



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



**Protocolo de vigilancia
en salud pública**

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Código: 560

Versión 07
Fecha 25 de junio de 2024

Créditos

HELVER GUIOVANNY RUBIANO GARCIA
Director General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboración Versión 7

SANDRA PAOLA CASTAÑO MORA
VIVIANA INES PANTOJA MUÑOZ
Grupo vigilancia de enfermedades no transmisibles

Revisión

GREACE ALEJANDRA AVILA MELLIZO
Coordinadora Grupo de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora de prevención, vigilancia y control en Salud Pública
(Hasta 30 de abril de 2024)

Aprobación

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud.
Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de
Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía.
Versión 7. [Internet] 2024.
<https://doi.org/10.33610/DCJH9594>

Contenido

1. Introducción	4
1.1. Situación epidemiológica	4
1.1.1. Situación epidemiológica mundial	4
1.1.2. Situación epidemiológica en América	4
1.1.3. Situación epidemiológica nacional	5
1.2. Estado del arte	5
1.3. Justificación de la vigilancia	6
1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento	6
2. Objetivos específicos	7
3. Definiciones operativas de caso	7
4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles	8
4.1. Estrategias de vigilancia	8
4.2. Responsabilidad por niveles	9
4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social	9
4.2.2. Instituto Nacional de Salud	9
4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	9
4.2.4. Secretarías Departamental y Distritales de Salud	9
4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud	10
4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos	11
5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información	12
5.1. Periodicidad del reporte	12
5.2 Flujo de información	12
5.3 Fuentes de los datos	13
6. Análisis de la información	13
6.1. Procesamiento de los datos	13
6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	13
7. Orientación para la acción	14
7.1 Acciones individuales	14
7.2. Acciones colectivas	16
8. Indicadores	18
9. Referencias	21
10. Control de revisiones	26
11. Anexos	26

1. Introducción

Según la OMS y la Clasificación Internacional de Enfermedades e (CIE 11), la mortalidad perinatal comprende las muertes que ocurren entre las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y 7 días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los nacidos vivos que fallecen durante los primeros 28 días de vida (1).

Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida y desarrollo humano, como de la calidad y acceso a los servicios de salud. En el 2015 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Agenda 2030, en el tercer objetivo de salud y bienestar, se priorizó la salud materna e infantil y estableció como metas para 2030 poner fin a las muertes evitables de recién nacidos, así como lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (2).

1.1. Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

La muerte neonatal temprana representa el 73 % de las muertes infantiles en el mundo y su etiología está relacionada con el nivel de industrialización del país. La prematuridad y anomalías congénitas son la primera causa en países de altos ingresos, mientras que la asfixia e infecciones son más relevantes en África, el Sudeste Asiático y América Latina (3, 4, 5). La OMS calcula que por falta de inversión en el cuidado materno infantil se presentan 1,9 millones de muertes fetales desde las 28 semanas de embarazo y 2,3 millones de fallecimientos de bebés en los primeros 28 días de vida, por año, en el mundo (6).

La tasa global de mortalidad neonatal para 2021 publicada por el Grupo Interinstitucional de las

Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil fue de 18 muertes por 1 000 nacidos vivos; sin embargo, el análisis por regiones mostró que el África Subsahariana presentó la tasa más alta con 27 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, Asia central y meridional con 22 muertes por cada 1 000 nacidos vivos y, la región de las Américas y el Caribe, en el quinto lugar, con 9 muertes por 1 000 nacidos vivos (7).

1.1.2. Situación epidemiológica en América

El riesgo de morir durante los primeros 28 días de vida en la región de las Américas tiene tendencia al descenso principalmente por el éxito en la eliminación de enfermedades prevenibles mediante la vacunación (8), sin embargo, persisten diferencias entre los países encontrando las tasas más bajas de mortalidad neonatal en Cuba (2,4), Uruguay (4,0) y Chile (4,3); mientras que Haití (24,3), República Dominicana (22,9) y Guyana (16,9) son los que reportan las tasas más altas de mortalidad durante 2021 (7,8). Según la OPS en 2023, la tasa regional de muerte neonatal disminuyó a 7 casos por 1 000 nacidos vivos para 2022, reportando las tasas más bajas de la región en Uruguay (4,3), Cuba (4,40) y El Salvador (5,20) frente a las tasas más altas en Barbados (13,5), Belice (11,6) Perú y Honduras (11,0) (9).

Los avances en la atención neonatal en el mundo, y particularmente en América Latina y el Caribe, han contribuido a la reducción de la mortalidad neonatal, con una mayor supervivencia de recién nacidos prematuros o con factores de riesgo (10). En relación con la salud materno infantil, se reporta un incremento en el acceso a la atención prenatal en la región de las Américas pasando de una media de 72,6 % en 2005 a 85,7 % en 2016, sin embargo, nueve países se mantienen por debajo de la media subregional con una variación desde 79,5 % en Ecuador hasta 43,0 % en Guatemala. También ha mejorado el acceso al parto institucional en casi la totalidad de países de la región con un incremento

de 5,9 puntos porcentuales pasando de 87,9 % a 93,8 % entre 2005 y 2015; siete países se encuentran por debajo de la media subregional cuyas cifras oscilan entre 93,2 % (Belice) y 50,0 % (Haití) (11).

Con respecto a causas de muerte para 2021 en neonatos, las anomalías congénitas representan las razones más altas en la región de las Américas (1,8), seguido de asfixia perinatal (1,4) e infecciones (1,0) (12).

1.1.3. Situación epidemiológica nacional

Según los datos obtenidos a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía preliminar, a corte de primer semestre de 2023, fue de 11,4 muertes por 1 000 nacidos vivos, lo que representa una disminución de 18,6 % respecto a 2022, cuando se reportó una razón de 14,0 muertes por 1 000 nacidos vivos (13).

Respecto al comportamiento de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, 19 entidades superan el comportamiento del indicador nacional; Guainía (22,0), Vichada (18,4), Arauca (17,3), Amazonas (16,9) y Guaviare (15,1) son las 5 entidades territoriales con las razones más altas (13).

Por grupos de edad de la madre se observó que las razones de mortalidad más altas se ubicaron en las mujeres de 40 años y más con 22,5 muertes por 1 000 nacidos vivos y en las menores de 15 años, con 17,4 muertes por 1 000 nacidos vivos (13).

En cuanto al análisis de causas de muerte bien definidas en los periodos perinatal y neonatal tardío, se observó que la prematuridad – inmaduridad y la asfixia y causas relacionadas tienen las razones más altas (2,6 casos por 1 000 nacidos vivos), seguido de infecciones (1,1) y malformaciones congénitas (1,0) (13).

1.2. Estado del arte

La mortalidad perinatal y neonatal tardía son indicadores del control de calidad en la atención preconcepcional, peri-concepcional, perinatal e infantil que trascienden ámbitos desde la salud pública, hasta los servicios clínicos, hogares e individuos. Los análisis epidemiológicos y estadísticos generan información y conocimiento continuo que contribuyen a mejorar la calidad y cantidad de servicios de salud materno infantil (14, 15).

En el marco internacional, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles orientan las prioridades de los países para el seguimiento y desarrollo de estrategias que “favorezcan el crecimiento económico y aborden una serie de necesidades sociales, entre las que cabe señalar la educación, la salud, la protección social y las oportunidades de empleo, a la vez que luchan contra el cambio climático y promueven la protección del medio ambiente” (14). Para el objetivo relacionado con salud y bienestar se define que, para 2030, se pondrá fin a las muertes evitables de recién nacidos, logrando que los países puedan reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por 1 000 nacidos vivos.

Para Colombia, este evento está priorizado desde la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos emitida en 2014, que planteó la necesidad de contar con datos e información de calidad relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva, permitiendo apropiación, uso y análisis para la toma de decisiones en todos los niveles (16). El Instituto Nacional de Salud es responsable de coordinar los sistemas de vigilancia de los eventos de interés en salud pública relacionados con la sexualidad y reproducción, generando estrategias que exploren la vigilancia orientada a identificar y proponer intervenciones sobre determinantes sociales que impacten en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (16).

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, mantiene el reto de reducir la razón de muertes perinatal a 13,5 por 1 000 nacidos vivos y la tasa de muerte neonatal a 6 por cada 1 000 nacidos vivos, para 2031 (17).

El Conpes 161 de 2013 constituye la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, la cual pretende fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos en maternidad segura que guardan relación con la salud sexual y reproductiva, así como difusión de la información epidemiológica que ayude a garantizar la equidad de género (18).

En 2016 se establece la Política de Atención Integral en Salud, cuyo propósito es garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, por medio de herramientas que permiten la consolidación de acciones a través de rutas integrales de atención en salud (RIAS) (19), dentro de las cuales se prioriza la población en condición materno-perinatal.

Por medio de la Resolución 3280 de 2018 (20) el país adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. El objetivo de la ruta es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el contexto de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos.

1.3. Justificación de la vigilancia

Es necesario consolidar, analizar y divulgar los datos sobre las muertes perinatales y neonatales. La información producto de la vigilancia

epidemiológica del evento es decisiva en la implementación de acciones y políticas que contribuirían a la disminución de la muerte perinatal y neonatal tardía en los territorios.

Con la implementación de acciones para mejorar el acceso a servicios de salud, vacunación e intervención de factores modificables, se evidencia una reducción del 18 % de las muertes neonatales entre 2005 y 2015 y las complicaciones asociadas a partos prematuros causaron 282 200 muertes menos en 2005 frente a 2015. Estas tendencias reflejan la combinación de factores como tasas de fecundidad decrecientes, una mejor atención materna y prácticas de atención de parto más seguras en los diferentes entornos (21).

Para la salud materna, perinatal y neonatal la vigilancia es el primer paso para la gerencia de los servicios de salud, que orienta la construcción de propuestas de intervención para la disminución de la ocurrencia del evento y orientar las acciones en salud pública (22).

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento

Realizar la vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el territorio nacional, permite generar información oportuna, válida y confiable que lleve al análisis e interpretación del evento como insumo para orientar las acciones en salud pública desde la preconcepción, la gestación, el parto y el post parto del neonato.

Los Usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Organización Panamericana de la Salud

- Comunidad médica
- Población en general.

2. Objetivos específicos

1. Describir el comportamiento de los casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía en términos de variables de persona, tiempo y lugar.
2. Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para identificar el comportamiento del evento.
3. Establecer los determinantes de muerte perinatal o neonatal tardía como resultado del proceso de análisis individual y colectivo de los casos.
4. Estimar las áreas de cuidado donde se concentran los periodos perinatales de riesgo, según el peso y el momento de ocurrencia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.

3. Definiciones operativas de caso

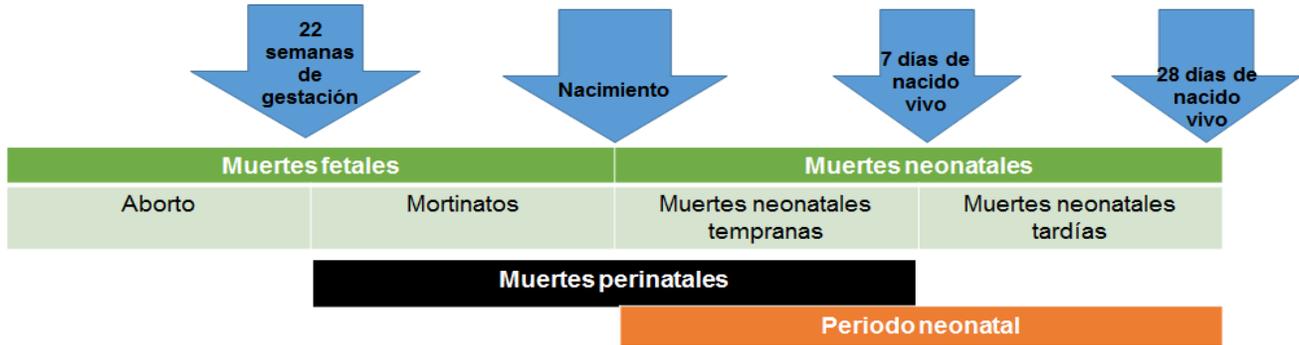
La definición del evento se basa en criterios clínicos, relacionados a continuación, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (ver Tabla 1).

En coherencia con la Resolución 051 de 2023 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social (23), las atenciones en salud para interrupción voluntaria del embarazo (IVE) no son coincidentes con eventos de mortalidad perinatal o neonatal y, de esta manera, los prestadores de servicios de salud no deben reportarlos como tal al Sivigila. Es importante tener en cuenta que aquella mortalidad perinatal y neonatal tardía que también cumple definición de caso para defectos congénitos debe notificarse para ambos eventos, pues el análisis es diferente para cada evento.

Tabla 1. Definiciones operativas de caso para Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	<p>Muerte perinatal: es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.</p> <p>Muerte neonatal: es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muertes neonatales tempranas: ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días) 2. Muertes neonatales tardías: ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días).

Fuente: Organización Mundial de la Salud. International statistical classification of diseases and related health problems CIE 11: manual de instrucción. 11ma revisión.



4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

4.1.1. Vigilancia pasiva

Es la vigilancia realizada a través de la notificación semanal obligatoria de las muertes perinatales y neonatales tardías ocurridas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, notificadas por la UPGD.

Estas se deben notificar en la ficha establecida para el evento, código 560, tanto cara de datos básicos como complementarios, recordando que en la cara de datos básicos se diligencian los datos de la madre.

4.1.2. Vigilancia activa

La búsqueda activa institucional se realiza a través de la revisión de los registros institucionales de estadísticas vitales (RUAF), para ello se debe tener en cuenta:

- Revisión de defunciones fetales con 22 o más semanas de gestación.
- Revisión de muertes fetales con menos de 22 semanas de gestación y peso fetal de 500 gramos o más.

- También se deben revisar las defunciones fetales sin información de edad gestacional cuyo peso fetal es de 500 gramos o más. Se debe verificar la información clínica para de confirmar o descartar muerte perinatal.
- Revisión de defunciones no fetales con menos de 28 días de edad.

4.1.3. Vigilancia basada en comunidad

De acuerdo con la OMS, la vigilancia basada en comunidad es la detección sistemática y el reporte de eventos (situaciones) de interés en salud pública en la comunidad, por miembros (agentes) de esta misma. Representa un enfoque participativo que involucra a los propios miembros de la comunidad en la observación y reporte de casos. Este método busca no solo recolectar datos sobre el comportamiento del evento, sino también comprender mejor la situación de salud en las comunidades. De esta forma, para el 2023 desde el INS se han publicado los manuales de “Vigilancia basada en comunidad” con el objetivo de facilitar la adopción o la adaptación de los procesos para la identificación del riesgo utilizando esta estrategia (31, 32).

(<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa1-1-sistema-de-alerta-tempranavigilanciabasadaencomunidadgeneralidades.pdf>)

(<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa1-2-sistema-de-alerta-temprana-vigilanciabasada-en-comunidad-fases-deimplementacion.pdf>).

Para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía la estrategia debe permitir e incentivar el acceso y adherencia a consulta preconcepcional, control prenatal, atención del parto institucional y seguimiento del puerperio y del recién nacido.

Así mismo, se plantea la identificación de potenciales situaciones de riesgo en la salud en el binomio madre – hijo, los cuales deberán ser informados según las rutas establecidas a los niveles municipal y departamental.

4.2. Responsabilidad por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública) (24), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) (25) y en el documento “Metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos de salud pública” del INS (26). Adicionalmente, para la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía:

4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social

- Establecer las políticas y garantizar los mecanismos de gestión efectivos para la garantía de derechos en el logro de la maternidad segura y la ruta integral de atención materno perinatal.
- Mantener la gestión de procesos para el aseguramiento de la calidad en la atención de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.
- Liderar procesos de carácter intersectorial para la adopción de medidas especiales, así como las intervenciones necesarias identificadas como resultado de los análisis del evento obstétrico.

4.2.2. Instituto Nacional de Salud

- Realizar asistencia técnica a las entidades territoriales de los órdenes departamental y distrital para el seguimiento, monitoreo y capacitación del proceso de vigilancia (identificación de casos, notificación, búsqueda regular institucional y comunitaria, entrevista, investigación de campo, unidad de análisis y seguimiento a los indicadores de vigilancia del evento).
- Establecer los flujos de información y las competencias de los actores del sistema en materia de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Garantizar que su red de prestadores realice los estudios anatómo-patológicos requeridos para el estudio de caso y la definición de las causas de muerte.
- Realizar el análisis agrupado por periodos perinatales de riesgo (matriz BABIES) desagregado para su red de prestadores.
- Realizar la consolidación y entrega de la información relacionada con la gestión de los procesos de atención del caso cuando sea requerido por la entidad de salud competente.

4.2.4. Secretarías Departamental y Distritales de Salud

- Definir un plan de respuesta articulado con los demás actores de la vigilancia en salud pública en torno a la identificación de comportamientos inusuales (decremento o incremento) a partir de una sala de análisis de riesgo.

- Establecer mecanismos de divulgación de la información derivada de los análisis de la vigilancia en salud pública de los eventos que integran la maternidad segura.
 - Establecer un plan de entrenamiento y reentrenamiento para la vigilancia en salud pública de los eventos que integran el componente de maternidad segura, dirigido a los equipos de vigilancia de las secretarías municipales y locales de salud, los equipos asistenciales de las instituciones de salud y demás actores que consideren necesario.
 - Generar estrategias de monitoreo para el comportamiento epidemiológico y variables importantes en el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, que posibilite la generación de alertas para reforzar la vigilancia en salud pública y de la respuesta territorial.
 - Coordinar la entrega de información con respecto a atenciones clínicas brindadas antes, durante y después del fallecimiento (en casos donde la muerte o atenciones se dieron en entidades territoriales diferentes a la de residencia).
 - Coordinar y realizar las unidades de análisis individuales y colectivas cuando los municipios no cuenten con capacidad instalada.
 - Revisar y gestionar los ajustes de la información de causas y otras requeridas, posterior a la unidad de análisis individual, de acuerdo con los lineamientos.
 - Realizar análisis trimestral de la situación materno perinatal que incluya análisis diferencial según contexto territorial, factores y matriz BABIES, además de analizar el monitoreo de la notificación semanal del evento e intervenciones realizadas.
 - Realizar al menos un COVE semestral en el que se priorice la vigilancia de la salud pública de los eventos de maternidad segura.
 - Realizar evaluación de correspondencia entre las estadísticas vitales y SIVIGILA semanalmente y gestionar la correspondencia de las fuentes.
 - Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.
 - Realizar el cruce por periodo epidemiológico de la base de datos de mortalidad perinatal y neonatal tardía con otros eventos de interés en salud pública, tales como: defectos congénitos, morbilidad materna extrema, mortalidad materna, sífilis congénita, entre otros, con el propósito de priorizar el análisis del caso de manera articulada e integrada.
- #### 4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud
- Coordinar y realizar las unidades de análisis individuales y colectivas (municipios categoría 1,2,3 que cuentan con capacidad instalada).
 - Garantizar la recolección de las fuentes de información de sus UPGD y EAPB para análisis individual y envió a la secretaría de salud departamental (municipios categoría 4,5,6).
 - Realizar los análisis agrupados a través de la matriz de periodos perinatales de riesgo (BABIES) de forma trimestral y divulgar esta información en la página web municipal o por otros mecanismos disponibles.
 - Realizar COVE municipal en maternidad segura, envió de soportes de manera oportuna y completa al departamento.
 - Realizar la entrevista familiar a la madre o familia (municipio de residencia) del caso.

- Realizar búsqueda activa comunitaria y hacer la notificación de los casos encontrados no notificados.
 - Realizar la autopsia verbal de los casos encontrados en la búsqueda activa comunitaria.
 - Realizar la notificación al Sivigila de las muertes ocurridas fuera de una institución prestador de servicios de salud (municipio de ocurrencia). Si se desconoce la información de la madre se tendrán en cuenta los siguientes parámetros en la ficha establecida por el evento que permitirán la identificación como casos en estudio por Medicina Legal:
Cara A – Datos básicos: tipo de identificación (adulto sin identificación); número de identificación (número del certificado de defunción); nombres y apellidos (menor sin identificación); edad (60, por defecto); sexo (femenino, por defecto); área de ocurrencia (la registrada en el certificado de defunción); ocupación (999); tipo de régimen de salud (indeterminado); pertenencia étnica (otro, por defecto) y grupos poblacionales (otros grupos)
Cara B – Datos complementarios: nombre y apellido (menor sin identificación); tipo de identificación (menor sin identificación); número de identificación (número de certificado de defunción); número de controles prenatales (opción “0”, por defecto); partos vaginales (opción “1”, por defecto); cesáreas (opción “0”, por defecto); abortos (opción “0”, por defecto); muertos (opción “1”, por defecto); vivos (opción “0”, por defecto); parto atendido por (otro, por defecto) y nivel de atención (baja complejidad, por defecto).
- Implementar las acciones para la oportuna y adecuada configuración de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía y su respectiva notificación de acuerdo con lo establecido en el Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila (27).
 - Garantizar la realización de los estudios anatómo-patológicos para la adecuada configuración del caso (necropsia de feto y placenta y otras pruebas que se requieran, según el caso) e informar a la EAPB para la gestión correspondiente.
 - Realizar análisis clínico del 100% de las muertes perinatales y neonatales tardías de forma individual o colectiva bajo el marco de un comité institucional.
 - Realizar los análisis agrupados a través de la matriz de periodos perinatales de riesgo (BABIES) y divulgar esta información en la página web o por otros mecanismos disponibles.
 - Realizar COVE institucional que contemple el resultado de los análisis individuales y colectivos como insumo para la toma de decisiones.
 - Generar espacios de inducción y reinducción a los profesionales de la salud asistenciales y de apoyo sobre la vigilancia en salud pública en los eventos que integran el componente de maternidad segura.
 - Realizar análisis de correspondencia semanal de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía entre estadísticas vitales y Sivigila.
 - Disponer de la información clínica de la atención brindada hasta el momento del fallecimiento o el resumen de historia clínica del caso notificado para ser enviada en el momento que sea solicitada por la autoridad sanitaria de orden departamental o municipal.

4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos

5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información

5.1. Periodicidad del reporte

Tabla 2. Periodicidad de la notificación

Tipo	Observaciones
Semanal	Los casos de muertes perinatales y neonatales tardías deben notificarse semanalmente de acuerdo con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el proceso para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Tabla 3. Periodicidad en ajustes y reportes

Tipo	Observaciones y periodicidad
Ajustes	Ajuste 7: ajuste en variables para garantizar completitud y calidad del dato. Se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente siguiente
Investigación epidemiológica de campo (IEC)	Debe realizarse en los casos seleccionados para unidad de análisis en el periodo epidemiológico respectivo.
Unidad de análisis	Cada departamento/distrito debe realizar tres unidades de análisis por periodo epidemiológico, Las entidades territoriales de Amazonas, Guainía, Guaviare, San Andrés y Vaupés deben analizar el 100% El tiempo establecido para la entrega de la unidad de análisis al nivel nacional desde el momento de la notificación es de 6 semanas.
Búsqueda activa institucional (BAI)	Las acciones relacionadas con Búsqueda Activa Institucional para mortalidad perinatal y neonatal tardía se llevarán a cabo ante silencios epidemiológicos y ante la identificación de indicadores de vigilancia en niveles inadecuados.
Reporte de situación (SitReport)	Cuando en el análisis de comportamientos inusuales en un departamento/distrito se reporta por más de seis semanas epidemiológicas consecutivas aumento o descenso estadísticamente significativo. Las alertas identificadas deben ser notificadas inmediatamente.

5.2 Flujo de información

El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación

de eventos. El flujo de información se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineam>

[ientosydocumentos/1.%20Manual_SIVIGILA_2018_2020.pdf](#) (27).

5.3 Fuentes de los datos

El conjunto de datos requerido para describir el comportamiento de la vigilancia en salud pública del país, se obtiene a partir de la recolección realizada por las UPGD y UI en el territorio nacional, de los datos de pacientes que cumplen con la definición de caso de cada evento de interés en salud pública y que son diligenciados en el Registro Administrativo "Sivigila" utilizando cualquiera de las herramientas disponibles de la suite de Sivigila 4.0 desarrollada por el Instituto Nacional de Salud – INS.

La Operación Estadística de Vigilancia de eventos de salud pública, hace un aprovechamiento de dicho Registro Administrativo y se constituye en una de las fuentes oficiales para Colombia, de la información referente a los eventos de interés en salud pública. Para algunos eventos, esta fuente se integra a otros sistemas de información del tipo Registro que, de acuerdo con la legislación colombiana, son la fuente oficial del evento.

Para complementar los datos obtenidos del sistema de vigilancia se hace uso de otros registros tales como:

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía (código: 560).

Adicionalmente se obtienen datos sobre hechos o fenómenos, a partir de la recolección de información realizada por otros. En el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía estas fuentes corresponden a:

- Historias clínicas.

- Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.

6. Análisis de la información

6.1. Procesamiento de los datos

El proceso de aseguramiento de la calidad de los datos se describe en el Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila (27).

Las UPGD, municipios, distritos y departamentos tienen la responsabilidad de verificar que los casos notificados cumplan con la definición operativa de caso y se ingresen de acuerdo con las instrucciones dadas para el adecuado diligenciamiento de la ficha de notificación.

Para garantizar la calidad del dato es fundamental que los ajustes a la información correspondiente de casos confirmados de mortalidad perinatal o neonatal tardía que no fueron notificados por el departamento durante las semanas del periodo anterior se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente siguiente, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

Se realiza la validación y depuración de los datos, excluyendo los casos notificados con ajustes "D y 6", y los casos repetidos, donde se tiene en cuenta el registro de la institución que diligenció el certificado de defunción y cargo la muerte en RUAF.

Es necesario notificar nuevamente los casos con ajuste D al sistema, con el registro correcto de los datos de identificación de la madre. La UPGD debe informar y remitir los soportes del ajuste D a la autoridad sanitaria de orden municipal y departamental.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Para el análisis de la información derivada de la notificación se realiza un análisis descriptivo de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificados semanalmente al Sivigila.

Se establecen frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados, que describen el comportamiento del evento con respecto al año anterior, cálculo de la razón por entidad territorial de residencia y análisis de variables sociales y demográficas.

De igual forma, se realiza el análisis agrupado de las causas de muerte de acuerdo con la metodología sugerida por el grupo de trabajo técnico liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (28).

Para la elaboración de la matriz BABIES se agrupan las variables de peso del recién nacido y el momento de ocurrencia de la muerte: ante parto, intraparto, periodo neonatal temprano y tardío (anexo 1).

Es importante mencionar que la matriz BABIES es una guía para el análisis agrupado de la información derivada de la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, los resultados obtenidos de la utilización de la matriz reflejan los periodos perinatales de riesgo y la posible relación del problema con la salud materna, los cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, cuidados del recién nacido o cuidado del neonato en el ámbito domiciliario.

En cuanto a las unidades de análisis, las categorías que se pretende evaluar son los factores identificados en cada uno de los casos, teniendo en cuenta los criterios definidos en el Manual para la realización de unidades de análisis y tableros de problemas de los eventos de interés en salud pública priorizados (29).

El análisis de los comportamientos inusuales para la mortalidad perinatal y neonatal tardía se realiza a través del método: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and

Prevention (CDC). Este método consiste en comparar el valor observado para un evento (número de casos reportados en un período) con una línea de base que se utiliza como referencia (periodo inmediatamente anterior y posterior), por 5 ó más años anteriores.

7. Orientación para la acción

7.1 Acciones individuales

7.1.1 Entrevista familiar o estudio de campo (IEC)

La entrevista familiar es una actividad extramural a cargo de la entidad municipal con la EAPB involucradas en la atención del caso. En aquellos casos donde el municipio cuente con baja capacidad técnica para realizar la entrevista familiar el departamento/distrito debe realizar este proceso en acompañamiento con el equipo de orden municipal y la EAPB.

La entrevista familiar debe realizarse a los casos seleccionados para analizar en el periodo epidemiológico respectivo, con el propósito de explorar las condiciones o situaciones médicas y no médicas relacionadas con el fallecimiento, las condiciones de acceso y uso de los servicios de salud por la población, así como la calidad de los procedimientos desarrollados y los servicios prestados.

Se investiga sobre el contexto personal, familiar, comunidad e institución de salud, redes de apoyo sociales e institucionales, condiciones sociales, ambientales, laborales, económicas, de seguridad alimentaria, conflicto armado, entre otros (anexo 2).

La entrevista familiar debe ser preparada mediante la lectura de la historia clínica previa a la visita, que está a cargo de un profesional con experiencia en su manejo técnico y en el abordaje del duelo familiar. Esta investigación se debe realizar con los padres o

familiares que conocieron la ruta crítica que finalizó en la muerte perinatal o neonatal tardía.

7.1.2 Autopsia verbal

La autopsia verbal es una actividad extramural que se realiza para muertes ocurridas en el hogar o un lugar diferente de una institución de salud. Será realizada por una o dos personas con capacidad de establecer las causas de la muerte a partir de las preguntas del formato de autopsia verbal y otras preguntas complementarias según cada caso (anexo 3).

7.1.3 Unidad de análisis de casos

La realización del análisis individual de las muertes perinatales y neonatales tardías tiene los siguientes propósitos:

1. Definir la causa básica de la muerte.
2. Identificar los factores que contribuyeron a la muerte relacionados con la atención preconcepcional y prenatal y en la atención del parto y del recién nacido durante la estancia hospitalaria y en el ámbito domiciliario.
3. Identificar otros factores que contribuyeron a la muerte distintos a lo relacionado con el sistema de salud.

La secretaria de salud del departamento o distrito de residencia realiza las unidades de análisis individuales, con base en el análisis clínico elaborado por la institución de salud notificadora de la muerte perinatal y neonatal tardía.

El tiempo establecido para la elaboración, consolidación y entrega de la unidad de análisis al nivel nacional desde el momento de la notificación es de 6 semanas (42 días).

Cada departamento/distrito debe realizar tres unidades de análisis por periodo epidemiológico y los aspectos de selección de las muertes para el análisis están relacionados con las prioridades del territorio, teniendo en cuenta que serán casos emblemáticos.

Un caso emblemático corresponde a aquella muerte que reúne múltiples factores críticos del territorio. Algunos ejemplos son:

- Muertes ocurridas en el domicilio
- Muertes que correspondan a madres adolescentes
- Muertes en madres con antecedentes de este evento en gestaciones anteriores
- Muertes con otros eventos de interés en salud pública.
- Muertes en madres pertenecientes a poblaciones especiales, como migrantes con residencia en el país, pertenencia étnica, población privada de la libertad y fuerzas militares, entre otros.

Las entidades territoriales de Amazonas, Guainía, Guaviare, San Andrés y Vaupés reportan altas razones de mortalidad por lo cual, deben analizar el 100% de las mortalidades perinatales y neonatales tardías residentes en su departamento.

La metodología para la realización de los análisis individuales se establece bajo el criterio de la entidad territorial, en coherencia con lo descrito en el Manual para la realización de unidades de análisis y tableros de problemas de los eventos de interés en salud pública priorizados (29); dicha metodología debe dar cuenta de la descripción de la información relevante derivada de la entrevista familiar y reflejar los hallazgos relacionados con la atención preconcepcional, el control prenatal, la atención del parto, del recién nacido y el seguimiento al neonato, junto con otros factores diferentes a lo relacionado con el sistema de salud que hayan contribuido en la mortalidad. Además de realizar la evaluación de la atención brindada antes, durante y después del fallecimiento.

El análisis debe concluir con la revisión de la causa básica de muerte y su agrupación de acuerdo con la metodología de análisis de muertes en el periodo perinatal (28); en caso de que el análisis no haya facilitado el establecimiento de dicha causa se debe abordar el análisis de la causa de muerte descrita y hacer las respectivas recomendaciones de la causa

básica a la institución de salud donde ocurrió la muerte.

7.1.3.1 Tablero de problemas

Las unidades de análisis de mortalidad perinatal y neonatal tardía concluyen con la definición de los problemas relacionados con la ocurrencia del evento, también llamados problema tipo o causa raíz.

Estos serán consignados en un tablero de problemas, el cual es el insumo complementario para el análisis integral del evento, la comprensión de la multiplicidad de factores relacionados y la orientación en las acciones en salud pública hacia la mejora de la salud materna infantil.

Los departamentos y distritos deben realizar el consolidado y envío del tablero de problemas de acuerdo con lo establecido en el Manual para la realización de unidades de análisis y tableros de problemas de los eventos de interés en salud pública priorizados (29).

Dentro de los objetivos de la unidad de análisis individual se encuentra la identificación de los factores asociados a la muerte, con los cuales se elabora el tablero de problemas, el cual es una herramienta que sirve para la toma de decisiones en salud pública del territorio este debe ser socializado y remitido a los tomadores de decisiones de los diferentes niveles del flujo de información, así como compartido con las diferentes áreas de la secretaría de salud.

7.1.3.2 Análisis institucional (UPGD)

El análisis institucional (UPGD) es un escenario para que las instituciones de salud donde ocurre la muerte desarrollen el análisis clínico bajo los parámetros de calidad establecidos por la normativa nacional, con el propósito de establecer la causa básica de muerte y agruparse de acuerdo con la metodología establecida por la OMS dispuesto para este fin (anexo 4), además

de realizar la evaluación de la atención brindada dentro de la institución de salud.

Estos análisis realizados por las instituciones de salud donde ocurre la muerte deben realizarse al 100% de las muertes perinatales y neonatales tardías, y se puede realizar de forma individual o colectiva bajo el marco de un comité institucional.

Para el consolidado de la información clínica se dispone de la guía para el resumen de historia clínica (anexo 5).

La necropsia se realiza en el 100% de los casos, donde la causa de muerte no sea clara; en el caso de las muertes fetales se deben incluir los estudios anatómo- patológicos del feto y de la placenta. Los hallazgos derivados de los estudios anatómo- patológicos para los casos requeridos deben incluirse en el análisis individual del caso.

Es vital considerar la comunicación médico-familiar en los casos que requieran necropsias: debe ser prudente, respetuosa y realizada por un profesional entrenado en el manejo social del duelo familiar, aclarando la importancia del proceso de necropsia que no solo permitan identificar la verdadera causa de muerte sino también orientar acciones que mejoren la calidad de la atención en la población gestante e infantil.

De acuerdo con la normatividad nacional, a las muertes producto de lesiones de causa externa o muertes violentas se debe realizar necropsia médico legal.

7.2. Acciones colectivas

7.2.1. Información, educación y comunicación

Las acciones en IEC deben promover el desarrollo de de igual manera, la institución de salud, la entidad administradora de planes de beneficio, el municipio y el departamento/distrito deben propender por la corrección de demoras que estuvieron presentes en

el análisis de los casos y lograr el cumplimiento de los hitos en la atención perinatal y neonatal para la disminución de la ocurrencia de las mortalidades evitables y prevenibles; dichos hitos están relacionados con: 1) los derechos sexuales y reproductivos; 2) la gestión continua del riesgo; 3) la captación temprana de la gestante; 4) la clasificación y atención según riesgo embarazo; 5) la referencia oportuna, atención segura y humanizada del parto; 6) la atención del puerperio y recién nacido con calidad; 7) la asesoría y provisión anticonceptiva y 8) el fomento de la lactancia materna (20).

El municipio y la aseguradora diseñarán estrategias comunitarias para la atención materna perinatal, detección y seguimiento de gestantes dentro de los procesos de Atención Primaria en Salud y participación social.

Entre las acciones que se deben desarrollar para garantizar mejoras en la información, acceso, y calidad de los servicios de salud materno–perinatales por parte de los niveles de toma de decisiones en salud están las siguientes:

- Disponer de medidas provisionales que salven vidas de recién nacidos en entornos comunitarios mientras se refuerzan los sistemas de salud.
- Responsabilizar a los tomadores de decisiones de los niveles institucionales, locales y departamentales para que se comprometan en invertir y mejorar la atención del recién nacido.
- Incluir la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para la atención de los recién nacidos en la primera semana de vida.
- Fortalecer la calidad de la atención obstétrica y neonatal urgente, puesto que ambas se producen simultáneamente, y con ello aumenta la eficacia en función de los costos para las madres y sus bebés.
- Fortalecer la búsqueda activa comunitaria para la captación de muertes ocurridas en el domicilio, que corresponden con casos de muertes fetales o neonatales a quienes no se les ha realizado certificado de defunción.

7.2.2. Búsqueda Activa Institucional

Las acciones relacionadas con Búsqueda Activa Institucional para mortalidad perinatal y neonatal tardía se llevarán a cabo ante silencios epidemiológicos y ante la identificación de indicadores de vigilancia en niveles inadecuados, según lo establecido en los lineamientos nacionales para la vigilancia (30).

7.3. Situación de alerta, brote y emergencia en salud pública

Para este evento se considera una alerta cuando en el análisis de comportamientos inusuales en un departamento/distrito se reporta por más de seis semanas epidemiológicas consecutivas aumento o descenso estadísticamente significativo. La metodología de análisis y comportamientos inusuales se describe en el apartado 6.2 análisis rutinarios y comportamientos inusuales.

Las alertas identificadas deben ser notificadas inmediatamente al correo del referente del evento del INS y al Sistema de Alerta Temprana del INS, correo eri@ins.gov.co con una información preliminar "capsula de información" que describa: número de casos, grupo de edad, pertenencia étnica, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, tendencia epidemiológica del evento, situaciones que explican el comportamiento inusual identificado y las acciones de vigilancia epidemiológica que se desarrollan para el control de la situación. La cápsula de información debe fluir inmediatamente a los niveles superiores y no debe depender de la generación de un Reporte de Situación – SITREP.

Es importante mencionar que el Departamento o Distrito debe elaborar un plan de respuesta construido en una Sala de Análisis del Riesgo en Salud Pública (SAR) como acción ante una alerta relacionada con un comportamiento inusual (descenso o incremento) del evento.

1. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública es un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento (33). Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud pública el Instituto Nacional de Salud, dispone de diferentes herramientas como el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), informes gráficos e informes finales con los cierres anuales del análisis del comportamiento del evento; así mismo, en el Portal Sivigila 4.0 se encuentran disponibles los tableros de control con el comportamiento histórico de los eventos, así como las bases de datos anonimizadas (microdatos) anuales depuradas desde 2007. Por otra

parte, se cuenta con el tablero de control con el comportamiento del evento del año en curso con actualización semanal.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen la responsabilidad de difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica diversas herramientas de divulgación como boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros, así como, utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, manteniendo los flujos de información y comunicación del riesgo establecidos en las entidades.

8. Indicadores

Nombre del indicador	Razón de muerte perinatal y neonatal tardía (además se debe desagregar este indicador en mortalidad perinatal, neonatal temprana y tardía)
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Muertes fetales y neonatales ocurridas en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal y hasta antes de los veintiocho días después del nacimiento por cada mil nacidos vivos
Propósito	Hacer seguimiento al comportamiento del evento
Definición operacional	Numerador: número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía en un periodo de tiempo Denominador: total de nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo
Coefficiente de multiplicación	1.000
Fuente de información	Sivigila – DANE (RUAF ND).
Interpretación del resultado	Indica el nivel de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el país

Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital y nacional.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Categorización	<p>Para el 2023 se construyeron umbrales para orientar de manera específica las acciones de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía. Dichos umbrales fueron construidos con base en las metas establecidas en el Plan decenal de Salud Pública 2022 a 2031 para la reducción a 13,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos.</p> <p>Zona de seguridad: Razones de MPNT menores de 13,5 casos * 1 000 NV (verde).</p> <p>Zona de riesgo: Razones de MPNT mayores de 13,6 casos * 1 000 nacidos vivos (rojo).</p> <p>*Recomendación: materia de análisis para la notificación de casos que no estén siendo captados por el sistema según resultados en concordancia RUAF / Sivigila.</p>
Nombre del indicador	Proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa básica de muerte bien definida en Sivigila
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Refleja el cumplimiento del proceso epidemiológico de muertes perinatales y neonatales tardías en lo relacionado con la correcta definición de causa de muerte.
Propósito	Verificar la adecuada definición de causa de muerte de los casos de las muertes perinatal y neonatal tardía por los responsables de configurar el caso.
Definición operacional	Numerador: número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía con causa básica de muerte bien definida. Denominador: total de casos muerte perinatal y neonatal tardía
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila: variable causa básica de muerte, cara A de la ficha Mortalidad perinatal y neonatal tardía - 560
Interpretación del resultado	Porcentaje de casos con causa de muerte bien definida.
Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Meta	100% de casos con causa de muerte definida adecuadamente. Semafización: verde (>81,0 – 100 %); amarillo (51,0 – 80,9 %) y rojo (< a 50,9 %)

Nombre del indicador	Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal Sivigila y estadísticas vitales
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con la correspondencia de información entre estadísticas vitales y Sivigila.
Propósito	Permite verificar correspondencia entre estadísticas vitales y Sivigila.
Definición operacional	Numerador: casos de muertes perinatales y neonatales tardías coincidentes en RUAF ND y SIVIGILA Denominador: casos de muertes perinatales y neonatales tardías certificados en RUAF
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila – DANE (RUAF ND)
Interpretación del resultado	Porcentaje de correspondencia de casos entre las fuentes DANE y Sivigila
Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital y nacional.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Meta	100 % de correspondencia entre los datos de las estadísticas vitales y la notificación al Sivigila Semaforización: Verde (100 %); Amarillo (80,0 – 99,9 %) y rojo (< a 79,9 %)

Nombre del indicador	Cumplimiento en el cargue de unidades de análisis
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Porcentaje de unidades de análisis realizadas en el aplicativo web UACE
Propósito	Medir el cumplimiento en el cargue al aplicativo web UACE de las unidades de análisis realizadas de los eventos de interés en salud pública priorizados
Definición operacional	Numerador: número de unidades de análisis de los eventos priorizados cargados al aplicativo web UACE Denominador: número de casos o muertes notificadas de los eventos priorizados para realización y cargue de unidades de análisis en el aplicativo web UACE
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia – Sivigila; aplicativo web UACE
Interpretación del resultado	En el período ___ el ___% de las unidades de análisis fueron cargadas al aplicativo web UACE
Nivel	Nacional, departamental y distrital
Periodicidad	Trimestral

Aclaraciones	Se realizó un proceso de transición durante el primer semestre de 2023. A partir del segundo semestre de 2023 solamente se utiliza el aplicativo web
Nombre del indicador	Oportunidad en el cargue de la unidad de análisis
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Porcentaje de unidades de análisis realizadas y cargadas oportunamente en el aplicativo web UACE
Propósito	Medir la oportunidad en el cargue de las unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados
Definición operacional	Numerador: número de unidades de análisis de los eventos priorizados cargadas oportunamente al aplicativo web UACE Denominador: número de casos o muertes notificadas de los eventos priorizados para realización y cargue de unidades de análisis al aplicativo web UACE
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia – Sivigila; aplicativo web UACE
Interpretación del resultado	En el período ___ el ___% de las unidades de análisis fueron cargadas oportunamente al aplicativo UACE
Nivel	Nacional, departamental y distrital
Periodicidad	Trimestral
Aclaraciones	Se realizó un proceso de transición durante el primer semestre de 2023. A partir del segundo semestre de 2023 solamente se utiliza el aplicativo web

9. Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad: guía de referencia. 11ma revisión. 2023. [internet]. Consultado el 06 de septiembre de 2023. Disponible en: https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf
- ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2030. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Lehtonen L, Gimeno A, Parra A, Vento M. Muerte neonatal temprana: un desafío a nivel mundial. Semin Fetal Neonatal Med. 2017; 22(3):153-160. Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28238633/>
- 4 Getiye Y, Fantahun M. Factores asociados con la mortalidad perinatal entre los partos de salud pública en Addis Abeba, Etiopía, un estudio de casos y controles inigualable. BMC Embarazo Parto. 2017; 17(1):1-7 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28747161/>
- 5 Harrison M, Goldenberg R. Carga global de prematuridad. Semin Fetal Neonatal Med. 2016; 21(2):74-79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26740166/>
- 6 Organización de las Naciones Unidas. Cada año mueren mas de 4,5 millones de madres y bebés durante el embarazo o el parto. Noticias ONU. 2023. [internet]. Consultado el 07 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/05/1520807>
- 7 UNICEF, ONU, BMI. Grupo Inter Institucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME) Informe 2021. 2022. [internet]. Consultado el 07 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2021/>
- 8 OPS, OMS. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. 2019. [internet]. Consultado el 07 de septiembre de 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- 9 OPS, OMS. Portal de indicadores básicos: Región de las Américas. 2023. [internet]. Consultado el 13 de febrero de 2024. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/visualizaciones#map>
- 10 OPS. Directrices de la práctica clínica basadas en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo. 2020. [internet]. Consultado el 07 de septiembre de 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52903/OPSFPLCLP200017_spa_.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- 11 OPS. Estado de salud de la población: salud materna. Salud en las Américas 2017. [internet]. Consultado el 07 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- 12 UNICEF, ONU, BMI. Grupo Inter Institucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME). Causas de Muerte: Tasa de muerte neonatal, región de las Américas, 2021. [internet]. Consultado el 14 de febrero de 2024. Disponible en: https://childmortality.org/causes-of-death/data/estimates?indicator=MRM0&pr_indicator=PR_MRM0&al_indicator=MRM0&age=M0&d_refArea=UNICEF_LAC&causes=ASPHY_TRAUMA&causes=SEPSIS&causes=CONGENITAL
- 13 Castaño S. Informe de evento primer semestre: Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía 2023. 2023. [internet]. Consultado el 14 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MUERTE%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20INFORME%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf>

- 14 ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2016. [internet]. [Consultado el 07 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- 15 Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de vigilancia de la morbilidad neonatal extrema y primer análisis agregado de casos. 2012. [internet]. [Consultado el 07 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Modelo-Vigilancia-Morb-Neonatal-Extrema.pdf>
- 16 Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Profamilia. Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. 2014 [Internet]. [Consultado el 07 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- 17 Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [internet]. [Consultado el 07 de septiembre 23]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
- 18 Consejo Nacional de Política Económica y Social Colombia. Documento CONPES social 161 de 2013 [internet]. [Consultado el 07 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/161.pdf>
- 19 Ministerio de Salud y Protección en Salud. Política de Atención Integral en Salud. 2016. [internet]. [consultado el 09 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- 20 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. [internet]. [Consultado el 07 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- 21 GBD 2015 Mortality and causes of Death Collaborators. Esperanza de vida mundial, regional y nacional, mortalidad por todas las causas y mortalidad por causas específicas por 249 causas de muerte, 1980-2015: un análisis sistemático para el estudio de Carga Mundial de Enfermedades 2015. Rev The Lancet. 2016; 388(10053):1459-1544. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931012-1>
- 22 Mejía J, Jaramillo M. Modelo de gerencia para toma de decisiones en salud perinatal. Estudios gerenciales. 2006; 2 (98): 143-176. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232006000100007

- 23 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 051 de 2016. Bogotá-Colombia. [internet]. [Consultado el 02 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf
- 24 Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. [internet]. [Consultado el 09 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>
- 25 Ministerio de la Protección Social. Decreto 780 de 2016. [internet]. [Consultado el 09 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- 26 Instituto Nacional de Salud. Metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos de salud pública. [internet]. [Consultado el 09 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/7-metodologia-de-la-operacion-estadistica-de-vigilancia-de-evento-de-salud-publica.pdf>
- 27 Instituto Nacional de Salud. Manual del usuario sistema aplicativo SIVIGILA. 2020. [internet]. [Consultado el 09 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/1.%20Manual_SIVIGILA_2018_2020.pdf
- 28 OMS. Aplicación de códigos CIE-10 por la OMS para muertes durante el periodo perinatal: ICD-PM. 2016. [internet]. [Consultado el 14 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-10pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccc_2#:~:text=ICD%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM.
- 29 Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis y tableros de problemas de los eventos de interés en salud pública priorizados. [internet]. [Consultado el 09 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisis-y-tablero-de-problemas-2023.pdf>
- 30 Instituto Nacional de Salud. Lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública 2024. [internet]. [Consultado el 15 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2024.pdf>
- 31 Instituto Nacional de Salud. Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública: etapa 1.1 Sistema de alerta temprana – Vigilancia basada en comunidad. 2023 [internet]. [Consultado el 15 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-1-sistema-de-alerta-temprana-vigilanciabasadaencomunidad-generalidades.pdf>
- 32 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Lineamientos metodológicos para la operación de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública con Enfoque

Comunitario en Colombia. 2023. [internet].
[Consultado el 15 de febrero de 2024]. Disponible
en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf?ID=17974>

https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPEC_E4.pdf

33 Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 4 Vigilancia en salud pública. Segunda edición. Washington D.C.: OPS; 2011. 48-49. Disponible en:

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN ACTUALIZACIÓN	O
	AA	MM	DD			
00	2011	07	15	Publicación del protocolo de vigilancia.	Esther Liliana Cuevas Equipo Funcional Maternidad Segura	
01	2014	12	30	Actualización de datos epidemiológicos, inclusión muertes neonatales tardías.	Esther Liliana Cuevas Equipo Funcional Maternidad Segura	
02	2014	06	11	Actualización de instrumentos de vigilancia.	María Lourdes Medina	
03	2016	03	30	Actualización de conceptos, lineamientos e instrumentos.	Mónica Cristina Jaramillo Ester Liliana Cuevas Ortiz	
04	2017	12	29	Actualización de datos epidemiológicos, conceptos e instrumentos.	Nathaly Roza Gutiérrez Ester Liliana Cuevas Ortiz	
05	2019	11	25	Actualización de conceptos, lineamientos e instrumentos.	Diana Alexa Forero Motta	
06	2022	03	11	Actualización de datos epidemiológicos, formato y precisión de definición de caso.	Ana María García Bedoya Diana Alexa Forero Motta	
07	2024	06	25	Actualización de datos epidemiológicos, formato y precisión de indicadores, estrategia de vigilancia basada en comunidad.	Sandra Paola Castaño Mora Viviana Inés Pantoja Muñoz	

11. Anexos

1. Ficha de notificación MPNT. 560.
[560 Mpnt 2024.pdf \(ins.gov.co\)](#)
2. Anexos adjuntos en página web INS,