

Se da inicio a la reunión dando continuidad al diario de un sueño.





RUTA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD

Diario de un sueño

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

Junio 5 de 2025.

















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

CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA: Comprensión del Problema



| | | |
|--------------|---|--|
| ¿Qué? | Describe la situación a solucionar | Existe un proceso incipiente en el modelo de gestión del riesgo durante el puerperio, denominado Egreso Seguro . Verificar el seguimiento y control del riesgo en el puerperio hasta el 5 día del egreso en pacientes priorizadas de acuerdo a caracterización del riesgo. |
| ¿Por qué? | Razones que justifican abordar la situación | Se ha detectado que el 65% de la mortalidad materna en Bogotá, se presenta en el puerperio |
| ¿Para quién? | Para quién es un problema la situación | Es un problema Distrital de salud pública y social. La razón de mortalidad materna en un indicador de desarrollo de un país. |

Se deja en color rojo para verificar el documento donde se encuentra documentado de manera parcial las actividades ejecutadas antes de iniciar el diario del sueño, con el fin de dar continuidad en el mismo.






CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA: DESCRIPCIÓN

| | | |
|-----------------|--|--|
| ¿Cómo? | Cómo se manifiesta la situación (datos, línea de base) | El 65% de la Mortalidad Materna en el distrito se presenta durante el periodo del puerperio. |
| ¿Cuándo? | ¿Es permanente? ¿Tiene temporalidad? | Temporalmente la mortalidad a nivel mundial se presenta en el periodo del puerperio. |
| ¿Dónde? | En qué áreas o servicios se presenta | Servicio Ginecología y Obstetricia - Atención materna. |
| ¿Cuánto cuesta? | Qué se pierde en tiempo, dinero u otros recursos | La vida de una gestante, recién nacido huérfano, economía del núcleo familiar Rentabilidad social Reputación de la institución. Implicaciones legales para las instituciones (demandas) |

Se realiza ajuste a la redacción del problema considerando que se presentaron 20 casos de mortalidad materna, de los cuales el 65% ocurrieron durante el puerperio, que es el periodo posterior al parto

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

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





NUEVA REDACCIÓN DEL PROBLEMA (CON BASE EN EL 5WH)

En Bogotá, durante el año 2024, se presentaron 20 casos de mortalidad materna, de los cuales el 65% ocurrieron durante el puerperio, que es el periodo posterior al parto. Esta situación revela que el modelo de gestión del riesgo durante esta etapa aún es incipiente y requiere mejoras significativas. Por esta razón, es necesario fortalecer la prevención, el seguimiento y control en las mujeres púrperras para disminuir estos riesgos. Para lograrlo, se deben implementar estrategias que aseguren un egreso seguro del hospital y un acompañamiento adecuado que permita verificar el seguimiento y control del riesgo en el puerperio hasta el 5 día del egreso en pacientes priorizadas de acuerdo con la caracterización del riesgo ya que la inasistencia aproximada **es del 26%** y queremos mejorarla.

Se realizó nuevamente revisión de la caracterización del problema, se plantea dentro del grupo las siguientes causas, se enfatiza en que se debe revisar con el grupo de ginecobstetricia para poder hacer los ajustes que el grupo experto considere.









CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA: ANÁLISIS DE CAUSA

| CATEGORÍA | CAUSAS VISIBLES | CAUSAS PROFUNDAS | CAUSAS MÁS PROFUNDAS |
|--|--|---|---|
| MÁQUINA: Son las causas relacionadas con la tecnología y el software para que esta funcione. | La notificación a la aseguradora es por correo electrónico y no se recibe retroalimentación, | No contar con una caracterización para priorizar frente al riesgo individual de la paciente. | no hay una herramienta de seguimiento a esta notificación en articulación con el asegurador para las gestantes inasistentes |
| MANO DE OBRA: Son las causas relacionadas con las capacidades del talento humano y sus comportamientos. | Falta delegar un responsable para la gestión de documentos asociados a la estrategia de mortalidad materna Desde el asegurador no hay un responsable para la respuesta de la notificación enviada de gestantes que no reciben control en la institución (2% de las gestantes son de fuera de Bogotá) | El área de Ginecobstetricia no tiene asignada un profesional para el desarrollo de documentos como protocolos de atención para el puerperio. No está claro si contractualmente esta definido | No se ha hecho articulación con área de apoyo según necesidad del área. Pendiente gestión |
| MATERIALES: Son las causas relacionadas con la infraestructura y los insumos usados para hacer los productos y servicios ofrecidos. | No se conocen las causas de inasistencia de las gestantes priorizadas que dificulta la articulación con EAPB o Distrito. | No hay una base con observaciones d motivos de inasistencia de las maternas. | No se ha establecido coordinación con el asegurador para intervenir estas causas. |
| MÉTODO: Son las causas relacionadas con las directrices, y el diseño y funcionamiento de los procesos y procedimientos. | No se cuenta con actualización de documento de gestión de egreso de la materna con inclusión de actividades realizadas desde el área de ginecobstetricia. El formulario digital de Microsoft para el registro de las llamadas no tiene variables de motivo de cancelación de citas y gestión realizada. | Es una estrategia que es incipiente en la institución ya que es una estrategia nueva en la institución No se había considerado la necesidad de información para el análisis de causa | Es una estrategia que está en desarrollo en la institución. |

NOTA: No es necesario que haya causas en todas las categorías, y algunas causas profundas o más profundas pueden ser comunes a más de una causa







| | | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|--|
|  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: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo | | | | | |



CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA: ANÁLISIS DE CAUSA

| CATEGORÍA | CAUSAS VISIBLES | CAUSAS PROFUNDAS | CAUSAS MÁS PROFUNDAS |
|---|--|---|---|
| MEDIO (entorno): Son las causas relacionadas con factores externos a la organización, o aspectos internos de la cultura y el clima organizacional. | La atención de las pacientes es para partos de alta complejidad y no hay articulación con la IPS primaria | Se notifican los casos de no control en la institución, por correo a la EAPB y no hay respuesta | No se ha establecido coordinación con el asegurador para intervenir estas causas. |
| MONITOREO: Son las causas relacionadas con la medición y control de las directrices, procesos o procedimientos. | No hay caracterización para la priorización del seguimiento al primer control post parto No se ha definido mecanismo de monitorización que permita hacer intervención para definir la muestra a incluir en la priorización de las púerperas a hacer seguimiento | | En el monitoreo para el seguimiento está dividido en únicamente en -Alto riesgo obstétrico -Bajo riesgo obstétrico -Morbilidad materna extrema |
| MONEDA: Son las causas relacionadas con los recursos financieros, que no están relacionadas en las anteriores. | | | |

NOTA: No es necesario que haya causas en todas las categorías, y algunas causas profundas o más profundas pueden ser comunes a más de una causa




Frente a la caracterización del problema se sugiere revisar el equipo de mejoramiento con el fin de poder incluir nuevos participantes que se requieran.






META DE MEJORAMIENTO

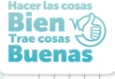

ENUNCIADO DEL RESULTADO A LOGRAR

Nosotros, el equipo de mejoramiento del Hospital Universitario Clínica San Rafael, deseamos lograr para el 30 de septiembre de 2025, que en el servicio de Ginecología y Obstetricia se aumente la asistencia de pacientes a la primera consulta del postparto, con una meta **del 80%**. A través del fortalecimiento de estrategias para el seguimiento conjunto entre IPS y EAPB.

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

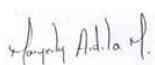
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

| <div>   </div> | | | | | | | | | |
|--|--|---|------------------------------|------|--|------------------------|--|---|---------------------------|
| INDICADOR DE LA META DE MEJORAMIENTO | | | | | | | | | |
| Medida (Nombre del indicador) | Tipo de medida (Resultado, Proceso) | Definición Operacional (Numerador, Denominador, Criterios) | Valor inicial (si existe) | Meta | Población donde se mide | Frecuencia de medición | Instrumento de medición (si aplica) | Fuente de información (Ej. HC, instrumento, software, etc.) | Responsable del indicador |
| Porcentaje de asistencia a control de puerperio | | Número de pacientes que asisten a control de puerperio cada mes / Nacimientos en el mes | - | 80% | Pacientes en postparto vaginal o cesárea atendidas en el HUCSR | Mensual | Formulario de Microsoft | Instrumento | Dr Jorge Niño |
| Porcentaje de contacto efectivo | | Número de pacientes que atienden al llamado telefónico / Nacimientos en el mes | | 70% | Pacientes en postparto vaginal o cesárea atendidas en el HUCSR | Mensual | Registro en Excel | Instrumento | Sandra Rojas |

COMPROMISOS*



| ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|------------|
| Continuar con la proyección del diario de un sueño previo a la revisión con el área de ginecología | Hospital Universitario Clínica San Rafael | continuar |
| Asistir a reunión el día para socializar la ruta de la mejora con directivos de la entidad de Hospital Universitario Clínica San Rafael | Secretaria Distrital de la salud -Ruta de la Mejora y Hospital Universitario Clínica San Rafael | 2025.06.09 |

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA



| No | NOMBRES Y APELLIDOS | CORREO | TELÉFONO | DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD | FIRMA |
|----|--------------------------|--|------------|-----------------------------|---|
| 1 | Maryerly Ardila Martinez | M1ardila@saludcapital.gov.co | 3195802321 | SDS SCSSS |  |
| 2 | Clara Liliana Martínez | clmartinez@saludcapital.gov.co | 3103230117 | SDS SCSSS | |

ASISTENTES

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

| | | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|--|
|  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: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo | | | | | |

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

|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL | | | |  | |
|--|---|-----------------------|-------------------|------------|---|----------------|
| | LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES | | | | | |
| | Código: | SDS-DFO-FT-004 | Versión: | 1 | | |
| Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo | | | | | | |
| Tema: <u>Lista lista de la mejora Hospital Universitario Clínica San Rafael Texera</u> Fecha: <u>05-06-2025</u> | | | | | | |
| Hora Inicio: <u>9:00</u> Hora Fin: <u>12:30pm</u> Lugar: <u>Oficina de Calidad</u> | | | | | | |
| No | NOMBRE | ENTIDAD O DEPENDENCIA | CARGO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
| 1 | Jacqueline Guerrero | Calidad | Jefe PCI-PROA-VSP | 3132634503 | jacqueline.guerrero@stewardcolombia.org | Jacqueline |
| 2 | Monica Rosas | Calidad | Epidemiología VSP | 3177149186 | saludpublica@stewardcolombia.org | Monica |
| 3 | Milena Alvaréz | Calidad | Administrativo | 3123597777 | milenaalvarez@stewardcolombia.org | Milena Alvaréz |
| 4 | Jessica Lozano M | Calidad | Gestora Calidad | 3123741183 | jessica.lozano@stewardcolombia.org | Jessica |
| 5 | Clara Lina Hurtado | Contratación | SCSSS-SDS | 315323117 | clara.hurtado@saludcapital.gov.co | Clara Lina |
| 6 | Mayerly Adila Ríos | SCSSS-SDS | Reg. Especial | 315582321 | mayerly@saludcapital.gov.co | Mayerly Adila |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |

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

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

Evaluación y cierre de la reunión

| ¿Se logró el objetivo? | Observaciones (si aplica) |
|--|---------------------------|
| Si (x) <div style="margin-left: 150px;">No ()</div> | |

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