Objetivo: Participación en el comité de seguimiento N° 164 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: 05 de marzo del 2026 Hora de inicio: 7:00 am Hora de Finalización: 08:30 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 07 de 2026.
2. Espacio académico escalamiento de la atención en hemorrágica obstétrica.

3. Desarrollo técnico

A. Situación nacional de mortalidad materna – SE 07 de 2026

claudia Pérez, profesional de la Dirección de Epidemiología y Demografía, presentó el análisis del comportamiento de la mortalidad materna temprana con corte a la semana epidemiológica 07 de 2026. En relación con los nacimientos en el país, se evidenció una tendencia sostenida a la disminución durante el periodo 2018–2025; sin embargo, para la semana epidemiológica 07 de 2026 se observa una leve recuperación del número de nacidos vivos, con un incremento preliminar del 3,5 % frente al año 2025, lo cual incide en el denominador utilizado para el cálculo de la razón de mortalidad materna.

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

En cuanto a la morbilidad materna extrema, se evidenció un incremento significativo frente a la serie histórica evaluada entre 2017 y 2025. Para la semana epidemiológica 07 de 2026 se notificaron 5.021 casos, con una razón de 87,2 por 1.000 nacidos vivos. No obstante, pese al aumento en el número de casos, se ha mantenido una disminución en el índice de letalidad, que actualmente se ubica en 0,34, valor inferior al observado en años anteriores. Este comportamiento podría estar relacionado con una mayor captación de casos en el sistema de vigilancia y con una identificación más oportuna de gestantes con complicaciones, lo cual permitiría una atención temprana y una reducción del riesgo de mortalidad.

El análisis por entidades territoriales evidenció un incremento en la mayoría de los departamentos en comparación con el mismo periodo del año anterior. Sin embargo, territorios como Amazonas, Caldas, Cauca, Valle del Cauca, Córdoba, Vichada y Buenaventura presentaron reducción tanto en el número de casos como en la razón.

En cuanto al régimen de aseguramiento, la mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema se concentró en el régimen subsidiado (54 %), seguido del régimen contributivo (40,3 %). Los casos correspondientes a población no asegurada representaron el 3,3 %, mientras que los regímenes especial, de excepción e indeterminado registraron proporciones cercanas al 2 %. Respecto al área de residencia, la mayor proporción de casos se presentó en zonas urbanas (83 %), seguida de zonas rurales (13,5 %), con un 5,2 % correspondiente a áreas rurales dispersas, lo cual resalta la importancia de continuar fortaleciendo las acciones de vigilancia y acceso a servicios en estos territorios.

Por grupos de edad, el mayor número de casos de morbilidad materna extrema se concentró en mujeres entre 25 y 29 años, seguido de los grupos de 20 a 24 años y 30 a 34 años. No obstante, al analizar la razón, los valores más elevados se observaron en los extremos de edad, particularmente en mujeres mayores de 40 años y en niñas de 10 a 14 años, situación que requiere especial atención en las estrategias de prevención y control.

En relación con la pertenencia étnica, el 5 % de los casos correspondió a población indígena y el 4 % a población afrodescendiente, mientras que otros grupos representaron proporciones menores.

En cuanto a las causas agrupadas de morbilidad materna extrema, se identificó un comportamiento similar al observado en la mortalidad materna. Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo representaron la principal causa, seguidos por las complicaciones hemorrágicas y las complicaciones relacionadas con el aborto, que en conjunto concentraron más del 70 % de los casos. Asimismo, se observó que el 45,2 % de los casos cumplían con dos criterios diagnósticos de morbilidad materna extrema, mientras que el 13,2 % presentaban tres o más criterios.

En relación con la mortalidad materna temprana, para la semana epidemiológica 07 de 2026 se notificaron 17 muertes maternas, con una razón de 29,53 por 100.000 nacidos vivos, manteniéndose por debajo de la serie histórica analizada para el periodo 2017–2025. Frente al año 2025 se observa una variación negativa del 28,6 % en la razón, lo cual representa un comportamiento favorable; sin embargo, se reiteró la importancia de continuar fortaleciendo las acciones de seguimiento y control en todos los territorios.

Durante la semana epidemiológica 07 se reportaron tres casos de muerte materna, en comparación con cinco casos registrados en el mismo periodo del año anterior, con un promedio semanal de 2,4 casos en 2026, frente a 3,2 casos en 2025.

El análisis territorial evidenció que La Guajira y Antioquia registraron el mayor número de casos. No obstante, al analizar la razón de mortalidad materna, los valores más altos se presentaron en Quindío, seguido de Casanare y Chocó.

En cuanto a la distribución territorial de los casos, se identificó que para la semana epidemiológica 07 de 2026 las entidades que notificaron muertes maternas fueron Santa Marta, Sucre, Cartagena, Cauca, Huila, Valle del Cauca, Cesar, Cundinamarca y Bogotá, cada una con un caso reportado.

Por área de residencia, el 58,8 % de los casos se concentró en zonas urbanas, mientras que el 29,4 % se presentó en zonas rurales. En relación con la pertenencia étnica, la población indígena representó el 23,5 % de las muertes maternas, con razones significativamente elevadas.

Respecto al régimen de aseguramiento, el 70,6 % de los casos correspondió al régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo. En cuanto a la nacionalidad, el 94 % de los casos correspondió a mujeres de nacionalidad colombiana.

Por grupos de edad, el mayor número de muertes maternas se registró en mujeres entre 35 y 39 años, con cuatro casos, seguido de los grupos entre 15 y 34 años, con tres casos en cada grupo. Asimismo, se identificaron dos muertes maternas en mujeres mayores de 40 años, evidenciándose un incremento en la razón en los grupos de 15 a 19 años y mayores de 40 años.

Finalmente, en relación con las causas de muerte materna, predominan las causas directas, principalmente los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, seguidos por la hemorragia obstétrica y los eventos tromboembólicos. Dentro de las causas indirectas, que representaron el 41,2 %, se destacan otras enfermedades concurrentes, cáncer y neumonía, entre otras condiciones en estudio.

Intervención del doctor Germán Augusto Gallego

Dio apertura al espacio saludando a los más de 700 participantes conectados a través de las diferentes plataformas virtuales, destacando el interés y compromiso de los equipos territoriales frente al abordaje de la mortalidad materna. En este contexto, resaltó la importancia de mantener estos espacios académicos y de intercambio técnico entre el nivel nacional y territorial, con el fin de fortalecer la respuesta institucional frente a este evento de salud pública.

Durante su intervención señaló que, aunque en el departamento se han registrado dos muertes maternas en el presente año, esta cifra continúa siendo inferior a la observada en años anteriores. No obstante, enfatizó la necesidad de mantener una respuesta institucional decidida que permita prevenir nuevas muertes maternas, fortaleciendo la articulación entre las entidades territoriales, las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), así como las acciones orientadas a mejorar el acceso oportuno a la atención de las gestantes.

Asimismo, destacó el compromiso de la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira en el fortalecimiento de capacidades institucionales orientadas a disminuir las brechas de acceso a la atención materna, particularmente en territorios que presentan dificultades geográficas y de conectividad. En este sentido, resaltó la importancia de continuar promoviendo espacios de

articulación interinstitucional y estrategias conjuntas que permitan garantizar una atención segura, oportuna y humanizada para las mujeres gestantes.

Finalmente, hizo referencia al comportamiento de la morbilidad materna extrema, señalando que en el país se ha observado un incremento en los casos, especialmente asociados a trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragia obstétrica. En este contexto, reiteró la importancia de fortalecer la vigilancia de estos eventos, así como los procesos de capacitación del talento humano en salud para el manejo oportuno de emergencias obstétricas, dando paso al webinar académico sobre escalamiento de la atención en hemorragia obstétrica, liderado por la doctora María Fernanda Escobar

B. Sesión académica: Espacio académico escalamiento de la atención en hemorrágica obstétrica.

La doctora María Fernanda Escobar inició su intervención agradeciendo la invitación y el trabajo adelantado por los equipos territoriales, en especial por el equipo del departamento de La Guajira. Destacó la importancia de estos espacios académicos para fortalecer el intercambio de experiencias entre los territorios y reiteró que la reducción de la mortalidad materna no depende únicamente de los indicadores, sino también de la voluntad institucional, el compromiso de los equipos de salud y el trabajo articulado entre los diferentes actores del sistema.

Durante su presentación señaló que, aunque los países de la región enfrentan limitaciones estructurales propias de los procesos de desarrollo, es posible generar cambios significativos cuando existe liderazgo territorial, fortalecimiento de capacidades y trabajo conjunto entre las instituciones. En este sentido, resaltó el avance que representa para el país la implementación del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, señalando que sus resultados requieren tiempo para evidenciarse, dado que implican transformaciones en la cultura institucional y en las prácticas de atención.

Asimismo, explicó el proceso de construcción de las nuevas recomendaciones y guías relacionadas con el manejo de la hemorragia posparto, las cuales se desarrollaron a partir de revisiones sistemáticas de la evidencia científica internacional y procesos de consenso técnico liderados por organismos como la Organización Mundial de la Salud. Estas guías incorporan no solo la evidencia clínica disponible, sino también la participación de distintos actores, incluyendo profesionales de la salud y representantes de mujeres, con el fin de garantizar que las recomendaciones respondan a criterios éticos, clínicos y contextuales.

Finalmente, abordó los aspectos relacionados con el escalonamiento en la atención de la hemorragia obstétrica, destacando que el manejo debe iniciar con un paquete de intervenciones de primera línea y avanzar progresivamente hacia otras estrategias cuando no se logra controlar el sangrado. En este contexto, resaltó la importancia de fortalecer la capacitación de los equipos de salud, la simulación clínica y la organización de respuestas institucionales oportunas, incluyendo el uso de dispositivos como el traje antichoque no neumático y los balones uterinos, los cuales han demostrado contribuir a la reducción de la morbilidad materna grave y a mejorar la respuesta frente a emergencias obstétricas.

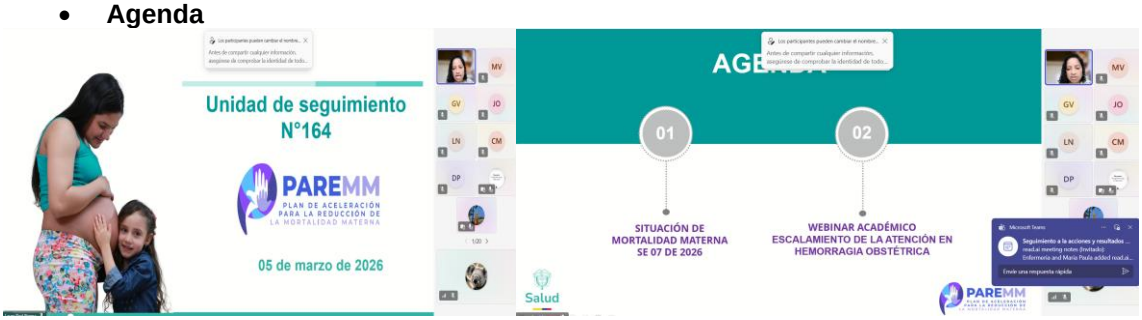
C. Síntesis del encuentro.

El encuentro permitió socializar el análisis actualizado de la situación de mortalidad materna y morbilidad materna extrema en Colombia con corte a la semana epidemiológica 07 de 2026,

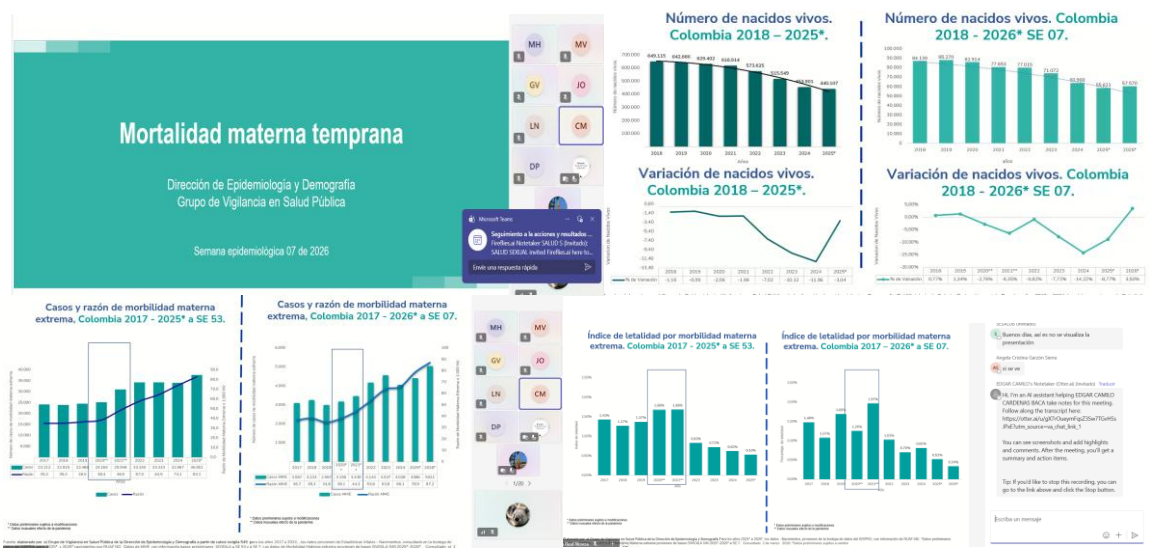
evidenciando una disminución en la razón de mortalidad materna frente al mismo periodo del año anterior, así como un incremento en la notificación de casos de morbilidad materna extrema, particularmente asociados a trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones hemorrágicas. En este contexto, se resaltó la importancia de fortalecer las acciones de vigilancia, seguimiento y respuesta institucional en los territorios, especialmente en poblaciones y áreas con mayores brechas de acceso a los servicios de salud.

De igual manera, el espacio académico permitió profundizar en el escalonamiento de la atención en hemorragia obstétrica, destacando la importancia de la identificación temprana de las complicaciones, la implementación de intervenciones oportunas de primera línea y el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para la atención de emergencias obstétricas. Finalmente, se reiteró el compromiso de los equipos territoriales y del nivel nacional en continuar fortaleciendo las acciones articuladas orientadas a la prevención de la mortalidad materna y la reducción de la morbilidad materna grave en el país

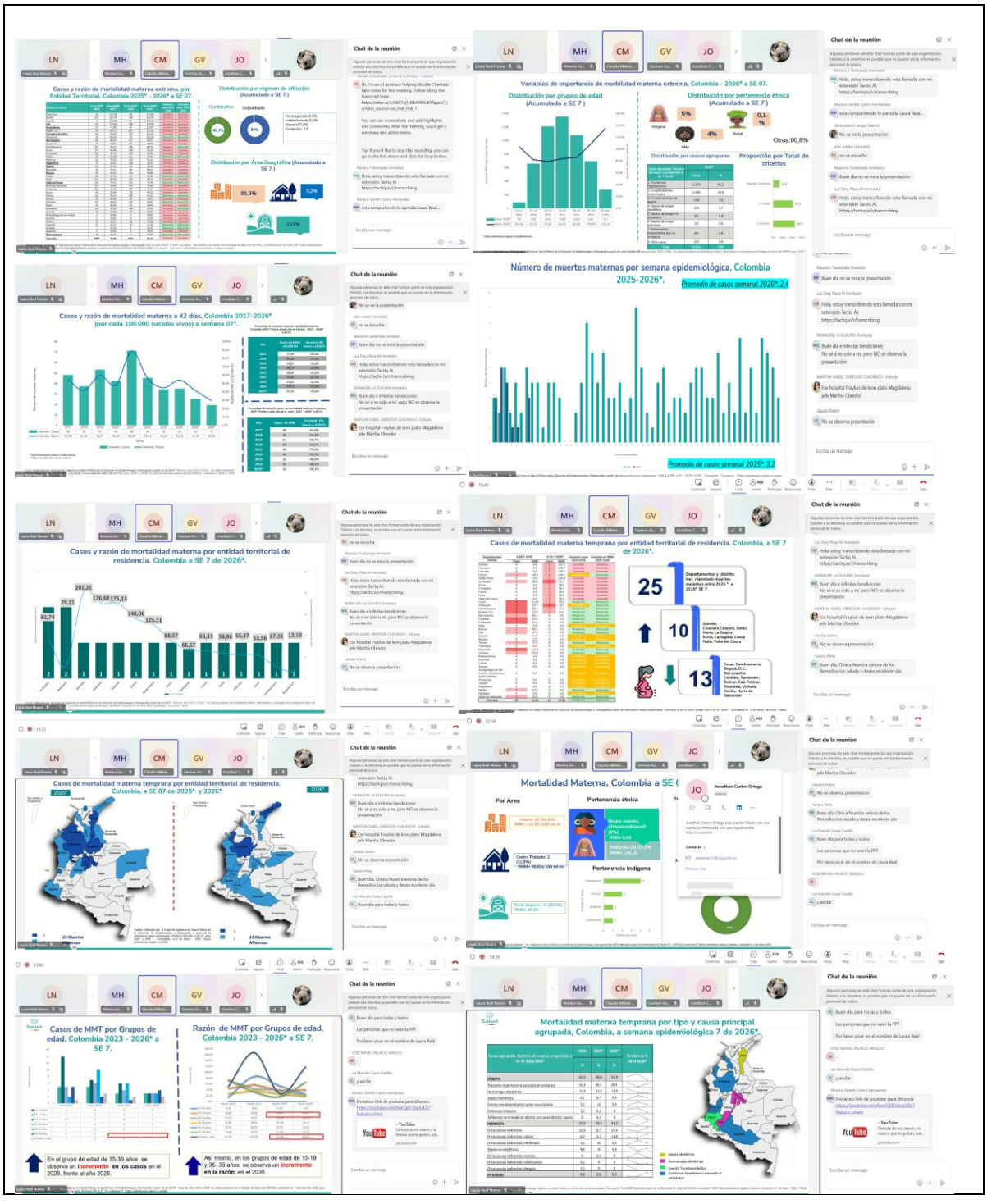
- **Agenda**

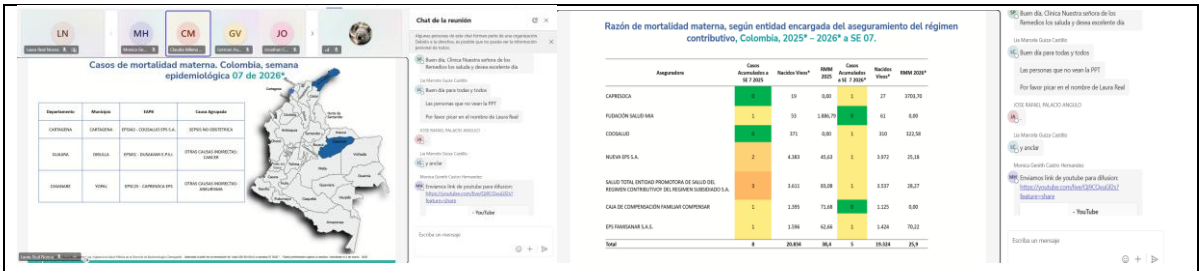


- **Situación de mortalidad materna SE 07 de 2026.**



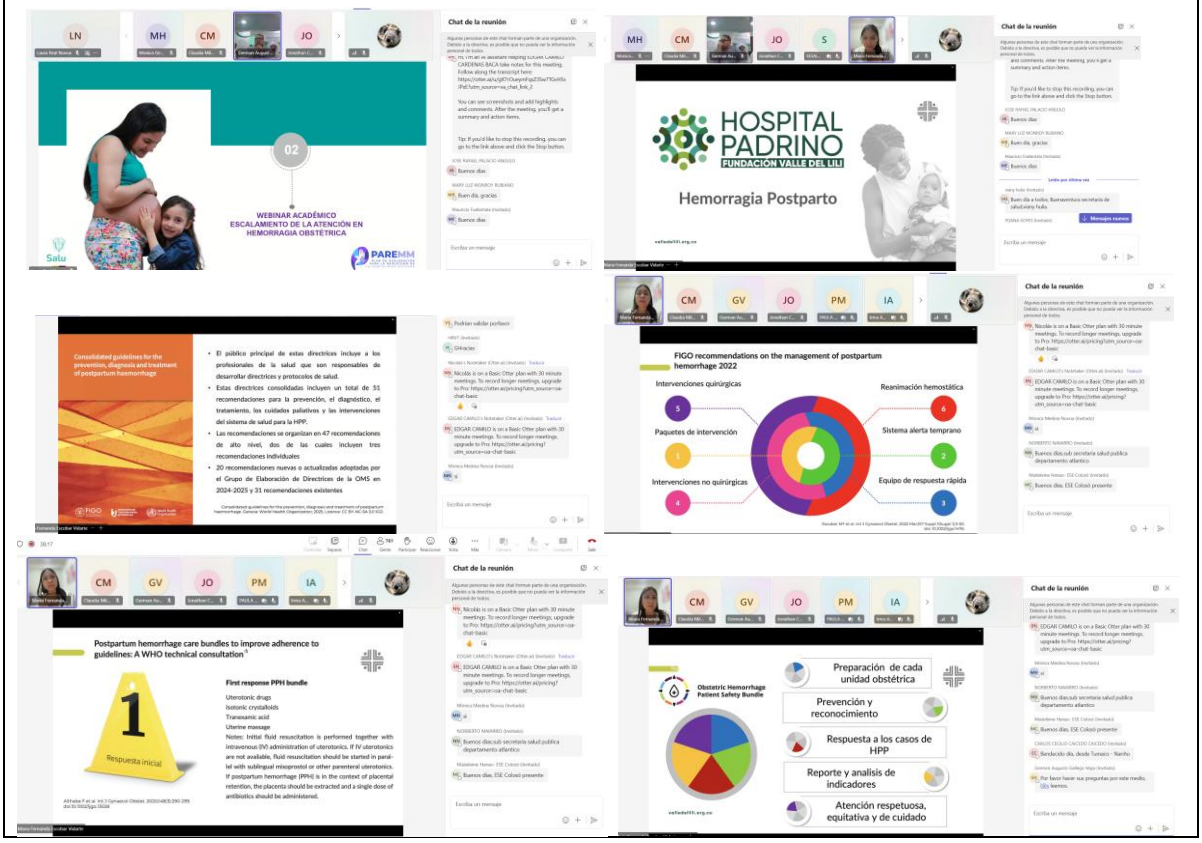
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	REPORTE DE ASISTENCIA A REUNIONES			
	Código:	SDS-PYC-FT-044	Versión:	2
Elaborado por: Nury S. Leguizamon Amaya /Revisado por: Alvaro A. Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo C.				

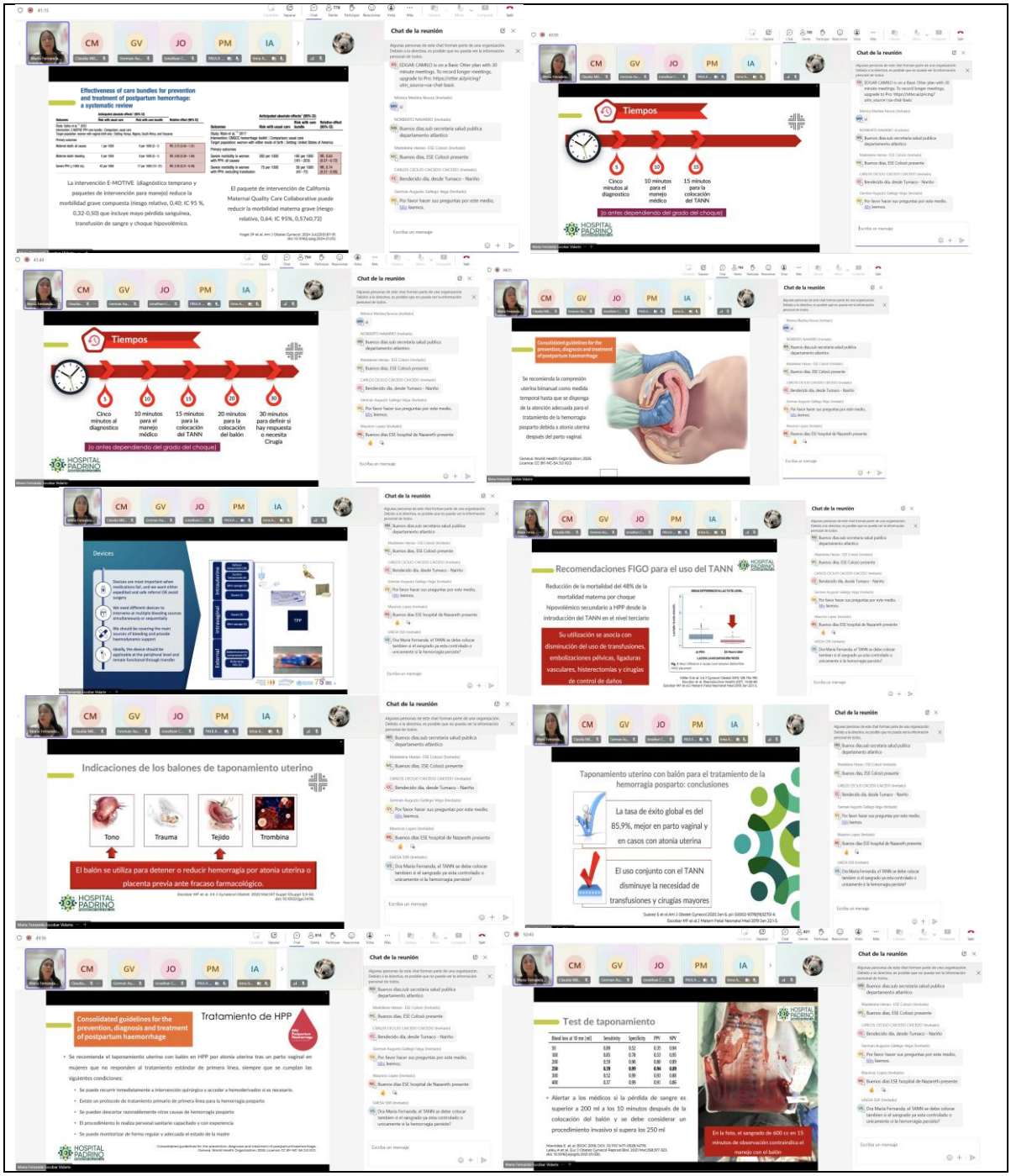


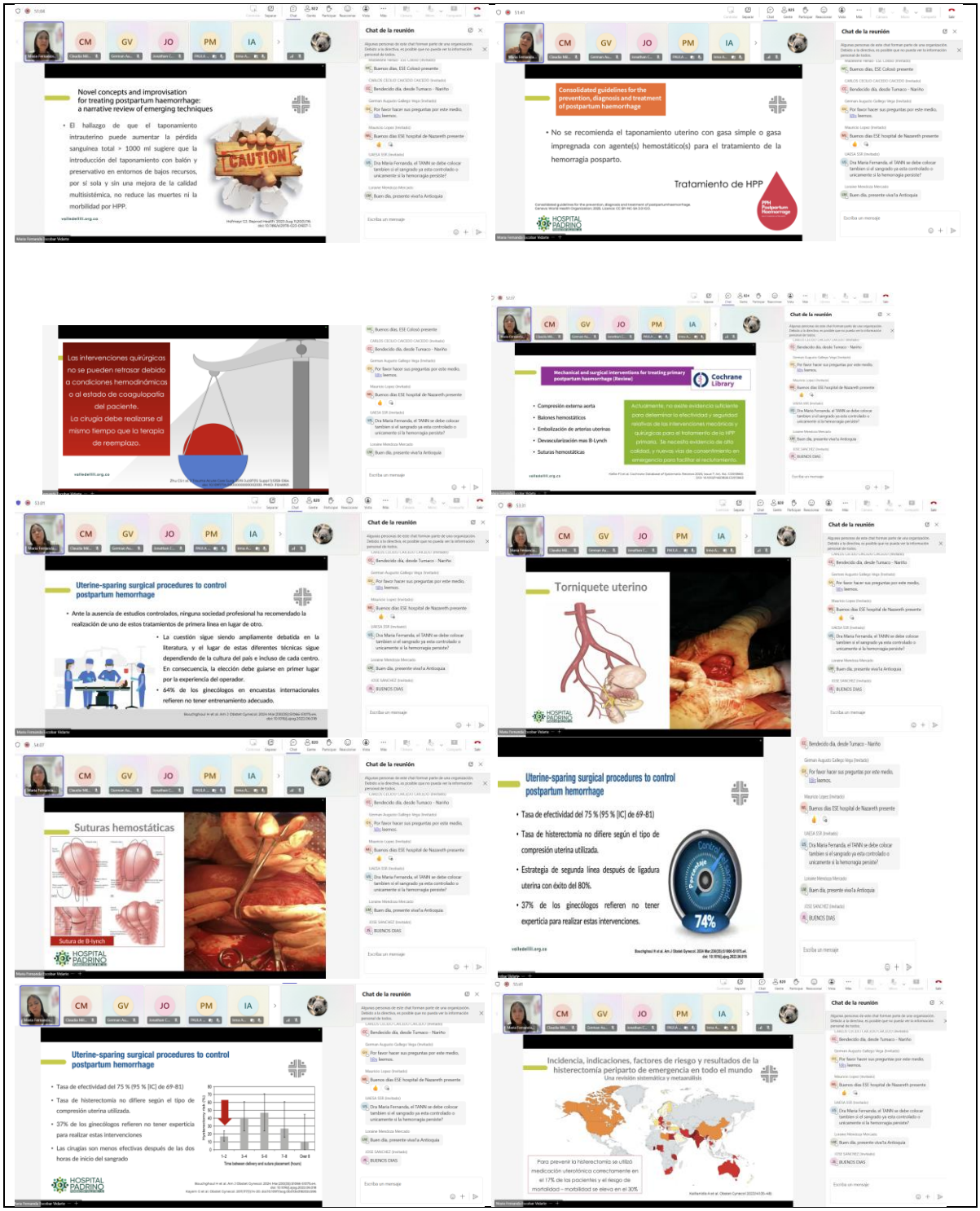


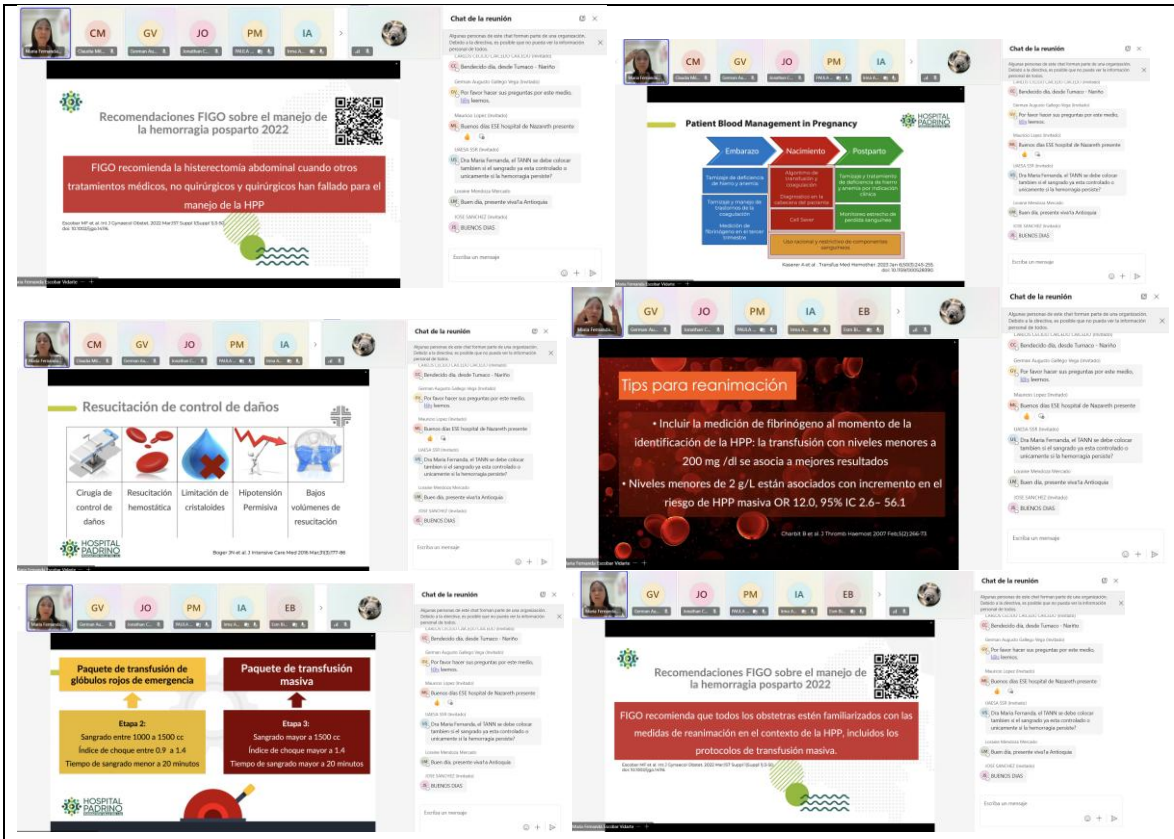
- **Webinar académico escalamiento de la atención en hemorrágica obstétrica.**

Intervención de la doctora María Fernanda Escobar.




Effectiveness of care bundles for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review
Tiempos
Cinco minutos al diagnostico
10 minutos para el manejo médico
15 minutos para la colocación del TANN
20 minutos para la colocación del balón
30 minutos para definir si hay respuesta o necesita Cirugía
(o antes dependiendo del grado del choque)
Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage
Se recomienda la compresión uterina bimanual como medida temporal hasta que se disponga de la atención adecuada para el tratamiento de la hemorragia posparto debida a atonía uterina después del parto vaginal.
Devices
Recomendaciones FIGO para el uso del TANN
Reducción de la mortalidad del 48% de la mortalidad materna por choque hipovolémico secundario a HPP desde la introducción del TANN en el nivel terciario
Su utilización se asocia con disminución del uso de transfusiones, embolizaciones pélvicas, ligaduras vasculares, histerectomías y cirugías de control de daños
Indicaciones de los balones de taponamiento uterino
Tono
Trauma
Tejido
Trombina
El balón se utiliza para detener o reducir hemorragia por atonia uterina o placenta previa ante fracaso farmacológico.
Taponamiento uterino con balón para el tratamiento de la hemorragia posparto: conclusiones
La tasa de éxito global es del 85,9%, mejor en parto vaginal y en casos con atonia uterina
El uso conjunto con el TANN disminuye la necesidad de transfusiones y cirugías mayores
Tratamiento de HPP
Test de taponamiento
En la foto, el sangrado de 600 cc en 15 minutos de observación contraindica el manejo con el balón


Novel concepts and improvisation for treating postpartum haemorrhage: a narrative review of emerging techniques
CAUTION
Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage
Tratamiento de HPP
Las intervenciones quirúrgicas no se pueden retrasar debido a condiciones hemodinámicas o al estado de coagulopatía del paciente. La cirugía debe realizarse al mismo tiempo que la terapia de reemplazo.
Mechanical and surgical interventions for treating primary postpartum haemorrhage (Review)
Cochrane Library
Compresión externa aorta
Balones hemostáticos
Embolización de arterias uterinas
Devascularización mas B-Lynch
Suturas hemostáticas
Uterine-sparing surgical procedures to control postpartum hemorrhage
Ante la ausencia de estudios controlados, ninguna sociedad profesional ha recomendado la realización de uno de estos tratamientos de primera línea en lugar de otro.
La cuestión sigue siendo ampliamente debatida en la literatura, y el lugar de estas diferentes técnicas sigue dependiendo de la cultura del país e incluso de cada centro. En consecuencia, la elección debe guiarse en primer lugar por la experiencia del operador.
64% de los ginecólogos en encuestas internacionales refieren no tener entrenamiento adecuado.
Torniquete uterino
Suturas hemostáticas
Sutura de B-lynch
Uterine-sparing surgical procedures to control postpartum hemorrhage
Tasa de efectividad del 75 % (95 % [IC] de 69-81)
Tasa de histerectomía no difiere según el tipo de compresión uterina utilizada.
Estrategia de segunda línea después de ligadura uterina con éxito del 80%.
37% de los ginecólogos refieren no tener experticia para realizar estas intervenciones.
74%
Uterine-sparing surgical procedures to control postpartum hemorrhage
Tasa de efectividad del 75 % (95 % [IC] de 69-81)
Tasa de histerectomía no difiere según el tipo de compresión uterina utilizada.
37% de los ginecólogos refieren no tener experticia para realizar estas intervenciones.
Las cirugías son menos efectivas después de las dos horas de inicio del sangrado
Incidencia, indicaciones, factores de riesgo y resultados de la histerectomía periparto de emergencia en todo el mundo
Una revisión sistemática y metaanálisis
Para prevenir la histerectomía se utilizó medicación uterotónica correctamente en el 17% de los pacientes y el riesgo de mortalidad – morbilidad se eleva en el 30%



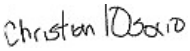
Se socializa videos de la doctora realizando educación correcta de uso del balon y se realiza ronda de preguntas.

Se realiza el cierre de la sesión, agradeciendo la participación activa de los asistentes y el compromiso demostrado durante el desarrollo del espacio académico. Así mismo, se informa que la próxima semana se llevará a cabo un nuevo **webinar académico**, en el cual se continuará fortaleciendo los procesos de intercambio de conocimientos y actualización en la temática abordada, extendiendo la invitación a todos los participantes para que se vinculen nuevamente a este espacio de aprendizaje.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA SDS

COMPROMISO	RESPONSABLE (Dependencia/Proceso/SDS)	FECHA
Implementar y replicar, las recomendaciones técnicas y orientaciones presentadas durante la sesión, asegurando su aplicación en los procesos de análisis, vigilancia y atención materna según las disposiciones nacionales vigentes.	Todos los participantes	A conveniencia
Seguir participando activamente en los espacios de webinar y procesos de formación orientados al fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, con el fin de mejorar la detección temprana, la atención oportuna y la respuesta integral frente a eventos obstétricos, contribuyendo a la disminución de la mortalidad materna y al fortalecimiento de la calidad de la atención materno-perinatal en los territorios.	Todos los participantes	A conveniencia
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

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	