Objetivo: Participación en el comité de seguimiento N° 166 plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna

Entidad/Proceso: Ministerio de Salud y Protección Social

Nombre: Christian León Osorio Vanegas Teléfono: 3204742302_Correo electrónico: estrategiaangelesguardianes@gmail.com

Lugar de la reunión: Virtual Plataforma TEAMS
Fecha: 19 de marzo del 2026 Hora de inicio: 7:00 am Hora de Finalización: 10:00 am

RESUMEN DE TEMAS TRATADOS [1]

1. Apertura del espacio

La reunión inició con la participación de delegados del Ministerio de Salud y Protección Social, equipo técnico de la Superintendencia Nacional de Salud, referentes de las Entidades Territoriales de Salud y representantes de EPS vinculadas al proceso de vigilancia materna. El encuentro fue conducido por el **Equipo Nacional de Vigilancia de Salud Materna**, con acompañamiento de Mónica Castro, coordinadora del Grupo de Curso de Vida de la Dirección de Promoción y Prevención, dio apertura al espacio saludando a los equipos de las entidades territoriales, así como a los actores responsables de la gestión de la atención de gestantes y recién nacidos desde las CPS y las redes de prestación de servicios. Asimismo, presentó al equipo técnico que acompaña el desarrollo del plan, integrado por Marcela Güiza, Lorena Rodríguez, Laura Real, Diana Carolina Pino, Germán Gallego y Claudia Pérez, de la Dirección de Epidemiología y Demografía.

2. Presentación de la agenda
Durante la sesión se abordaron los siguientes puntos:

1. Actualización de la situación de mortalidad materna – Semana epidemiológica 09 de 2026.
2. Seguimiento a compromisos EPS: Cajacopi, famisanar.
3. Seguimiento a tablero de Mando.
4. Balance Aplicación Isabel.
5. Presentación del caso Antioquia- Coosalud.

3. Desarrollo técnico

1. Situación nacional de mortalidad materna – SE 09 de 2026

Se dio inicio a la presentación del comportamiento de la mortalidad materna temprana con corte a la semana epidemiológica 09 de 2026. En relación con los nacimientos en el país, se mantiene la tendencia histórica a la disminución observada en la serie 2018–2025; no obstante, durante el año

[1] Se podrán incluir las filas que se requieran en cualquiera de los items del documento.

2026 se ha evidenciado un leve incremento, con una variación positiva del 3,45 %, lo cual representa una recuperación moderada del denominador y constituye un aspecto relevante para el análisis de la razón de mortalidad materna.

En cuanto a la morbilidad materna extrema, se evidenció un incremento considerable en la notificación de casos para la semana epidemiológica 09 de 2026, alcanzando aproximadamente 6.500 casos, con una razón cercana a 88 por 1.000 nacidos vivos. Este comportamiento muestra una tendencia creciente en comparación con la serie histórica 2017–2025. A pesar de este aumento, el índice de letalidad se mantiene bajo, alrededor de 0,40, lo cual sugiere una mejor captación de casos y una atención oportuna que contribuye a la reducción del riesgo de mortalidad.

El análisis por entidades territoriales evidenció que más del 70 % de los territorios presentan incremento en la notificación de morbilidad materna extrema. Se destacan territorios como Putumayo y Vichada, los cuales presentan razones superiores al promedio nacional. En cuanto al régimen de aseguramiento, la mayor proporción de casos continúa concentrándose en el régimen subsidiado, con más del 50 %, seguido del régimen contributivo.

Respecto al área de residencia, la mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema se concentra en zonas urbanas, con aproximadamente el 81 %, seguida de zonas rurales y rurales dispersas. Por grupos de edad, el mayor número de casos se presenta en mujeres entre 20 y 34 años, especialmente en el grupo de 25 a 29 años. No obstante, se resalta un incremento en los extremos de edad, con 44 casos en niñas de 10 a 14 años y 298 casos en mujeres de 40 años y más.

En relación con la pertenencia étnica, aproximadamente el 5,1 % de los casos corresponde a población indígena y cerca del 4 % a población afrodescendiente. En cuanto a las causas agrupadas, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo continúan siendo la principal causa, representando el 65,2 % de los casos, seguidos por las complicaciones hemorrágicas (20 %) y las complicaciones relacionadas con el aborto (3,2 %). Asimismo, el 45 % de los casos cumplió con dos criterios de morbilidad materna extrema, mientras que el 13,5 % presentó tres o más criterios.

En relación con la mortalidad materna temprana, para la semana epidemiológica 09 de 2026 se notificaron 6 casos, para un acumulado de 26 muertes maternas. Aunque este valor continúa siendo inferior al observado en la serie histórica 2017–2025, no se alcanza aún la meta establecida. La razón de mortalidad materna presenta una disminución frente al año 2025, con una variación cercana al 19 %, y una reducción del 16,1 % en el número de casos, lo cual refleja un comportamiento favorable.

Durante la semana epidemiológica 09 se reportaron 6 casos de muerte materna, en comparación con 4 casos en el mismo periodo del año anterior, con un promedio semanal de 2,5 casos en 2026 frente a 3,3 en 2025. No obstante, se mantiene un promedio semanal inferior al del año anterior. Adicionalmente, se anticipa un incremento en la semana 10, con 5 casos preliminares reportados.

El análisis territorial evidenció incremento en entidades como Antioquia, así como en Arauca, Quindío, Casanare, Caquetá, Santa Marta, Sucre, Cartagena y Cauca. Por el contrario, algunos territorios no reportaron muertes maternas en el periodo analizado. La distribución geográfica

muestra una menor concentración en comparación con 2025, evidenciando una dispersión mayor de los casos en el territorio nacional, lo cual representa un aspecto de alerta.

Por área de residencia, el 61,5 % de los casos se presentó en zonas urbanas, seguido de zonas rurales. En relación con la pertenencia étnica, se destaca un incremento en población indígena, con 7 casos (27 %), lo cual constituye una señal de alerta por el aumento en este grupo poblacional. En cuanto al régimen de aseguramiento, el 73 % de los casos corresponde al régimen subsidiado, seguido del contributivo. Respecto a la nacionalidad, el 92 % de los casos corresponde a mujeres colombianas y el 8 % a población extranjera.

Por grupos de edad, se evidenció un incremento en mujeres de 15 a 19 años y de 35 a 39 años, este último grupo con un aumento significativo frente al año anterior. Asimismo, se observa un incremento en la razón en mujeres de 40 años y más, asociado al comportamiento del denominador en este grupo poblacional.

Finalmente, en cuanto a las causas de muerte materna, predominan las causas directas, con 16 casos, destacándose los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (31 %), seguidos por la sepsis obstétrica (12,5 %) y la hemorragia obstétrica. Dentro de las causas indirectas se notificaron 9 casos (34,6 %), con un incremento relevante en muertes asociadas a cáncer (11,5 %), así como casos relacionados con neumonía y otras condiciones en estudio. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, detección temprana y atención integral en todos los niveles del sistema de salud.

Intervención del doctor Germán Augusto Gallego

inició su intervención realizando un análisis de la situación actual de la mortalidad materna, señalando que el comportamiento reciente evidencia un escenario preocupante. Indicó que, con la notificación preliminar de cinco muertes maternas en la semana epidemiológica 10, el promedio semanal se ubica en 3,1 casos, cifra similar a la observada en el mismo periodo del año anterior (3,2 casos), lo cual sugiere que no se ha logrado una reducción sostenida del evento. En este sentido, enfatizó que la situación requiere especial atención para evitar un incremento en la tendencia.

Asimismo, destacó que históricamente, posterior a la Semana Santa, se ha observado un aumento en la morbilidad materna extrema y, en consecuencia, en la mortalidad materna. A este comportamiento estacional se suma el contexto epidemiológico actual, caracterizado por el incremento de enfermedades respiratorias, lo cual podría generar un impacto adicional en la salud materna. Señaló que, al analizar el periodo epidemiológico en curso, existe el riesgo de que se configure como uno de los periodos con mayor afectación si no se implementan acciones oportunas.

Durante su intervención, resaltó que, aunque la mortalidad materna es un evento de baja frecuencia y susceptible a variaciones por conglomerados, el análisis no debe limitarse a la variabilidad estadística, sino considerar el impacto en términos de vidas perdidas. En este contexto, hizo referencia al incremento de algunas causas, como el cáncer, así como a la persistencia de eventos prevenibles como los trastornos hipertensivos del embarazo y la sepsis obstétrica.

En relación con la hemorragia obstétrica, destacó como un aspecto positivo la reducción en el número de muertes, a pesar del incremento cercano al 49 % en los casos de morbilidad materna extrema asociados a esta causa. Este comportamiento sugiere una disminución en la letalidad, posiblemente relacionada con mejoras en la detección temprana y en la implementación de medidas como la cuantificación de la pérdida sanguínea, el manejo activo del alumbramiento y el escalamiento oportuno de la atención.

No obstante, advirtió que la situación es diferente en el caso de los trastornos hipertensivos del embarazo, donde se evidencia un incremento en la morbilidad materna extrema y un comportamiento que continúa generando muertes maternas. Señaló la necesidad de reforzar las capacidades del talento humano en la identificación y manejo oportuno de estas condiciones, retomando estrategias de capacitación clínica y actualización en el manejo terapéutico.

El doctor Gallego hizo énfasis en la importancia de fortalecer el análisis de la severidad de la morbilidad materna extrema como un indicador temprano del riesgo de mortalidad. En particular, resaltó la utilidad del indicador de proporción de casos con tres o más criterios, el cual permite una medición más estable del comportamiento del evento y facilita la identificación de alertas tempranas en los territorios.

De igual forma, señaló que las fallas en la calidad de la atención de las emergencias obstétricas continúan siendo un factor común en el país, incluso en territorios con mayor capacidad instalada. En este sentido, enfatizó que los procesos de capacitación aislados no son suficientes y que se requiere un fortalecimiento integral de las competencias institucionales, así como el uso riguroso de herramientas de evaluación de calidad para identificar oportunamente las brechas en la atención.

En el análisis territorial, mencionó que departamentos y distritos como Antioquia, Bogotá y Barranquilla presentan comportamientos que requieren seguimiento, mientras que otros territorios muestran tendencias variables. Asimismo, señaló que algunos territorios históricamente priorizados han presentado avances, aunque persisten retos importantes en la reducción de casos.

Finalmente, concluyó que el principal enfoque debe centrarse en las causas prevenibles y controlables, especialmente los trastornos hipertensivos del embarazo y la calidad de la atención en emergencias obstétricas. En este contexto, planteó la necesidad de orientar las acciones hacia la identificación temprana del riesgo, el fortalecimiento del control prenatal y la mejora en la capacidad de respuesta de los servicios de salud, con el fin de prevenir muertes maternas evitables.

Seguimiento a compromisos EPS: famisanar.

En el marco del seguimiento al caso presentado, se realizó la revisión de los hallazgos asociados a la atención de la usuaria, en el cual se identificaron fallas críticas en la calidad de la atención, incluyendo demoras en el acceso a los servicios y deficiencias en la oportunidad de la respuesta clínica ante signos de alarma. En este contexto, se enfatizó la necesidad de orientar el análisis hacia la generación de aprendizajes que permitan prevenir eventos similares.

Por parte de la EPS Famisanar, se informó que el plan de mejora ya fue formulado y radicado ante la Gobernación de Cundinamarca. Dentro de los principales hallazgos identificados se destacan las

barreras en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, tales como la ausencia de consulta preconcepcional, dificultades en el acceso a métodos de planificación familiar y falta de oportunidad en la atención prenatal, particularmente en la consulta de la semana 32 de gestación.

Como respuesta a estas situaciones, la EPS planteó el fortalecimiento de estrategias de atención primaria en salud a través de equipos extramurales, orientados a la captación temprana de mujeres en edad fértil y gestantes, con énfasis en la identificación de riesgos como hipertensión y diabetes. Asimismo, se incorporaron acciones de tamizaje, incluyendo la realización de pruebas rápidas de embarazo, y la canalización hacia servicios de planificación familiar o consulta preconcepcional según el riesgo identificado.

Adicionalmente, se plantearon estrategias de demanda inducida mediante campañas de comunicación en medios masivos y jornadas de salud en articulación con IPS primarias, con el fin de mejorar el acceso a los servicios de promoción y mantenimiento de la salud. En relación con la atención preparto, se informó la implementación de un sistema de seguimiento mediante call center para garantizar el agendamiento oportuno y la asistencia efectiva de las gestantes a sus controles.

En cuanto a la gestión de la cohorte de gestantes, la EPS reportó avances en la captación, pasando de un 66 % a un 70 %, así como un incremento en la cobertura de control prenatal. No obstante, durante la sesión se evidenció la necesidad de fortalecer la estimación y seguimiento de la cohorte a nivel territorial e institucional, con el fin de garantizar una mayor cobertura y control efectivo.

Frente a la estrategia de equipos extramurales, se señaló que, si bien representan una acción relevante, persisten limitaciones en su productividad, evidenciándose una baja captación de gestantes en relación con la necesidad estimada. En este sentido, se recomendó fortalecer el seguimiento a la producción de estos equipos y ajustar su capacidad operativa para lograr un impacto significativo en la captación y atención de la población objetivo.

En relación con la red de prestación de servicios, se identificaron preocupaciones frente a la calidad de la atención en algunas instituciones, por lo cual se recomendó a la EPS revisar el direccionamiento de pacientes y priorizar su remisión a instituciones con mejores estándares de calidad, en articulación con las autoridades territoriales. En este sentido, se informó el inicio de la canalización de usuarias hacia nuevas IPS con mayor capacidad resolutiva.

Por su parte, la Secretaría de Salud de Cundinamarca resaltó la importancia de continuar fortaleciendo la articulación con la EPS, haciendo énfasis en la necesidad de reducir la fragmentación en la atención y evitar el traslado innecesario de gestantes fuera de su territorio. Asimismo, se reiteró la necesidad de eliminar barreras administrativas, particularmente las relacionadas con la autorización de servicios en la ruta materno perinatal.

Finalmente, se concluyó que, si bien se evidencian avances en la formulación de acciones por parte de la EPS, persisten retos importantes en la mejora de la calidad de la atención, la captación efectiva de gestantes y la articulación de la red de servicios, aspectos clave para la reducción de la mortalidad materna.

Seguimiento a compromisos EPS: Cajacopi

En el marco del seguimiento al caso de mortalidad materna asociado a tromboembolismo pulmonar en la regional Magdalena, Cajacopi presentó avances frente a los compromisos establecidos en la sesión anterior.

En primer lugar, se realizó la depuración de la cohorte de gestantes en riesgo de tromboembolismo. De un total inicial de 214 casos identificados sin tratamiento, el 86,4% (185 casos) fueron descartados al no cumplir criterios clínicos de riesgo, principalmente por clasificación inicial asociada a sobrepeso sin otros factores. Adicionalmente, 27 casos correspondían a pacientes en posparto que ya habían recibido manejo completo, por lo que también fueron excluidos de la cohorte.

Actualmente, se cuenta con una cohorte activa de 742 mujeres con alto riesgo de tromboembolismo, concentrándose principalmente en condiciones de obesidad (264 casos) y sobrepeso (351 casos), que representan aproximadamente el 82% del total. Otros factores identificados incluyen abortos recurrentes, lupus y trastornos de la coagulación en menor proporción. Territorialmente, la mayor carga se concentra en los departamentos de Cesar y Atlántico.

En relación con la adherencia al tratamiento, se reporta que el 61,8% de la población identificada se encuentra recibiendo manejo farmacológico, evidenciando una mejora en la dispensación de medicamentos tras el fortalecimiento del seguimiento y cruce de información con operadores farmacéuticos.

Asimismo, se evidencian avances en la implementación de estrategias para garantizar la entrega de tratamiento en el posparto (egreso seguro), incluyendo la formalización de acuerdos con la red prestadora en algunos territorios. No obstante, persisten retos en la estandarización de este proceso en todas las regiones.

Durante la sesión se enfatizó la importancia de asegurar la continuidad del tratamiento, especialmente en el egreso hospitalario, así como la necesidad de articulación efectiva con las entidades territoriales. En este sentido, se identificaron debilidades en la participación de la Secretaría de Salud de Magdalena, particularmente por limitaciones en talento humano asociadas a restricciones contractuales, lo cual afecta el seguimiento operativo de las acciones.

Finalmente, se estableció como compromiso fortalecer la coordinación interinstitucional, garantizar la presencia activa de la entidad territorial en los espacios de seguimiento y avanzar en soluciones que permitan superar las barreras administrativas identificadas, con el fin de mejorar la respuesta.

Seguimiento a tablero de Mando.

Durante la revisión del tablero de control se analizaron 225 reportes relacionados con la inclusión de atenciones en los acuerdos de voluntades, evidenciándose importantes vacíos en la incorporación explícita de servicios clave. En particular, se identificaron 33 reportes que no incluían ninguna de las tres atenciones prioritarias (anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo y medicamentos de egreso seguro), así como otros casos con inclusión parcial o “mixturas”, lo cual genera preocupación en la semaforización del indicador. Estos hallazgos ponen en evidencia problemáticas asociadas a la fragmentación contractual, que limita la integralidad de la atención. Se señalaron situaciones específicas que requieren revisión, como los contratos de eCopetrol y Deseo ESE, además de la necesidad de identificar con mayor precisión los territorios y prestadores involucrados, destacándose a Antioquia como un referente en el avance de la parametrización de

estos procesos. En cuanto a los compromisos, se estableció como fecha límite el 30 de marzo para el cumplimiento de acciones y el 31 de marzo para el reporte validado por parte de los territorios, proyectando además un análisis más robusto para el segundo semestre del año, el cual será consolidado y remitido a la Superintendencia Nacional de Salud. Durante la sesión se realizaron llamados de atención enfáticos sobre la necesidad de revisar con rigor y “con lupa” los contratos, evitar el reporte de información incompleta o no válida y garantizar la coherencia entre lo reportado y la realidad contractual, reiterando que, aunque se trata de un proceso complejo que implica la revisión detallada de múltiples contratos, es una responsabilidad directa de las entidades territoriales y no un ejercicio meramente burocrático, sino fundamental para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud materna.

Finalmente, se concluye la sesión resaltando la preocupación manifestada por el doctor frente al comportamiento actual de la mortalidad materna, señalando que los indicadores no muestran una mejoría significativa en comparación con el año anterior, lo cual exige mantener y reforzar las acciones de seguimiento, vigilancia y respuesta institucional en los territorios. Se enfatiza la necesidad de no bajar la guardia y continuar con el análisis riguroso de la información para prevenir nuevos eventos. Siendo las 10:00 a.m., se da por finalizada la sesión, quedando pendientes para la próxima reunión el desarrollo de los puntos 4 y 5 de la agenda

C. Síntesis del encuentro.

En síntesis, la sesión permitió analizar el comportamiento actual de la mortalidad materna en el país, evidenciando una situación que, aunque presenta algunos avances como la reducción en la letalidad de ciertos eventos, continúa siendo preocupante por la persistencia de causas prevenibles y la falta de una disminución sostenida en los casos. Se destacó la importancia de fortalecer la calidad de la atención, especialmente en el manejo de trastornos hipertensivos y emergencias obstétricas, así como la necesidad de mejorar la captación temprana y el seguimiento de gestantes a nivel territorial.

En el seguimiento a las EPS, se identificaron avances en la formulación e implementación de planes de mejora por parte de Famisanar y Cajacopi, particularmente en estrategias de atención primaria, depuración de cohortes y mejora en la dispensación de medicamentos. No obstante, persisten retos importantes relacionados con la oportunidad en el acceso, la productividad de los equipos extramurales, la continuidad del tratamiento y la articulación efectiva con las redes de prestación de servicios y las entidades territoriales, especialmente en contextos con limitaciones operativas como el caso de Magdalena.

Finalmente, el análisis del tablero de control evidenció debilidades en la inclusión de atenciones prioritarias dentro de los acuerdos contractuales, reflejando problemas de fragmentación que afectan la integralidad de la atención. Se reiteró la responsabilidad de las entidades territoriales en la calidad y veracidad del reporte de información, así como la necesidad de realizar revisiones rigurosas que contribuyan al mejoramiento real de los servicios. En conjunto, la sesión resaltó la importancia de mantener un seguimiento estricto, fortalecer la coordinación interinstitucional y enfocar los esfuerzos en acciones concretas que permitan reducir la mortalidad materna en el país.

Anexos

- **Agenda**

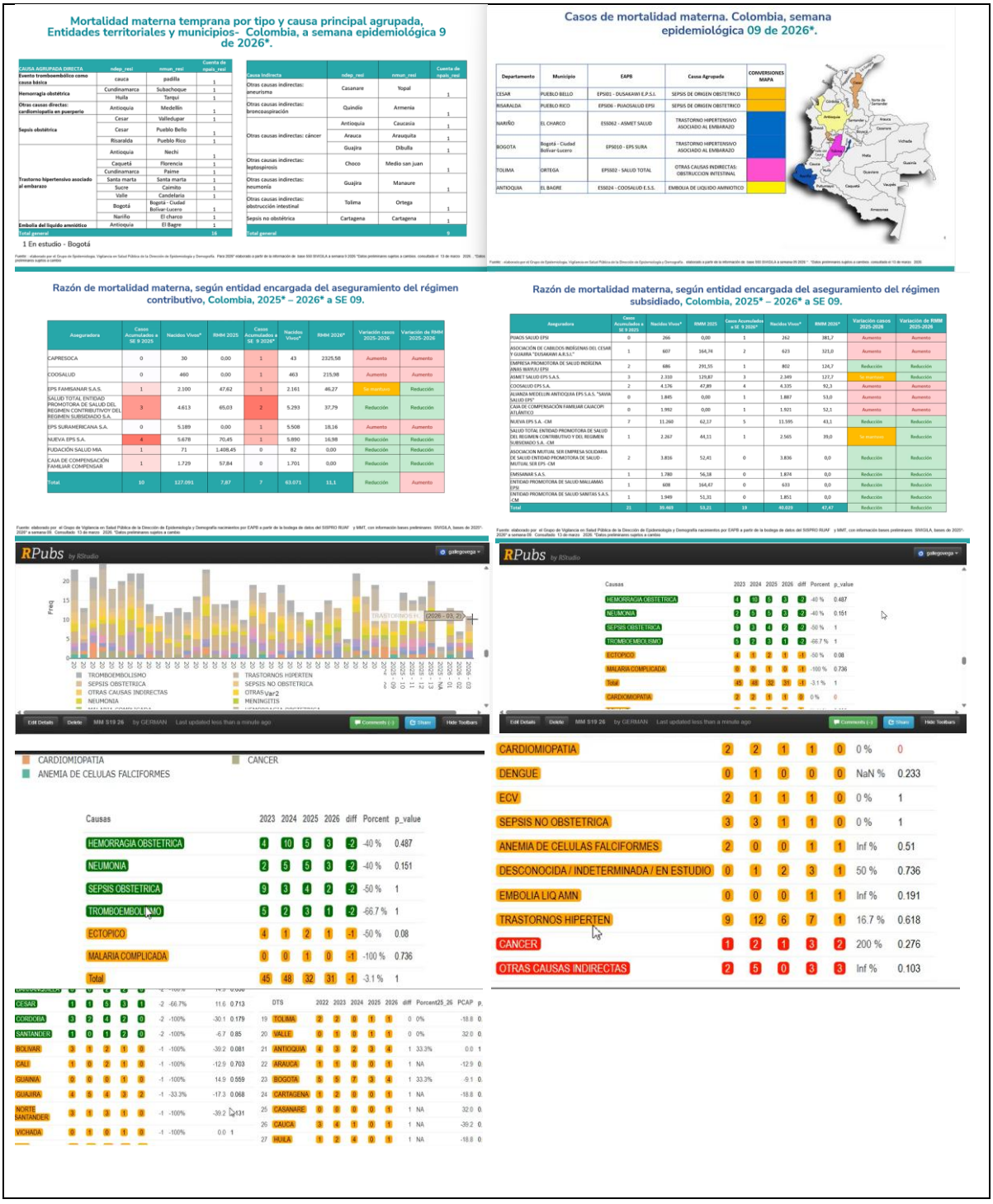




- **Situación de mortalidad materna SE 09 de 2026.**




Variables de importancia de morbilidad materna extrema, Colombia - 2026* a SE 09.
Distribución por grupos de edad (Acumulado a SE 9)
Distribución por pertenencia étnica (Acumulado a SE 9)
5,1%
0,1%
3,8%
Otros:91%
Distribución por causas agrupadas
Proporción por Total de criterios
Casos y razón de mortalidad materna a 42 días, Colombia 2017-2026* (por cada 100.000 nacidos vivos) a semana 09*.
Número de muertes maternas por semana epidemiológica, Colombia 2025-2026*.
Promedio de casos semanal 2026*: 2.5
Promedio de casos semanal 2025*: 3.3
Casos de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia. Colombia, a SE 9 de 2026*.
11
10
11
Departamentos y distrito NO han reportado muertes maternas entre 2025 * a 2026* SE 9
Antioquia, Quindío, Casanare, Caquetá, Santa Marta, Sucre, Cartagena, Cauca, Huila y Arauca
Cesar, La Guajira, Risaralda, Barranquilla, Córdoba, Santander, Bolívar, Cali Guainía, Vichada, Norte de Santander
Casos de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia. Colombia, a SE 09 de 2025* y 2026*
2025*
2026*
31 Muertes Maternas
26 Muertes Maternas
Mortalidad Materna, Colombia a SE 09 de 2026*
Por área de residencia
Urbano: 16 (61,5%) RMM = 228,61 x100 mil nv
Centro Poblado: 5 (19,2%) RMM= 115,50 x 100 mil nv
Rural disperso : 5 (19,2%) RMM= 38,51mil nv
Pertenencia étnica
Negro mulato, afrocolombiano:0 (0%) RMM 0,00
Indígena (7) 27% RMM 183,49 x mil nv
Pertenencia Indígena
Proporción de mortalidad materna por régimen de afiliación. Colombia 2026* a SE 09.
Contributivo
Subsidiado
27%
73%
Nacionalidad
COLOMBIA
VENEZUELA
8%
92%
Casos de MMT por Grupos de edad, Colombia 2023 - 2026* a SE 9.
15-19 años
66,7 % Casos
35-39 años
500 % Casos
Razón de MMT por Grupos de edad, Colombia 2023 - 2026* a SE 9.
15-19 años
68,3% Razón
35-39 años
460% Razón
40 y mas años
188%5 Razón
Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 9 de 2026*.



Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Entidades territoriales y municipios- Colombia, a semana epidemiológica 9 de 2026*.

CAUSA AGRUPADA DIRECTA	ndep_resi	nmun_resi	Cuenta de npais_resi
Evento tromboembólico como causa básica	cauca	padilla	1
Hemorragia obstétrica	Cundinamarca	Subachoque	1
	Huila	Tarqui	1
Otras causas directas: cardiomiopatía en puerperio	Antioquia	Medellín	1
Sepsis obstétrica	Cesar	Valledupar	1
	Cesar	Pueblo Bello	1
	Risaralda	Pueblo Rico	1
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	Antioquia	Nechí	1
	Caquetá	Florencia	1
	Cundinamarca	Paime	1
	Santa marta	Santa marta	1
	Sucre	Caimito	1
	Valle	Candelaria	1
	Bogotá	Bogotá - Ciudad Bolívar-Lucero	1
	Nariño	El charco	1
Embolia del líquido amniótico	Antioquia	El Bagre	1
Total general			16

Causa Indirecta	ndep_resi	nmun_resi	Cuenta de npais_resi
Otras causas indirectas: aneurisma	Casanare	Yopal	1
Otras causas indirectas: broncoaspiración	Quindío	Armenia	1
Otras causas indirectas: cáncer	Antioquia	Caucasia	1
	Arauca	Arauquita	1
	Guajira	Dibulla	1
Otras causas indirectas: leptospirosis	Choco	Medio san juan	1
Otras causas indirectas: neumonía	Guajira	Manaure	1
Otras causas indirectas: obstrucción intestinal	Tolima	Ortega	1
Sepsis no obstétrica	Cartagena	Cartagena	1
Total general			9

1 En estudio - Bogotá

Casos de mortalidad materna. Colombia, semana epidemiológica 09 de 2026*.

Departamento	Municipio	EAPB	Causa Agrupada	CONVERSIONES MAPA
CESAR	PUEBLO BELLO	EPS001 - DUSAKAWI E.P.S.I.	SEPSIS DE ORIGEN OBSTETRICO	
RISARALDA	PUEBLO RICO	EPS006 - PIJAOSALUD EPSI	SEPSIS DE ORIGEN OBSTETRICO	
NARIÑO	EL CHARCO	ES0062 - ASMET SALUD	TRASTORNO HIPERTENSIVO ASOCIADO AL EMBARAZO	
BOGOTA	Bogotá - Ciudad Bolívar-Lucero	EPS010 - EPS SURA	TRASTORNO HIPERTENSIVO ASOCIADO AL EMBARAZO	
TOLIMA	ORTEGA	EPS002 - SALUD TOTAL	OTRAS CAUSAS INDIRECTAS: OBSTRUCCION INTESTINAL	
ANTIOQUIA	EL BAGRE	ES0024 - COOSALUD E.S.S.	EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIOTICO	

Razón de mortalidad materna, según entidad encargada del aseguramiento del régimen contributivo, Colombia, 2025* – 2026* a SE 09.

Aseguradora	Casos Acumulados a SE 9 2025	Nacidos Vivos*	RMM 2025	Casos Acumulados a SE 9 2026*	Nacidos Vivos*	RMM 2026*	Variación casos 2025-2026	Variación de RMM 2025-2026
CAPRESOCA	0	30	0,00	1	43	2325,58	Aumento	Aumento
COOSALUD	0	460	0,00	1	463	215,98	Aumento	Aumento
EPS FAMISANAR S.A.S.	1	2.100	47,62	1	2.161	46,27	Se mantuvo	Reducción
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVOY DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	3	4.613	65,03	2	5.293	37,79	Reducción	Reducción
EPS SURAMERICANA S.A.	0	5.189	0,00	1	5.508	18,16	Aumento	Aumento
NUEVA EPS S.A.	4	5.678	70,45	1	5.890	16,98	Reducción	Reducción
FUDACIÓN SALUD MIA	1	71	1.408,45	0	82	0,00	Reducción	Reducción
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	1	1.729	57,84	0	1.701	0,00	Reducción	Reducción
Total	10	127.091	7,87	7	63.071	11,1	Reducción	Aumento

Razón de mortalidad materna, según entidad encargada del aseguramiento del régimen subsidiado, Colombia, 2025* – 2026* a SE 09.

Aseguradora	Casos Acumulados a SE 9 2025	Nacidos Vivos*	RMM 2025	Casos Acumulados a SE 9 2026*	Nacidos Vivos*	RMM 2026*	Variación casos 2025-2026	Variación de RMM 2025-2026
POAOS SALUD EPSI	0	266	0,00	1	262	381,7	Aumento	Aumento
ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA "DUSAKAWI A.R.S.I."	1	607	164,74	2	623	321,0	Aumento	Aumento
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDÍGENA ANAS WAYUU EPSI	2	686	291,55	1	802	124,7	Reducción	Reducción
ASMET SALUD EPS S.A.S.	3	2.310	129,87	3	2.349	127,7	Se mantuvo	Reducción
COOSALUD EPS S.A.	2	4.176	47,89	4	4.335	92,3	Aumento	Aumento
ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	0	1.845	0,00	1	1.887	53,0	Aumento	Aumento
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO	0	1.992	0,00	1	1.921	52,1	Aumento	Aumento
NUEVA EPS S.A. -CM	7	11.260	62,17	5	11.595	43,1	Reducción	Reducción
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	1	2.267	44,11	1	2.565	39,0	Se mantuvo	Reducción
ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM	2	3.836	52,41	0	3.836	0,0	Reducción	Reducción
EMISANAR S.A.S.	1	1.780	56,18	0	1.874	0,0	Reducción	Reducción
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	1	608	164,47	0	633	0,0	Reducción	Reducción
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	1	1.949	51,31	0	1.851	0,0	Reducción	Reducción
Total	21	39.469	53,21	19	40.029	47,47	Reducción	Reducción

CARDIOMIOPATIA
CANCER
ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES

Causas	2023	2024	2025	2026	diff	Percent	p_value
HEMORRAGIA OBSTETRICA	4	10	5	3	-2	-40 %	0.487
NEUMONIA	2	5	5	3	-2	-40 %	0.151
SEPSIS OBSTETRICA	9	3	4	2	-2	-50 %	1
TROMBOEMBOLISMO	5	2	3	1	-2	-66.7 %	1
ECTOPICO	4	1	2	1	-1	-50 %	0.08
MALARIA COMPLICADA	0	0	1	0	-1	-100 %	0.736
Total	45	48	32	31	-1	-3.1 %	1

CARDIOMIOPATIA	2	2	1	1	0	0 %	0
DENGUE	0	1	0	0	0	NaN %	0.233
ECV	2	1	1	1	0	0 %	1
SEPSIS NO OBSTETRICA	3	3	1	1	0	0 %	1
ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES	2	0	0	1	1	Inf %	0.51
DESCONOCIDA / INDETERMINADA / EN ESTUDIO	0	1	2	3	1	50 %	0.736
EMBOLIA LIQ AMN	0	0	0	1	1	Inf %	0.191
TRASTORNOS HIPERTEN	9	12	6	7	1	16.7 %	0.618
CANCER	1	2	1	3	2	200 %	0.276
OTRAS CAUSAS INDIRECTAS	2	5	0	3	3	Inf %	0.103

CESAR	1	1	3	1	-2	-66.7%	11.6	0.713		
CORDOBA	3	2	4	2	0	-2	-100%	-30.1	0.179	
SANTANDER	1	0	1	2	0	-2	-100%	-6.7	0.85	
BOLIVAR	3	1	2	1	0	-1	-100%	-39.2	0.081	
CALI	1	0	2	1	0	-1	-100%	-12.9	0.703	
GUAINIA	0	0	0	1	0	-1	-100%	14.9	0.559	
GUAJIRA	4	5	4	3	2	-1	-33.3%	-17.3	0.068	
NORTE SANTANDER	3	1	3	1	0	-1	-100%	-39.2	0.131	
VICHADA	0	1	0	1	0	-1	-100%	0.0	1	

	DTS	2022	2023	2024	2025	2026	diff	Porcent25_26	PCAP	p_
19	TOLIMA	2	2	0	1	1	0	0%	-18.8	0.
20	VALLE	0	1	0	1	1	0	0%	32.0	0.
21	ANTIOQUIA	4	3	2	3	4	1	33.3%	0.0	1
22	ARAUCA	1	1	0	0	1	1	NA	-12.9	0.
23	BOGOTA	5	5	7	3	4	1	33.3%	-9.1	0.
24	CARTAGENA	1	2	0	0	1	1	NA	-18.8	0.
25	CASANARE	0	0	0	0	1	1	NA	32.0	0.
26	CAUCA	3	4	1	0	1	1	NA	-39.2	0.
27	HUILA	1	2	4	0	1	1	NA	-18.8	0.

Seguimiento a compromisos EPS: Cajacopi, famisanar.



Paciente con deseo esterilización por paridad satisfecha 2015 no efectivo y sin gestión	1. Generar alertas con los grupos SEAPS de las usuarias susceptibles de asesoría en planificación familiar, con el fin de canalizarlas de manera oportuna en la IPS primaria	1. Identificando de manera semanal de usuarias atendidas en estrategia SEAPS y que a la valoración requiera asesoría en planificación familiar, notificando a la IPS primaria quien agendará su asesoría dentro de la semana siguiente al reporte 2. Realizando seguimiento y monitoreo al agendamiento, cumplimiento de cita y suministro método anticonceptivo por parte de la EPS	EAPB Famisanar
No tiene accesos efectivos de planificación familar ni preconcepcional (incumplimiento accesos de la RIA Mujer en edad fertil)	1. Fortalecer estrategias de demanda inducida para el acceso oportuno de asesoría y suministro de método de planificación familiar, así como, consulta preconcepcional 2. Establecer cronograma de jornadas de salud con IPS Primarias con el fin generar acceso a actividades de planificación familiar y preconcepcional 3. Demanda inducida con grupos SEAPS con el fin de determinar acceso a asesoría en planificación familiar, enfocado a mujeres en edad fertil de grupos de riesgo	1. Realizando piezas de comunicación (escritas, virtuales, videos), así como pautas publicitarias en medios de comunicación como redes sociales y televisión, invitando a las mujeres a la asesoría en planificación familiar y consulta preconcepcional 2. Monitoreando la ejecución del cronograma de jornadas de salud frente a acceso a asesoría de planificación familiar y/o consulta preconcepcional 3. Monitoreando el acceso a mujeres en edad fertil de grupos de riesgo a consulta preconcepcional y/o planificación familiar a usuarias canalizadas por grupo SEAPS	EAPB Famisanar
No tiene cita Preparto ni programación de la cesarea por lo cual llega a Estudiol con 39.4 semanas y feto macrosomico para edad gestacional	1. Identificar usuarias con semana 28 de gestación en adelante con el fin de direccionar a las IPS de atención de parto, de acuerdo con georreferenciación y riesgo obstétrico clasificado	1.Realizando identificación de usuras susceptibles de consulta preparto a partir de la semana 28 de gestación en adelante, y entrega información clasificado por departamento a las gestoras regionales quienes tramitaran autorizacion interna entre EPS-IPS y realizaran seguimiento al acceso de consulta preparto. 2. Seguimiento a la efectividad de agendamiento de manera semanal atraves de call center	EAPB Famisanar

Seguimiento a tablero de Mando.



1.2 Disponibilidad MAC

N. de Entidades Territoriales, de orden Departamental y/o Distrital sin Reporte: 4 (11%) — Boyacá, Amazonas, Putumayo, Vichada

N. Total de ET con reporte de IPS Pareto 134 (69%). ET sin reporte de IPS Pareto: — Guaviare, Vaupés, San Andrés

DISPONIBILIDAD DE MAC

N.	DEPARTAMENTO Y/O DISTRITO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	N. DE VECES FORMULARIO CREADO	N. TOTAL DE IPS REPORTADAS	N. TOTAL DE IPS PARETO	N. IPS PARETO REPORTADA	% DE REPORTE IPS PARETO	OBSERVACIONES
1	Antioquia	17 de marzo de 2026	1	14	13	11	85%	
2	Atlantico	17 de marzo de 2026	4	21	7	3	43%	
3	Barranquilla	17 de marzo de 2026	1	14	7	7	100%	
4	Bogotá	17 de marzo de 2026	1	5	17	4	24%	
5	Bolivar	17 de marzo de 2026	1	5	5	4	80%	
6	Boyacá	17 de marzo de 2026	5	1	6	0	0%	NO TIENE DILIGENCIADA LA INFORMACIÓN
7	Casanare	17 de marzo de 2026	1	16	2	2	100%	
8	Guainia	17 de marzo de 2026	1	3	1	1	100%	
9	Guaviare	17 de marzo de 2026	4	3	1	0	0%	
10	Buenaventura	18 de marzo de 2026	1	2	2	2	100%	
11	Cali	17 de marzo de 2026	1	11	5	5	100%	
12	Cartagena	17 de marzo de 2026	6	8	4	4	100%	
13	Cauca	18 de marzo de 2026	1	8	4	4	100%	
14	Cesar	11 de marzo de 2026	4	11	9	1	11%	
15	Choco	17 de marzo de 2026	1	30	5	5	100%	
16	Cordoba	17 de marzo de 2026	5	19	10	7	70%	
17	La Guajira	10 de marzo de 2026	3	26	10	9	90%	
18	Magdalena	24 de febrero de 2026	1	40	8	8	100%	
19	Nariño	17 de marzo de 2026	1	13	7	6	86%	

Fuente: Cuadro de mando – Numeral 1.2 Fecha de Corte: 18-03-2026

1.2 Disponibilidad MAC

DISPONIBILIDAD DE MAC

N.	DEPARTAMENTO Y/O DISTRITO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	N. DE VECES FORMULARIO CREADO	N. TOTAL DE IPS REPORTADAS	N. TOTAL DE IPS PARETO	N. IPS PARETO REPORTADA	% DE REPORTE IPS PARETO	OBSERVACIONES
20	Norte de Santander	17 de marzo de 2026	2	51	4	3	75%	
21	Vaupes	10 de marzo de 2026	1	3	1	0	0%	
22	Arauca	3 de marzo de 2026	1	10	2	2	100%	
23	Amazonas	18 de marzo de 2026	4	1	2	0	0%	NO TIENE DILIGENCIADA LA INFORMACIÓN
24	San Andres	17 de marzo de 2026	1	1	1	0	0%	
25	Valle del Cauca	18 de marzo de 2026	1	36	4	3	75%	
26	Santa Marta	17 de marzo de 2026	2	14	4	4	100%	
27	Cundinamarca	17 de marzo de 2026	4	28	8	5	63%	
28	Caldas	16 de marzo de 2026	2	17	4	4	100%	
29	Caquetá	11 de marzo de 2026	4	13	2	2	100%	
30	Huila	17 de marzo de 2026	1	6	4	4	100%	
31	Putumayo	17 de marzo de 2026	1	0	3	0	0%	NO HAY INFORMACIÓN NUMERAL 1,2
32	Quindio	16 de marzo de 2026	2	1	2	1	50%	
33	Risaralda	17 de marzo de 2026	1	3	3	3	100%	
34	Tolima	17 de marzo de 2026	1	44	8	5	63%	
35	Meta	18 de marzo de 2026	1	30	4	4	100%	
36	Santander	17 de marzo de 2026	1	20	8	7	88%	
37	Sucre	17 de marzo de 2026	1	46	5	4	80%	
38	Vichada			0	2	0	0%	NO ESTA CREADO

1.2 Disponibilidad MAC – comportamiento IPS Pareto frente a DIU

DEPARTAMENTO/DISTRITO	Nombre de la IPS	Nivel de complejidad del servicio	Número de Dispositivos intrauterino
ANTIOQUIA	050010309202 - CLINICA EL ROSARIO SEDE EL TESORO	Alto	0
ANTIOQUIA	050403139701 - Promotora Clínica Zona Franca de Uraba	Mediano	0
ANTIOQUIA	056150137601 - JORGE HUMBERTO GONZÁLEZ NOREÑA	Mediano	0
CHOCO	277870009701 - ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE TADÓ	Bajo	0
CORDOBA	230030054201 - CLINICA MONTERIA S.A.	Mediano	0
LA GUAJIRA	440105004401 - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER	Alto	0
MAGDALENA	470490007202 - FUNDACION POLICLINICA CIENAGA	Mediano	0
MAGDALENA	472406060501 - PREVENCION Y SALUD IPS LIMITADA	Mediano	0
MAGDALENA	472450024901 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA CANDELARIA	Bajo	0
MAGDALENA	475510006401 - E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY	Mediano	0
SANTANDER	680030162101 - UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA S.A.S	Mediano	0
SANTANDER	680010070101 - HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Mediano	0
SANTANDER	687550079901 - HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Mediano	0
SUCRE	700010036501 - CLINICA SALUD SOCIAL S.A.S	Alto	0

14 IPS

1.2 Disponibilidad MAC – Número espacios disponibles para Pomeroy

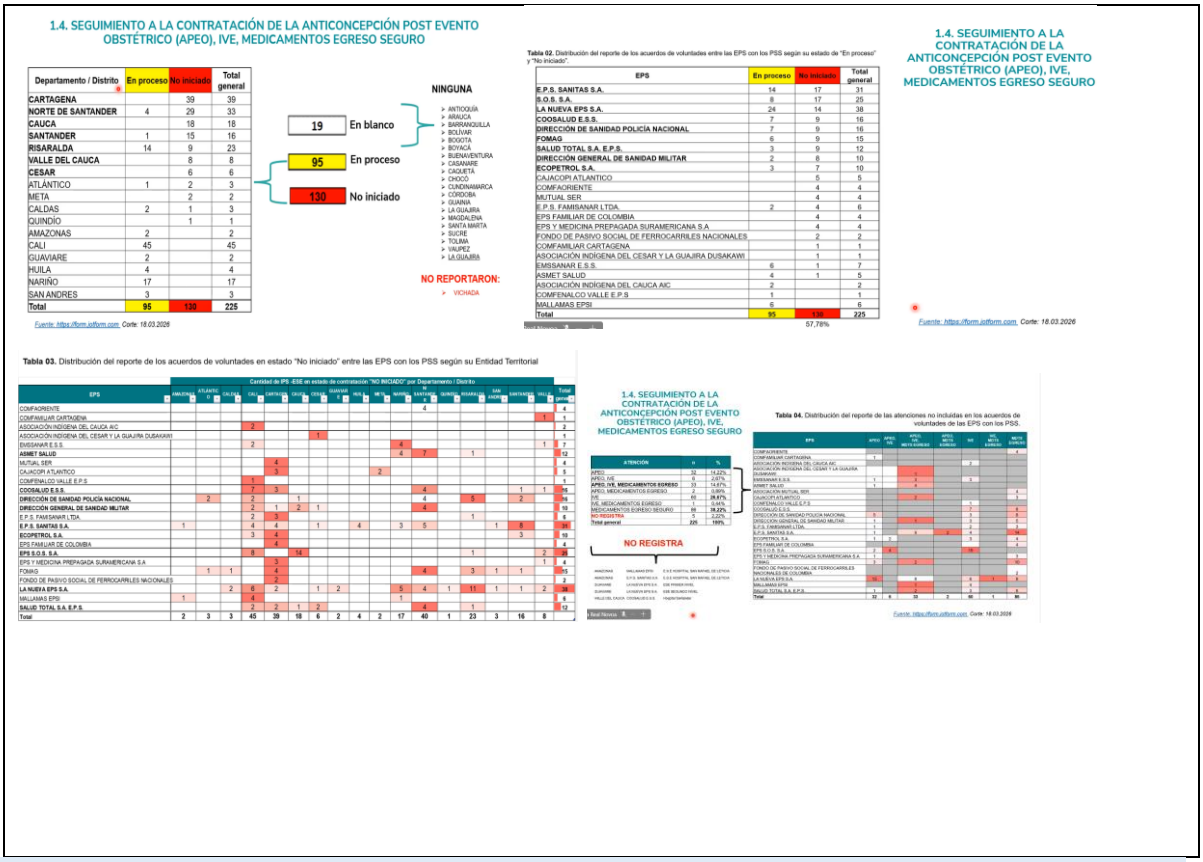
DEPARTAMENTO/DISTRITO	Nombre de la IPS	Nivel de complejidad del servicio	Número de espacios diarios de disponibilidad de Salas para Ligadura
ANTIOQUIA	050010464802 - CLINICA DEL PRADO CIUDAD DEL RIO	Alto	0
ANTIOQUIA	050010344802 - CLINICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA	Alto	0
ANTIOQUIA	IBIBtuIBI- SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.	Mediano	0
ANTIOQUIA	052660495001 - E.S.E. HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL	Mediano	0
ANTIOQUIA	050019261101 - SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA S.A. SOMA	Alto	0
ANTIOQUIA	050451339701 - Promotora Clínica Zona Franca de Uraba	Mediano	0
ANTIOQUIA	051710157701 - UNIDAD MATERNO INFANTIL FUNDACION SOMA	Mediano	0
ANTIOQUIA	056150137601 - JORGE HUMBERTO GONZÁLEZ NOREÑA	Mediano	0
MAGDALENA	475510006401 - E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY	Mediano	0
TOLIMA	730010077802 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO	Mediano	0
META	503350052201 - Hospital Departamental de Granada. Empresa Social del Estado	Mediano	0
META	500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.	Mediano	0
META	500010032801 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE	Mediano	0

13 IPS..

1.2 Disponibilidad MAC – Disponibilidad de protocolo de verificación

DEPARTAMENTO/DISTRITO	Nombre de la IPS	Nivel de complejidad del servicio	Cuenta con protocolo de verificación, asesoría y provisión de métodos anticonceptivos
ANTIOQUIA	056150137601 - JORGE HUMBERTO GONZÁLEZ NOREÑA	Mediano	NO
CALDAS	170010048801 - CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A	Alto	NO
META	500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.	Mediano	NO
META	500010032801 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE	Mediano	NO
META	500010011501 - CLINICA CENTAUROS I.P.S.	Mediano	NO
SANTANDER	680010070101 - HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Mediano	NO
SANTANDER	687550079901 - HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Mediano	NO

7 IPS

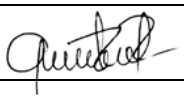
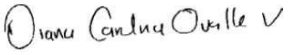
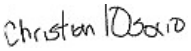


COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA SDS

COMPROMISO	RESPONSABLE (Dependencia/Proceso/SDS)	FECHA
Seguimientos a los planes de mejora de las EPS: Cajacopi, famisanar.	Ministerio de Salud	Permanente
Próxima sesión conexión con magdalena	Ministerio de salud	Próxima semana.
Mantener el seguimiento continuo a los indicadores y eventos analizados, garantizando la adopción de acciones que fortalezcan la vigilancia, permitan identificar oportunamente los riesgos y contribuyan a la reducción sostenida de la mortalidad materna en el territorio.	Ministerio de Salud	Permanente

• Balance Aplicación Isabel. • Presentación del caso Antioquia-Coosalud.	Ministerio de salud	Próxima semana.

DATOS DEL ASISTENTE (s) A LA REUNIÓN (como representante de la SDS)

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA/ PROCESO	FIRMA
Jineth Ramírez Aguilera	Enfermera Estrategia AG	VSP SSO	
Giovanna Parra	Enfermera Estrategia AG	VSP SSO	
Diana Ovalle	Líder Estrategia AG	VSP SSO	
Diana Franco	Profesional Especializado -	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	
Christian Osorio	Psicólogo Estrategia AG	VSP SSO	
Melissa Sierra	Profesional Especializado - ginecóloga	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	