Tema: Reunión fortalecimiento y aprestamiento mensual de julio 2026 (4 horas). Subsistema SSR – SMI, líderes, equipos operativos y proyectos especiales, de las subredes integradas de servicios de salud. Taller Análisis de información.

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Subdirección de vigilancia en salud pública	Gestión Social y Territorial en Salud Pública

Objetivo	Fecha: 21/07/2026			
Realizar la revisión técnica conjunta del protocolo de vigilancia de defectos congénitos entre la Secretaría Distrital de Salud y el Instituto Nacional de Salud, mediante el análisis y ajuste de las definiciones operativas de caso, criterios diagnósticos, codificación CIE-10 y lineamientos asociados al tamizaje neonatal, con el fin de fortalecer la consistencia técnica del documento y dejarlo preparado para su publicación oficial.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) Reunión		
	Modalidad:	Presencial (x)	Virtual ()	Mixta ()
	Lugar: Auditorio principal secretaria de salud			
	Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 1:00 pm			
	Notas por: Yesly Katherine Rojas			
	Próxima Reunión: A definir			
	Quien cita: Diana Franco			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se da inicio de la reunión por parte de referente Distrital del componente de salud sexual y reproductiva, presenta el objetivo de la reunión indicando que se realizará un taller practico donde se plasmaran los conocimientos del equipo y se retroalimentaran los hallazgos para mejorar el proceso.

Se da inicio a la lectura del taller, el cual se desarrollara por equipos de trabajo, como insumo para la realización del presente ejercicio la referente realizo el envió de las bases de notificación sífilis congénita, muerte materna y morbilidad materna, las cuales son el insumo para el desarrollo del espacio educativo:

Taller

1. Realizar una gráfica con la tendencia de muertes maternas en el Distrito Vs. Colombia.
2. Realizar una gráfica con la tendencia de morbilidad materna extrema en el Distrito Vs. Colombia.
3. Realice un análisis que incorpore los cambios históricos del periodo.
4. Realizar una gráfica de la incidencia de sífilis congénita discriminada en migrantes y colombianas.
5. Realizar una gráfica con el índice de letalidad Distrital.
6. Con la siguiente base realice el indicador de letalidad por severidad, agrupado en causas (hemorragia, sepsis trastornos hipertensivos y otras causas).
7. Realice un análisis de la información de la información destacando los principales cambios en el comportamiento del evento, durante el periodo de análisis.

8. Realice una grafica del comportamiento por localidades de muertes maternas y realice un análisis con los principales determinantes y realice un análisis.
9. Realice un mapa de Bogotá con la concentración de casos de morbilidad materna Vs. Muerte materna del año 2026.
10. Realice un mapa de Bogotá con la concentración de casos de Sífilis congénita año 2026.

El ejercicio se desarrolló por equipos, presentando los análisis realizados con información correspondiente al periodo 2019-2026, describiendo la metodología utilizada para la depuración de bases de datos, la consolidación de fuentes de información y la construcción de indicadores epidemiológicos.

Durante la socialización se identificó que uno de los principales retos fue la calidad de las bases de datos recibidas, las cuales requerían procesos de depuración, estandarización y validación antes de proceder con el análisis. Entre las dificultades encontradas se señalaron registros incompletos, diferencias en la nomenclatura de variables, inconsistencias en la residencia de los casos y presencia de eventos en estudio sin clasificación definitiva.

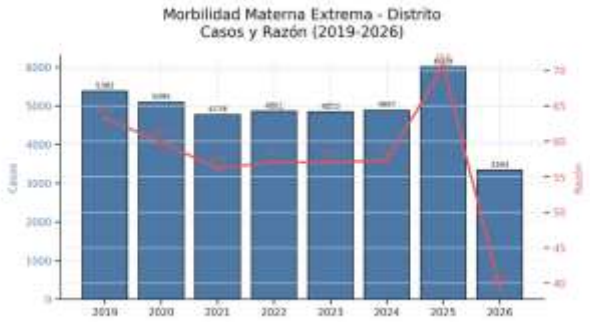
Equipo numero 1



La tendencia de la mortalidad materna temprana en Bogotá muestra un comportamiento fluctuante durante el periodo 2019–2026. El año 2021 presenta el valor más alto de toda la serie, con 45 casos y una razón de 67,2, lo que evidencia un incremento importante frente a los años anteriores.

A partir de 2022 se observa una disminución tanto en el número de casos como en la razón de mortalidad materna, alcanzando en 2023 uno de los niveles más bajos del periodo (18 casos y razón de 29,6). Sin embargo, entre 2024 y 2026 la razón se mantiene relativamente estable alrededor de 32 a 37, aunque los casos continúan disminuyendo.

En 2026 se registra el menor número de casos (10), lo que sugiere una mejora en el evento; no obstante, la razón de 36,3 indica la necesidad de mantener las acciones de vigilancia y prevención para consolidar la reducción de la mortalidad materna en el Distrito.



La morbilidad materna extrema en el Distrito mostró una reducción gradual entre 2019 y 2021, pasando de 5.382 a 4.778 casos y de una razón de 63,3 a 56,2. Entre 2022 y 2024 el comportamiento se mantuvo relativamente estable.

En 2025 se presentó un aumento importante, alcanzando el valor más alto del periodo con 6.009 casos y una razón de 70,6. Sin embargo, en 2026 se observa una disminución marcada a 3.343 casos y una razón de 39,3, los valores más bajos de la serie.

En general, los datos evidencian una mejora reciente en la morbilidad materna extrema, aunque es necesario mantener las acciones de vigilancia y seguimiento para consolidar esta tendencia favorable.

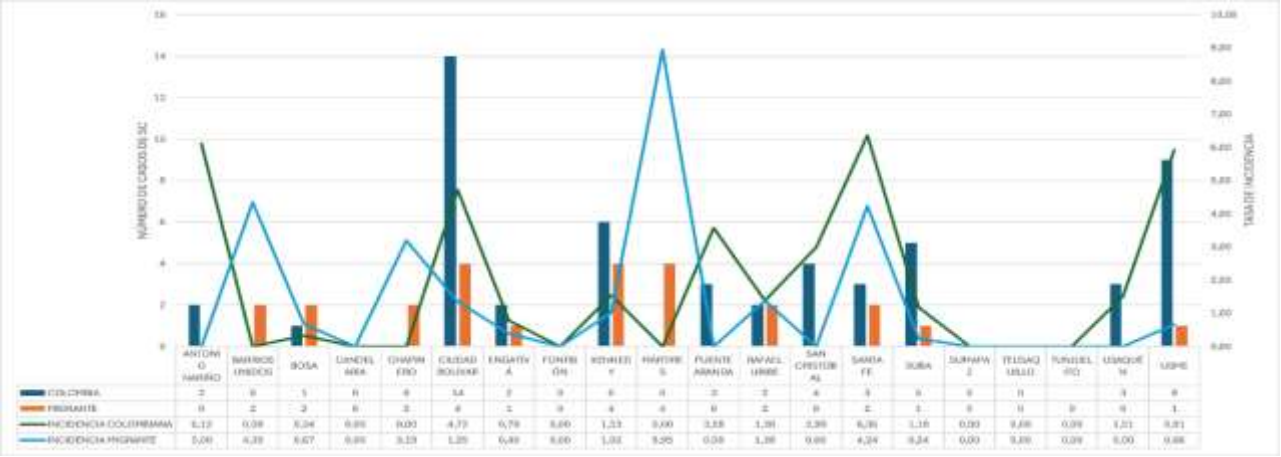
En el análisis de mortalidad materna se destacó el comportamiento de la razón de mortalidad durante el periodo estudiado, observándose un incremento importante durante los años de pandemia por COVID-19 y una posterior disminución. No obstante, se realizó una aclaración metodológica fundamental relacionada con la comparabilidad de los datos, enfatizando que no es apropiado

comparar años completos con periodos parciales, ya que esto puede generar interpretaciones erróneas sobre el comportamiento real del evento.

Equipo numero 2

Respecto al análisis de sífilis congénita, se discutió la diferencia entre el número absoluto de casos y las tasas de incidencia, resaltando la importancia de interpretar adecuadamente el efecto del denominador poblacional sobre los indicadores. Se evidenció que localidades con menor número de casos pueden presentar tasas más elevadas debido a un menor número de nacidos vivos, situación que requiere especial atención durante el análisis epidemiológico.

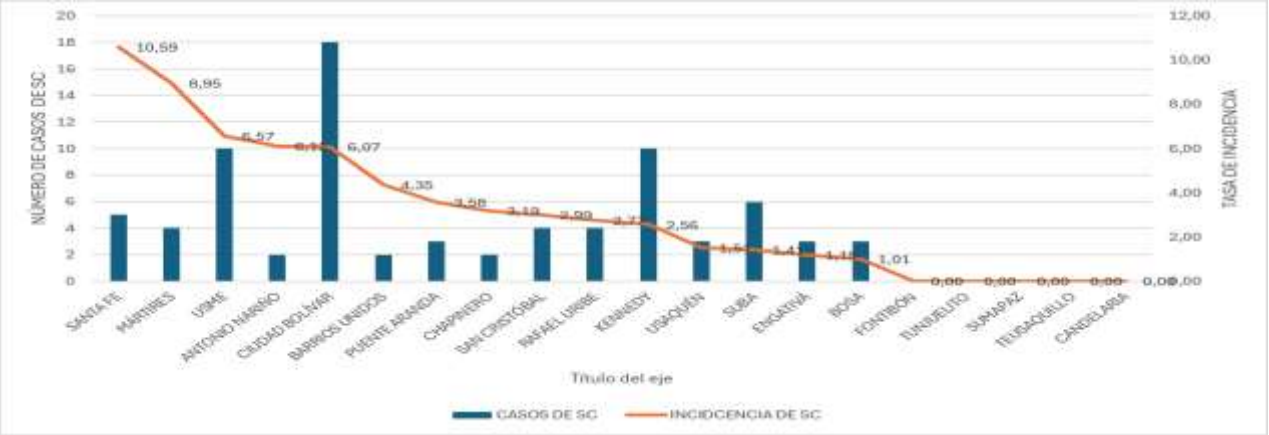
ilustración 1 tasa de incidencia de sífilis congénita por nacionalidad de la madre y residencia de enero a junio 2026



Se evidencia que Ciudad Bolívar concentra la mayor carga de casos del evento durante el periodo analizado, con 14 casos de población colombiana, seguida por Usme (9 casos), Kennedy (6 casos) y Suba (5 casos). Al analizar la incidencia por localidad, se observa que los valores más elevados se registran en Santafé (6,36 por 1000 nacidos vivos más mortinatos), Antonio Nariño (6,12), Usme (5,91) y Ciudad Bolívar (4,72), lo que indica una mayor afectación en estas localidades independientemente del número absoluto de casos, lo anterior, teniendo en cuenta que tienen un menor número de nacidos vivos. Por otra parte, los casos en población migrante representan una proporción reducida del total de la notificación, observándose principalmente en Ciudad Bolívar, Kennedy y Los Mártires, con 4 casos por localidad.

Desde la perspectiva epidemiológica, el comportamiento territorial del evento evidencia una distribución heterogénea, con concentración de casos en localidades de alta densidad poblacional y condiciones de vulnerabilidad social, como Ciudad Bolívar y Usme. La ausencia de casos en localidades como Candelaria, Teusaquillo y Tunjuelito está relacionada con las características propias de estas localidades. Se recomienda fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, búsqueda activa institucional y comunitaria, así como el análisis de determinantes sociales y factores de riesgo en las localidades con mayores incidencias, con el fin de orientar oportunamente las intervenciones de prevención, control y seguimiento del evento.

ilustración 2. Tasa de incidencia de sífilis congénita por residencia de enero a junio 2026

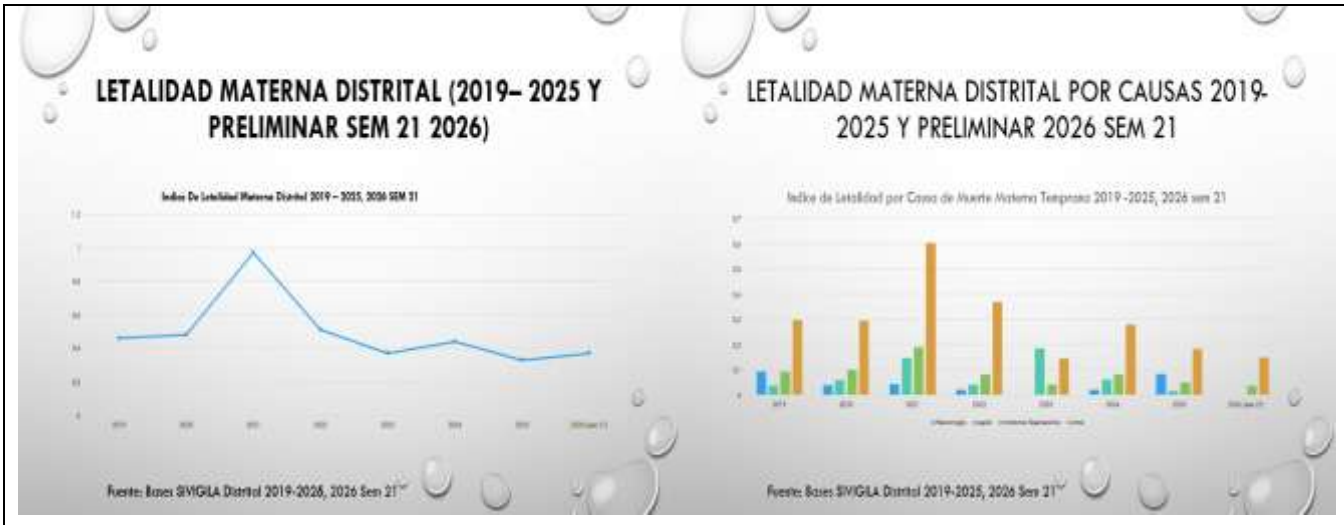


El comportamiento epidemiológico de los casos de sífilis congénita (SC) al analizar el número absoluto de casos 109, Ciudad Bolívar concentra la mayor carga del evento con 18 casos, seguida de Usme y Kennedy con 10 casos cada una, Suba con 6 casos y Santa Fe con 5 casos. Sin embargo, al evaluar la incidencia, se registran las tasas más elevadas en Santa Fe (10,59 casos por 1.000 nacidos vivos más mortinatos), Mártires (8,95), Usme (6,57), Antonio Nariño (6,17) y Ciudad Bolívar (6,07).

Desde la perspectiva epidemiológica, la presencia de altas incidencias en localidades como Santa Fe y Mártires sugiere una concentración del evento en poblaciones con condiciones de vulnerabilidad social, dificultades en el acceso oportuno a los servicios de control prenatal, barreras para el diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional, así como posibles fallas en la captación temprana de gestantes y sus contactos sexuales. Por su parte, localidades con alta carga de casos como Ciudad Bolívar, Kennedy, Usme y Suba reflejan el efecto de una mayor densidad poblacional y volumen de nacimientos, lo que incrementa el número de casos observados. En contraste, localidades como Fontibón, Tunjuelito, Sumapaz, Teusaquillo y Candelaria no registran casos en el periodo analizado.

Equipo numero 3

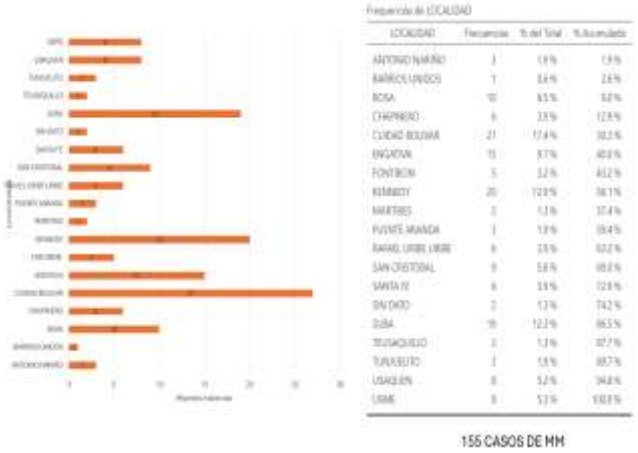
Se revisaron los indicadores de morbilidad materna extrema, letalidad e índice de severidad, identificándose fortalezas en la construcción de algunos análisis, pero también oportunidades de mejora relacionadas con la interpretación epidemiológica, la presentación gráfica y la definición adecuada de los indicadores.



Se identifica en las principales fallas, error en el nombre de las gráficas, deben contener el nombre del evento, tiempo y lugar. Los datos se deben analizar con el mismo periodo de tiempo para realizar una medición simétrica los datos no tienen datos, porcentaje, ni tasas, por tanto, no me permite identificar el impacto. Así mismo tener presente el análisis de severidad que se mide con la notificación de la morbilidad materna extrema en 3 o mas criterios.

Equipo numero 4

se entregó una base con un tiempo considerable de años y no se realizó un análisis del periodo, las tablas con números sin comparaciones no permiten un análisis ni un seguimiento de los datos, no solo se debe contar los casos por características, sino determinar sus cambios, por eso se recomienda hacer análisis comparativos con el mismo periodo en años o meses. Se sugiere tener en cuenta estas indicaciones,



155 CASOS DE MM

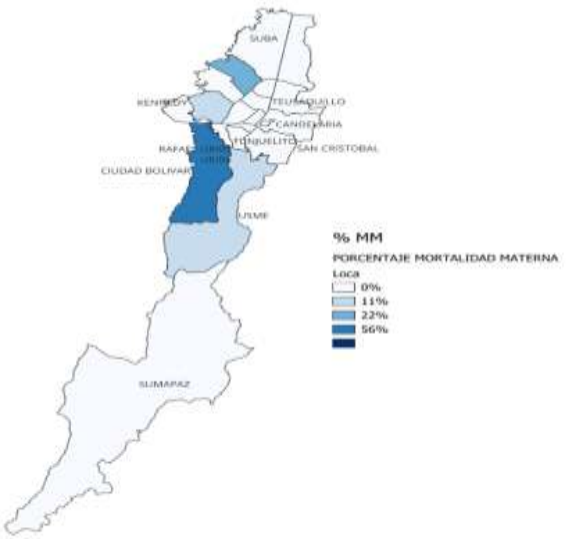
Régimen	Casos
Contributivo	92
Subsidiado	41
No asegurado	16
Régimen especial	6

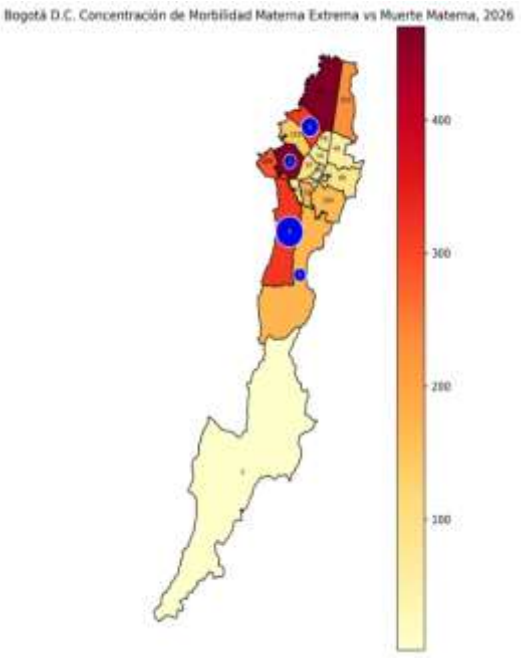
La mayoría de los casos pertenecen al régimen contributivo; sin embargo, este hallazgo debe interpretarse considerando la distribución poblacional de mujeres gestantes afiliadas por régimen y no como un indicador directo de riesgo.

Equipo numero 5

Se presentaron ejercicios de georreferenciación y representación espacial de eventos, reconociendo el esfuerzo realizado por los equipos y la utilidad de estas herramientas para la identificación de patrones territoriales de ocurrencia.

Se destaca en el equipo el aprendizaje y apropiación en la elaboración de mapas, especialmente en el equipo de técnicos para fortalecimiento de los analisis y seguimiento de los casos en los puntos más calientes donde se presentan los eventos.





Equipo numero 6
Se realiza la presentación de la





En concordancia con lo establecido en la Circular Conjunta 021 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud, las unidades de análisis deben consolidarse como espacios técnicos de evaluación colectiva orientados a la identificación de las causas que contribuyen a los eventos en salud pública objeto de vigilancia. Para ello, es fundamental garantizar la participación y oportuna de todos los actores involucrados en la atención, seguimiento y aseguramiento de los casos, promoviendo una articulación efectiva entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las entidades territoriales y demás actores responsables. Asimismo, los hallazgos identificados durante el análisis deben documentarse de manera clara, objetiva y trazable,

estableciendo responsabilidades concretas para cada institución y favoreciendo la toma de decisiones basada en evidencia.

De igual manera, la Circular 021 de 2026 enfatiza que los planes de mejoramiento deben construirse a partir de las causas reales identificadas durante las unidades de análisis y ser formulados directamente por las instituciones responsables de los hallazgos encontrados. En este sentido, los equipos de vigilancia deben cumplir una función de acompañamiento y seguimiento, evitando asumir la elaboración de planes de acción que corresponden a las EAPB, IPS u otros actores involucrados. Adicionalmente, se debe garantizar el cumplimiento de los tiempos definidos para la entrega de actas preliminares y finales, la radicación de los planes de mejoramiento y la revisión de sus avances, así como implementar mecanismos de seguimiento sistemático que permitan verificar tanto el cumplimiento de los compromisos asumidos como la efectividad de las acciones correctivas implementadas para prevenir la recurrencia de situaciones similares.

Durante la jornada de trabajo se desarrolló un ejercicio práctico orientado al análisis epidemiológico de eventos priorizados de vigilancia en salud pública, específicamente mortalidad materna, morbilidad materna extrema, sífilis congénita y construcción de mapas temáticos. El objetivo fue fortalecer las competencias de los equipos en la elaboración de análisis epidemiológicos, interpretación de indicadores, construcción de gráficas y presentación de resultados para la toma de decisiones.

Los equipos de vigilancia epidemiológica no deberán elaborar planes de acción en nombre de las instituciones responsables. La formulación, ejecución y seguimiento de los planes corresponde a las EAPB, IPS u otros actores involucrados en los hallazgos identificados.

Recomendaciones para la elaboración de gráficas y presentación de resultados

Estructura y contenidos obligatorios de las gráficas

1. Todos los títulos de las gráficas deben contener de manera explícita y completa:
    - Nombre del evento o indicador analizado.
    - Área geográfica de referencia (nación, departamento, distrito, municipio, localidad, IPS o EAPB, según corresponda).
    - Período exacto de análisis (semanas epidemiológicas, meses o años incluidos en la comparación).

Ejemplo adecuado:
Razón de Mortalidad Materna. Bogotá D.C. Semanas epidemiológicas 1 a 26, 2024-2026.

2. Los ejes de las gráficas deben identificarse claramente, indicando la variable representada y su unidad de medida (casos, tasas por 100.000 habitantes, razones por 1.000 nacidos vivos, porcentajes, proporciones, entre otros).
3. Toda gráfica debe incluir la fuente de información y la fecha de corte, especificando el sistema utilizado (Sivigila, RUAF-ND, RIPS, PAIWEB, Bases EAPB, entre otros) y si la información corresponde a datos preliminares o definitivos.
4. Cuando se presenten simultáneamente casos y tasas o razones, se deberán utilizar escalas diferenciadas, colores contrastantes y ejes secundarios claramente identificados para evitar interpretaciones erróneas.
5. Las escalas de representación deberán ajustarse técnicamente para facilitar la interpretación de tendencias, evitando distorsiones visuales que sobrestimen o subestimen los cambios observados.

Organización y visualización de la información

1. En análisis comparativos por localidades, municipios, IPS, EAPB o grupos poblacionales, los resultados deberán organizarse en orden descendente, destacando las mayores magnitudes observadas y facilitando la priorización de intervenciones.
2. Los datos preliminares deberán identificarse claramente mediante asteriscos (*), notas al pie o convenciones gráficas, especificando el alcance y las limitaciones de la información presentada.
3. Evitar la inclusión de gráficas o tablas que reproduzcan información ya presentada o que no aporten elementos relevantes para el análisis epidemiológico, la toma de decisiones o la formulación de recomendaciones.
4. Se priorizarán representaciones gráficas que permitan evidenciar tendencias, cambios temporales, comportamientos territoriales, grupos de riesgo y brechas en salud pública.

Interpretación epidemiológica

1. Las conclusiones derivadas de las gráficas deberán sustentarse exclusivamente en los resultados observados y en evidencia documentada, evitando inferencias no soportadas por la información disponible.
2. Todo resultado presentado debe acompañarse de un análisis epidemiológico que describa:
   - Magnitud del evento.
   - Tendencia observada.
   - Poblaciones afectadas.
   - Factores asociados identificados.
   - Posibles explicaciones de los cambios observados.
3. Cuando existan variaciones importantes en los indicadores, el análisis deberá explicar explícitamente las posibles causas relacionadas con cambios en la vigilancia, capacidad diagnóstica, acceso a los servicios, emergencias sanitarias, modificaciones normativas u otros factores contextuales.

Calidad y trazabilidad de la información

1. Verificar la coherencia cronológica de todos los eventos presentados, garantizando consistencia entre fechas de ocurrencia, notificación, atención, vigilancia y análisis.
2. Mantener la trazabilidad de la información reportada por las diferentes instituciones participantes, asegurando correspondencia entre historias clínicas, soportes técnicos, actas de unidad de análisis, presentaciones institucionales y sistemas oficiales de información.
3. Cuando existan diferencias entre fuentes oficiales (RUAF, Sivigila, RIPS u otras), estas deberán documentarse y explicarse claramente dentro del análisis, precisando las limitaciones asociadas a procesos de notificación, certificación y ajustes de causas de muerte.

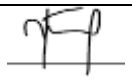
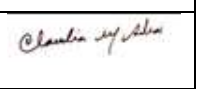
Conclusión general

El ejercicio permitió identificar fortalezas en la capacidad técnica de los equipos para desarrollar análisis epidemiológicos y procesar información proveniente de diferentes fuentes de datos. Sin embargo, se evidenciaron oportunidades de mejora relacionadas con la calidad de los análisis, la interpretación de indicadores, la comparabilidad de periodos, la construcción de gráficas y la presentación de resultados. La jornada reforzó la importancia de aplicar criterios epidemiológicos rigurosos, utilizar adecuadamente las fuentes oficiales de información y fortalecer la calidad de los productos técnicos que se generan para los diferentes escenarios de gestión y toma de decisiones en salud pública.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Garantizar que las gráficas, tablas y análisis presentados cumplan criterios técnicos de calidad, incluyendo comparaciones entre períodos equivalentes, uso adecuado de fuentes oficiales, identificación de datos preliminares y análisis epidemiológicos sustentados en evidencia.	Referentes de las subredes integradas de servicios de salud	Inmediato y continuo
Asegurar la consistencia, validación y trazabilidad de la información utilizada en los análisis epidemiológicos, mediante la verificación de fuentes oficiales, la documentación de discrepancias y la sustentación técnica de los resultados y conclusiones presentadas.	Referentes de las subredes integradas de servicios de salud	Inmediato y continuo

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Diana Franco	dc2franco@saludcapital.gov.co	3164975276	SVSP - SDS	
2	Martha Padilla	Mp1padilla@saludcapital.gov.co	3132840782	SVSP - SDS	
3	Claudia Silva	cmsilva@saludcapital.gov.co	3214647153	SVSP - SDS	

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

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.