulta.

El análisis evidenció un desempeño general positivo, con un 97,9% de notificaciones realizadas de manera oportuna, lo que ubica a la mayoría de las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) en la categoría Bueno. Sin embargo, al desagregar la información, se identificaron tres UPGD con calificación Regular. Clínica Medical Sas y Salud Total Eps y con calificación Deficiente. Bienestar Ips Sede El Ensueño, Hospital Universitario San Ignacio, Ips Sura Plaza Central situación que requiere intervenciones específicas para evitar afectaciones en la oportunidad de respuesta del sistema frente a eventos críticos en salud pública.

Con el objetivo de alcanzar el 100% de notificaciones oportunas en todas las UPGD, se han fortalecido las acciones de acompañamiento técnico a las subredes, en articulación con las referentes de Salud Sexual y Reproductiva. Estos espacios permiten analizar el comportamiento del indicador, identificar brechas y enfocar esfuerzos en las unidades con

mayor rezago, promoviendo el diseño e implementación de planes de mejora adaptados a cada contexto.

Adicionalmente, se han intensificado las visitas a las UPGD donde se concentran eventos críticos en salud materna, con el fin de evaluar las condiciones que inciden en la calidad de la atención. Durante estas intervenciones se revisan aspectos como los procesos de inducción, la apropiación del protocolo de notificación de MME y la aplicación de los lineamientos técnicos establecidos. Estas acciones se desarrollan de manera coordinada con la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y el Equipo Materno-Perinatal, contribuyendo al fortalecimiento de capacidades institucionales y a la mejora de los resultados en salud materno-perinatal a nivel distrital.

Tabla 13. Indicador de Oportunidad en la notificación de Morbilidad Materna extrema, Bogotá D.C. Periodo Enero-junio 2025*

Nombre upgd	Inoportui	Oportur	Total casos notifiad	% Oportuno	Categorizaci	subred
ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS		31	31	100,0	Bueno	1 - Norte
ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA		1	1	100,0	Bueno	4 - Sur
ASISTIR SALUD SAS ENGATIVA		1	1	100,0	Bueno	1 - Norte
ASISTIR SALUD SAS FONTIBON		2	2	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
BIENESTAR IPS SEDE EL ENSUEÑO	1		1	0,0	Deficiente	4 - Sur
CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CL 90		2	2	100,0	Bueno	1 - Norte
CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CLINICA SANTA BA	7	78	85	91,8	Bueno	1 - Norte
CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CLINICA SANTA BAR	7	85	92	92,4	Bueno	1 - Norte
CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM FLORESTA		1	1	100,0	Bueno	1 - Norte
CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM KENNEDY		1	1	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA CENTRAL		1	1	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS		1	1	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	1	149	150	99,3	Bueno	2 - Centro Oriente
CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA		3	3	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
CLINICA DE LA MUJER	2	92	94	97,9	Bueno	1 - Norte
CLINICA DE MARLY		21	21	100,0	Bueno	1 - Norte
CLINICA DEL COUNTRY IPS		74	74	100,0	Bueno	1 - Norte
CLINICA DEL OCCIDENTE SA		13	13	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	6	84	90	93,3	Bueno	1 - Norte
CLINICA LOS NOGALES SAS		3	3	100,0	Bueno	1 - Norte
CLINICA MATERNO INFANTIL EUSALUD	8	103	111	92,8	Bueno	1 - Norte
CLINICA MEDICAL SAS	1	4	5	80,0	Regular	3 - Sur Occidente
CLINICA PALERMO	7	219	226	96,9	Bueno	1 - Norte
CLINICA REINA SOFIA PEDIATRICA Y MUJER		46	46	100,0	Bueno	1 - Norte
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA		134	134	100,0	Bueno	1 - Norte
COLSUBSIDIO CLINICA 94		139	139	100,0	Bueno	1 - Norte
CRUZ ROJA COLOMBIANA SCB SEDE ALQUERIA		4	4	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
CRUZ ROJA COLOMBIANA SCB SEDE NORTE		1	1	100,0	Bueno	1 - Norte
CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA		1	1	100,0	Bueno	1 - Norte
EMERMEDICA SA -		3	3	100,0	Bueno	1 - Norte
EMERMEDICA SA BOGOTA		3	3	100,0	Bueno	1 - Norte
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	1	49	50	98,0	Bueno	2 - Centro Oriente
FUNDACION ABOOD SHAIO		17	17	100,0	Bueno	1 - Norte
FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA		7	7	100,0	Bueno	1 - Norte
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	1	77	78	98,7	Bueno	1 - Norte
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL		22	22	100,0	Bueno	1 - Norte
HOSPITAL DE BOSA		48	48	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
HOSPITAL FONTIBÓN		26	26	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE	5	290	295	98,3	Bueno	1 - Norte
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		35	35	100,0	Bueno	1 - Norte
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	4	211	215	98,1	Bueno	3 - Sur Occidente
HOSPITAL UNIVERSITARIO BARRIOS UNIDOS - MEDERI		1	1	100,0	Bueno	1 - Norte
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL		149	149	100,0	Bueno	2 - Centro Oriente
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MEDERI	2	204	206	99,0	Bueno	2 - Centro Oriente
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	2	1	3	33,3	Deficiente	1 - Norte
IPS SURA PLAZA CENTRAL	1		1	0,0	Deficiente	3 - Sur Occidente
LOS COBOS MEDICAL CENTER SAS		4	4	100,0	Bueno	1 - Norte
LOS COBOS MEDICAL CENTER SAS LOS COBOS	1	39	40	97,5	Bueno	1 - Norte
NUEVA CLINICA MAGDALENA	1	89	90	98,9	Bueno	1 - Norte
PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO		2	2	100,0	Bueno	1 - Norte
SALUD TOTAL EPS	3	10	13	76,9	Regular	#N/D
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	8	144	152	94,7	Bueno	2 - Centro Oriente
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS E		104	104	100,0	Bueno	1 - Norte
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DANUBIO		3	3	100,0	Bueno	4 - Sur
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVA CALLE 80		39	39	100,0	Bueno	1 - Norte
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JERUSALEN		1	1	100,0	Bueno	4 - Sur
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JORGE ELIECER GAITAN		1	1	100,0	Bueno	2 - Centro Oriente
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LA FLORA		1	1	100,0	Bueno	4 - Sur
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL		211	211	100,0	Bueno	2 - Centro Oriente
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN	1	162	163	99,4	Bueno	4 - Sur
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA		1	1	100,0	Bueno	2 - Centro Oriente
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PASQUILLA		1	1	100,0	Bueno	4 - Sur
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA		1	1	100,0	Bueno	2 - Centro Oriente
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA		1	1	100,0	Bueno	2 - Centro Oriente
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA		1	1	100,0	Bueno	2 - Centro Oriente
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA I		1	1	100,0	Bueno	4 - Sur
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR		59	59	100,0	Bueno	1 - Norte
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME		1	1	100,0	Bueno	4 - Sur
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA		94	94	100,0	Bueno	2 - Centro Oriente
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA		5	5	100,0	Bueno	4 - Sur
UNIDAD DE URGENCIAS PUENTE ARANDA	2	24	26	92,3	Bueno	3 - Sur Occidente
VIRREY SOLIS IPS SA CLINICA SUBA		1	1	100,0	Bueno	1 - Norte
VIRREY SOLIS IPS SA AMERICAS		1	1	100,0	Bueno	3 - Sur Occidente
VIRREY SOLIS IPS SA CL 98		1	1	100,0	Bueno	1 - Norte
Total general	72	3439	3511	97,9	Bueno	

Fuente: 2019 - 2023: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025. SIVIGILA Evento 549_SE27.

MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA (MPNT)

La mortalidad perinatal comprende los fallecimientos que se producen a partir de las 22 semanas completas de gestación (equivalente a 154 días) hasta el séptimo día de vida del recién nacido. Por su parte, la mortalidad neonatal se refiere a las muertes de los bebés que ocurren antes de cumplir los 28 días tras el nacimiento.

Metodología:

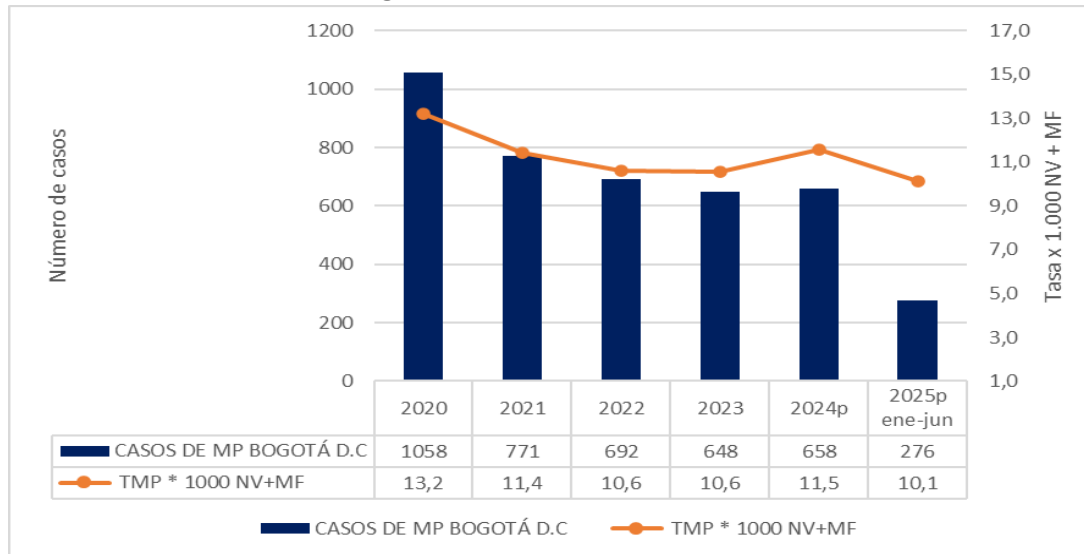
Para llevar a cabo el análisis de los casos de mortalidad perinatal, neonatal tardía y defectos congénitos, se emplearon como insumos principales las bases de datos de nacimientos y defunciones provenientes del Registro Único de Afiliados (RUAF-ND), junto con los registros del SIVIGILA correspondientes a los eventos clasificados por el INS bajo los códigos 560 y 215, recopilados para el periodo enero junio de 2024-2025

El proceso de depuración de la información del SIVIGILA incluyó la eliminación de registros pertenecientes a residentes de otros municipios, casos duplicados, descartados o que no se ajustaban a las definiciones operativas establecidas. Posteriormente, la información fue procesada utilizando Microsoft Excel y analizada conforme al plan establecido para estos eventos, siguiendo las orientaciones técnicas proporcionadas por el Instituto Nacional de Salud.

Tendencia del comportamiento MPNT

Al analizar el comportamiento de la mortalidad perinatal en el Distrito Capital durante el periodo 2020-2025p, se observa una tendencia general a la baja desde el año 2020 hasta 2023, seguida de un ligero incremento en 2024, que se mantiene proyectado para 2025 según los datos preliminares. Este comportamiento destaca la importancia de reforzar las estrategias orientadas a la prevención y atención oportuna, con el fin de consolidar la reducción sostenida de estos eventos y evitar retrocesos en los avances alcanzados.

Grafica 5. Casos y Tasa de tendencia de casos de Mortalidad Perinatal. Bogotá D.C Años 2020 – 2025p

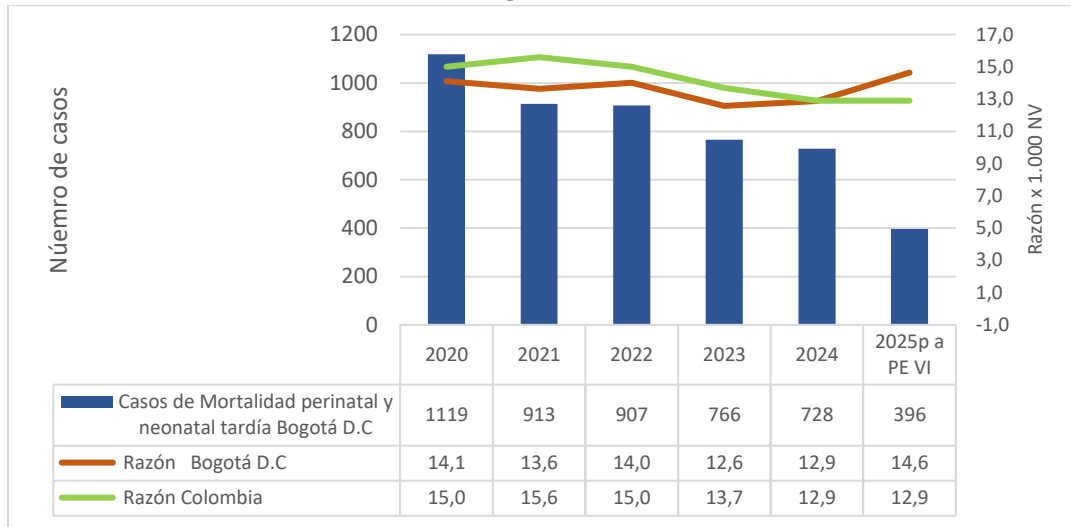


Fuente 2020 a 2023: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024.Fuente 2024 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-07-2025

En el periodo enero junio del año 2025, se presentaron n=(276) muertes perinatales, El 80.1 % (n=221) fueron muertes fetales. Para el año 2022, se evidenció un porcentaje de disminución del 16,8 % (n=56) en el número de casos de mortalidad perinatal, en comparación con lo reportado durante el mismo periodo el año inmediatamente anterior 2024 en el que se reportaron n=332, con respecto a la tasa, podemos observar que, de acuerdo con, la línea base 2022, se muestra una línea de tendencia hacia la disminución, pasando de una tasa de mortalidad perinatal de 10,6 X 1.000 NV+MF, a una tasa de 10,1 X 1.000 NV+MF en el 2025p, presentando una disminución porcentual de 4, 7%.

Es crucial fortalecer las estrategias que promuevan el diagnóstico prenatal oportuno y el acceso efectivo a los servicios de salud. Mejorar la cobertura y calidad de los controles prenatales, así como garantizar intervenciones especializadas a tiempo, contribuye de manera directa a identificar riesgos y prevenir complicaciones, impactando positivamente en la supervivencia y bienestar del binomio madre-hijo.Es importante resaltar que la tasa de mortalidad perinatal es un indicador que ve afectado directamente por las variaciones en el denominador que corresponde al número de nacidos vivos; este con una tendencia importante al descenso en los últimos años en el Distrito Capital.

Grafica 6. Casos y Razón de tendencia de casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía periodo VI . Bogotá D.C Años 2020 – 2025p



Fuente 2020 a 2023: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024.Fuente 2024 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-07-2025

El comportamiento de la Mortalidad Perinatal en el Distrito Capital de Bogotá durante el periodo comprendido entre los años 2020 y 2025 muestra una línea de tendencia general hacia el descenso hasta el año 2024, seguida de un incremento para el periodo enero-junio de 2025. Durante el año 2024 se presentaron $n=728$ muertes perinatales y neonatales tardías, lo que representa una reducción del 5,0% ($n=38$) en el número de casos en comparación con lo reportado en el año 2023, en el que se notificaron $n=766$ casos.

Con respecto a la razón por 1.000 nacidos vivos, se observa que, tomando como referencia la línea base del año 2022, se presentó una disminución al pasar de una razón de $14,0 \times 1.000 \text{ NV}$ en 2022 a $12,9 \times 1.000 \text{ NV}$ en el año 2024, evidenciando una reducción porcentual aproximada del 7,9%. Al comparar este indicador con el dato nacional, se observa que en 2024 la razón en Bogotá D.C. se igualó al promedio reportado para Colombia ($12,9 \times 1.000 \text{ NV}$).

Sin embargo, para el periodo enero-junio del año 2025 (2025p a PE VI), se evidencia un aumento en la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en Bogotá D.C., alcanzando $14,6 \times 1.000 \text{ NV}$, situándose nuevamente por encima del promedio nacional registrado para el mismo periodo, que fue de $12,9 \times 1.000 \text{ NV}$.

Comportamiento de la notificación

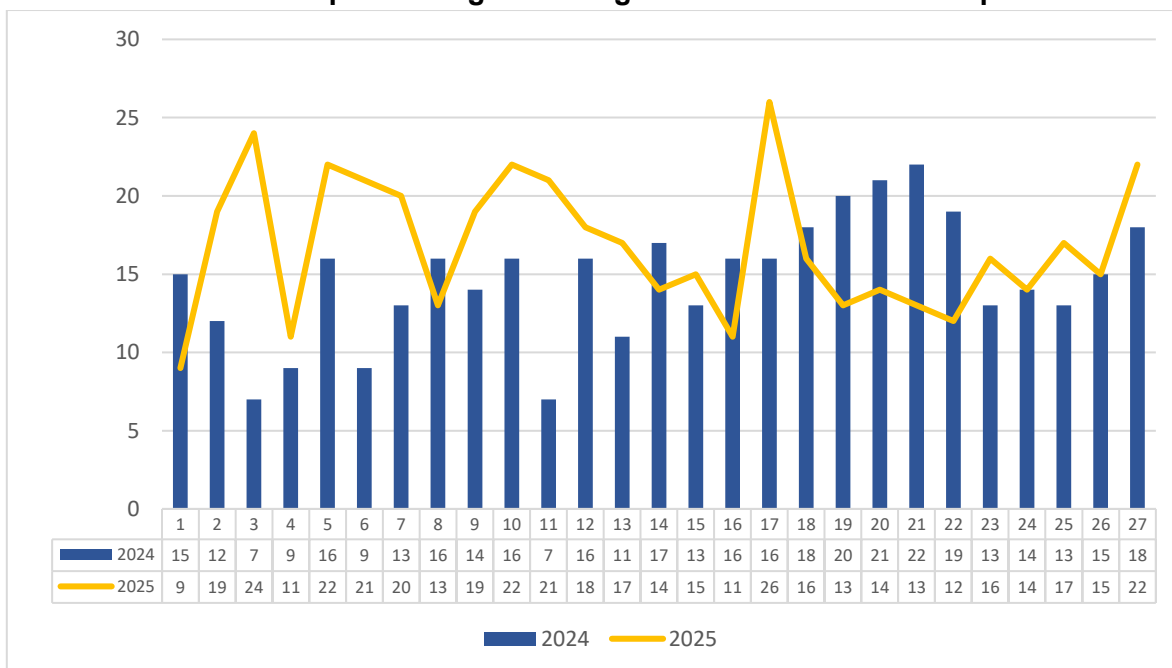
Para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía, se evidenció una fluctuación en la notificación de casos durante todas las semanas epidemiológicas hasta la SE 27, para los años 2024 y 2025, registrando variaciones significativas en el comportamiento entre ambos periodos. Durante el año 2025 se observa un incremento en el número de casos notificados

en varias semanas respecto a 2024, destacándose aumentos marcados en las semanas 3, 6, 11 y 17, en las que se reportaron entre el doble y hasta tres veces más casos en comparación con el mismo periodo del año anterior. Este comportamiento refleja un patrón con oscilaciones importantes en la incidencia semanal, que requiere seguimiento detallado para Para el año 2025.

Con relación a la calidad del dato en la notificación, se observa que aún persisten oportunidades de mejora. Entre las principales situaciones identificadas se encuentran la ausencia o el diligenciamiento incorrecto del certificado de defunción. De acuerdo con los hallazgos obtenidos durante el proceso de depuración y revisión de la calidad de las variables, se realiza retroalimentación semanal a las Subredes Integrales de Servicios de Salud, solicitando los ajustes necesarios, especialmente en aspectos como: causas de muerte mal definidas, casos que aparecen tanto en RUAF como en SIVIGILA, y eventos que no cumplen con la definición de caso y requieren ajuste (D o 6), entre otros.

Adicionalmente, se incorporan los hallazgos enviados por el INS, fortaleciendo este proceso mediante las Asistencias Técnicas dirigidas a cada una de las Subredes, con el fin de garantizar una mejor calidad en la información reportada. Identificar posibles factores asociados a estos incrementos puntuales y reforzar las acciones de vigilancia y prevención.

Grafica 7. Notificación de Casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía (560) a semana epidemiológica 27 Bogotá D.C. Años 2024-2025p



Fuente: Base SIVIGILA evento 560 a semana epidemiológica 27 años 2024 - 2025p

Concordancia de SIVIGILA y RUAF

A corte de la semana epidemiológica 27 del año 2025, se notificaron en SIVIGILA un total de 324 casos del evento 560 (muertes perinatales y neonatales tardías) con residencia en Bogotá. De estos, el 57,7% (n=187) presentan concordancia con registros de muertes perinatales fetales en RUAF, mientras que el 32,1% (n=104) son concordantes con registros de mortalidad infantil neonatal temprana y/o neonatal tardía en RUAF. Por otra parte, se identificó que el 11,4% (n=37) corresponde a casos no concordantes entre el evento 560 reportado en SIVIGILA y los registros de RUAF

Tabla 14. Concordancia con RUAF-ND de registros de muertes perinatales y neonatales tardías a corte SE 27 año 2025p Bogotá D.C.

INDICADOR	NUMERO DE CASOS
Número de casos evento 560 2025 residencia Bogotá	324
Número de casos concordantes 560 VS perinatales fetales RUAF por documento y/o certificado de defunción	187
Número de casos concordantes 560 vs infantil neonatal temprana y /o neonatal tardía RUAF	104
Número de casos no concordantes entre evento 560 vs ruaf	37

Fuente: Base SIVIGILA evento 560 a semana epidemiológica 52 años 2020 – 2024. FUENTE 2024: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 05-12-2024 ajustado 28-02-2025) Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 11-07-2025

COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES DE INTERÉS

Comportamiento de la notificación por localidad de residencia:

Durante los últimos años, la mortalidad perinatal y neonatal tardía ha presentado una disminución sostenida en el número absoluto de casos hasta el año 2024, seguido de un incremento para el año 2025. Específicamente, se observa un aumento del 14,6% al pasar de 396 casos en 2024 a 454 casos en 2025. Este incremento se refleja también en la razón distrital, que pasa de 14,6 a 16,3 por 1.000 nacidos vivos, comportamiento que puede estar asociado tanto a la reducción progresiva de los nacimientos en la ciudad como a las mejoras en la calidad del registro que permiten una identificación más precisa de los eventos.

Para el año 2025, las cinco localidades con la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta, superando ampliamente la razón distrital, fueron: Candelaria con 171,1 x 1.000 NV, Ciudad Bolívar con 43,4 x 1.000 NV, Rafael Uribe con 23,8 x 1.000 NV, Usme con 17,3 x 1.000 NV y Barrios Unidos con 15,6 x 1.000 NV. Estas localidades muestran un incremento en comparación con el año anterior, destacándose el caso de Ciudad Bolívar que casi cuadruplica su razón respecto a 2024 (de 12,3 a 43,4 x 1.000 NV), y Candelaria con un aumento considerable de 16,9 a 171,1 x 1.000 NV.

Este comportamiento puede atribuirse principalmente a dos factores: la alta concentración de población migrante venezolana y de hogares en condición de vulnerabilidad socioeconómica en estas localidades, así como al efecto del descenso de los nacimientos que amplifica el cálculo de la razón. En particular, Candelaria y Ciudad Bolívar presentan una mayor incidencia de pobreza y condiciones monetarias precarias, según lo reportado en el estudio “Población en condición de vulnerabilidad monetaria en Bogotá” de la Secretaría Distrital de Planeación para el año 2023.

Tabla 15. Número de Casos y Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por Localidad de Residencia, Años 2024 – 2025p

Mortalidad perinatal y neonatal tardía						
LOCALIDAD	2024			2025		
	Casos	NV	Razón x 1.000 NV	Casos	NV	Razón x 1.000 NV
1-USAQUEN	21	1770	11,9	16	1960	8,2
2-CHAPINERO	9	507	17,8	4	589	6,8
3-SANTAFE	9	398	22,6	5	491	10,2
4-SAN CRISTOBAL	16	1325	12,1	19	1392	13,6
5-USME	31	1436	21,6	25	1442	17,3
6-TUNJUELITO	11	608	18,1	9	616	14,6
7-BOSA	41	2688	15,3	33	2867	11,5
8-KENNEDY	55	3819	14,4	49	3906	12,5
9-FONTIBON	15	1302	11,5	14	1216	11,5
10-ENGATIVA	36	2485	14,5	17	2618	6,5
11-SUBA	50	4068	12,3	54	4001	13,5
12-BARRIOS UNIDOS	4	456	8,8	7	448	15,6
13-TEUSAQUILLO	7	313	22,4	3	384	7,8
14-MARTIRES	2	400	5,0	5	421	11,9
15-ANTONIO NARIÑO	5	300	16,7	4	318	12,6
16-PUENTE ARANDA	4	776	5,2	4	804	5,0
17-CANDELARIA	1	59	16,9	13	76	171,1
18-RAFAEL URIBE	35	1394	25,1	34	1428	23,8
19-CIUDAD BOLIVAR	36	2921	12,3	126	2906	43,4
20-SUMAPAZ	1	12	83,3	0	6	0,0
SIN DATO DE LOCALIDAD	7	6	-	13	10	-
TOTAL GENERAL	396	27043	14,6	454	27899	16,3

Fuente 2024 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025,

Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-07-2025

Fuente: Base SIVIGILA evento 560 a semana epidemiológica 27 años 2024 - 2025p

Comportamiento de la notificación por tipo de vinculación al sistema:

Para el año 2024, se reportaron un total de 396 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, de acuerdo con la condición de afiliación al SGSSS, el 64% (n=252) de los casos pertenecían al régimen contributivo, el 29% (n=113) de los casos al régimen Subsidiado, el 6% (n=25) a los no asegurados, el 1 % (n=3) al régimen de excepción; el 1 % (n=2) son casos sin información de régimen y el 0,1% restante pertenece a régimen especial; para el año 2025p se evidenció un comportamiento similar al año inmediatamente anterior, donde continúa en primer lugar el régimen de afiliación Contributivo con el 61,7% (n=280) casos; seguido del Subsidiado con el 33,3% (n=151) casos; no asegurados con el 3,5% (n=16) casos; 1,1% (n=5) casos excepción; 0,4% (n=2) casos sin información de régimen y por ultimo no se cuenta con ningún caso para el régimen especial. Siendo clave fortalecer estrategias que fortalezcan la autogestión, la solitud oportuna de portabilidad en caso de requerirse y de identificar los derechos y deberes en el marco del sistema.

Tabla 16. Casos y distribución porcentual Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por régimen de afiliación. Semana epidemiológica 27 Años 2024 – 2025p

Mortalidad perinatal y neonatal tardía				
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	2024		2025	
	Casos	%	Casos	%
Contributivo	252	64%	280	61,7%
Subsidiado	113	29%	151	33,3%
No asegurado	25	6%	16	3,5%
Excepción	3	1%	5	1,1%
Indeterminado	2	1%	2	0,4%
Especial	1	0%	0	0,0%
TOTAL	396	100%	454	100%

Fuente: Base SIVIGILA evento 560 a semana epidemiológica 27 años 2024 – 2025p

Matriz por periodos perinatales de riesgo (BABIES)

Teniendo en cuenta el momento de ocurrencia de la muerte y el peso fetal y neonatal, se puede observar que el mayor número de muertes se concentra en los grupos con peso de menos de 1.000 gramos con 241 casos que, de acuerdo a la clasificación de la matriz BABIES, dichas mortalidades son derivadas del componente que hace referencia a la salud materna; en segundo lugar, se encuentran aquellos en el peso entre 1.500 y 2.499 gramos aportando 93 casos, que se relacionan específicamente con los cuidados en el periodo prenatales, la atención del parto, el recién nacido y el neonato.

De acuerdo con la matriz BABIES, la mayor razón de estas muertes se relaciona en primer lugar con la salud materna reportando un 10,79 de los casos por 1.000 NV, seguido de los

problemas relacionados con los cuidados prenatales que se reflejan en las muertes ocurridas antes del nacimiento con una razón de 2,24 casos por 1.000 NV; seguida las atenciones del recién nacido con 1,65 por 1000 NV; atención al neonato con 1,61 casos por 1.000 NV y finalmente, atención del parto con una razón de 0,33 casos por 1.000 NV.

Tabla 17. Casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía según periodos perinatales de riesgo a Semana Epidemiológica 27, año 2025 Bogotá D.C.

GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL		
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS	
Menor de 1000	137	29	46	29	241
De 1000 a 1499	15	2	15	21	53
De 1500 a 2499	39	6	29	19	93
De 2500 a 3999	22	3	16	25	66
4000 y más	0	0	0	0	0
Total general	213	40	106	94	453

10,79	Salud materna
2,24	Cuidados prenatales
1,65	Atención del recién nacido
1,61	Atención del neonato AIEPI
0,33	Atención del parto

Fuente: Base SIVIGILA evento 560 a semana epidemiológica 27 años 2024 - 2025p

Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-07-2025

INDICADORES

Tabla 18. Indicadores de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía a SE 27 año 2025p

Indicadores Protocolo MPNT	Semana 27-AÑO 2025p
1. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Muertes fetales y neonatales tempranas ocurridas en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal y hasta antes de los veintiocho días después del nacimiento por cada mil nacidos vivos para la el periodo VI del año 2025p fue de 14,6 por 1.000 NV.
2. Proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa de muerte mal definida en SIVIGILA.	El cumplimiento del proceso epidemiológico de muertes perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con la correcta definición de causa de muerte para la semana epidemiológica 27 del 2025, refleja un 2,1% (n=7) de casos con causa de muerte mal definida por las UPGD.
Verde: menor de 20 %	
Amarillo: entre 89 % y 20 %	
Rojo: mayor a 80 %	
3. Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal SIVIGILA y estadísticas vitales	Casos reportados en RUAF a junio 2025: 291(datos aún preliminares) Casos reportados SIVIGILA Semana 27: 324 Concordancia: 89,8%
Verde: 100 %	
Amarillo: entre 80 % y 99 %	El porcentaje de correspondencia entre casos de RUAF y SIVIGILA es del 89,8% ; éste refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con la correspondencia de información entre estadísticas vitales y SIVIGILA.
Rojo: Menor a 80 % o mayor a 100 %	

Fuente: Base SIVIGILA evento 560 a semana epidemiológica 52 años 2020 – 2024. FUENTE 2025: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (ajustado 09-07-2025)

DEFECTOS CONGÉNITOS

De acuerdo al protocolo del Instituto Nacional de Salud en Colombia y la Organización Mundial de la Salud, los defectos congénitos son anomalías que pueden ser de tipo estructural, metabólico o sensorial de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se pueden presentar durante la gestación, en el nacimiento o más tarde en la vida. Estas alteraciones pueden ser de origen prenatal por la presencia de un solo gen defectuoso, alteraciones cromosómicas, una combinación de factores hereditarios o teratógenos presentes en el medio ambiente que afectan la embriogénesis o por carencias de micronutrientes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud las anomalías congénitas son en muchos países causas importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad. En el mundo se reportan aproximadamente 434.000 muertes asociadas a anomalías congénitas cada año, de las cuales el 97 % ocurren en países de ingresos medios y bajos. Analizar el evento permite orientar las acciones en salud para reducir dicha carga por causas prevenibles asociadas a los defectos congénitos.

Documentar el comportamiento de la notificación del evento 215 - Defectos congénitos en la Ciudad de Bogotá, haciendo un comparativo correspondiente a los años 2024 y 2025p con el fin de orientar la toma de decisiones, estrategias y seguimientos para el componente materno en busca de dar respuesta a los objetivos establecidos a nivel distrital y nacional.

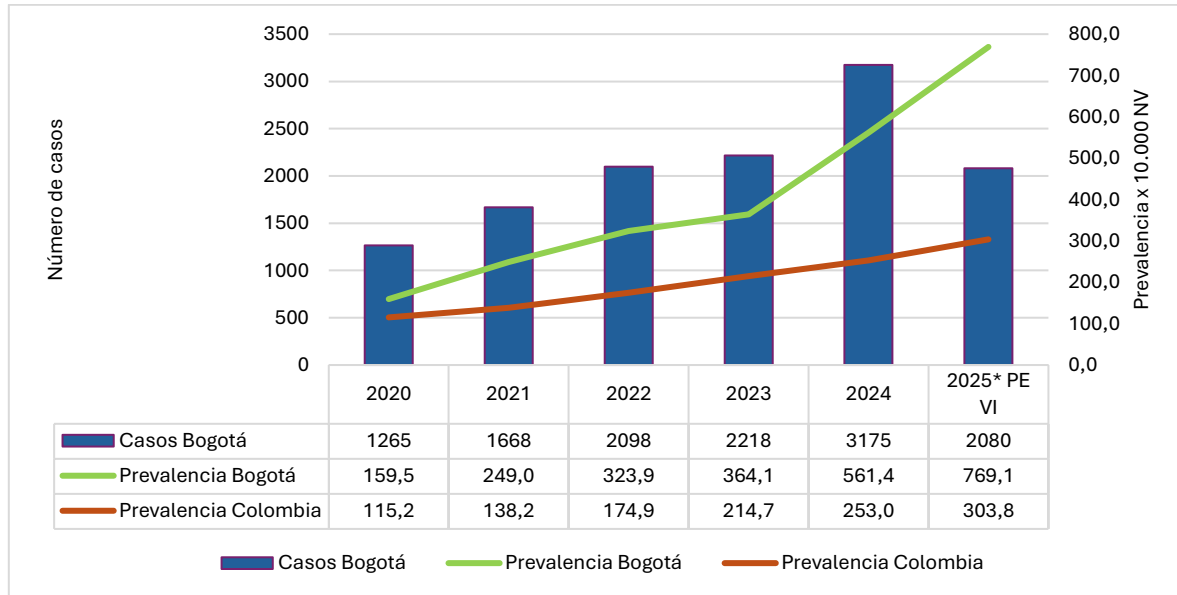
COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS

En Colombia, los defectos congénitos cada vez tienen una mayor importancia en las causas de defunción de menores de un año, mientras que enfermedades de alta prevalencia histórica, como la enfermedad diarreica aguda, las infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades transmisibles van disminuyendo su impacto en la mortalidad en menores. Las malformaciones congénitas representaron el 25,7% (n=135) de todas las muertes no fetales en menores de 1 año (n=526), según datos preliminares publicados por estadísticas vitales del DANE, para el año 2024.

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN

El comportamiento de la notificación de los defectos congénitos muestra una tendencia creciente tanto en el número de casos como en la prevalencia de defectos congénitos en Bogotá entre 2020 y 2025, los casos aumentaron de 1.265 en 2020 a 3.175 en 2024, y en lo corrido del 2025 se cuenta con corte a semana epidemiológica 27 con un reporte de 2080 casos, lo que representa un incremento significativo, la prevalencia en Bogotá pasó de 159,5 a 769,1 por 10.000 nacidos vivos, aumentando de manera muy significativa en el quinquenio; en contraste, la prevalencia nacional también aumentó, aunque en menor proporción, pasando de 115,2 a 303,8 en el mismo periodo, esta diferencia sugiere una mayor capacidad de detección, mejor vigilancia o posiblemente un aumento real en la ocurrencia de estos eventos en la capital, lo cual amerita un análisis profundo de los factores locales que podrían estar influyendo en esta situación.

Gráfica 8. Prevalencia de los defectos congénitos en Bogotá D.C comparado con la nacional, años 2020 a 2024



Fuente 2020 a 2023: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024 Fuente 2024 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025 Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-07-2025 Fuente: Base SIVIGILA evento 215 2020 - 2024 a SE 52 y año 2025 a PE VI

El evento de defectos congénitos está codificado por el Instituto Nacional de Salud bajo el código 215 y corresponde a un evento sujeto a vigilancia en salud pública desde las 22 semanas de gestación y/o con un peso fetal de 500 gramos hasta la edad infantil. Al analizar el comportamiento de este evento con corte al periodo VI del año en curso, se notificaron un total de 2.080 casos de defectos congénitos. Al comparar este valor con el registrado en el mismo periodo del año inmediatamente anterior, se evidencia un incremento notable en la prevalencia, con un aumento del 769%.

Este comportamiento inusual ha sido objeto de un análisis detallado desde la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública (VSP), con el acompañamiento de diversos equipos técnicos y expertos en el tema, quienes han contribuido a evaluar posibles factores asociados a este aumento, tanto en aspectos relacionados con el mejoramiento de los sistemas de registro y notificación, como en la identificación de determinantes clínicos, ambientales y sociales que puedan estar influyendo en este fenómeno. Este trabajo ha permitido orientar acciones específicas para fortalecer la vigilancia, el análisis epidemiológico y las intervenciones dirigidas a mitigar el impacto de los defectos congénitos en la población del Distrito Capital.

En general, al analizar el comportamiento semanal de los casos notificados en los años 2024 y 2025, se observa que durante el 2024 la notificación mantuvo un patrón relativamente estable, con cifras que oscilaron principalmente entre los 40 y 60 casos por semana, presentándose algunos picos hacia las semanas 4, 7, 10, 14, 16, 25 y 26, donde se superaron los 55 casos. Este comportamiento refleja una vigilancia continua con variaciones moderadas a lo largo del periodo.

Por otro lado, en 2025 se evidencia un incremento sostenido en el número de casos notificados semanalmente, con un promedio superior al observado en 2024 y con un comportamiento mucho más fluctuante. Se destacan picos importantes en las semanas 3, 6, 10, 14, 17, 19 y 26, donde se alcanzaron cifras entre los 90 y 102 casos, siendo especialmente notorio el aumento durante las semanas 19 y 26. Este comportamiento puede explicarse tanto por un incremento real en la ocurrencia de defectos congénitos como por una intensificación en los procesos de vigilancia y notificación respecto al año anterior.

La diferencia entre ambos años resalta la necesidad de fortalecer permanentemente los sistemas de vigilancia y el análisis epidemiológico para comprender de manera adecuada estas tendencias y definir intervenciones oportunas que permitan prevenir o mitigar la ocurrencia de estos eventos en la población.

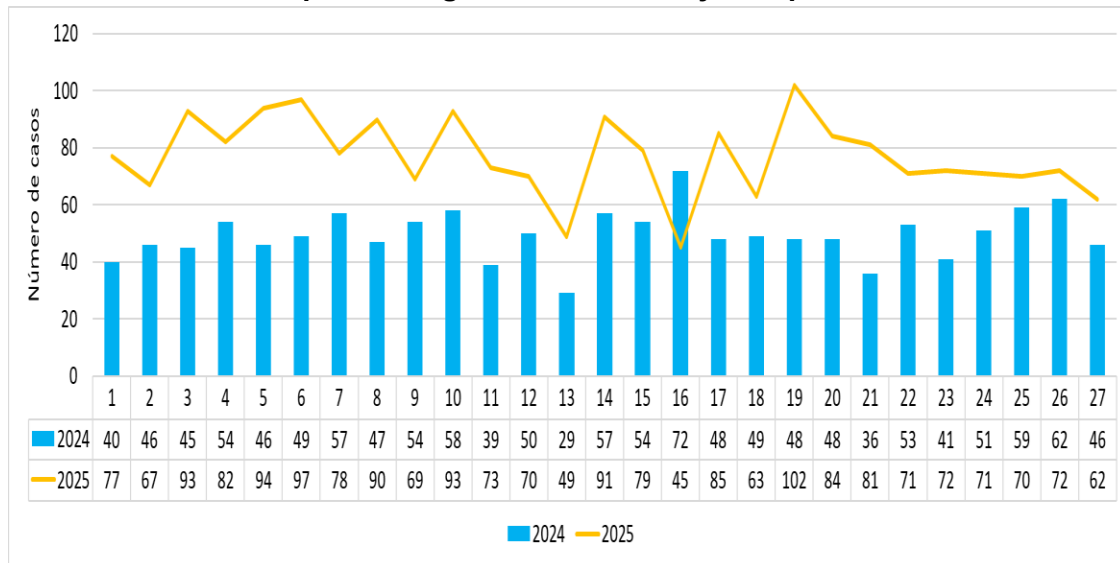
Resultado de la depuración de bases:

Resultado de la depuración de bases: Al realizar la depuración de la base 215, se encontró lo siguiente: inicialmente se encontraron notificados un total de 3122 casos de los cuales: 111 tienen ajuste 6, 47 ajuste D y 246 están repetidos, por lo tanto, al validar la información quedan 2718 casos notificados, de los cuales 2080 son de residencia Bogotá.

Si bien existen avances en la calidad de notificación de los datos para 2025, se encuentran casos con oportunidades de mejora tales como: no diligenciamiento del certificado de defunción en el total de los casos que tienen condición final “fallecido”, diagnósticos CIE10 no específicos, mal definidos o vacíos, casos para los cuales se realiza retroalimentación periódica de acuerdo a los hallazgos identificados durante la depuración y revisión de calidad de las variables, así mismo se realiza retroalimentación del evento por periodo epidemiológico, principalmente con respecto a: notificación de defectos congénitos mal definidos, aquellos casos que no cumplen definición de caso que requieren ajuste D o 6, concordancia entre el código CIE-10 y la descripción del defecto congénito, defectos congénitos menores que no son objeto de notificación; frente a estos se retroalimenta a los equipos locales de cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud - SISS y a sus UPGD respectivas; dentro de dicha realimentación se enfatiza en la necesidad de que un evento cumpla con la definición de caso que corresponde a la notificación de defectos congénitos mayores que se encuentren priorizados para la vigilancia en salud pública en el anexo técnico 1 del protocolo del INS de vigilancia de los defectos congénitos. Dentro de

dichas realimentaciones a las SISS se tienen en cuenta la solicitud de soportes de historia clínica y revisión de estos, con el objetivo de confirmar o descartar los casos notificados.

Grafica 9. Notificación de los casos de defectos congénitos – 215 a semana epidemiológica 27 años 2024 y 2025p



Fuente: Bases SIVIGILA evento 215, años 2024- 2025p corte a semana epidemiológica 27

COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES DE INTERÉS

✓ Comportamiento de la notificación por localidad de residencia:

El análisis por localidades de Bogotá muestra un aumento generalizado en el número de casos y en la prevalencia de defectos congénitos entre 2024 y 2025. A semana epidemiológica 27, se observa que casi todas las localidades presentan un incremento tanto en casos notificados como en la prevalencia por cada 10.000 nacidos vivos.

Localidades con alta natalidad como Suba, Kennedy, Bosa y Ciudad Bolívar mantienen su tendencia a concentrar un elevado número absoluto de casos. Por ejemplo, en Suba, los casos aumentaron de 143 a 326, elevándose la prevalencia de 357,4 a 801,4 por 10.000 NV. En Kennedy, los casos pasaron de 179 a 271, con un ascenso de la prevalencia de 458,3 a 709,6, mientras que en Ciudad Bolívar, los casos subieron de 148 a 199, incrementándose la prevalencia de 509,3 a 681,3. Esto podría reflejar tanto una mayor capacidad de detección y vigilancia como factores sociales, ambientales y de acceso a servicios de salud que deben ser explorados con mayor profundidad.

Por otro lado, algunas localidades con menor volumen poblacional muestran prevalencias muy elevadas, influenciadas por el bajo número de nacidos vivos. Tal es el caso de La

Candelaria, que pasó de 394,7 a 1694,9 por 10.000 NV, con apenas 59 nacidos vivos en 2025, y Sumapaz, que aunque solo registra un caso en 2025, alcanza una prevalencia de 833,3 por 10.000 NV debido a sus reducidos nacimientos. De manera similar, Teusaquillo incrementó su prevalencia de 442,7 a 1118,2, y Los Mártires pasó de 831,4 a 875,0, lo que pone de manifiesto la importancia de interpretar estos indicadores considerando el tamaño poblacional.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer el análisis territorial, profundizar en los determinantes sociales de la salud y reforzar las acciones de prevención, tamizaje y atención integral en las localidades más afectadas, para mitigar el impacto de los defectos congénitos y reducir las inequidades en salud en el Distrito.

Tabla 19. Prevalencia de los Defectos Congénitos por localidad de residencia, años 2024 -2025p, Bogotá D.C.

A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 27						
Localidad	2024			2025		
	Casos	Nacidos vivos	Prevalencia x 10.000 NV	Casos	Nacidos vivos	Prevalencia x 10.000 NV
1-Usaquen	70	1960	357,1	142	1770	802,3
2-Chapinero	30	589	509,3	31	507	611,4
3-Santafe	40	491	814,7	41	398	1030,2
4-San Cristobal	91	1392	653,7	124	1325	935,8
5-Usme	92	1442	638,0	115	1436	800,8
6-Tunjuelito	35	616	568,2	42	608	690,8
7-Bosa	120	2867	418,6	172	2688	639,9
8-Kennedy	179	3906	458,3	271	3819	709,6
9-Fontibón	61	1216	501,6	94	1302	722,0
10-Engativa	104	2618	397,2	204	2485	820,9
11-Suba	143	4001	357,4	326	4068	801,4
12-Barrios Unidos	16	448	357,1	37	456	811,4
13-Teusaquillo	17	384	442,7	35	313	1118,2
14-Mártires	35	421	831,4	35	400	875,0
15-Antonio Nariño	33	318	1037,7	19	300	633,3
16-Puente Aranda	29	804	360,7	57	776	734,5
17-Candelaria	3	76	394,7	10	59	1694,9
18-Rafael Uribe	82	1428	574,2	103	1394	738,9
19-Ciudad Bolivar	148	2906	509,3	199	2921	681,3
20-Sumapaz	0	6	0,0	1	12	833,3
Sin dato de localidad	10	10	-	22	6	36666,7
Total general	1338	27899	479,6	2080	27043	769,1

Proporción: Casos de defectos congénitos sobre total de defunciones. Fuente 2024 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025 Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES 09-07-2025 Fuente:Base SIVIGILA evento 215 2024 - 2025 SE 27

Tabla 20. Caracterización de los casos de defectos congénitos en Bogotá D.C, años 2024 – semana 27 2025p

Caracterización 2024 a SE 27					Caracterización 2025 a SE 27				
Régimen	casos	%	prevalencia x 10.000 NV	NV	Régimen	casos	%	prevalencia x 10.000 NV	NV
Contributivo	885	66,1%	458,4	19306	Contributivo	1535	73,8%	816,2	18807
Subsidiado	403	30,1%	588,0	6854	Subsidiado	432	20,8%	652,5	6621
No asegurado	42	3,1%	329,4	1275	No asegurado	48	2,3%	439,6	1092
Excepción	21	1,6%	464,6	452	Excepción	28	1,3%	556,7	503
Rango de edad de la madre	casos	%	prevalencia x 10.000 NV	NV	Rango de edad de la madre	casos	%	prevalencia x 10.000 NV	NV
10 a 14	4	0,3%	425,5	94	10 a 14	8	0,4%	1095,9	73
15 a 19	124	9,3%	573,3	2163	15 a 19	122	5,9%	593,1	2057
20 a 24	278	20,8%	443,0	6276	20 a 24	445	21,4%	760,0	5855
25 a 29	333	24,9%	424,7	7840	25 a 29	580	27,9%	758,2	7650
30 a 34	303	22,6%	454,3	6670	30 a 34	522	25,1%	782,5	6671
35 y mas	296	22,1%	609,6	4856	35 y mas	403	19,4%	850,7	4737
Pertenencia étnica	casos	%	prevalencia x 10.000 NV	NV	Pertenencia étnica	casos	%	prevalencia x 10.000 NV	NV
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 5	3	0,2%	229,0	131	Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 5	2	0,1%	173,9	115
Indígena	12	0,9%	3333,3	36	Indígena	2	0,1%	277,8	72
Nacionalidad	casos	%	prevalencia x 10.000 NV	NV	Nacionalidad	casos	%	prevalencia x 10.000 NV	NV
Colombianas	1182	88,3%	477,6	24749	Colombianas	1901	91,4%	781,4	24329
Extranjeras	152	11,4%	483,2	3146	Extranjeras	179	8,6%	660,3	2711

Fuente 2024 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-07-2025Fuente: Base SIVIGILA evento 215 2024 - 2025 a SE 27

El análisis comparativo 2024-2025 muestra que para 2025 se incrementa notablemente la prevalencia general en todos los grupos analizados, lo que podría asociarse tanto a un aumento real en la ocurrencia del evento como a mejoras en el diagnóstico y notificación.

En cuanto al régimen de afiliación en 2025 se observa un aumento importante en el porcentaje de casos en el régimen contributivo, que pasó de 66,1% en 2024 a 73,8%, con un incremento notable de la prevalencia, que subió de 458,4 a 816,2 por 10.000 NV, a pesar de tener un número similar de nacidos vivos (19306 vs 18807).Para el régimen subsidiado, aunque el número absoluto de casos subió ligeramente (403 a 432), su participación disminuyó del 30,1% al 20,8%, con una prevalencia que igualmente aumentó de 588,0 a 652,5 por 10.000 NV, mostrando un mayor riesgo pese a la reducción de nacidos vivos (6854 a 6621).El grupo no asegurado pasó del 3,1% al 2,3%, aunque la prevalencia aumentó de 329,4 a 439,6, con menos nacidos vivos .El régimen de excepción mantuvo

cifras bajas en proporción, pero también tuvo un incremento en prevalencia, pasando de 464,6 a 556,7. Rango de edad de la madre

En 2025 se evidencia un incremento marcado en la prevalencia en casi todos los rangos de edad, especialmente en el grupo de 10 a 14 años, que pasó de 425,5 a 1095,9 por 10.000 NV. Las madres de 35 y más años aumentaron su prevalencia de 609,6 a 850,7, a pesar de que su participación relativa bajó de 22,1% a 19,4%. Los grupos de 25 a 29 años y 30 a 34 años mostraron un claro aumento tanto en número de casos como en prevalencia, manteniéndose como los rangos con más casos en ambos años.

En cuanto a pertenencia étnica se observa una disminución en la proporción de casos reportados en población indígena (de 0,9% a 0,1%) y en afrodescendientes (de 0,2% a 0,1%), con una fuerte reducción en la prevalencia en indígenas (de 3333,3 a 277,8), aunque estas cifras son sensibles por el bajo denominador de nacidos vivos en esos grupos.

Verificando la nacionalidad en 2025 aumentó la proporción de casos en mujeres colombianas (de 88,3% a 91,4%), con un incremento en la prevalencia de 477,6 a 781,4 en mujeres extranjeras, aunque el porcentaje bajó del 11,4% al 8,6%, la prevalencia subió significativamente de 483,2 a 660,3, destacando un riesgo importante.

Destaca el incremento en madres muy jóvenes (10 a 14) y mayores de 35, así como en el régimen contributivo, que aporta el mayor peso en casos absolutos y en prevalencia. Esto subraya la necesidad de reforzar intervenciones diferenciales según edad, régimen y nacionalidad.

Tabla 20. Prevalencia de los grupos de defectos congénitos priorizados por el INS en Bogotá D.C. 2024 – 2025p

Grupo de diagnósticos	2024 a SE 27		2025 a SE 27	
	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia
Defectos del Sistema Circulatorio	643	230,5	717	265,1
Hipotiroidismo	23	8,2	15	5,5
Defectos Osteomusculares	14	5,0	21	7,8
Cromosomopatías	105	37,6	94	34,8
Defectos del SNC	76	27,2	96	35,5
Defectos de Extremidades	141	50,5	168	62,1
Fisura del labio y paladar	45	16,1	59	21,8

Fuente 2024 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-07-2025Fuente: Base SIVIGILA evento 215 2024 - 2025 a SE 27

Las cifras evidencian una tendencia general al alza, en cuanto a la notificación de defectos congénitos, que exige una respuesta integral del sistema de salud en detección temprana, atención especializada y abordaje preventivo, especialmente en los grupos diagnósticos con mayor crecimiento.

El análisis de los datos por grupo de diagnóstico evidencia un incremento notable en la mayoría de los defectos congénitos entre 2024 y 2025. Los defectos del sistema circulatorio continúan siendo los más prevalentes en ambos años, aumentando de 643 a 717 casos y elevando su prevalencia de 230,5 a 265,1 por 10.000 nacidos vivos, lo que representa un crecimiento considerable que podría estar relacionado con mejoras en el diagnóstico prenatal o posnatal.

Se observa también un aumento en los defectos osteomusculares, que pasaron de 14 a 21 casos con un alza en la prevalencia de 5,0 a 7,8, en los defectos del sistema nervioso central (SNC) que subieron de 76 a 96 casos y de 27,2 a 35,5 en prevalencia, así como en los defectos de extremidades, que crecieron de 141 a 168 casos, aumentando su prevalencia de 50,5 a 62,1, y en las fisuras de labio y paladar, que ascendieron de 45 a 59 casos, con prevalencia de 16,1 a 21,8. Estos incrementos refuerzan la necesidad de mantener una vigilancia constante sobre estas condiciones y de fortalecer las estrategias de prevención y diagnóstico oportuno.

Por otro lado, algunos grupos diagnósticos muestran una disminución, como el hipotiroidismo congénito, que redujo sus casos de 23 a 15 y su prevalencia de 8,2 a 5,5, y las cromosomopatías, que pasaron de 105 a 94 casos, con una baja de 37,6 a 34,8 en su prevalencia. Estas reducciones podrían explicarse por variaciones en la clasificación, subregistro o efectos positivos de intervenciones preventivas.

ACCIONES ADELANTADAS A NIVEL DISTRITAL

En línea con los objetivos nacionales orientados a promover la prevención primaria y proteger la salud de los niños con malformaciones congénitas, Bogotá ha venido consolidando múltiples acciones. Estas buscan fortalecer el registro y la vigilancia epidemiológica, ampliar los conocimientos técnicos, desarrollar capacidades en el personal de salud, impulsar la investigación sobre causas, diagnóstico y prevención, así como estimular la cooperación internacional. A nivel distrital, estas iniciativas se materializan mediante el Convenio Tripartita, el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal y el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Infantil. Entre las estrategias implementadas destacan la vigilancia activa de casos, la formación de los equipos de salud en los diferentes niveles de atención, la promoción de la consulta preconcepcional, la captación temprana de gestantes al iniciar el control prenatal, la demanda inducida y el trabajo para superar barreras de acceso, junto con la articulación con cohortes que permiten intervenir oportunamente el riesgo en la madre y su familia.

En este marco, se han establecido espacios periódicos para dar forma a la estrategia “Corazón Bogotá”, con el propósito de revisar y optimizar la ruta distrital de atención a las cardiopatías congénitas. Este esfuerzo pone especial énfasis en la detección prenatal temprana mediante la ecografía anatómica fetal y, de ser necesario, el ecocardiograma fetal especializado. Cuando se confirma una anomalía, propone la activación de un abordaje interdisciplinario que involucra cardiología pediátrica, perinatología, cirugía cardiovascular, genética y apoyo psicosocial, con el fin de precisar el diagnóstico, planificar el parto y asegurar la atención neonatal en centros con UCI y capacidad quirúrgica pediátrica.

Por otro lado, el distrito cuenta con una estrategia de vigilancia intensificada, que abarca desde la etapa prenatal hasta el primer año de vida, dirigida a la detección temprana, prevención, manejo del riesgo individual, atención integral y seguimiento de los niños con defectos congénitos priorizados. Su meta es contribuir a la reducción de la mortalidad infantil por causas que son en buena medida prevenibles. Detectar oportunamente estos defectos permite definir rutas de atención específicas y gestionar el riesgo individual mediante un enfoque que combina identificación, prevención, monitoreo y planificación, garantizando así que cada niño o niña reciba atención integral, oportuna y de calidad.

Este proceso se desarrolla principalmente a través de seguimientos donde se evalúa la adherencia a los tratamientos médicos, se identifican barreras de acceso —como la oportunidad de citas, tratamientos farmacológicos o quirúrgicos— y se gestionan soluciones, canalizando casos a las EAPB para mitigar dichas barreras y mejorar la continuidad del cuidado, utilizando para ello las cohortes de riesgo. Además, esta gestión se coordina con equipos técnicos interdisciplinarios de la Secretaría Distrital de Salud —áreas de Aseguramiento, Provisión de Servicios, Inspección, Vigilancia y Control, y Salud Pública—, así como con las EAPB e IPS.

Es fundamental destacar que la vigilancia de defectos congénitos es un proceso dinámico que depende de la notificación por parte de las UPGD (Unidades Primarias Generadoras de Datos). Por eso se impulsan acciones de mejora continua, a través de acompañamiento técnico a las instituciones y formación del talento humano, lo que ha permitido incrementar la notificación de casos. Dado que en Colombia este evento se sigue hasta el primer año de vida, se esperaría una prevalencia cercana al 5%, sin embargo Bogotá actualmente reporta cifras superiores, incluso muy por encima del promedio nacional. Como complemento a la vigilancia rutinaria, el distrito realiza una intensificación de este proceso, haciéndolo más activo, detallado y enfocado, con el objetivo central de reducir la mortalidad en menores de cinco años.

Finalmente, desde la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de Bogotá se brinda apoyo técnico continuo a las UPGD, EAPB y subredes integradas de servicios de salud (SISS), fortaleciendo la identificación, el registro ecográfico, el diagnóstico y la notificación

oportuna del evento 215 —defectos congénitos—, para garantizar intervenciones más eficaces y oportunas.

LOGROS

- Avances en la construcción del lineamiento para la estrategia “Corazón Bogotá” con la participación de diferentes actores con amplia experiencia a nivel distrital.
- Reconocimiento, y convocatoria a participar con la socialización del comportamiento de los eventos en diferentes espacios distritales, como la mesa interdependencias de infancia, y en el análisis y discusión para generación de alternativas distritales.
- Adopción e implementación de las directrices emitidas por el Instituto nacional de salud en cuanto al aplicativo de maternidad segura, socializando con los diferentes actores orientaciones emitidas desde el nivel nacional.
- Se ha dado continuidad al fortalecimiento de la vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, como un elemento acelerador en la reducción de la Mortalidad Materna, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Se respaldan las acciones de acompañamiento a las usuarias con evento de MME que realizan los equipos de las cuatro subredes, mediante trabajo colaborativo y fortalecimiento técnico en cabeza del equipo de vigilancia intensificada de gestantes y neonatos en alto riesgo de morbilidad materna y neonatal. estas acciones han logrado evitar las muertes maternas de las usuarias en seguimiento, manteniendo su indicador de muerte materna (MM) en 0%.
- Se ha dado continuidad a la estrategia de plan padrino “Angeles guardianes”, de la red privada de prestadores de servicios en el marco del plan de aceleración para la reducción de muerte maternas 2022 – 2026, alcanzando una importante aceptación por parte de las Aseguradoras del Plan de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En la actualidad, la EAPB Compensar a implementado la estrategia con el mismo modelo que desarrolla el Distrito.
- Se lleva a cabo un trabajo constante en la generación de alertas tempranas para la gestión del riesgo en salud materno-perinatal. Esto se logra mediante intervenciones tanto individuales como colectivas, que buscan definir acciones anticipatorias y mitigatorias para prevenir resultados negativos en salud. Se promueve la maternidad segura a través de la implementación del flujograma del monitoreo especial, en respuesta a la solicitud del Instituto Nacional de Salud (INS).
- Se lleva a cabo un acompañamiento distrital periódico a las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud, con el propósito de retroalimentar los hallazgos encontrados en la depuración de las bases 215, 560, 549 y 551. Esto ha permitido mejorar la oportunidad en los ajustes y la calidad de los datos. A través de los seguimientos nominales realizados en el marco de la vigilancia intensificada de los Defectos Congénitos, se ha logrado reducir las barreras de acceso a los servicios de salud mediante la canalización al módulo SIRC y a la EAPB. Asimismo, de acuerdo con los hallazgos identificados en

los seguimientos, se han identificado necesidades de fortalecimiento en las IPS, las cuales han sido abordadas a través de Asistencias Técnicas.

- Se ha logrado mejorar en un 41% el diagnóstico prenatal de los Defectos Congénitos (DC), como resultado del fortalecimiento de competencias del talento humano en las IPS que realizan ecografías y en las unidades que llevan a cabo el diagnóstico prenatal. Esto ha generado un aumento en la notificación cuando se identifica un DC.
- Como parte de las actividades de seguimiento a la implementación de la RIAS Materno Perinatal, se ha establecido que antes del egreso hospitalario en las IPS de atención del parto, se debe garantizar la realización del tamizaje neonatal, que incluye pruebas visuales, auditivas, de errores innatos del metabolismo, de cardiopatías congénitas y de TSH neonata dentro de las 24 horas postparto. Este tamizaje temprano permite identificar enfermedades congénitas de manera precoz, aunque algunas de ellas requieren exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico y definir el tratamiento.
- En IPS de atención del parto se realiza acompañamiento técnico en la atención integral de recién nacidos con morbilidad neonatal extrema (prematurez, asfixia, displasia broncopulmonar, defectos congénitos) incluyendo la atención multidisciplinaria en programas de alto riesgo pediátrico con énfasis en alteraciones nutricionales, patologías respiratorias y defectos congénitos mayores, entre otros.

RETOS

- Fortalecer el trabajando articulado entre los diferentes sectores para garantizar la autonomía de las mujeres, tal como se establece en la primera línea del plan de acción emitido en el plan de aceleración. Desde todos los niveles, nos enfocaremos en facilitar el acceso a métodos de planificación familiar, que otorgan a las mujeres la autonomía y el control sobre su salud reproductiva. Esto les permite tomar decisiones informadas y voluntarias sobre la planificación de sus familias y su futuro, reconociendo el impacto positivo en su bienestar general y en la salud materno-infantil.
- Promover la colaboración intersectorial con el fin de intervenir los determinantes sociales que contribuyen a las causas desencadenantes de la Morb-mortalidad Materno Perinatal, que han sido identificados previamente a partir de unidades de análisis de los casos de Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna. En línea con las acciones del Plan de Choque, que promueve la atención primaria en salud con un enfoque preventivo, nos comprometemos a intervenir en los factores de riesgo.
- Estandarizar el registro de información de población migrante no regularizada, con el fin de facilitar el procesamiento y análisis de información, contribuyendo a mejorar la

capacidad de respuesta e intervención de factores de riesgo y desigualdades en salud, que orienten la rápida toma de decisiones.

- Generar nuevas iniciativas que permitan abordar los desafíos que presentan los cambios del distrito y el país en relación con la gobernanza y el aumento de los indicadores trazadores materno-perinatales, a partir del trabajo articulado nos permite revisar los hallazgos de forma conjunta con el Instituto Nacional de Salud (INS), el Ministerio de Salud y otros actores relevantes.
- Fortalecimiento de competencias del talento humano, a través del plan de capacitaciones priorizado de acuerdo con las necesidades de conocimiento evidenciadas para la atención en población infantil.
- Fortalecimiento del programa distrital de hipotiroidismo congénito identificando riesgos, rezagos y promoviendo atención de niños y niñas mayores de 1 año con diagnóstico de defectos congénitos en articulación con vigilancia en salud pública.
- A pesar de los logros significativos en la reducción del embarazo no deseado en adolescentes en Bogotá, aún existen desafíos importantes por abordar. Para continuar esta tendencia, es esencial mantener y fortalecer los programas de educación sexual integral en las escuelas, garantizando que lleguen a todos los jóvenes y que estén actualizados para abordar las necesidades cambiantes de la población adolescente. A su vez, se debe ampliar la cobertura de por parte de los servicios de salud sexual y reproductiva, accesibles y amigables para los jóvenes, enfocándose en la disponibilidad de métodos anticonceptivos, asesoramiento confidencial y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Petersen, E. E., Davis, N. L., Goodman, D., Cox, S., Mayes, N., E., Syverson, C., & Barfield, W. (2019). Vital signs: Pregnancy-related deaths, United States, 2011–2015, and strategies for prevention, 13 states, 2013–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(18), 423–429. Retrieved April 29, 2020, from <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6818e1>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024, 23 de diciembre). Circular Externa No. 022 de 2024. Bogotá, Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/> (o la URL específica si la tienes).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP). Resolución 1035 de 2022. Bogotá, Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. Instituto Nacional de Salud. Grupo Enfermedades No Transmisibles. Equipo Maternidad Segura. Colombia, Bogotá. Versión 4. 2022 [Internet] <https://doi.org/10.33610/infoevento.46>
- Instituto Nacional de Salud. (2024, 25 de junio). Protocolo de vigilancia en salud pública de defectos congénitos (v. 07). Bogotá, Colombia. <https://doi.org/10.33610/BAQX9645>
- Instituto Nacional de Salud. (2024). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía (v. 7). Bogotá, Colombia. <https://doi.org/10.33610/DCJH9594>
- Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. [En línea]. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016.
- Resolución 3202 de 2016, 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 dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. [En línea]. Bogotá. Ministerio de Salud

y Protección Social. 2016. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

- Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Ministerio de Salud y Protección Social.