

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					



Comportamiento de los eventos materno-perinatales

El doctor Julián Fernández Niño, subsecretario de Salud Pública, presentó el comportamiento de los principales eventos materno perinatal en Bogotá D.C., reiterando que la mesa ampliada es un espacio técnico complementario a las acciones de inspección, vigilancia, control y seguimiento individual que se adelantan con EAPB e IPS. Señaló que el análisis distrital debe orientar acciones concretas frente a la implementación de la ruta materno perinatal, la gestión del riesgo, la calidad de la atención y la oportunidad en la referencia y contrarreferencia.

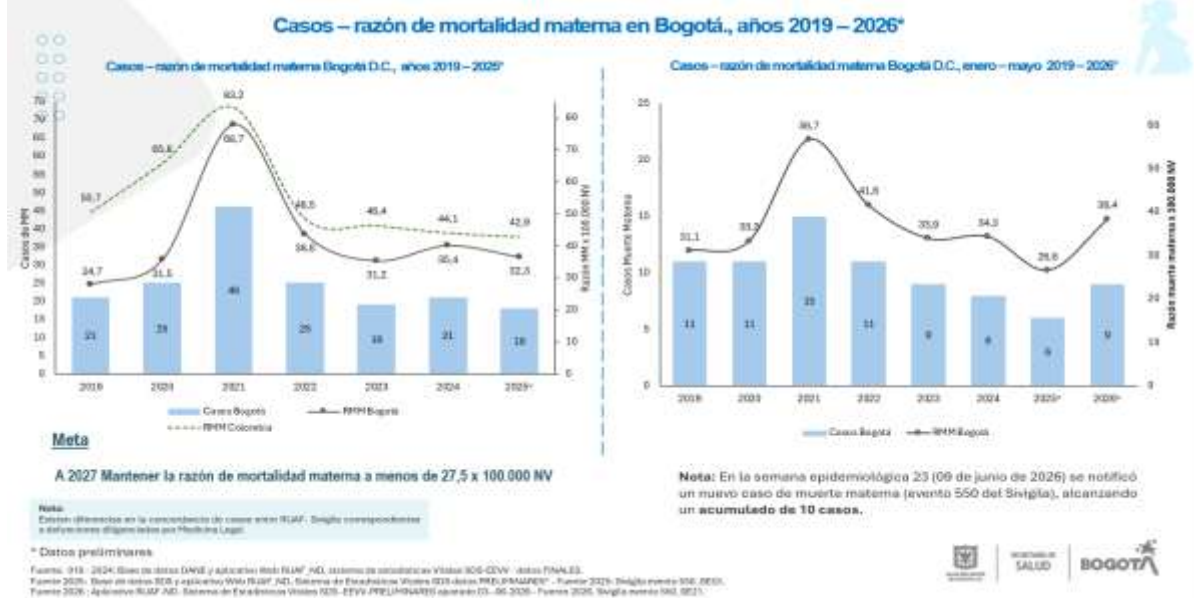
En relación con la morbilidad materna extrema, se informó que el evento mantiene una tendencia ascendente. Se indicó que entre 2024 y 2025 se observó un aumento importante, pasando de cerca de 5.000 a más de 6.000 casos, con incremento de la razón de morbilidad materna extrema. Para 2026, con corte a mayo, se evidenció un aumento tanto en el número de casos como en la razón del evento. El doctor Fernández llamó la atención sobre el índice de letalidad, señalando que históricamente se había mantenido alrededor de 0,30 a 0,40; sin embargo, para el corte analizado de 2026 se observaba un incremento temprano, lo cual indica no solo mayor ocurrencia de morbilidad materna extrema, sino mayor probabilidad de muerte entre quienes presentan el evento.

En la caracterización del evento se destacó la necesidad de revisar con mayor detalle las causas del incremento de la morbilidad materna extrema, por tratarse de un indicador que permite anticipar deterioros en la atención materna. Se mencionó también la diferencia en las razones entre mujeres extranjeras y colombianas, así como el comportamiento por grupos de edad, localidades y EAPB. Frente a las gráficas presentadas, se solicitó ajustar la visualización para que los incrementos se identifiquen en color rojo y las disminuciones en color verde, con el fin de facilitar la lectura del comportamiento de los eventos.

Respecto a la mortalidad materna, se informó que, con corte a 31 de mayo de 2026, Bogotá registraba 9 muertes maternas, y que al incluir el evento presentado en junio se alcanzaban 10 casos. Este comportamiento representa un incremento frente al mismo corte de 2025, cuando se reportaban 6 muertes maternas con una razón de 26,6, y frente a 2024, cuando se registraban 8 casos con una razón de 34. Para 2026, la razón se ubicaba por encima de 39, lo que evidencia una alerta distrital por el aumento en números absolutos y en el comportamiento del indicador.

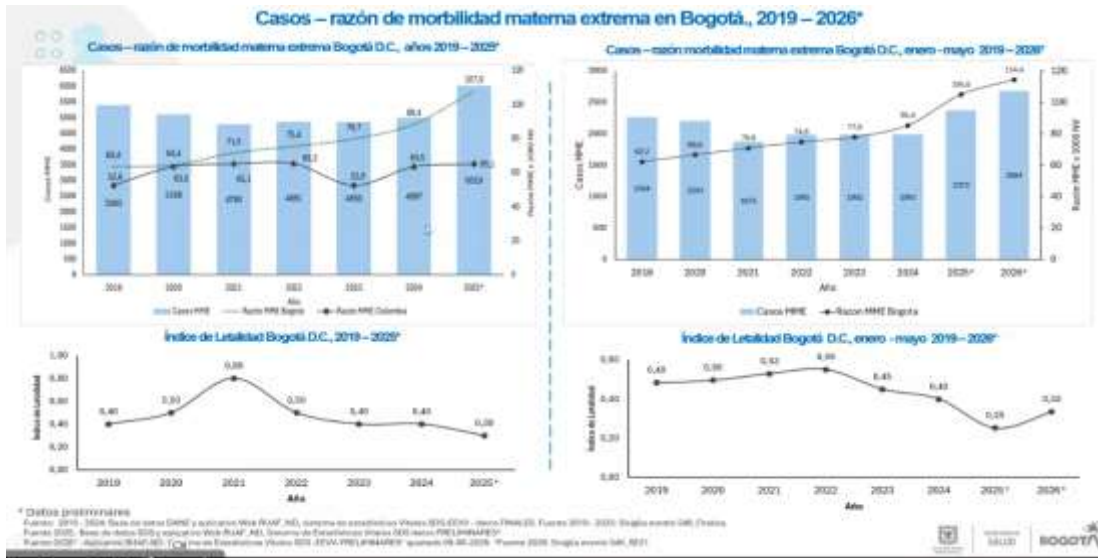
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

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



El análisis de mortalidad materna resaltó que el incremento observado no corresponde únicamente al contexto general del sistema de salud, sino que se relaciona con fallas identificadas en la calidad, oportunidad y continuidad de la atención. Se mencionaron situaciones como gestantes con signos de alarma que no fueron derivadas oportunamente, subestimación del riesgo clínico, dificultades en la remisión a mayor complejidad, inicio tardío o insuficiente de tratamientos, y debilidades en registros básicos de la atención, entre ellos la toma y consignación de cifras de presión arterial. En ese sentido, se insistió en que el seguimiento no debe limitarse al cumplimiento numérico de controles prenatales, sino a la calidad efectiva del control, la clasificación adecuada del riesgo, la lectura clínica de los signos de alarma y la capacidad resolutoria de los servicios.

Dentro de las causas de mortalidad materna se destacó la preocupación por las causas directas, principalmente las complicaciones hipertensivas del embarazo, incluyendo preeclampsia y eclampsia, y en menor medida los eventos hemorrágicos. Se precisó que varias de estas condiciones requieren fortalecimiento de la comunicación del riesgo, tanto hacia las gestantes y sus familias como hacia el talento humano en salud. Se hizo especial énfasis en la cefalea durante la gestación como signo de alarma que debe ser interrogado, valorado y gestionado oportunamente, en particular cuando se acompaña de otros síntomas o hallazgos clínicos asociados a trastornos hipertensivos.



	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Frente a la mortalidad perinatal informó que, con corte a mayo de 2025, Bogotá registraba 225 muertes perinatales, mientras que para el mismo corte de 2026 se reportaban 270. La razón pasó de 9,9 a 11, ubicándose por encima de la meta distrital de mantener el indicador por debajo de 10. Señaló que este aumento no debe analizarse como un evento aislado, sino en relación con la situación de mortalidad materna y con las fallas identificadas en la implementación efectiva de la ruta materno perinatal, especialmente en la continuidad del cuidado durante la gestación, el parto, el puerperio y la atención neonatal.

En el análisis desagregado se precisó que la mortalidad fetal presentaba un comportamiento más estable, incluso con una leve disminución al pasar de 174 casos en 2025 a 164 casos en 2026, comparando el acumulado a 31 de mayo. Sin embargo, la principal alerta se concentró en la mortalidad neonatal temprana, que presentó un incremento importante al pasar de 51 a 106 casos en el mismo periodo de comparación. El doctor Fernández indicó que este comportamiento refleja una alerta grave para el Distrito y debe ser revisado de manera específica, dado que expresa posibles fallas en la atención obstétrica, neonatal, en la referencia y contrarreferencia, y en el manejo de gestantes y recién nacidos de alta complejidad. Durante la presentación se señaló que parte del comportamiento puede relacionarse con el aumento de recién nacidos de bajo peso y con la atención de gestaciones de mayor complejidad. No obstante, se aclaró que estos elementos pueden explicar tendencias de largo plazo, pero no necesariamente la aceleración observada entre 2025 y 2026. Por ello, se insistió en la necesidad de analizar con mayor detalle las causas específicas del incremento reciente de la mortalidad neonatal temprana.

En cuanto a las causas agrupadas, se mencionó el aumento en malformaciones congénitas, que pasaron de 12 a 21 casos; los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, que pasaron de 10 a 20 casos; las complicaciones obstétricas, con incremento de 5 a 20 casos; y la sepsis, que pasó de 8 a 14 casos. Frente a los trastornos respiratorios, se indicó que, de acuerdo con lo revisado en la mesa de expertos, la mayoría de casos no correspondían a infección respiratoria, sino a condiciones como síndrome respiratorio del recién nacido y situaciones asociadas a maduración pulmonar, lo que exige revisar la oportunidad y calidad de la atención tanto de la gestante como del neonato.

Causas agrupadas de mortalidad fetal y neonatal temprana, en Bogotá D.C.
corte mayo 2025 - 2026 preliminar

Causas agrupadas 4/67 - Mortalidad Fetal		2025*		2026*	
		Casos	%	Casos	%
4.02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento		108	62,1%	102	62,2%
4.01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas		32	18,4%	21	12,8%
4.06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal		19	10,9%	16	9,8%
4.03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer		10	5,7%	10	6,1%
6.13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas		1	0,6%	8	4,9%
4.04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal		4	2,3%	7	4,3%
1.09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias		0	0,0%	0	0,0%
Total general		174	100%	164	100%

Causas agrupadas 6/67 - Mortalidad Neonatal Temprana		2025*		2026*	
		Casos	%	Casos	%
6.13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas		12	23,5%	21	19,8%
4.03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer		1	2,0%	21	19,8%
4.04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal		10	19,6%	20	18,9%
4.02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento		5	9,8%	20	18,9%
4.05 Sepsis bacteriana del recién nacido		8	15,7%	14	13,2%
4.06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal		9	17,6%	5	4,7%
4.01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas		4	7,8%	5	4,7%
1.05 Meningitis		0	0,0%	0	0,0%
2.15 Tumores, in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido		1	2,0%	0	0,0%
5.12 Agresiones (homicidios)		1	2,0%	0	0,0%
Total general		51	100%	106	100%

* Datos provisionales 2025 y 2026
Fuente: 2025 : Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Sistema de Estadísticas Vitales SCS - ECVI - Preliminar
Fuente: 2026 : Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Sistema de Estadísticas Vitales SCS - ECVI - Preliminar agosto 08 de 2026

Es solicitado que, para la siguiente sesión, los equipos de Provisión de Servicios y Vigilancia en Salud Pública realicen una revisión conjunta y desagregada de las primeras causas de mortalidad neonatal temprana, en particular de los códigos o grupos señalados durante la presentación, con el fin de precisar la consistencia de los datos, verificar los aumentos que generan duda estadística y establecer cuáles fallas de atención se están presentando. Esta revisión deberá permitir diferenciar si los incrementos corresponden a cambios reales en el comportamiento del evento, problemas de clasificación o posibles inconsistencias en la información presentada.

Finalmente, se reiteró que la mortalidad perinatal y la mortalidad neonatal temprana deben ser abordadas como parte de la misma línea de riesgo materno perinatal. En ese sentido, se insistió en reforzar las acciones durante la gestación, mejorar la calidad del control prenatal, fortalecer la identificación temprana de riesgos, revisar la adherencia a guías clínicas, fortalecer la capacidad resolutoria en la red prestadora y mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia, especialmente en los casos que requieren manejo de alta complejidad.

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

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

Nuevas estrategias y ajuste en el orden de la agenda

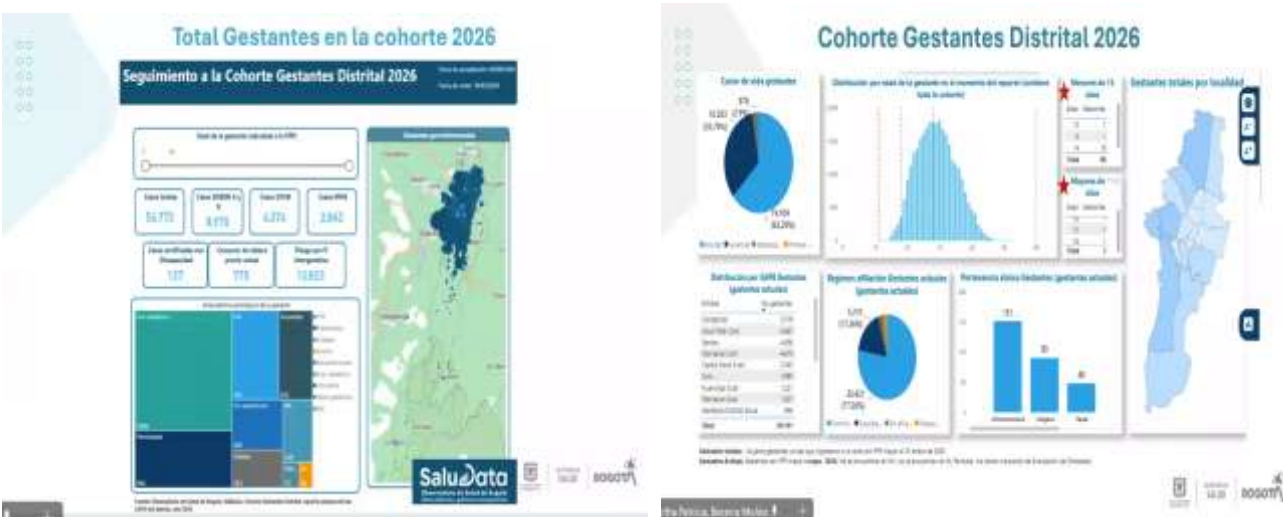
De acuerdo con la agenda prevista, se dio paso al punto relacionado con nuevas estrategias para prevenir la prematurez y la muerte perinatal desde la investigación y la cirugía fetal. La intervención fue introducida por Juan Pablo Bernal, de la Liga de los Múltiples, quien presentó el contexto general de la participación del doctor Miguel Parra Saavedra y la relevancia del modelo de predicción de prematurez como herramienta de apoyo para la identificación y seguimiento de gestantes con riesgo de parto prematuro.

No obstante, debido a inconvenientes de conexión del doctor Miguel Parra, se ajustó el orden de la agenda y se dio continuidad a la sesión con la presentación de la Cohorte de Gestantes D.C. 2026, a cargo de la enfermera Marta Becerra Muñoz, de la Dirección de Aseguramiento.

2. Cohorte de gestantes

Se precisó que esta presentación tenía corte al 30 de mayo de 2026 y se orientó al seguimiento de la cohorte distrital, la identificación de riesgos, el uso de tableros de información y la articulación con los equipos territoriales Más Bienestar. La referente Marta Becerra explicó que el seguimiento a la cohorte de gestantes se realiza mediante tableros que integran información sociodemográfica, factores de riesgo, vacunación, cruces con subsistemas de vigilancia y georreferenciación por localidad de residencia. Señaló que estas herramientas permiten monitorear el comportamiento de la cohorte, identificar alertas y orientar la gestión territorial, en articulación entre aseguramiento, prestación de servicios y los equipos Más Bienestar presentes en las 20 localidades del Distrito.

En cuanto al volumen de la cohorte, se informó que durante 2026 se habían identificado 56.772 gestantes en el acumulado. Para el corte del tablero presentado, correspondiente al 30 de mayo de 2026, se indicó un total de 33.799 gestantes, precisando que en el seguimiento más reciente se contaba con aproximadamente 31.000 gestantes activas. Esta información fue presentada como insumo para fortalecer el monitoreo, la priorización de riesgos y la intervención territorial. Dentro de los factores de riesgo identificados, se resaltaron antecedentes y condiciones asociadas a síndrome metabólico, sobrepeso, eventos hipertensivos, preeclampsia, trombofilia y enfermedades autoinmunes. La presentación mostró diferencias por localidad, con énfasis en aquellas con mayor número de gestantes, como Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba y Bosa. Se indicó que estas diferencias permiten reconocer perfiles de riesgo específicos y orientar acciones diferenciadas desde el aseguramiento y la prestación.



Respecto a la edad gestacional y las edades extremas, se llamó la atención sobre la presencia de gestantes menores de 14 años, identificándose una gestante de 12 años, tres de 13 años y dieciséis de 14 años. Se precisó que estas edades implican la activación de los reportes correspondientes por presunta violencia sexual. En el otro extremo, se reportaron gestantes de 50, 51 y 52 años, lo que refuerza la necesidad de mantener el seguimiento a mujeres y personas en edad fértil desde edades tempranas hasta edades avanzadas, de acuerdo con la caracterización presentada.

Respecto a la caracterización por edad, la referente llamó la atención sobre las gestaciones en edades extremas. En el grupo de menores de 14 años se identificó una gestante de 12 años, tres de 13 años y dieciséis de 14 años, situaciones que implican la activación de los reportes correspondientes por presunta violencia sexual. En el otro extremo, se reportaron

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

gestantes de 50, 51 y 52 años. A partir de estos hallazgos, se reiteró la necesidad de fortalecer la identificación y seguimiento de mujeres y personas en edad fértil desde edades tempranas hasta edades avanzadas, así como de mantener la vigilancia sobre los determinantes y riesgos asociados a estas gestaciones.

Frente a la captación temprana, se indicó que, aunque se han observado avances, esta aún no supera el 80%. Por ello, se reiteró el llamado a EAPB e IPS para fortalecer la identificación de gestantes antes de la semana 10, con el fin de realizar tamizaje oportuno, clasificación adecuada del riesgo y activación temprana de las intervenciones requeridas. También se señaló que cerca del 50% de las gestantes activas se encontraban en tercer trimestre, con menor proporción en segundo trimestre y un número más reducido en primer trimestre.

En relación con eventos de interés en salud pública, se informó que se tenían identificadas 288 gestantes con sífilis gestacional. Frente a este punto, se hizo énfasis en garantizar tratamiento tanto a la gestante como a su pareja, así como en fortalecer la comunicación asertiva durante el tamizaje con prueba dual para VIH y sífilis. Se señaló que la orientación adecuada al momento de informar resultados es clave para favorecer la adherencia, evitar negación del diagnóstico y prevenir dificultades posteriores en la atención.

La presentación incluyó el cruce de la cohorte de gestantes con la base de nacidos vivos. Con corte a 31 de mayo, se reportaron 23.465 nacimientos y se identificó un diferencial de 4.740 recién nacidos cuyas madres no aparecían en la cohorte de gestantes. Este hallazgo será remitido a las EAPB correspondientes, dado que puede reflejar brechas en el reporte, en la captación o en el seguimiento oportuno de gestantes.

Como parte de la estrategia de gestión territorial, se presentó el tablero de alertas para orientar visitas de los equipos Más Bienestar. Las alertas se encuentran semaforizadas, y el color rojo identifica gestantes que requieren intervención inmediata. Para esta clasificación se definieron 21 factores de riesgo, entre ellos edades extremas, antecedentes de hipertensión, preeclampsia, eventos cardio-cerebrovasculares, enfermedades autoinmunes, sepsis en embarazos previos, consumo de tabaco, consumo de sustancias psicoactivas, condición de vulnerabilidad y clasificación SISBÉN. Se indicó que las gestantes con seis o más riesgos son clasificadas en alerta roja y requieren seguimiento prioritario.

se retomaron las líneas establecidas en la Resolución 943 de 2025 y en la Circular 010 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social, señalando que estas refuerzan acciones consideradas innegociables para la atención materno perinatal. Entre ellas se mencionó la consulta preconcepcional en mujeres con comorbilidades, la atención durante el control prenatal, el parto y el puerperio, el egreso seguro del binomio madre-hijo, la entrega de medicamentos para 15 días de tratamiento en domicilio cuando corresponda, y la necesidad de ajustar los acuerdos de voluntades entre aseguradores y prestadores para garantizar estas atenciones.

Así mismo, se recordó la importancia del control del recién nacido y del puerperio en los tiempos establecidos, así como la realización del tamizaje metabólico a todos los recién nacidos del Distrito Capital. Se precisó que este tamizaje permite identificar tempranamente enfermedades huérfanas y orientar de manera oportuna el manejo del recién nacido. En ese sentido, se solicitó incluir y fortalecer el programa de tamizaje neonatal para las siete patologías definidas en la normatividad referida durante la presentación.

Al cierre de la intervención, la enfermera Marta Becerra, hizo un llamado específico a EAPB e IPS para actualizar de manera permanente los datos de georreferenciación y contactabilidad de las gestantes. Se informó que solo el 55% de las gestantes era contactable por vía telefónica o por dirección válida, y que se tenía un reporte de 17.455 registros con direcciones inexistentes, teléfonos que no contestan o datos que corresponden a otros usuarios. Se precisó que esta situación limita la búsqueda efectiva y la intervención territorial de los equipos Más Bienestar, por lo cual se solicitó fortalecer la calidad del dato desde la prestación y el aseguramiento.

3. Nuevas estrategias para prevenir la prematurez desde la investigación y la cirugía fetal

Una vez restablecida la comunicación con el doctor Miguel Parra Saavedra, ginecólogo especialista en medicina materno fetal y cirugía fetal, se retomó el punto de la agenda relacionado con nuevas estrategias para prevenir la prematurez y la muerte perinatal desde la investigación y la cirugía fetal. La presentación se desarrolló bajo el enfoque "Prevención del parto prematuro: de la biomecánica a la intervención molecular", abordando la inflamación decidua, la contractilidad miometrial y el impacto terapéutico de la progesterona micronizada 200 mg.

El doctor Parra inició señalando que, en el componente neonatal, el parto prematuro representa uno de los principales problemas asociados a mortalidad, ocupación de unidades de cuidado intensivo neonatal y secuelas en los recién nacidos.

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

Indicó que el parto prematuro no debe asumirse como una situación inevitable, sino como un evento que requiere nuevas aproximaciones predictivas, preventivas y terapéuticas desde la salud pública y la atención clínica.

Durante la intervención presentó las líneas de investigación desarrolladas por su grupo, entre ellas la predicción del parto prematuro mediante el índice de consistencia cervical, estudios relacionados con placenta, Doppler y resultado perinatal, síndrome de Zika congénito, impacto del COVID-19 en el embarazo, cirugía fetal para reparación por fetoscopia de mielomeningocele y gastrosquisis, así como trabajos asociados a preeclampsia, factores angiogénicos y prevención mediante ASA 150 mg.

En relación con la predicción del parto prematuro, explicó que el enfoque tradicional basado únicamente en longitud cervical puede ser insuficiente, dado que el acortamiento del cuello uterino corresponde a un hallazgo tardío. Señaló que el cérvix puede presentar cambios funcionales y biomecánicos antes de acortarse, especialmente pérdida de consistencia o ablandamiento cervical, lo cual constituye un punto crítico para identificar riesgo antes de que se presenten signos clínicos avanzados.

A partir de lo anterior, expuso el índice de consistencia cervical como una herramienta orientada a medir qué tan firme o blando se encuentra el cuello uterino. Preciso que esta medición permite identificar casos en los que el cuello mantiene una longitud aparentemente normal, pero presenta alteraciones en su consistencia, situación que puede representar un “punto ciego” si solo se utiliza la longitud cervical como criterio de seguimiento. En este sentido, planteó la evaluación biomecánica del cérvix como una alternativa de detección temprana del riesgo de parto prematuro.



El doctor Parra también explicó que el parto prematuro debe entenderse como un proceso biomecánico, inflamatorio y celular, y no únicamente como la presencia de un cuello corto. Señaló que existen fenómenos moleculares, inflamatorios y de remodelación cervical que intervienen en el proceso, por lo cual se requiere avanzar hacia herramientas predictivas que permitan intervenir antes de la dilatación, la ruptura de membranas o la necesidad de cerclajes de emergencia.

En el componente terapéutico, presentó una matriz farmacológica comparativa entre la progesterona natural micronizada y la 17-OH progesterona. Señaló diferencias en origen, vía de administración y efecto biológico, destacando la progesterona natural micronizada por vía vaginal como una intervención con acción local directa sobre el tejido diana, en contraste con la administración intramuscular y efecto sistémico predominante de la 17-OH progesterona.

La presentación cerró con la idea de “reescribir el futuro neonatal”, planteando que la prevención temprana y dirigida molecularmente puede modificar desenlaces cuando se gana tiempo dentro del útero. En ese marco, se resaltó la necesidad de integrar conocimiento clínico, herramientas predictivas y estrategias terapéuticas oportunas para reducir el impacto del parto prematuro en la mortalidad neonatal, las estancias en UCI y las secuelas asociadas.

En el espacio de preguntas, Juan Pablo Bernal consultó cómo podría alimentarse o implementarse este modelo predictivo en Bogotá, cuál sería su viabilidad técnica, los tiempos estimados para un despliegue distrital y las acciones iniciales requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, con apoyo de la academia y la infraestructura disponible. El doctor Parra respondió retomando la experiencia de México, donde se desarrolló un taller de tres días con ecografistas líderes de hospitales, incluyendo componente teórico, práctica con pacientes y certificación para la toma adecuada de las mediciones. Señaló que la estrategia puede iniciarse mediante un plan piloto, con seminarios, talleres, disponibilidad de pacientes y entrenamiento del talento humano.

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Desde la Secretaría Distrital de Salud se planteó la posibilidad de avanzar en una prueba piloto con apoyo del doctor Miguel Parra. En la conversación se mencionó que la doctora Melisa cuenta con entrenamiento previo con el doctor Parra, lo cual podría facilitar el proceso inicial. Se propuso realizar una mesa de trabajo específica para definir el alcance, los actores participantes, los requerimientos técnicos y la ruta de implementación del piloto en el Distrito.

Finalmente, frente a la pregunta sobre hospitales referenciados para cirugía fetal de hernia diafragmática intrauterina, el doctor Parra informó que su grupo recibe pacientes de diferentes lugares del país para este tipo de valoración e intervención. En el chat se indicó, además, que en Bogotá existen profesionales certificados en cervicometría y se recordó que esta valoración se encuentra contemplada dentro del control prenatal para detectar acortamiento cervical y actuar oportunamente.

4. Presentación de caso de muerte materna. Semana epidemiológica 23 de 2026

Se dio continuidad a la agenda con la presentación del caso de muerte materna correspondiente a la semana epidemiológica 23 de 2026, a cargo de la doctora Melisa Sierra Perea, ginecóloga especialista en medicina materno fetal de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, con participación de la EAPB Sanitas para el análisis inicial del evento.

La doctora Melisa Sierra presentó el caso de una paciente de 28 años, afiliada al régimen contributivo, EAPB Sanitas, residente en la localidad de Suba, con antecedente de sobrepeso. Indicó que la paciente tuvo controles prenatales, fue catalogada como de alto riesgo para preeclampsia desde el primer trimestre y recibió ASA durante el control prenatal. Se precisó que la clasificación y causa básica de muerte continuaban en estudio y pendientes de revisión por la instancia correspondiente.

De acuerdo con la exposición, la paciente ingresó el 6 de junio a la Clínica Cafam Santa Bárbara, en puerperio mediato, posterior a parto vaginal eutócico en semana 40, ocurrido nueve días antes. La consulta se realizó por cefalea de tres días de evolución, sin mejoría con manejo analgésico en casa. El dolor fue descrito como frontal y hemisferiano, tipo peso, del lado derecho, asociado a cinco episodios eméticos.

Durante esta primera atención, el cuadro fue abordado como cefalea tensional. Se indicó manejo con analgésico y, tras la revaloración, se registró mejoría de síntomas, sin signos de alarma al momento de la valoración, por lo cual se dio egreso con acetaminofén y recomendaciones para nueva consulta por urgencias ante signos de alarma.

Posteriormente, el mismo día, la paciente ingresó al Hospital de Suba, llevada por su esposo, quien refirió que, aproximadamente 15 minutos después de haber llegado a casa, la paciente ingresó al baño y no respondió al llamado. En el curso de la atención, la paciente fue remitida para manejo de mayor complejidad al Hospital Simón Bolívar.

Durante la atención intrahospitalaria se documentaron hallazgos neurológicos graves. Las imágenes diagnósticas evidenciaron edema cerebral difuso con signos de hipertensión intracraneal, trombosis venosa cerebral severa asociada a sangrado venoso cortical, hemorragia subaracnoidea y disminución del flujo vertebrobasilar. A partir de los hallazgos clínicos, paraclínicos e imagenológicos, y teniendo en cuenta el estado de puerperio, se planteó como principal impresión diagnóstica una preeclampsia severa asociada a eclampsia, con compromiso neurológico, hepático y renal.

La doctora Sierra señaló que la paciente presentó evolución tórpida durante la estancia intrahospitalaria. Se documentó muerte encefálica, confirmada mediante prueba de ACME, y se iniciaron los procedimientos institucionales para certificación del fallecimiento y evaluación como potencial donante. Finalmente, se informó que la paciente fue considerada negativa para donación de órganos y que se solicitó necropsia clínica, la cual se encontraba pendiente al momento de la presentación. Cerrada esta exposición, la doctora Melisa dio paso a la EAPB Sanitas para el análisis del evento.



	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

La intervención de la EAPB Sanitas fue realizada como análisis preliminar, aclarando que aún no se había desarrollado la unidad de análisis con todos los actores involucrados. Desde la revisión inicial de la historia clínica, se identificó como debilidad que la paciente presentaba obesidad antes del embarazo, estaba clasificada por la EAPB como riesgo 3 y no contó con consulta preconcepcional en atención primaria.

En relación con la atención hospitalaria inicial, la EAPB señaló que los síntomas descritos no coincidían plenamente con una cefalea tensional, considerando que la paciente presentaba cefalea intensa frontal irradiada a hemicara derecha y asociada a cinco episodios de vómito. Se indicó que pudo existir una valoración insuficiente del síntoma neurológico, al clasificarlo como cefalea tensional, lo que habría llevado a una posible falla en la identificación de una emergencia obstétrica tardía.

Como oportunidad de mejora, la EAPB planteó fortalecer la capacitación del talento humano asistencial sobre la presentación de emergencias hipertensivas y neurológicas en el puerperio. Así mismo, propuso implementar una lista de chequeo para que los médicos puedan diferenciar tipos de cefalea en gestantes y puérperas, reforzar la identificación de signos de alarma y estandarizar las rutas de atención en pacientes con síntomas neurológicos persistentes.

Dentro de las fortalezas identificadas, la EAPB indicó que la paciente ingresó de manera oportuna al control prenatal en la semana 10, tuvo adherencia al seguimiento prenatal, se realizó Doppler de arterias uterinas conforme a lo indicado por la Secretaría Distrital de Salud, tuvo tamizaje de preeclampsia e inició ASA desde la semana 12. También se mencionó que tuvo consulta de planificación familiar antes del embarazo y definición del método anticonceptivo posparto.

Como amenazas, la EAPB resaltó la presentación atípica de complicaciones graves en el puerperio, dado que la paciente presentó síntomas neurológicos relevantes, como cefalea intensa frontal irradiada a hemicara derecha, debilidad y episodios eméticos, pero inicialmente registró cifras tensionales en 124/70 mmHg, sin presión arterial alterada. Se indicó que la progresión fue rápida, pues la primera consulta ocurrió en la mañana y en la noche presentó el evento de mayor gravedad. La EAPB señaló que este patrón ya había sido identificado en un caso previo y que se encontraba en planeación el abordaje con su asesor científico.

Posteriormente intervino Carolina Pino, del Grupo Curso de Vida del Ministerio de Salud y Protección Social, quien consultó por la fecha prevista para la unidad de análisis de esta mortalidad materna. Se informó que la unidad de análisis estaba programada para el 14 de julio.

La representante del Ministerio también preguntó si la IPS que recibió inicialmente la urgencia hacía parte del grupo Pareto. Se precisó que correspondía a la Clínica Cafam Santa Bárbara y que sí hacía parte del Pareto. Adicionalmente, consultó por la última calificación o evaluación realizada a dicha IPS. Desde la Secretaría Distrital de Salud se informó que, ante el evento, se activó el equipo de manera inmediata, se realizó visita de acompañamiento a la clínica y se aplicó el instrumento ISABEL el 11 de junio, quedando pendiente confirmar el resultado exacto de dicha evaluación.

Carolina Pino hizo énfasis en la necesidad de fortalecer la adherencia a guías de práctica clínica y protocolos en todos los turnos y con la totalidad del talento humano que participa en la atención de urgencias. Señaló que, aunque la paciente registró cifras tensionales normales en la atención inicial, tenía antecedente de alto riesgo de preeclampsia y manejo con ASA durante el control prenatal, dato que debía mantenerse visible y ser considerado en cualquier consulta durante la gestación o el puerperio.

En su intervención, el Ministerio resaltó que la paciente consultó oportunamente y manifestó síntomas que indicaban que algo no estaba bien; sin embargo, el riesgo fue minimizado. Por ello, se insistió en que una puérpera con síntomas neurológicos debe ser observada y valorada de manera integral, teniendo en cuenta antecedentes prenatales, clasificación de riesgo, signos de alarma y posibles emergencias obstétricas tardías.

Se solicitó compartir la invitación a la unidad de análisis de esta muerte materna con la referente Carolina Pino y el Ministerio de Salud y Protección Social. También se reiteró la importancia de revisar la lista de chequeo para identificación de cefalea en gestantes y puérperas, fortalecer la capacitación del talento humano y asegurar la adherencia a guías y protocolos de atención de urgencias obstétricas.

5. Como vamos en Vacunación de gestantes, recién nacidos, niñas y niños en 2026

Se dio paso al punto de cierre de la agenda relacionado con el avance de vacunación en gestantes, recién nacidos, niñas y niños durante 2026, a cargo de la profesional Ayala Moreno, coordinadora del Programa Ampliado de Inmunizaciones, desde la Subdirección de Acciones Colectivas.

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

La presentación inició con la socialización de la campaña “La selección de las vacunas”, estrategia lúdica y pedagógica orientada a sensibilizar a las familias bogotanas sobre la importancia de revisar y completar los esquemas de vacunación. Se indicó que la campaña busca movilizar a la ciudadanía hacia los puntos de vacunación y fortalecer el reconocimiento de la vacunación como una acción de protección familiar y colectiva. También se hizo referencia a la entrega de álbumes y fichas en colegios priorizados, así como al uso de piezas comunicativas específicas para influenza y virus sincitial respiratorio.

La profesional señaló que, en el marco de la ruta materno perinatal y de los controles prenatales, se debe verificar el cumplimiento del esquema de vacunación de las gestantes. Indicó que actualmente se están administrando cuatro vacunas en esta población: COVID-19 a partir de la semana 12 de gestación; influenza a partir de la semana 14; Tdap o TAP a partir de la semana 20; y vacuna contra virus sincitial respiratorio entre las semanas 28 y 36. Sobre esta última, se precisó que se encuentra en revisión la posibilidad de ampliar su aplicación durante toda la gestación a partir de la semana 28, pero que, mientras se recibe la notificación correspondiente, se mantiene la aplicación entre semana 28 y 36.



Respecto a la vacunación contra virus sincitial respiratorio en gestantes, se informó que Bogotá presenta una alta adherencia. A semana epidemiológica 23 se reportaron 32.371 gestantes vacunadas. La mayor captación se concentra entre las semanas 28 y 30 de gestación, aunque también se identifican gestantes que acceden a la vacunación en semanas 35 y 36. En este sentido, se reiteró el llamado a captar oportunamente a las gestantes desde las primeras semanas indicadas, idealmente entre las semanas 28 y 30, para favorecer la protección del recién nacido.

En relación con la vacunación contra influenza, se informó que la disponibilidad del biológico inició desde el 10 de abril en las instituciones, antes del periodo habitual de llegada. Para gestantes, el avance se encontraba en semáforo verde, con cumplimiento superior al 95% y 23.621 gestantes vacunadas. No obstante, se insistió en mantener la búsqueda de población susceptible y en promover que las familias acudan a los servicios de vacunación para verificar su estado vacunal. Frente a la vacunación de recién nacidos, se recordó la aplicación de BCG en recién nacidos con peso mayor a 2.000 gramos y el seguimiento de quienes no cumplen este criterio al nacimiento para garantizar la posterior administración. También se enfatizó en la importancia de aplicar hepatitis B durante las primeras 12 horas de vida. Adicionalmente, se explicó la estrategia híbrida de protección frente al virus sincitial respiratorio, que combina la vacunación materna y la administración de anticuerpo monoclonal en recién nacidos según antecedente vacunal materno, edad gestacional y criterios clínicos.

Sobre la estrategia híbrida, se precisó que los recién nacidos menores de 36 semanas deben recibir el monoclonal independientemente del antecedente vacunal materno, por tratarse de población de riesgo. Para recién nacidos mayores o iguales a 36 semanas, se debe verificar si la madre fue vacunada y si han transcurrido más de 14 días desde la vacunación, periodo requerido para la transferencia efectiva de anticuerpos. Cuando este tiempo no se cumple, o cuando por condiciones clínicas el recién nacido lo requiere, se debe garantizar la administración del monoclonal antes del egreso.

Se informó que, en el mes de mayo, el 82,5% de los recién nacidos correspondían a hijos de madres vacunadas, es decir, nacieron protegidos por vacunación materna. Así mismo, durante el periodo de pico respiratorio, el 81,2% de los recién nacidos estuvo protegido mediante vacunación materna. Para los recién nacidos no protegidos por esta vía, se indicó que la protección se complementa con el monoclonal. En total, se reportaron 3.359 dosis de monoclonal administradas en la

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

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

ciudad.

En cuanto al cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, con corte al 14 de junio, se informó que la vacunación con Tdap/TAP en gestantes tenía una meta anual de 59.097 gestantes y registraba 27.628 vacunadas, equivalente a 46,8%, con semáforo verde según el avance esperado para el corte. También se indicó que los menores de un año con terceras dosis se encontraban en cumplimiento verde; sin embargo, se identificaron alertas en otros trazadores: triple viral en niños de un año en semáforo amarillo, refuerzos de 18 meses en 39,4%, refuerzos de cinco años en 32,9%, y vacunación contra VPH en 24,3% para niñas y 24,2% para niños.

A partir de estos resultados, se reiteró que el Programa Ampliado de Inmunizaciones no se limita a niñas y niños, sino que inicia desde la gestación y continúa en recién nacidos, infancia, adolescencia, personas con comorbilidades, viajeros y personas mayores. Se hizo un llamado a todos los actores del sistema, instituciones y talento humano en salud para fortalecer la sensibilización a las familias y facilitar el acceso efectivo a los servicios de vacunación.

Finalmente, se informó que durante junio se venía desarrollando un vacunatón, con día central programado para el 20 de junio de 2026. En el marco de esta jornada se invitó a las familias, especialmente a viajeros, a acudir a los servicios de vacunación para completar esquemas, incluida la vacunación contra sarampión y rubéola en niños y niñas menores de 10 años y la triple viral cuando correspondiera. Se precisó que la semana de intensificación se desarrolló del 15 al 19 de junio y que para el día central se esperaba la prestación de servicios de vacunación hasta las 4:00 p.m. en las instituciones habilitadas. También se llamó la atención sobre la importancia de cumplir los horarios anunciados por los servicios de vacunación, dado que el incumplimiento genera desconfianza en los usuarios y barreras de acceso.



Como complemento, el doctor Julián Fernández Niño presentó de manera breve resultados preliminares sobre el impacto de la inmunización contra virus sincitial respiratorio en Bogotá. Señaló que se observaba una reducción sustancial de hospitalizaciones generales y hospitalizaciones en UCI pediátrica por infecciones respiratorias graves en menores de un año, principalmente en menores de seis meses. Indicó que los análisis preliminares muestran cerca de 30% menos hospitalizaciones graves frente a lo esperado y un cambio cercano al 20% en hospitalizaciones en UCI pediátrica por infecciones respiratorias graves, lo cual fue presentado como un impacto poblacional relevante de la estrategia implementada.

Conclusiones

El doctor Julián Fernández Niño cerró la mesa reiterando que el comportamiento de la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y la mortalidad neonatal temprana exige una respuesta concreta de todos los actores del sistema de salud. Señaló que el espacio no reemplaza los seguimientos individuales, las acciones de inspección y vigilancia ni los planes de mejora con EAPB e IPS, pero sí debe movilizar decisiones inmediatas frente a la gestión del riesgo, la calidad de la atención y la continuidad de la ruta materno perinatal.

Se concluyó que es necesario fortalecer la comunicación del riesgo sobre complicaciones maternas, especialmente trastornos hipertensivos, preeclampsia y eclampsia, sin descuidar los demás signos de alarma. Así mismo, se insistió en mantener seguimiento activo a las gestantes clasificadas como de alto riesgo y en revisar las barreras administrativas, demoras en admisión, referencia y contrarreferencia, así como las fallas de calidad identificadas en la atención.

Señaló que el espacio no reemplaza los seguimientos individuales, las acciones de inspección y vigilancia ni los planes de

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

mejora con EAPB e IPS, pero sí debe movilizar decisiones inmediatas frente a la gestión del riesgo, la calidad de la atención y la continuidad de la ruta materno perinatal.

Se concluyó que las EAPB, IPS y la Secretaría Distrital de Salud, según sus competencias, deben realizar una revisión crítica de las barreras administrativas, las demoras en admisión, referencia y contrarreferencia, y las fallas de calidad identificadas en la atención. Este ejercicio debe permitir reconocer puntos críticos de la ruta materno perinatal y orientar acciones correctivas que reduzcan el riesgo de nuevos eventos graves.

Así mismo, se resaltó la necesidad de revisar la suficiencia y capacidad resolutive de las IPS para la atención materno perinatal, especialmente en los casos que requieren manejo de mayor complejidad. Esta revisión debe considerar la oportunidad de la atención, la disponibilidad de servicios, la respuesta institucional frente a signos de alarma y la articulación efectiva entre niveles de atención.

También se resaltó la necesidad de avanzar en el tamizaje oportuno de preeclampsia, revisar el comportamiento de sífilis gestacional y congénita, fortalecer la suficiencia y capacidad resolutive de las IPS, y reforzar los conocimientos específicos del talento humano en salud materno perinatal. Finalmente, se dejó planteada la importancia de innovar en estrategias de prevención de la prematuridad, mediante un piloto relacionado con el índice de consistencia cervical, y de mantener el trabajo articulado con el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

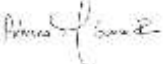
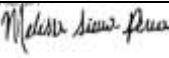
Fin del espacio 10:08 am

COMPROMISOS*		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Compartir con el Ministerio de Salud y Protección Social la invitación a la unidad de análisis del caso de muerte materna presentada	SDS – Referente distrital Mortalidad Materna – Diana Franco	Antes del 14 de julio de 2026
Revisar y fortalecer la lista de chequeo para identificación de alto riesgo, con énfasis en cefalea y signos de alarma en gestantes y púerperas.	EAPB – IPS	Inmediata y permanente
Intensificar la comunicación del riesgo sobre complicaciones maternas, especialmente trastornos hipertensivos, preeclampsia y eclampsia, dirigida a gestantes, familias y talento humano en salud, así como, fortalecer estrategias de comunicación.	EAPB – IPS	Inmediata y permanente
Presentar avances en la implementación de la resolución relacionada con el tamizaje de preeclampsia, especificando cómo se está implementando, cobertura alcanzada, esfuerzos de ampliación de cobertura, Doppler arterial y biomarcadores	Área de Provisión de Servicios - Secretaría Distrital de Salud	Mesa Ampliada mes de julio de 2026
Revisar y llevar a la mesa el comportamiento de sífilis gestacional y sífilis congénita.	SDS – Referente distrital Sífilis congénitas y gestacional – Marta Padilla	Mesa Ampliada mes de julio de 2026
Avanzar en la estructuración de un piloto distrital relacionado con el índice de consistencia cervical como estrategia de predicción del parto prematuro	Secretaría Distrital de Salud, equipo de salud pública y doctor Miguel Parra Saavedra	Por definir mesa de trabajo
Solicitar y mantener el acompañamiento de la Superintendencia Nacional de Salud en las acciones de inspección, vigilancia y control frente a EAPB e IPS donde se han identificado fallas	Secretaría Distrital de Salud y Superintendencia Nacional de Salud	Según identificación de hallazgos.

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

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

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Diana Franco	dc2franco@saludcapital.gov.co	3164975276	SDS- SVSP	
2	María Eugenia Delgado Méndez	medelgado@saludcapital.gov.co	3115404970	SDS-DSS	
3	Adriana Guaca	amguca@saludcapital.gov.co	3505962278	SVSP - SDS	
4	Melisa Sierra	MSierra@saludcapital.gov.co	3227304185	SVSP - SDS	
5					
6					
7					
8					
9					

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 ()	

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