Tema: Reunión de Gestión – Estrategia Más Bienestar - Cohorte de Gestantes

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud	Gestión y Planeación Sectorial

Objetivo	Fecha: 16 de marzo de 2026			
Desarrollar mesa de trabajo orientada al fortalecimiento y articulación de los equipos MAS Bienestar para gestantes, en el marco de la implementación del modelo de atención.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación (X) Acompañamiento ( )		
		Otro ( ) _____		
	Modalidad:	Presencial (x)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Sala de juntas despacho- 6 piso			
	Hora Inicio: 7:30 am Hora Fin: 10:00 am			
	Notas por: Diana Franco			
	Próxima Reunión: Pendiente definir			
	Quien cita: Johana Torres			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Agenda

1. Saludo de bienvenida y apertura del espacio.
2. Revisión y análisis del seguimiento a la cohorte de gestantes.
3. Retroalimentación de la matriz de seguimiento y definición de acciones de mejora.
4. Evidencia fotográfica

1. Saludo de bienvenida y apertura del espacio.

Siendo las 7:30 am del 16 de marzo de 2026, se da inicio a la reunión convocada por el equipo de la Secretaría Distrital de Salud, previa verificación de la asistencia de los participantes.

Durante el desarrollo del espacio, se abordan temas relacionados con el seguimiento a la estrategia Más Bienestar y la gestión de la cohorte de gestantes, con el propósito de fortalecer la articulación entre las diferentes dependencias y actores involucrados en el proceso, promoviendo acciones orientadas a la mejora continua en la implementación del modelo de atención.

2. Revisión y análisis del seguimiento a la cohorte de gestantes.

Durante el desarrollo del espacio, se presenta el análisis actualizado de la cohorte de gestantes para la vigencia 2026, en la cual se identifican aproximadamente 40.000 gestantes, de las cuales 20.000 cuentan con georreferenciación realizada.

En el marco del ejercicio de monitoreo, se socializa el modelo de clasificación de riesgos, el cual se estructura a partir de la identificación de condiciones clínicas, antecedentes y cruces de información con diferentes bases de datos. Se establece una categorización de alertas (inmediata, prioritaria y programada), basada en la sumatoria de riesgos identificados por gestante.

Dentro de los principales riesgos considerados se incluyen condiciones como:

- Enfermedad renal crónica
- Anemia
- Síndrome metabólico
- Lupus eritematoso sistémico
- Trombofilias
- Antecedentes de sepsis en gestaciones previas
- Consumo de tabaco
- Periodos intergenésicos inadecuados
- Riesgo de preeclampsia

Así como variables asociadas al seguimiento por EAPB, hospitalizaciones durante la gestación y esquemas de vacunación incompletos (PAI). Adicionalmente, se destacan los cruces realizados con diversas fuentes de información, tales como bases de morbilidad materna extrema (SIVIGILA), Registro Único de Afiliados (BDUA), PAI, certificación de discapacidad y clasificación socioeconómica (CV), los cuales permiten robustecer la identificación de riesgos.

Se propone la inclusión de una nueva variable relacionada con la condición de aseguramiento, especialmente para gestantes en régimen subsidiado o en condición irregular, con la finalidad de fortalecer la identificación y realizar un seguimiento más riguroso a esta población en condición de riesgo.

En cuanto al análisis de mortalidad materna en relación a el modelo de clasificación de riesgos, se evidencia que, de los casos registrados en lo corrido del año, 3 de 5 gestantes fallecidas se encontraban previamente identificadas en la cohorte, presentando acumulación de múltiples factores de riesgo (entre 6 y 7), lo cual permitió establecer como criterio operativo la priorización de seguimiento inmediato en gestantes con seis o más riesgos identificados.
Asimismo, se reconoce la existencia de casos atípicos con baja carga de riesgo previamente identificada, lo que evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo los modelos predictivos y de vigilancia.

En relación con el análisis de los casos de mortalidad materna incluidos en la cohorte, se evidencia que las gestantes fallecidas presentaban una acumulación variable de factores de riesgo, de acuerdo con la metodología de puntuación establecida (asignando un valor de un punto por cada riesgo identificado).
En uno de los casos analizados, la gestante registraba un total de **6 riesgos acumulados**, identificados a partir de los cruces de información disponibles. Dentro de estos se incluyen: anemia, periodo intergenésico inadecuado, riesgo gestacional identificado, esquema de vacunación incompleto (PAI), antecedente de seguimiento por parte de la EAPB y registro de hospitalización durante la gestación. Este resultado evidencia la presencia de múltiples condiciones de riesgo concurrentes que permitían su clasificación dentro de un nivel alto de priorización.

Adicionalmente, se menciona que el modelo permite ajustes en la asignación de puntajes, en caso de que se definan criterios adicionales en el espacio de análisis, como la inclusión de antecedentes específicos o condiciones como la irregularidad en el aseguramiento (incluyendo población extranjera o no asegurada), lo cual podría modificar la categorización del riesgo.

Por otra parte, se presenta un caso en el cual la gestante fallecida registraba únicamente un riesgo identificado (edad extrema), correspondiente a un evento asociado a gastroenteritis. Inicialmente, el cuadro clínico generó sospecha de preeclampsia debido a cifras tensionales elevadas; sin embargo, posteriormente estas se normalizaron y, de acuerdo con el reporte de necropsia clínica, se confirmó como causa del evento la condición mencionada.

Finalmente, se expone un tercer caso analizado recientemente, en el cual la gestante acumulaba **7 riesgos**, entre ellos: edad extrema, antecedente de sepsis en gestaciones previas, consumo de tabaco (previo o actual), riesgo de preeclampsia, cruce con bases de información (SIVIGILA y PAI) que evidenciaban condiciones adicionales de riesgo como esquema de vacunación incompleto, así como seguimiento por parte de la EAPB.
Teniendo en cuenta este ejercicio, se plantea la priorización del seguimiento, considerando inicialmente la posibilidad de focalizar las gestantes con mayor número de riesgos (por ejemplo, ≥9 o ≥10) para conformar un grupo más acotado; no obstante, a partir del análisis realizado, se opta por estructurar las categorías de seguimiento con base en la clasificación actual de riesgos.

Se socializan los riesgos identificados, con el fin de mantener claridad sobre los criterios utilizados en la asignación de puntajes. Asimismo, se presenta el archivo adjunto en formato Excel, el cual contiene las gestantes clasificadas según la categoría de seguimiento establecida a partir de dicha clasificación de riesgos.
El archivo incluye la información disponible en el tablero de la cohorte, como dirección, número telefónico, georreferenciación, EAPB y datos completos de identificación, que permiten la ubicación de la gestante por parte del Observatorio.
Se indica que, aunque se han recibido otras bases de datos, estas no han sido incluidas en el ejercicio actual, debido a que corresponden a una fase posterior de análisis. En este momento, el ejercicio se centra exclusivamente en las gestantes registradas en la cohorte, a partir de las variables ya identificadas.
Se ejemplifica que, en casos donde una gestante es identificada por otras fuentes (como entornos), puede no encontrarse en la cohorte, ya que no cuenta con la totalidad de las variables requeridas (21 variables), lo que impide su inclusión en el modelo actual de categorización de riesgos. No obstante, esto no excluye la posibilidad de que, una vez identificada e incorporada, pueda ser clasificada bajo este mismo esquema.
En este sentido, se reconoce la necesidad de desarrollar un trabajo adicional desde el componente analítico del Observatorio, orientado a identificar gestantes que no se encuentran ni en la cohorte ni en otras bases, con el fin de gestionar su búsqueda e inclusión.

Durante la discusión, se resalta la importancia de priorizar fuentes como entornos y otras bases de información, dado que, si las gestantes no se encuentran en la cohorte, no están siendo visibles dentro del sistema de seguimiento. Se plantea la necesidad de validar el aseguramiento actual mediante cruce con BDUA, con el fin de direccionarlas adecuadamente a la red de servicios.
Asimismo, se menciona que existen gestantes reportadas en bases como “gestantes irregulares”, las cuales están siendo incorporadas en el análisis.

Se generan inquietudes frente a otras estrategias como el Convenio País, evidenciando que actualmente no se están ingresando nuevas gestantes debido a limitaciones presupuestales, manteniéndose únicamente el seguimiento de aquellas previamente vinculadas.

Finalmente, se propone fortalecer el reporte de gestantes identificadas a través de diferentes fuentes, incluyendo la posibilidad de remitir la totalidad de los casos (marcando aquellos con riesgo), con el fin de consolidar la información en el tablero. Adicionalmente, se plantea la implementación de un mecanismo automatizado de reporte (correo) para la notificación de estas gestantes al equipo correspondiente, facilitando su incorporación o validación dentro de la cohorte.

3. Retroalimentación de la matriz de seguimiento y definición de acciones de mejora

Durante este punto se realiza la retroalimentación de la matriz de seguimiento, planteando que esta debe ajustarse de acuerdo con la gestión específica que realiza cada uno de los equipos. Se menciona que previamente se solicitó información a los diferentes equipos con el fin de alinear la matriz a sus procesos; sin embargo, la única respuesta recibida fue por parte de Carolina Santander, motivo por el cual la estructura inicial se construyó con base en dicha información.

Se reconoce que la matriz presenta un enfoque general, por lo que se propone su revisión y validación por cada equipo, con el fin de determinar la pertinencia de las variables incluidas y realizar los ajustes necesarios según la gestión diferencial que cada uno desarrolla. En este sentido, el archivo fue compartido en formato editable para permitir su modificación y consolidación conjunta.
En cuanto a la estructura, se incluyen variables relacionadas con la identificación de pacientes, antecedentes y riesgos actuales, así como información de seguimiento como fecha de intervención, fechas de seguimiento o alertas, edad gestacional al momento del seguimiento, gestión realizada, resultado esperado, resultado de cierre, estado del caso y fecha de cierre. Estas variables se plantean de manera transversal para los diferentes equipos, teniendo en cuenta que la base inicial corresponde a la información suministrada.
Adicionalmente, se identifican los equipos involucrados en la gestión, incluyendo determinantes, aseguramiento y la línea Más Bienestar, señalando que esta última depende de un componente específico previamente articulado. Se menciona que algunos equipos han indicado la necesidad de ajustar o excluir ciertas variables, dado que algunas ya hacen parte de sus procesos de seguimiento.

Durante la discusión, se plantea la importancia de facilitar el diligenciamiento de la matriz, evitando reprocesos para los equipos. En este sentido, se propone que parte de la información inicial, como antecedentes y riesgos, sea suministrada desde la cohorte, de tal manera que los equipos se concentren en el registro de la gestión realizada a partir de su intervención.

En el desarrollo de la retroalimentación, se precisa que la información que se entregue desde el Observatorio deberá incluir los datos disponibles hasta el componente de riesgos, de tal manera que los equipos reciban una estructura inicial que facilite el registro posterior de la gestión realizada. A partir de ello, se aclara que inicialmente se entendía que la base permitía notificar a la gestante identificada en cualquier ámbito y, desde allí, iniciar la revisión de los criterios correspondientes; sin embargo, durante la discusión se evidencia que también existen gestantes que no están en la cohorte y que, aun así, presentan criterios de riesgo que requieren gestión.

Se expone que hay gestantes identificadas por los equipos, así como por otras estrategias, que permanecen en alto riesgo debido a situaciones como egreso sin medicamento, ausencia de planificación o falta de entrega de indicaciones, lo que configura la necesidad de activar una gestión oportuna. En estos casos, aunque la primera canalización corresponde a la EAPB y se realiza la respectiva notificación, se reconoce que este proceso puede ser más lento, por lo que se resalta la importancia de acciones inmediatas como el contacto telefónico.

Asimismo, se señala que, en teoría, las gestantes identificadas por diferentes fuentes deberían encontrarse en la cohorte, dado que están siendo captadas por los equipos en territorio. No obstante, se discute la necesidad de definir si estos casos deben cruzarse e incorporarse dentro de la matriz de seguimiento, así como si corresponde incluir allí la gestión realizada y los datos complementarios, lo cual lleva a plantear la necesidad de clarificar el flujo mediante un esquema o diagrama de proceso.

Durante la discusión se pone como ejemplo la entrega de un grupo de 660 gestantes, frente a las cuales se consulta cuál sería el alcance de Ángeles Guardianes. En respuesta, se aclara que esta estrategia no aborda el 100 % de las morbilidades maternas, dado que una parte de estos casos corresponde al prestador o a la EAPB. Se precisa que Ángeles Guardianes asume de manera directa el seguimiento de los casos correspondientes a Capital Salud, las no aseguradas y algunas gestantes cubiertas por convenios específicos. En otros casos, cuando el prestador informa que no logró el abordaje o seguimiento, los equipos realizan el acompañamiento correspondiente.
De igual manera, se enfatiza que las gestantes no aseguradas constituyen un grupo de especial interés por su mayor riesgo y vulnerabilidad. En este contexto, se aclara que desde el nivel distrital se realiza la identificación y monitoreo diario de la base, verificando qué gestantes cuentan con seguimiento y cuáles no. Cuando se identifica ausencia de seguimiento, se genera de manera inmediata una alerta al equipo correspondiente. Adicionalmente, se revisan los seguimientos ya realizados y, en caso de encontrar alertas, estas son escaladas a Capital Salud o a los equipos, según corresponda.

Frente a la matriz, se propone realizar una prueba piloto con las 660 gestantes, con el fin de observar qué necesidades surgen desde cada proceso al momento de retroalimentar la información. Se acuerda mantener la matriz tal como está para este ejercicio inicial e incorporar desde el Observatorio los datos disponibles hasta la sección de riesgos. A partir de allí, cada proceso deberá diligenciar la gestión correspondiente según su competencia.

También se discute la participación de otros componentes, como aseguramiento y línea, precisando que no todos los casos deben dirigirse a todos los procesos. En este sentido, se plantea la necesidad de definir cuáles casos serán remitidos a aseguramiento y cuáles a la línea, teniendo en cuenta que esta última no recibe a todas las usuarias aseguradas, sino únicamente aquellas que requieren asesoría o aquellas que ingresan por situaciones específicas relacionadas con morbilidad.

Finalmente, se reconoce que el ejercicio será semanal y que no la totalidad de las gestantes identificadas serán intervenidas con la misma periodicidad, por lo que se considera necesario delimitar qué casos serán abordados y qué actividades se espera que realice cada proceso. Frente a la posibilidad de dejar campos estandarizados o listas desplegables dentro de la matriz, se acuerda no restringir esta primera fase piloto, permitiendo que cada proceso registre la información según su dinámica. Posteriormente, con base en lo evidenciado durante el piloto, se realizará una propuesta de categorías o ajustes para la consolidación de la matriz.

Compromisos:

- Desde el componente de Entornos, se realizará el envío de la base de alertas identificadas, con el fin de que esta sea cruzada con la base de la cohorte de gestantes. Aquellos registros que cuenten con aseguramiento serán direccionados desde la Subsecretaría para solicitar a las EPS la intervención inmediata, orientada al ingreso oportuno al Control Prenatal (CPN) o a la actividad asistencial correspondiente. Por su parte, los casos que se identifiquen sin aseguramiento y que cuenten con datos de contactabilidad serán abordados por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar (EMBH), para la gestión del aseguramiento y su ingreso al CPN.

- Remisión de información al equipo de Modelo Predictivo de las bases correspondientes a gestantes 2025–2026 (Observatorio de Salud) y de mortalidad materna 2025 (Salud Pública – Vigilancia), con el propósito de realizar la ponderación de riesgos, validar la clasificación del riesgo y orientar los abordajes específicos requeridos.

- Contacto inicial por parte de los EMBH a la población gestante identificada con alertas de atención inmediata, con el fin de activar las acciones de seguimiento y gestión del riesgo.

4. <u>Evidencia fotográfica</u>





Una vez se abordan todos los compromisos, se da por terminada la reunión.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
De acuerdo con los cruces de información, desde otras fuentes (SIRC, PAI y entornos), las gestantes que no se encuentran dentro de la cohorte, se cruza con BDUA para identificar aseguramiento y se envían al correo de	Martha Becerra Aseguramiento María Eugenia Delgado	Inmediato y continuo la inclusión y seguimiento a la base de la cohorte de gestantes.

interdependencias para reportar al aseguramiento e iniciar sus acciones de seguimiento, por parte de la EAPB.		
Modelo predictivo, realizara la evaluación y se ponderara los factores de riesgo con el fin de evaluar cuales tienen mayor probabilidad de complicación y muerte materna, por medio de las bases 2025 – 2026 de la cohorte de gestantes y muertes maternas.	Erika Castilo - Observatorio Diana Franco - Vigilancia Modelo Predictivo	16 marzo 2026
Enviar las 660 gestantes priorizadas que se identifican en la cohorte con seis o más riesgos a los equipos Mas Bienestar hogar para seguimiento.	Erika Castilo - Observatorio	25 marzo 2026

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Diana Carolina Franco	Dc2franco@saludcapital,gov.co	3164975876	SDS -SVSP	
2	María Eugenia, Delgado Méndez	medelgado@saludcapital.gov.co	3115404970	SDS – DSS	
3	Paola Suarez Santana	dpsuarez@saludcapital.gov	3016630189	SDS-DAEPDSS	
4	Maryerly Ardila Martinez	M1Ardila@saludcapital.gov.co	3195802321	Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud	
5					

ASISTENTES

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

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

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) **No ( )**	No aplica

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES

Código: SDS-DFO-FT-004 Versión: 1

Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Tema: Mesa 2: Cohorte de Gestores del Distrito Fecha: 16 de mayo 2026

Hora Inicio: 2:30 Hora Fin: _____ Lugar: SDS Sala de Juntas

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Johanna Tibos R	SDS	Asesora	3007351261	jatiboresc@saludcapital.gov.co	
2	Angel Mineros	OBS-SDJ	Contratista	3045[illegible]	[illegible]	
3	Diana Carolina Franco	SDS-VSP	Prof Especializado	3160[illegible]	dcfranco@saludcapital.gov.co	
4	Erika Castillo P.	SDS OSB	Contratista	3112933[illegible]	ecpcastillo@saludcapital.gov.co	
5	Dyon Bellón.	SDS-CRUE	Prof Esp.	3152740[illegible]	dybellon@saludcapital.gov.co	
6	Jose Vanegas	SDS CRUE.	SUBDIR.	3142618520	[illegible]	
7	Paola Sanz Santana	SDS DAFI-01	Prof Enfermera	301 663 09	DPSsanz@saludcapital.gov.co	
8	Fabian Chicue Alcaira	DPSS	Contratista	3102035606	fcaicedo@saludcapital.gov.co	
9	Mayra A. Garcia Parra	DPSS	Contratista	3004644918	mgarcia@saludcapital.gov.co	
10	Marcela Martinez C	SDS-SAC	Subsecretaria	9052	mmartinez@saludcapital.gov.co	
11	Jackie Alejandra C	SDS OSB	Prof. Esp	3187[illegible]	[illegible]	
12	Renato Cortes R	SDS-OSB	prof Esp	3122303[illegible]	rcortes@saludcapital.gov.co	
13	Leonardo Silva Zarate	SDS	Asesor	9742	LASilva@saludcapital.gov.co	
14	MARIA ELENA REYNOSO	SDS-SDDS	Prof. Espec	3145[illegible]	mereyes@saludcapital.gov.co	
15	Andrés Prieto	Secretaría SDS	Subsecretario	3208[illegible]	aprieto@saludcapital.gov.co	
16	Hayleth Andrea M	SDS-SCSSR	Prof. Especial	3198[illegible]	hmandia@saludcapital.gov.co	
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Carrera 32 No. 12-81 Tel.: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co