Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad __X___

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) __CENTRO DE SALUD PORVENIR _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)___CENTRO DE SALUD PORVENIR _____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO __X_		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 29 DE DICIEMBRE DE 2025	LUGAR: CENTRO DE SLAUD PORVENIR	HORA INICIO: N/A
RESPONSABLE: IBET MORA MURCIA		HORA FINAL: N/A

OBJETIVO DE LA REUNION

Socialización auditoria de autocontrol calidad cpn ruta materno perinatal periodo mayo agosto 2025 localidad bosa en la unidad de porvenir

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Socialización auditoria de autocontrol calidad cpn ruta materno perinatal periodo mayo agosto 2025 localidad bosa en la unidad de porvenir
3. Compromiso
4. Cierra

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1. **SALUDO**

Se realiza saludo en el centro de salud porvenir, la líder Ibet Mora les informa a los profesionales que se estará socializando auditoria de autocontrol en calidad de control prenatal.

2. **SOCIALIZACIÓN AUDITORIA DE AUTOCONTROL CALIDAD CPN RUTA MATERNO PERINATAL PERIODO MAYO AGOSTO 2025 LOCALIDAD BOSA EN LA UNIDAD DE PORVENIR**

Medir el porcentaje de Cumplimiento de parámetros de calidad del control prenatal dentro de la ruta materno perinatal de la subred, pertinencia de Interconsultas de gestantes, seguimiento a reporte de VIH y urocultivo y seguimiento de los diferentes puntos de atención de consulta externa de Localidad de Bosa, Utilizando lista de chequeo, a través de la verificación de los registros asistenciales (Historia clínica DINAMICA), aplicativo de seguimiento gestantes, en el periodo comprendido desde el 01 de mayo al 31 de agosto del 2025.

JUSTIFICACIÓN

La Subred sur occidente mediante la dirección ambulatoria y coordinación de Gestión del riesgo, ha desarrollado el programa de auditoria de autocontrol de la Ruta Materno perinatal, Calidad de Control Prenatal, con seguimiento continuo al programa, con retroalimentación de resultados profesionales de los grupos de CPN, como estrategia para el monitoreo permanente de la racionalidad técnico científica de los profesionales que atienden gestantes, cuyo fin es identificar las brechas entre calidad esperada y observada, estableciendo oportunidades de mejora y su autocontrol inmediato, para garantizar el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios a nuestras gestantes.

METODOLOGÍA

1. Obtención de la muestra para auditoria así: La forma de recolección de la muestra: gestión del riesgo, basándose en la lista de gestantes de primera vez (aplicativo de gestantes) y de manera aleatoria, solicito a cada punto de atención de consulta externa, las historias clínicas a auditar. La muestra: confiabilidad del 95%, prevalencia 0.85, q=0.15, error 5%.
2. **Ejecución de la auditoria**: Historia clínica DINAMICA de CPN CLAP, HC preconcepcional, HC Planificación, HC seguimiento, HC resolutivo, HC de asesoría pre-pos test VIH, toma urocultivo y aplicativo de seguimiento gestantes.
3. **Tabulación, consolidado y análisis de resultados:** con base en la información consolidad y tabulada por el aplicativo ALMERA, se realiza análisis de la misma, estableciendo la escala de calificación, con rangos de interpretación para los resultados, a saber: 1. CUMPLE 2. NO CUMPLE. 3. N/A- NO APLICA. Los rangos de calificación parametrizados para la adherencia por la subred son:
4. **Elaboración y presentación del informe**. Una vez consolidado los datos se realizará el informe y se enviará a la líder de dirección de ambulatorios, líder de gestión del riesgo, líder de ruta materno perinatal.

DESARROLLO

5. **Retroalimentación a profesionales:** se realizará retroalimentación en reunión de Ruta Materno perinatal, (donde se reúne el equipo de la ruta, perfiles de auxiliar, jefe, médico y especialistas) que se realiza el segundo jueves de cada mes en auditoria principal de unidad de Kennedy, o de manera virtual.
6. Notificación de Oportunidades de Mejora: **parte del autocontrol, al realizar la retroalimentación específica a las unidades, se establecen oportunidades de mejora individual de autocontrol. Si persiste dicha oportunidad de mejora se hace Diligenciamiento del formato de notificación de oportunidades de mejora.**
7. Seguimiento a los planes de mejora de los hallazgos de la auditoria

CRITERIOS DE LA AUDITORIA (LEGALES Y PROCEDIMENTALES)

Criterios legales

- Resolución 3280 del 2019 del ministerio de protección social en su artículo 4.11 Atención De Las Complicaciones Perinatales Y/O Postnatales Del Recién Nacido
- RV: 0-00-MA-0003 Manual Diligenciamiento Historia Clínica Ruta Materno Perinatal Consulta Externa V1. Aplicativo ALMERA.
- Decreto 1011 del 2006 Ministerio de Salud y Protección Social. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en Colombia.

- Resolución 1995 de 1999 (Julio 8). “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”.
- Resolución 001446 de 2006 (mayo 8). “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15

Criterios procedimentales

El instrumento de auditoría de autocontrol de ruta materno perinatal se halla inscrito en el aplicativo Almera (Lista chequeo adherencia ruta integral atención materno perinatal V2**)**, y su contenido es trazador de las guía específicas y consta de 60 ítems de evaluación, a saber

DESARROLLO



RESULTADOS DE LA AUDITORIA

El presente informe consta de:

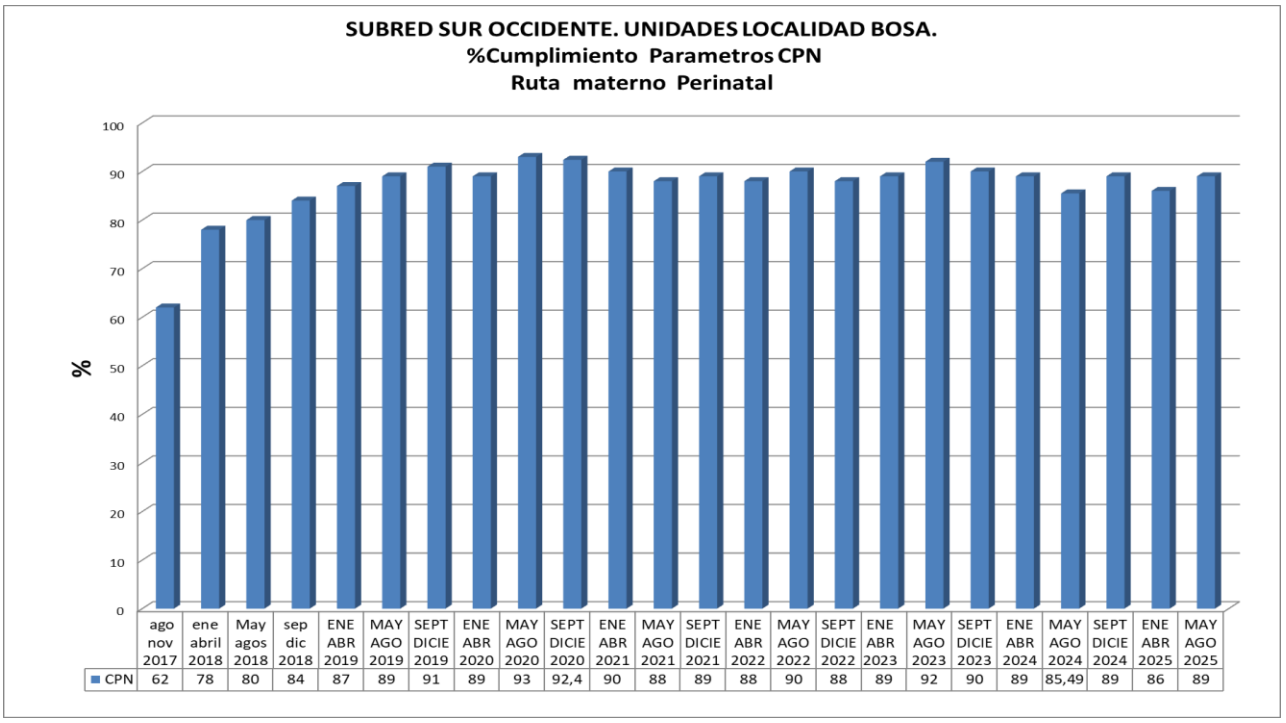
- Resultados evaluación de auditoria de autocontrol de calidad CPN- Ruta Materno Perinatal del periodo MAYO AGOSTO LOCALIDAD BOSA del 2025. Ver tablas respectivas.
- Resultados auditoria de autocontrol de reporte de VIH-treponémica (prueba rápida consultorio) y urocultivo de gestantes. Localidad Bosa
- Pertinencia de interconsulta a especialista.
- Seguimiento al aplicativo de seguimientos gestantes

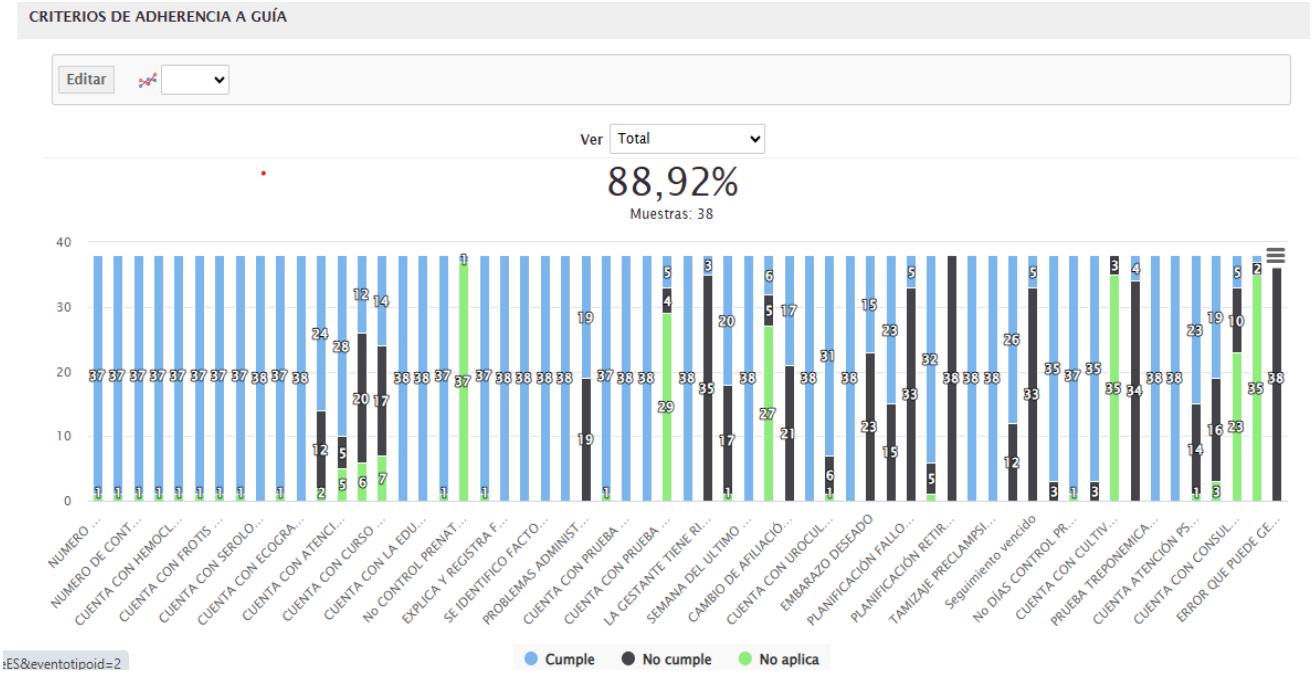
Antes de iniciar el análisis de los resultados por sitio de la localidad de Bosa, es importante aclarar que en la auditoria del periodo agosto Diciembre del 2017, se obtuvo un resultado de 62% de cumplimiento de parámetros de CPN, resultado más bajo en los últimos 14 años. Como resultados de auditoria de autocontrol, con los resultados de calidad de CPN, la dirección de ambulatorios y la unidad de Gestión del riesgo estableció unas oportunidades de mejora para toda la subred y se realizó **una prueba piloto en unidad Pablo VI,** (enero 2018) la cual evidencia que las medidas tomadas de autocontrol, sirven para mejorar la calidad de CPN. Esta prueba piloto se extendió a toda subred, evidenciando una gran mejoría. **Esta mejoría depende de la continuidad de aplicación de las medidas a través del tiempo en todas las unidades de atención.**

7.0 RESULTADO LOCALIDAD BOSA

En la Unidades de la localidad Bosa obtuvo un cumplimiento del 88.92% de cumplimiento de parámetros de CPN en periodo mayo agosto del 2025. (Con meta esperada del 90%) Ver siguiente gráfica.

DESARROLLO





Al revisar los resultados de calidad de CPN- Ruta Materno perinatal por punto de atención se encuentra los siguientes resultados.

DESARROLLO

cumplimiento parametros CPN												
unidad	Carbo	Palest	Laurel	Estaci	Olarte	Cabañ	S Bern	Porve	C.PVI	Piamo	V JAVIER	TOTAL
agost/nov/17	40%	56%	81%	57%	59%	61%	36%	79%	64%	89%		62%
enero/abril/18	60%	70%	93%	77%	88%	70%	54%	90%	87%	94%		78%
Mayo/agosto/18	70%	91%	91%	70%	88%	79%	63%	93%	90%	61%		80%
sept/diciembre/18	69%	88%	93%	84%	89%	94%	50%	96%	90%	82%		84%
ENERO ABRIL 2019	88%	88%	90%	86%	88%	86%	83%	91%	85%	89%		87,0%
MAYO AGOSTO 2019	87%	86%	90%	88%	88%	90%	90%	93%	91%	87%		89%
SEP DICIEMBRE 2019	93%	92%	94%	90%	90%	94%	80%	91%	93%	90%		91%
ENERO ABRIL 2020	89%	90%	93%	90%	91%	90%	75%	94%	90%	93%		89%
MAYO AGOSTO 2020	91%	94%	94%	94%	96%	94%	88%	98%	94%	89%		93%
SEP DICIEMBRE 2020	97%	95%	80%	82%	91%	96%	92%	98%	94%	94%		92%
ENERO ABRIL 2021	89%	89%	88%	93%	91%	89%	89%	90%	90%	91%		90%
MAYO AGOSTO DE 2021	88%	86%	82%	89%	91%	90%	82%	93%	90%	92%		88%
SEP DICIEMBRE 2021	84%	90%	93%	86%	90%	90%	82%	91%	90%	90%		89%
ENERO ABRIL 2022	84%	85%	89%	81%	88%	90%	81%	97%	91%	91%		88%
MAYO AGOSTO DE 2022	90%	98%	91%	87%	86%	90%	84%	96%	90%	88%		90%
SEPT DICIEMBRE DE 2022	89%	90%	95%	70%	90%	87%	87%	90%	90%	90%	94%	88%
ENERO ABRIL 2023	86%			87%	88%	91%	87%	92%	91%	88%	87%	89%
MAYO AGOSTO 2023	94%			86%	88%	94%	87%	95%	96%		92%	92%
SEPT DICIEM 2023	88%			80%	90%	91%	85%	94%	91%		92%	89%
ENERO ABRIL 2024	90%			82%	88%			94%	90%		88%	89%
MAYO AGOSTO 2024	86%			81%	85%			86%	89%		87%	85,49%
SEPT DICIEM 2024	86%			83%	89%			94%	89%		90%	89%
ENERO ABRIL 2025	79%			86%	85%			90%	90%		89%	86%
MAYO AGOSTO 2025	89%			86%	88%			91%	90%		91%	89%

Se evidencia todos los puntos de atención, de la localidad de Bosa, en el periodo mayo agosto del 2025, los resultados están por encima del 88% de cumplimiento, excepto la unidad de estación. (Ver informe específico de dicha unidad).

En auditoria anterior se evidencio una disminución de resultados, en todos los puntos de la localidad, **debido al no funcionamiento de las curvas de peso materno y crecimiento fetal** en la HC CLAP web, en el periodo del 15 enero al 1 de marzo del 2025, (problema ya subsanado con área de sistemas). Este, no uso de curvas, baja dos ítems de auditoria que corresponde a un 2.5% de resultado total. Además, la unidad de Carbonell obtuvo un resultado bajo de cumplimiento de 79%, que baja el resultado general de la localidad, debido a la ausencia de auxiliar de seguimiento de gestantes en la unidad en primer trimestre del 2025. Autocontrol hablo con líder de unidad y problema quedo resuelto desde principios del mes de mayo, pero volvió a no tener auxiliar en junio. Se espera mejoría en próxima auditoria con resolución de estos dos problemas.

En presente auditoria bajo de manera evidente el registro de vacunación. Al hacer un piloto en pablo VI de registro juicioso y valoración de resultado en HC, se evidencio que, en mes de abril - mayo, con una de las actualizaciones de DINAMICA, se alteró el reporte de registro de vacunación y del cálculo del riesgo de la historia clínica HCCLAPWEB. Se hicieron dos jornadas de trabajo con jefe Daniel, en el mes de junio (donde se parametrizo de nuevo la grilla de vacunación y las fórmulas de cálculo de riesgo), subsanando el problema. Este, no registro de vacunación y riesgo, por mal funcionamiento de HC, baja dos ítems de auditoria que corresponde a un 2.25% de resultado total.

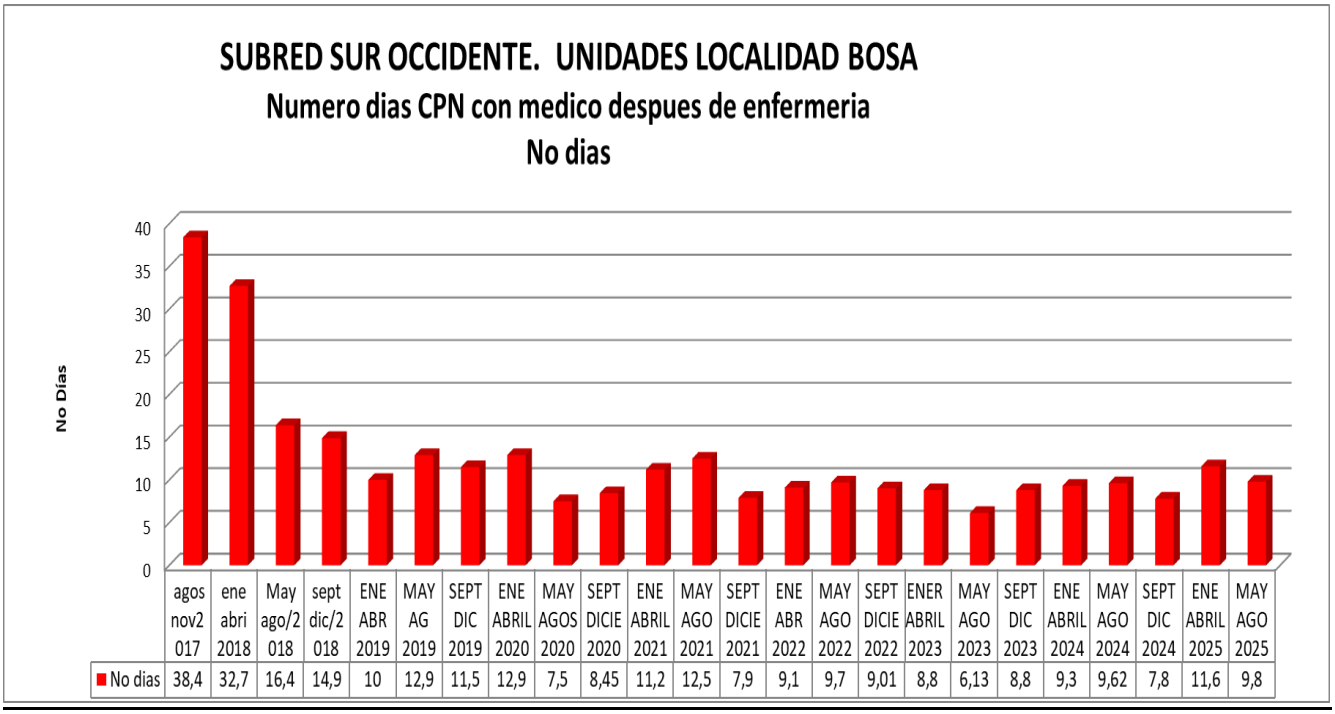
De los 60 indicadores que se auditan en autocontrol de calidad de CPN, el indicador que evidencia el buen funcionamiento del grupo de CPN de cada punto de atención es el **número de días de cumplimiento (CPN efectivo con medico con reportes de laboratorios completos antes de los 5 días de haber sido vista por enfermería en inscripción ruta).** Este indicador, evidencia el funcionamiento del grupo de CPN, del seguimiento efectivo y el funcionamiento de la estrategia de estrella luminosa gestantes en cada unidad. En reunión de médicos y jefes en red materna perinatal y espacios de retroalimentación, los profesionales han informado que, en algunos puntos, de manera intermitente, evidencian de nuevo los siguientes problemas, en toda la sub red:

DESARROLLO

1. No disponibilidad de agendas especiales de gestantes con médico. (líder debe verificar este cumplimiento).

2. Aumento marcado del numero de gestantes captadas por la entrada de contratos de famisanar, sanitas y Paiss en enero del 2025, con el mismo personal asignado. Se evidencia un aumento de captación de gestantes por la ruta en la subred, de un 30.71% en primer trimestre y de 30.88% en segundo trimestre del 2025, en comparación de ultimo trimestre del 2024. (estadísticas aplicativo de gestantes)
3. No disponibilidad de agenda especial de laboratorios para gestantes (problemas que ha afectado de manera intermitente varias sedes de localidad.
4. No disponibilidad de agendas de nutrición por falta recurso humano
5. inicio tardío y falta de continuidad de CPN por problemas de afiliación.

Todo lo anterior va en contravía de la **estrategia estrella gestantes** y estrategia de reportes críticos de laboratorios (estrategias de acreditación). En los puntos donde el grupo de CPN y el líder subsanan estos inconvenientes, se evidencia gran mejoría del indicador. Ver siguiente tabla:



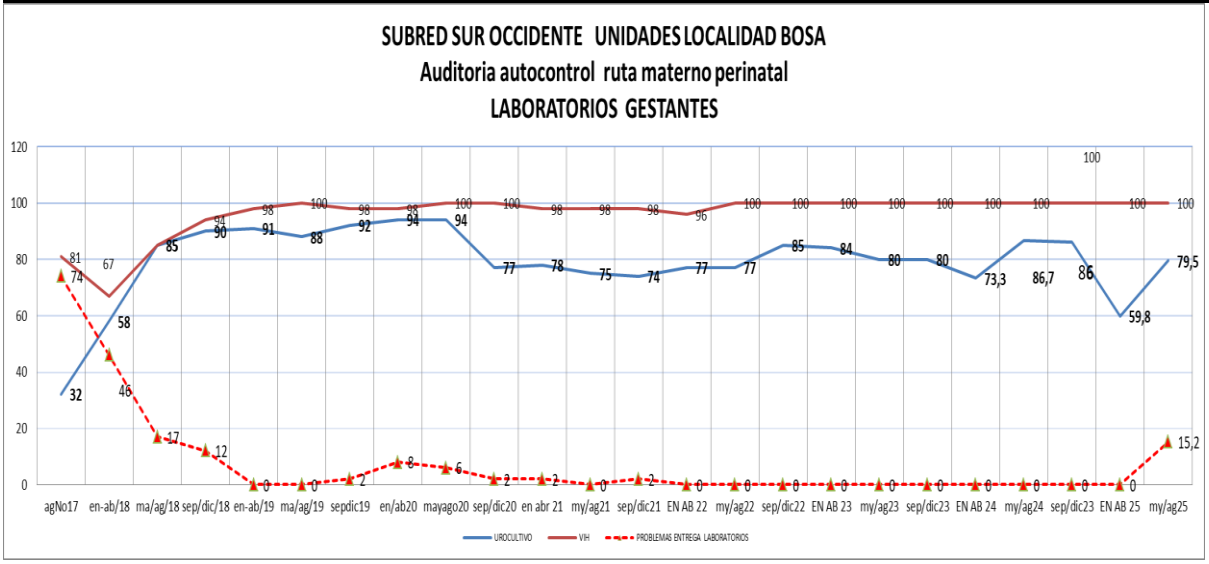
Al ver los resultados de auditoria de autocontrol de calidad de CPN, se evidencia gran mejoría al bajar de 38.4 días de paso con medico con reporte de laboratorios completos de inicio de embarazo en el periodo agosto noviembre del 2017 a sitios con 3.1 días. En auditoria de mayo agosto del 2025 se presentó un promedio de 9.8 días en localidad de Bosa. **Este aumento, en últimos dos trimestres, se debe al aumento de captación de gestante en un 30% más, por nuevas EPS atendidas**. A continuación, presentamos resultados por sitio de atención:

DESARROLLO

no dias CPN medico posterior jefe												
	Carbo	Palest	Laurel	Estaci	Olarte	Cabañ	S Bern	Porve	C.PVI	Piam	V JAVIER	TOTAL
agost/nov/17	48,2	57,2	18	32,2	48,2	46	40,2	32,6	48	13,6		38,4
enero/abril/18	42	34	5,25	20	13,7	77	84	17,5	13,5	20		32,7
Mayo/agosto/18	18	10,2	6,8	30	13,5	22	25	7,25	10	21		16,4
sept/diciembre/18	26	7,8	12	5,6	8	5,8	47	8,8	9,8	20		14,9
ENERO ABRIL 2019	9,25	6	12	9,25	15	12	6,4	12	9,2	11,6		10
MAYO AGOSTO 2019	15	14,8	7,4	13,2	8,75	12,6	15,8	16,2	10,2	15,2		12,9
SEP DICIEMBRE 2019	15	5,7	13,6	14,8	13,4	6,6	15,5	10,6	11,6	8		11,5
ENERO ABRIL 2020	31	9,8	12,4	14,4	7,4	5,8	17,4	11,6	6	10,6		12,6
MAYO AGOSTO 2020	5,8	5,2	7,6	13	9,4	4	10,4	4,8	7,6	7,2		7,5
SEP DICIEMBRE 2020	6,4	7,4	10	18	10	4	9,2	4,4	6,5	8,5		8,5
ENERO ABRIL 2021	17,4	6,2	10,5	19,7	9,2	9	16,8	6,6	5,6	10,5		11,2
MAYO AGOSTO DE 2021	12,2	7,4	15,5	12	22	4,4	31	7	8,5	8,2		12,5
SEP DICIEMBRE 2021	24,4	6	7,5	5,6	5,2	3,6	6,4	4	4,8	11		7,85
ENERO ABRIL 2022	14	5,4	9,25	4,7	8,7	11,5	7,5	7,4	6,2	16		9,07
MAYO AGOSTO DE 2022	8,8	4,7	9	7,4	20	11,4	15	3,6	8	9,25		9,72
SEPT DICIEMBRE DE 2022	13,5	6,25	13	18	14,2	8,2	5,2	2,7	6	6	6,3	9,03
ENERO ABRIL 2023	8			6,6	11	5,3	8,4	6,3	8	15	11,2	8,87
MAYO AGOSTO 2023	9			6,2	4	4	6	4,5	9,5		5,8	6,13
SEPT DICIEM 2023	14,8			13,5	9,8	4,4	9	5,4	6,7		6,6	8,78
ENERO ABRIL 2024	15,5			9,2	13,2			5,4	6		6,6	9,32
MAYO AGOSTO 2024	12			5,2	11,2			12,3	8,2		8,8	9,62
SEPT DICIEM 2024	12,7			8,25	7,8			6,2	8,4		3,6	7,83
ENERO ABRIL 2025	27,4			9,6	8,2			7,5	8,8		8,5	11,67
MAYO AGOSTO 2025	18,1			9,1	6,42			11	10,7		3,8	9,85

Se evidencia que en todos los puntos de atención en el periodo mayo agosto del 2025, los resultados están por debajo de 11 días, excepto Carbonell, el cual está en 18.1 días (debido a falta de auxiliar de seguimiento de gestantes en la unidad en el periodo evaluado. Autocontrol hablo con líder de unidad y el problema fue resuelto para inicio de mayo, pero volvió la ausencia en mes de julio. (esto se debe a problemas de contratación de personal). **Se recuerda que la meta es de menos de 5 días**. (Alerta por encima de 15 días y critico por encima de 20 días).

Desde la auditoria de calidad de CPN en el segundo semestre del 2021, se evidencia una mejoría en el proceso de toma y entrega de reporte oportuna de laboratorios del CPN, como se evidencia en la siguiente gráfica, donde disminuyo a un 0% en problema de entrega de laboratorios. (Problemas de autorizaciones de algunas EPS, donde envían a tomar algunos exámenes a laboratorios particulares, fraccionando la atención). Se evidencia en presente auditoria, una disminución de reporte de urocultivo y cultivo de estreptococo, debido a ausencia de reporte a los 8 días en la evaluación medica de CPN. Se presenta en mes de enero y febrero este inconveniente con laboratorios, y luego en junio y julio (problemas de insumos y daño de un equipo, según reportaron los profesionales que atienden gestantes, según lo refiere las pacientes en historia clínica), lo cual bajo el indicador de cumplimiento general del CPN.
Se evidencio que el 15.2% de las gestantes auditadas tuvo problemas en procesamiento de estos laboratorios.



Para continuar esta mejora continua, en laboratorios se debe continuar las siguientes estrategias:

DESARROLLO

1. Toma de laboratorios: gestante es población prioritaria y deben ser tomado de esta manera. (PRINCIPIO ESTRATEGIA ESTRELLA acreditación). NO SE DEBE ABANDONAR O DISMINUIR ESTA ESTRATEGIA.
2. **Entrega de reporte escrito a las gestantes**, para que estos sean incluidos en la carpeta de CPN de la gestante. (así puede ser visto de manera rápida, ágil e integral por los diferentes profesionales de consulta externa y urgencias y sirve de plan de contingencia en caso de mal funcionamiento de sistemas de información) cumpliendo así resolución 3280).
3. Estrategia de Reportes críticos, funcionando en cada punto de atención.
4. Mejoría de oportunidad de reporte de urocultivo y cultivo de estreptococo en interprase.

Es importante mostrar que, en la auditoria de autocontrol, se evidencia el registro en Historia clínica de problemas administrativos y de afiliación para acceder y realizar CPN. En el periodo mayo agosto del 2025, se **evidencia que el 29.4% de las gestantes cuya HC fue auditada, enfrentó problemas de afiliación o administrativos**, que afectaron el inicio temprano o la integralidad del CPN. Este problema se ha intensificado, por la población migrante venezolana, cambios de afiliación en población colombiana y los **nuevos contratos con contributivo con contratación fraccionada.**

Se debe aclarar, que, por necesidades de auditoria de autocontrol, se generó un nuevo indicador: **error que puede generar glosa** a futuro. Es importante aclarar, que durante al año 2024, se realizó cuatro presentaciones específicas de cómo evitar glosas a los grupos de CPN. Se encuentra mejoría en presente auditoria. Se presenta resultados específicos:

ERROR QUE PUEDE GENERAR GLOSA(+/-)	Carbo	Palest	Laurel	Estaci	Olarte	Cabañ	S Bern	Porven	C.PVI	PIAMON	V JAVIER	
MAYO AGOSTO 2024 PVI	20			0	0			20	0		40	13,3

ERROR QUE PUEDE GENERAR GLOSA(+/-)	Carbo	Palest	Laurel	Estaci	Olarte	Cabañ	S Bern	Porven	C.PVI	PIAMON	V JAVIER	
SEPT DIC 2024 PVI	20			0	0			0	0		0	3,3

ERROR QUE PUEDE GENERAR GLOSA(	Carbo	Palest	Laure	Estac	Olarte	Cabañ	S Ber	Porven	C.PVI	PIAMO	V JAVIE	TOTAL
ENERO ABRIL 2025 LOC BOSA	0			0	0			0	0		0	0,0

ERROR QUE PUEDE GENERAR GLOSA(+/-)	Carbo	Palest	Laurel	Estaci	Olarte	Cabañ	S Bern	Porven	C.PVI	PIAMON	V JAVIER	TOTAL
MAYO AGOSTO 2025 LOC BOSA	0			0	0			0	0		0	0,0

FUENTE Auditoria de autocontrol calidad CPN- Ruta Materno Perinatal Dr. Ebert Pérez G.

A continuación, se realizará análisis de resultado por sitio, basado en los resultados puntuales y a las observaciones establecidas por los profesionales de cada punto de atención, en el periodo mayo agosto del 2025.

LAURELES Y PALESTINA

Las gestantes de esta unidad, deben ser seguidas en adelante por Unidad de Villa Javier. Se hizo auditoria de autocontrol por última vez en periodo mayo agosto del 2023 captaron gestantes en dicho periodo especifico. No hay ingresos de gestantes desde año 2024, por lo cual no se realiza auditoria.

PORVENIR

En el periodo mayo agosto del 2025 se obtuvo un 91.48% de cumplimiento de parámetros de CPN. Los ítems de más bajo cumplimiento, a nivel histórico y en el periodo son: asistencia al curso 60%, reporte de Urocultivo (80%), paso odontología (100%), vacunación en 100%. Paso nutrición 60%, paso consulta preconcepcional o no aplica actividad 40%. Puntaje de riesgo 100% y tamizaje coagulopatías 100%.

DESARROLLO

	2017	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2024	2024	2024	2025	2025
porvenir	AGOSTO	ENERO	MAYO	SEP	ENERO	MAYO	SEP	ENERO	MAYO	SEP	ENERO	MAYO	SEP	ENERO	MAYO	SEP	ENERO	MAYO	SEP	ENERO	MAYO	SEP	ENERO	MAYO
MES	DICIEMBRE	ABRIL	AGOSTO	DICIE	ABRIL	AGOSTO	DIC	ABRIL	AGOSTO	DIC	ABRIL	AGOSTO	DIC	ABRIL	AGOSTO	DIC	ABRIL	AGOSTO	DIC	ABRIL	AGOSTO	DIC	ABRIL	AGOSTO
CALIDAD DEL CPN	79%	90%	93%	96%	91%	93%	91%	94%	98%	98%	90%	93%	91%	97%	96%	90%	92%	95%	94%	94%	87%	94%	90%	**91%**
DILIGENCIAMIENTO CLAP	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	**ND**
SOLICITUD REPORTE VIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	**100%**
REMISIÓN ADECUADA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	**100%**

FUENTE: Auditoria de autocontrol calidad CPN Ruta materno perinatal Dr. Ebert Pérez G.

Se hace las siguientes observaciones:

- En el periodo mayo agosto del 2025, el 100% de las gestantes paso antes de 15 días a valoración CPN con medico con los reportes de laboratorios de inicio de embarazo. **El promedio de inicio de CPN con medico después de pasar por jefe fue de 11.1 días** con una meta de 5 días. Este es el indicador del funcionamiento adecuado del grupo de CPN del sitio y del funcionamiento de la estrategia estrella.
- se encontró que en un 0% de las HC auditadas se encontró problemas con reportes de los laboratorios durante el CPN. Y un 100% de los CPN de la unidad, se usó la historia Clínica CLAP gestantes de DINAMICA.
- Se continuó seguimiento, al seguimiento de gestantes. El seguimiento debe ser realizado en DINAMICA, para que de manera automática sea arrastrado al aplicativo de seguimiento de gestantes. Se evidencia que al 0% de las gestantes cuya HC fue auditada, tienen seguimiento vencido y un 80 % tienen seguimiento en las primeras 72 horas.
- Seguimiento primera 72 horas: Se encuentra en las HC auditadas, que tienen seguimiento, un promedio de 4.4 días en registro de primer seguimiento. Con meta de 72 horas (3 días).
- Se encontró que el 100% de las historias clínicas auditadas pasaron por psicología y el 60% tuvo cita de trabajo social.
- Se evidenciaron 5 HC enviadas a valoración por gineco obstetra, cuatro vistas especialistas en Porvenir a los 9, 10,10 y 12 días. Una vista por especialista en unidad de bosa a los 12 días.
- En auditoria del periodo mayo agosto del 2024, de las cuatro gestantes enviadas a gineco obstetra por alto riesgo, tuvieron en transcurso del tiempo de gestación, 15 valoraciones por especialista, de las cuales, en 7, se usó la historia clínica CLAP GESTANTE. Es decir, el 53% (8 valoraciones) de gineco obstetricia en Kennedy no usaron formato de HC CLAP. Esto bajo el cumplimiento de parámetros en ruta materno, pues la historia clínica tiene trazabilidad, y se va completando con cada uno de los profesionales que atiende la gestante. Todas las historias vistas por especialista en Pablo VI y por la unidad Materno fetal (sub especialista en Kennedy), usaron la historia clínica CLAP, para su CPN. En auditoria actual, (periodo mayo agosto del 2025), de las cinco gestantes enviada a valoración por especialista, tuvieron a través del tiempo, 11 valoraciones por GO, todas en formato HC CLAP. (100% de cumplimiento) GRAN MEJORIA
- Se evidencia gran problema de gestantes enviadas a valoración por especialista de famisanar, pues citas asignadas a 30-40 días con problemas de acceso en su EPS. Contratación fraccionada con la subred.

VER TABLAS ESPECÍFICAS.

VILLA JAVIER

	2022	2023	2023	**2023**	2024	**2024**	**2024**	**2025**	**2025**
VILLA JAVIER	SEP	ENERO	MAYO	SEP	ENERO	MAYO	SEP	**ENERO**	**MAYO**
MES	DIC	ABRIL	AGOSTO	DIC	ABRIL	AGOSTO	DIC	**ABRIL**	**AGOSTO**
CALIDAD DEL CPN	94%	87%	92%	92%	88%	87%	90%	89%	**91%**
DILIGENCIAMIENTO CLAP	ND	ND	ND	ND	nd	ND	ND	ND	**ND**
SOLICITUD REPORTE VIH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	**100%**
REMISIÓN ADECUADA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	**100%**

FUENTE: Auditoria de autocontrol calidad CPN Ruta materno perinatal Dr. Ebert Pérez G.

En el periodo mayo agosto del 2025 se obtuvo un 91.37% de cumplimiento de parámetros de CPN. Los ítems de más bajo cumplimiento en el periodo y a nivel histórico fueron: asistencia al curso 60%, reporte de

DESARROLLO

Urocultivo (40%), paso odontología (100%), vacunación en 20%. Paso nutrición 80%, paso consulta preconcepcional o no aplica la actividad en 40%. Puntaje de riesgo 100% y tamizaje coagulopatías 100%.
Se hace las siguientes observaciones:

- En el periodo mayo agosto del 2025, el 100% de las gestantes paso antes de 15 días a valoración CPN con medico con los reportes de laboratorios de inicio de embarazo. **El promedio de inicio de CPN con medico después de pasar por jefe fue de 3.8 días** con una meta de 5 días. Este es el indicador del funcionamiento adecuado del grupo de CPN del sitio y del funcionamiento de la estrategia estrella. felicitaciones al grupo.
- se encontró que en un 0% de las HC auditadas se encontró problemas con reportes de los laboratorios durante el CPN. Y un 100% de los CPN de la unidad, se usó la historia Clínica CLAP gestantes de DINAMICA.
- Se continuó seguimiento, al seguimiento de gestantes. El seguimiento debe ser realizado en DINAMICA, para que de manera automática sea arrastrado al aplicativo de seguimiento de gestantes de intranet. Se evidencia que al 0% de las gestantes cuya HC fue auditada, tienen seguimiento vencido y un 100 % tienen seguimiento en las primeras 72 horas Seguimiento primeras 72 horas: Se encuentra en las HC auditadas, que tienen seguimiento, un promedio de 1.4 días en registro de primer seguimiento. Felicitaciones a auxiliar de unidad
- Se sugiere mejor diligenciamiento de vacunación, por parte de los profesionales de unidad. Se encontró que tan solo 20% de historias clínicas auditadas realizaron de manera adecuada dichas registro.
- Se encontró que el 80% de las historias clínicas auditadas pasaron por psicología y el 80% tuvo cita de trabajo social.
- Se evidenciaron 3 HC enviadas a valoración por gineco obstetra, 2 vistas en Villa Javier a los 10 y 20 días, una vista en Kennedy a los 25 días.
- En auditoria del periodo mayo agosto del 2024), de las cuatro gestantes enviada a gineco obstetra por alto riesgo, tuvieron en transcurso del tiempo de gestación, 18 valoraciones por especialista, de las cuales, en 12 se usó la historia clínica CLAP GESTANTE. Es decir, el 33% (6 valoraciones) de gineco obstetricia en Kennedy no usaron formato de HC CLAP. Esto bajo el cumplimiento de parámetros en ruta materno, pues la historia clínica tiene trazabilidad, y se va completando con cada uno de los profesionales que atiende la gestante. Todas las historias vistas por especialista en Pablo VI, bosa y por la unidad Materno fetal (sub especialista en Kennedy), usaron la historia clínica CLAP, para su CPN. En auditoria actual, (periodo mayo agosto del 2025), de las 3 gestantes enviada a valoración por especialista, tuvieron a través del tiempo, 12 valoraciones por GO, de las cuales una 100% de las valoraciones de CPN uso formato HC CLAP. GRAN MEJORIA

INTERCONSULTA DE GESTANTES

Con respecto a las Interconsultas**,** de 1053 HC auditadas, en el periodo enero 2018 a agosto del 2025, en la localidad Bosa, tuvieron una remisión pertinente el 99.18% y 9 casos fueron enviadas de manera inadecuada (0.89%). Es importante aclarar que en el periodo de mayo agostol del 2025, no se presentó caso de interconsultas no pertinentes en la localidad. Los casos de interconsultas no pertinentes, se describen a continuación:

	causa	Interconsulta- a que nivel
1	Gestante añosa peso en D	No Interconsulta especialista, gestante de alto riesgo por edad 40 años con peso en D, la cual fue vista en inscripción de CPN por jefe, pero nunca paso por médico, después de 120 días de ser captada. Evidencia no seguimiento ni funcionamiento adecuado del grupo.
2	No identificación riesgo HIE pretermino	Gestante con antecedente de HIE, oligoamnios y pretermino que no fue enviada a valoración gineco obstetra en Unidad Kennedy. Se envió 3 meses después cuando paciente pasa por profesional médico de pablo VI.

DESARROLLO

3	NO CPN	Gestante que inicio CPN a la sem 19 con jefe. Después de 75 días no ha pasado a consulta con médico. Paciente con antecedente de pre eclampsia y hemorragia pos parto. Ya fue captada en auditoria y remitida desde pablo vi a unidad de Kennedy.
4	Bajo riesgo	Remitida a valoración por GO a la semana 10, sin criterio de riesgo.
5	No identificación riesgo	Gestante de 19 semanas, quien en HC de médico, no anota reporte de laboratorios, no antecedentes, no análisis de tres curvas, no análisis. Sin estos datos no se puede establecer si la gestante es de alto o bajo riesgo.
6	Identificación tardía del riesgo	gestante de 38 años, con cesárea anterior, antecedente de pretermino con recién nacido de 2100gr, quien se captó factor de riesgo hasta semana 32 y se inició CPN a la semana 20
7	No identificación riesgo. hipotiroidismo	Gestante de 10 semanas con hipotiroidismo, a quien no se le solcito valoración por especialista. Tres CPN posterior otro profesional identifica el riesgo y lo envía a GO
8	Bajo riesgo	Remitida a valoración por GO a la semana 14, sin criterio de riesgo.
9	Bajo riesgo	Remitida a valoración por GO a la semana 11, sin criterio de riesgo.

Se evidencia que las 9 interconsultas no pertinentes, todas fueron por causas diferentes, lo que evidencia lo complejo y multicausal de las posibles complicaciones que pueden tener nuestras gestantes. Esto es el soporte de la necesidad de continuar con grupos de CPN estables, con un proceso de capacitación continuada.

Al evidenciar, los días de consulta efectiva con especialista, después de haber sido enviado desde unidad básica, tenemos los siguientes resultados: Se evidencia una mejoría marcada en la oportunidad efectiva de consulta con especialista en la unidad de Kennedy que bajo de 55 días de promedio (mayo agosto 2018) a 11.3 días en auditoria de mayo agosto del 2025. Es importante establecer que hay oportunidad a 1 día con especialista en Kennedy si es necesario (por alto riesgo de la paciente)

Se aclara, que este indicador es de consulta efectiva y no de oportunidad de consulta (pues hay gestante citadas a CPN con GO a los 20 días con reporte de laboratorios o por conveniencia de edad gestacional.

BOSA RUTA MATERPERIN	Mag 18	Sep Dic 18	Enabr 19	Mag 19	Sep Dic 19	Enabr 20	Mag 20	Sep Dic 20	Enabr 21	Mago 20	Sep Dic 21	Enabr 22	Mg 22	Sep Dic 22	**Enebri 23**	Mag 23	Sep Dic 22	**Enabr 24**	Mag 24	**Sep Dic 24**	**Enabr 25**	**Mag 25**
SITIO	No día	No día	No día	No día	No día	No día	No día	No día	No día	No dí	No día	No día	Ndí	No día	**No días**	**No días**	No días	**No día**	**No día**	**No día**	**No día**	**No dia**
Consulta efectiva con GO UPablo VI	31	29	15	16	16	11.1	17.6	16	12.8	14.5	13.7	8.8	15	15.6	13.2	**13.8**	12.8	**9.2**	**6.25**	**12.1**	**11.8**	**10**
Consulta efectiva con GO U Bosa	21	38	12	23	26	19.2	10.7	14	14.5	12.3	5.8	18	19	11.2	7.8	**9.7**	11.4	**5**	**8**	**5.3**	**18.5**	**15.5**
Consulta efectiva con GO U Kennedy	55	26	18	17	7	12.8	6.4	8.4	9.5	12	8.5	8	9	8.5	7.4	**8.2**	9.9	**7.9**	**9.9**	**9.25**	**16.6**	**11.3**

FUENTE: Auditoria de autocontrol calidad CPN Dr. Ebert Pérez G.

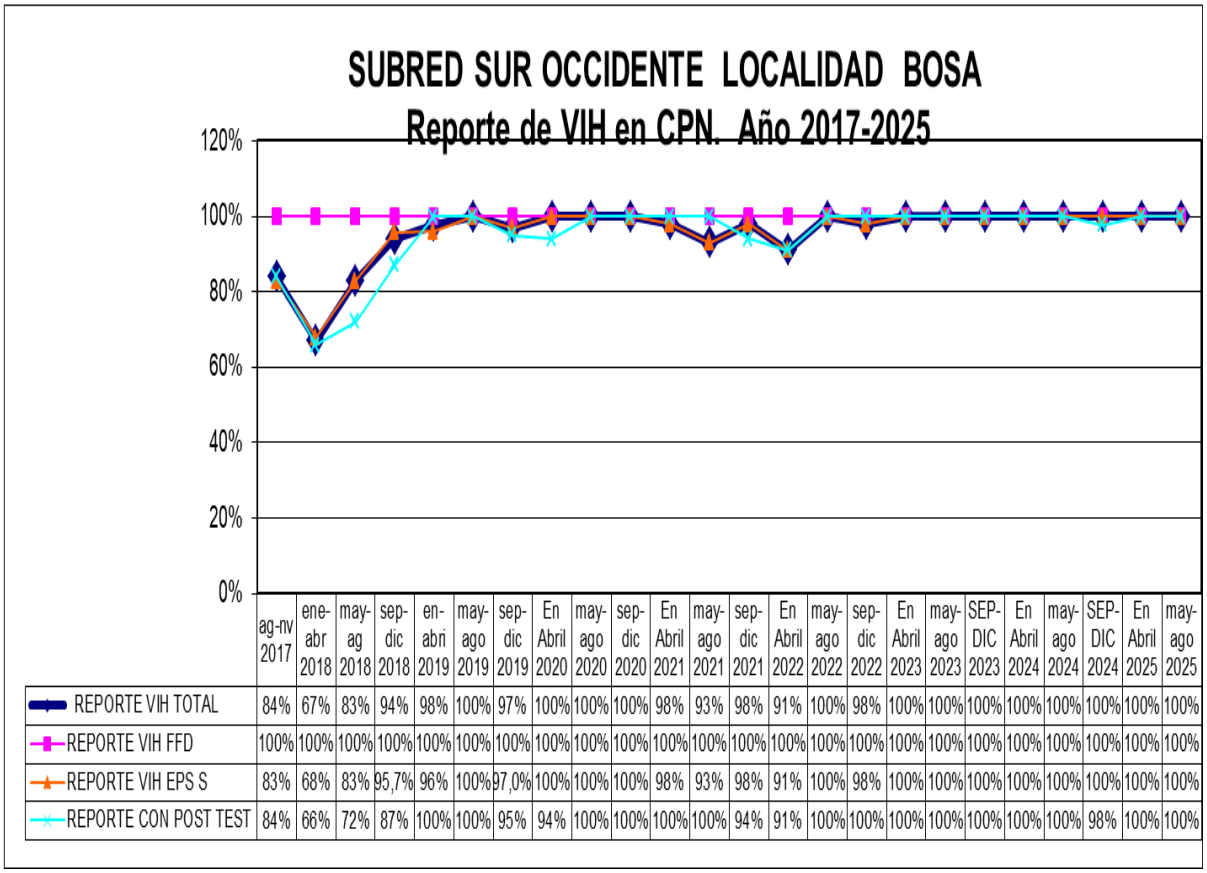
De las gestantes enviadas a valoración por especialista desde unidades básicas de localidad Bosa, el 100% de las HC auditadas, valorada por especialistas se usó el formato de Historia Clínica de Gestantes. Es importante aclarar que el 100% especialistas de Pablo VI, Bosa y unidad Materno fetal Usaron el Formato CLAP. GRAN MEJORIA.

Se evidencia que **el 83.9%** de las historias clínicas HC CLAP auditadas, realizadas por gineco obstetras, **los especialistas no reportaron los laboratorios en las casillas específicas** (reportados en campos abiertos de enfermedad actual o análisis). Esto baja los reportes en auditoria y registro de información en aplicativo de seguimiento de gestantes y reportes de 4505). Se sugiere retroalimentación por coordinador de servicio.

DESARROLLO

REPORTE DE VIH GESTANTES

Se encontró en las historias clínicas auditada en el periodo mayo agosto del 2025, que al 100% se le solicito la prueba, al 100% se encontró registrado un reporte de VIH durante el CPN. De estas historias con reporte al 100% tenían registrado la asesoría post test, donde se entregó el resultado.



	ag-nv 2017	ene-abr 2018	may-ag 2018	sep-dic 2018	en-abri 2019	may-ago 2019	sep-dic 2019	En Abril 2020	may-ago 2020	sep-dic 2020	En Abril 2021	may-ago 2021	sep-dic 2021	En Abril 2022	may-ago 2022	sep-dic 2022	En Abril 2023	may-ago 2023	SEP-DIC 2023	En Abril 2024	may-ago 2024	SEP-DIC 2024	En Abril 2025	may-ago 2025
REPORTE VIH TOTAL	84%	67%	83%	94%	98%	100%	97%	100%	100%	100%	98%	93%	98%	91%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
REPORTE VIH FFD	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
REPORTE VIH EPS S	83%	68%	83%	95,7%	96%	100%	97,0%	100%	100%	100%	98%	93%	98%	91%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
REPORTE CON POST TEST	84%	66%	72%	87%	100%	100%	95%	94%	100%	100%	100%	100%	94%	91%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	100%

Se debe continuar haciendo las siguientes acciones:

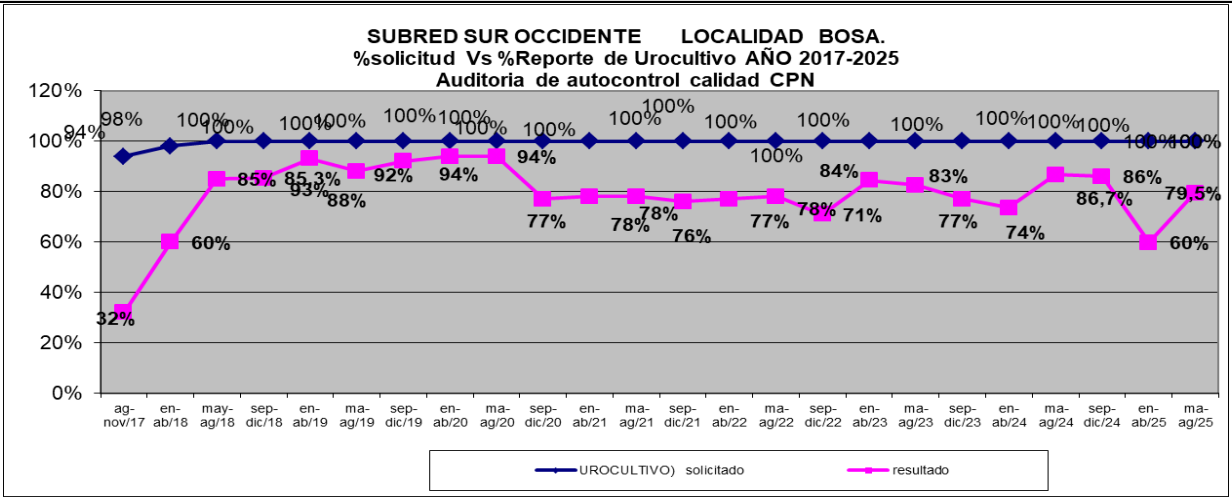
- <u>Toma de prueba rápida VIH a toda gestante de CPN en consulta primera vez enfermería</u>. (con las opciones de toma prueba rápida en II y III trimestre)
- Obligatoriedad de la asesoría pre y pos test para entrega del reporte de VIH, con registro en DINAMICA de la acción. (formatos deben diligenciarse de manera completa)
- Registro de reporte de resultado del VIH en interprase.

Los profesionales cuentan con la posibilidad de visualizar los resultados por el sistema. Esto es de vital importancia para continuar con buenos resultados.

Además, se sigue evidenciando en urgencias y hospitalización, el no registro en DINAMICA del pre y pos tes y no registro en interprase al 100% de las gestantes. Se evidenciaron reportes manuales y en Word del resultado sin uso de los sistemas de información de la subred. Por esto desde el autocontrol de gestión del riesgo, se estableció un formato específico para urgencias del pre test pos test, se hizo socialización por parte de la referente de VIH sífilis y se estableció la obligatoriedad del reporte en interprase. Se espera mejora al respecto.

REPORTE DE UROCULTIVO GESTANTES

DESARROLLO



En el periodo agosto noviembre del 2017 se encontró tan solo un 32% de resultados urocultivo por problemas de procesamiento y entrega del examen por parte del laboratorio. Es importante anotar que **los profesionales solicitaron urocultivo al 100% de nuestras gestantes.** Se evidencia una gran mejoría en auditoria llegando en mayo agosto del 2020 a un 94% de reporte Urocultivo en historia clínica. En el periodo enero abril del 2025 se encuentra un 60% de cumplimiento y en mayo agosto del 2025 un 79% de cumplimiento (CAUSA NO REGISTRO DEL RESULTADO EN CASILLA ESPECIFICA DE HISTORIA CLINICA DINAMICA y problemas de toma en laboratorios en mes de enero y febrero y luego junio julio).

PROBLEMAS DE TOMA DE LABORATORIOS:

- En los periodos antes descritos, se evidencia en historia clínica (reportado por profesional, según dice la paciente), problemas procesamiento laboratorios, por ausencia de insumos o daño de equipos. Se debe subsanar estos inconvenientes.
- No agendamiento por DINAMICA de las reservas especiales de toma de laboratorios de gestantes en mes de agosto y septiembre. Esto atrasa la toma de laboratorios y afecta la integralidad del CPN.

Se recuerda que el urocultivo es el Gold Estándar, para diagnóstico de IVU y de bacteuria asintomático durante el embarazo, primera causa de parto pretérmino. La medicina basada en la evidencia, ya estableció la necesidad de este examen durante la gestación, en pos de disminuir la morbi mortalidad materna y perinatal. La disminución en el reporte de urocultivo, pone en riesgo a nuestra institución en el aumento de incidencia de Recién nacidos de Bajo Peso y del parto pretérmino.

HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

- **Contratación fraccionada famisanar**, que no permite a la subred realizar una atención integral y una captación y manejo del riesgo adecuado.
- **Contratación fraccionada Coosalud,** donde solo tiene atención de especialista y no se cuenta en la subred las valoraciones de enfermería, medicina general, nutrición, odontología, reporte de laboratorios. La consulta de especialista seria de primera vez en la subred, sin ninguna integralidad del CPN, perdiendo el beneficio del manejo adecuado del riesgo de la paciente.
- **Se encontró no funcionamiento de curva de peso materno y crecimiento fetal en HC CLAP WEB,** a partir del 15 enero. Se hizo reunión con ingenieros de SYAC y se logro funcionamiento adecuado a partir del 1 de marzo. Se espera mejoría en próxima auditoria.
- No aparece registro en resumen PDF de HC CLAP WEB de vacunación (a pesar de registro realizado por profesional). Se hizo la notificación especifica al área de sistemas, con dos jornadas de trabajo con jefe Daniel, subsanando el problema.
- Oportunidad de consulta de Nutrición en localidad de Bosa.

DESARROLLO

- No auxiliar seguimiento en Carbonell I trimestre del 2025, subsanado por líder a partir 1 mayo y vuelve a no haber el perfil a partir de julio. Problema de contratación de personal en la subred.
- Mejorar el seguimiento de la asistencia de la gestante a psicología, planificación gestante y consulta antenatal de pediatría.
- Mejorar registro de profesionales de los resultados de laboratorios en las casillas específicas de la historia Clínica CLAP (en especial registro de urocultivo, reporte de VIH y prueba treponémica de segundo y tercer trimestre.
- Falta de recurso humano de trabajo social en localidad. (se subsano problema en pablo VI a partir del mes de agosto
- No bloqueo de agendas especiales en DINAMICA, para toma de laboratorios población especial gestantes, en unidad de Pablo VI , a partir del mes de agosto del presente año.

FORTALEZAS DEL PROCESO AUDITADO

- La existencia en **cada punto de atención de agendas especiales de gestantes,** para así garantizar oportunidad de cita y así dar cumplimiento a la estrategia estrella. Se estableció un indicador de control, que es la **consulta médica máximo a los 5 días** (para revisar laboratorios y ecografía de inicio de embarazo), de haber iniciado CPN con jefe. Este es un indicador de cumplimiento de estrategia estrella y de efectividad, del seguimiento de cada punto de atención. LIDER DE CADA PUNTO DE ATENCION.
- Funcionamiento de manera adecuada del **aplicativo de seguimiento de gestantes** SURESOC versión 2025. (funcionamiento adecuado a partir de febrero del 2025)
- Existencia de **auxiliar de seguimiento de gestantes, establecida en cada unidad** (excepto Carbonell), quien vela por el cumplimiento de la integralidad del CPN.
- **Captación de gestantes**: Se debe intensificar el funcionamiento adecuado de las puertas de entrada a saber:

1. Demanda espontanea de sitio: gestante que se acerca a cualquier punto de consulta externa, como parte de estrategia estrella de ruta materno perinatal, se agenda de inmediato en el punto para inicio de CPN con jefe. (participa todos los funcionarios del sitio, primer contacto auxiliar de ruta).
2. Estrategia gravides: del punto de atención y desde gestión del riesgo. Toda prueba de embarazo positiva, no se entrega en laboratorio sino va ligada a una consulta de primera vez con jefe más asesoría pre y pos test para toma de prueba rápida. Ya se cuenta con prueba rápida de embarazo en todas las unidades de consulta externa.
3. Captación desde servicio de urgencias: se sugiere que toda mujer diagnosticada con embarazo en urgencias, el médico o especialista da orden de inicio de CPN con enfermería y el facturador de urgencias asigna la cita de inicio de CPN en el lugar mar cercano de vivienda de la gestante. ESTA PARTE DE ESTRATEGIA SE DEJO DE HACER DE MANERA PARCIAL. (pues no se cuenta con auxiliar de seguimiento en sala de partos y hospitalización de Kennedy, bosa y Fontibón. Desde gestión del riesgo, se esta haciendo el puente de captación de estas gestantes a CPN de consulta externa.
4. Notificación por trabajo social: de las gestantes intervenidas por trabajo social para captación a CPN. ESTA PARTE DE ESTRATEGIA SE DEJO DE HACER DE MANERA PARCIAL

El autocontrol se basa en seguimiento con auditoria, retroalimentación directa a personal que hace proceso, mejoramiento continuo y nuevamente autocontrol. La auditoría de autocontrol de calidad de CPN, requiere el proceso de retroalimentación a los profesionales médico, enfermería y auxiliares de seguimiento (grupos de CPN de cada punto de atención) y por eso se necesita reunión mensual especifica de cuatro horas con los grupos de CPN al respecto. Ya **se estableció de manera oficial reunión segundo jueves de cada mes. Los líderes deben enviar médico- jefe y auxiliar de seguimiento a esta reunión**

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- **Captación desde servicio de urgencias y hospitalización**: Se encuentra en auditoria enero abril del 2025, de las 40 HC auditadas en la subred, 21 salen de urgencias y hospitalización, embarazada sin orden de inicio de CPN (890205G) y 14 iniciaron el CPN 2 meses después (35% se perdió la captación temprana). **Se sugiere Retomar la estrategia de evitar oportunidad perdida** y que toda mujer diagnosticada con embarazo en urgencias y hospitalización, el médico o especialista da orden de inicio de CPN con enfermería y el facturador de urgencias asigna la cita de inicio de CPN en el lugar mas cercano de vivienda de la gestante. Se requiere auxiliar de seguimiento en sala de partos de las unidades para punto de control de dicha asignación. Gestión del riesgo comenzó a hacer puente de canalización a CPN de las gestantes de urgencias con mejoría y de 73

DESARROLLO

gestantes que pasaron por urgencias en auditoria de mayo agosto (de las historias auditadas hasta el momento) 11 no habían iniciado CPN 2 meses después (15.75% se perdió la captación temprana). **Se requiere auxiliar de seguimiento en sala de partos de las unidades para punto de control de dicha asignación**

- **Falta recurso humano para seguimiento efectivo** para aplicativo gestante (ruta materna) y aplicativo mujer edad fértil (ruta mantenimiento planificación para aplicativo de MUJER EN EDAD FERTIL) y seguimiento en sala de parto y hospitalización.
- **Falta recurso humano para seguimiento efectivo auxiliar de seguimiento gestantes en unidad de Carbonell.**
- Actualización a WEB de los aplicativo de mujer en edad fértil y seguimiento a sífilis. **Se inicio trabajo al respecto, con los ingenieros de sistema el 25 de septiembre de 6am a 10am.**
- **Se encontró no funcionamiento de curva de peso materno y crecimiento fetal en HC CLAP WEB,** a partir del 15 enero. Se hizo reunión con ingenieros de SYAC y se logró subsanar el problema a partir del 1 marzo del 2025. Se espera mejoría en próxima auditoria.
- **No aparece registro en resumen PDF de HC CLAP WEB de vacunación** (a pesar de registro realizado por profesional). Se hizo la notificación especifica al área de sistemas y se realizaron dos jornadas de trabajo en sistemas, con jefe Daniel, donde se parametrizo de nuevo la grilla de vacunación y la formulación del calculo de riesgo de la historia clínica HC CLAP WEB. Funcionamiento adecuado a partir de agosto del 2025.
- **No oportunidad de cita de nutrición por** falta de profesional. La oportunidad de consulta lejana por falta del perfil. Se notificó a gestión del riesgo. (cumplimiento del 45% en localidad bosa, periodo mayo agosto del 2025).
- **No reporte de pruebas rápidas de VIH y treponémica en interprase por urgencias:** al tomar una prueba rápida de VIH y treponémica, se debe diligenciar el consentimiento informado especifico en DINAMICA (formato corto de urgencias) Y DEBE REPORTE RESULTADO EN INTERPRASE. Estas dos actividades no se están realizando al 100%. Se retroalimentará de nuevo a gestión riesgo y coordinación urgencias. Esto trae problemas en facturación (glosas) y consulta de resultados.
- **capacitación especialista en gineco obstetricia en formato DINAMICA pos parto y preconcepcional:** nuestros especialistas en todas las unidades están viendo consulta pos parto a las gestantes cuyo parto tuvieron alguna complicación. El 73.2% de los GO no usaron el formato especifico DINAMICA pos parto, quedando la acción como no realizada en nuestro sistema de información. Se debe hacer inducción específica en uso del formato a los especialistas de GO. Lo mismo está pasando con la consulta preconcepcional con especialista. Ya se cuenta en almera con **RV: 0-00-MA-0003 Manual Diligenciamiento Historia Clínica Ruta Materno Perinatal Consulta Externa V1,** para su consulta y socialización.
- Se ha presentado desde mes de agosto **la no asignación de bloqueo para estas citas de laboratorios en especiales de gestantes** (en agenda de DINAMICA), retrasando el cumplimiento de dicho indicador
- **Registro de urocultivo:** no registro en casilla especifica en historia clínica DINAMICA, del reporte del urocultivo. Ya se retroalimento a los profesionales (coincide con los resultados de auditoria PAMEC, del mismo periodo). Se espera mejoramiento al respecto.
- **Problemas de procesamiento cultivos por laboratorios de manera intermitente (por falta de insumo y/o falla de equipo)**

No registro de reporte de laboratorios en casilla especifica por parte de los especialistas. Se informará a referente técnica la oportunidad de mejora

RIESGOS IDENTIFICADOS

- **Oportunidad Perdida**: gestante pasan por servicio de urgencias y hospitalización y no es captada de manera efectiva e inmediata al inicio del CPN.
- **Integralidad del CPN y de atención de la mujer en edad fértil**: la unidad que inicia el CPN, es responsable de la gestante hasta la consulta binomio y entrega de paciente a ruta de mantenimiento (planificación y primera infancia). La auxiliar de gestante de cada unidad debe hacer seguimiento (registrándolo en la HC seguimiento DINAMICA), para lograr la integralidad del CPN. Los líderes de cada unidad deben verificar el cumplimiento de las acciones. Durante el embarazo se evidencia las acciones. No se encuentra la misma intensidad del seguimiento antes y después del embarazo (mujer edad fértil). No se encuentran seguimiento de planificación

DESARROLLO

previos y posteriores al embarazo. No se evidencia asignación de citas preconcepcional. No se evidencia la asignación de citas para inicio primera infancia. **Todo esto se evidencia en el no uso de aplicativo de mujer edad fértil**.

- **No integralidad de atención e imposibilidad de manejo adecuado del riesgo por contratación fraccionada famisanar, Coosalud y farmacia de capital salud**

CONCLUSIONES

1. Los grupos de CPN que han permanecido estables, son los grupos que obtienen mejores resultados de la auditoria de autocontrol de calidad de CPN. NO ROTACION PERSONAL, es importante para seguir mejorando
2. Los grupos de CPN, no solo son los médicos y jefes. Esta todo el personal de cada punto de atención (informadores, facturadores, auxiliares de estadística, auxiliares de seguimiento de CPN, laboratorio, auxiliar de vacunación, odontología, nutrición, lideres). El actuar común e integrado, produce controles prenatales completos con disminución de morbi mortalidad materna perinatal. Al fallar un solo actor de loa anteriormente nombrados, produce fallas en el CPN.
3. El proceso de capacitación continuada y retroalimentación mensual de auditoria del funcionamiento de los grupos de CPN ha mostrado su efectividad a través del tiempo. Se debe continuar de manera continua y completa a todos los profesionales. El proceso de retro alimentación específica de la auditoria de autocontrol de calidad de CPN ha evidenciado a través del tiempo su efectividad. Ya se oficializo el segundo jueves de cada mes.
4. El seguimiento adecuado en cada punto de atención, garantiza el cumplimiento de todas las actividades de CPN a cada gestante, maximizando los buenos resultados al binomio. Se evidencia intermitencia de cumplimiento de actividades que bajan los buenos resultados. (de ahí la importancia de auditoria de autocontrol continua)
5. Las estrategias diferenciadoras de calidad, como la estrategia gravindes, estrategia estrella de gestantes, estrategia de reportes críticos, grupos de CPN estables, estrategia evitar oportunidad perdida, han demostrado a través del tiempo un impacto en la disminución de morbi mortalidad materna. Se requiere que cada punto de atención las haga cumplir de manera efectiva. (esto depende de los facturadores, auxiliares de seguimiento, jefes, médicos líderes).
6. **El CPN integral y de calidad** (con paso a todas las actividades establecidas en res 3280 y en las guías de prácticas clínicas, es un factor protector para manejo del riesgo de la gestante y para una terminación satisfactoria para la salud del binomio. La contratación fraccionada corta la integralidad del CPN y la protección a la gestante.

RECOMENDACIONES

- **La subred estableció que la gestante es una población prioritaria, y debe ser tratada como tal. (BASE DE ESTRATEGIA ESTRELLA DE GESTANTES)**
- **Seguimiento al seguimiento, con** autocontrol en cada punto de atención**.**
- **Autocontrol por cada líder de consulta externa, urgencias y hospitalización de la captación de mujeres en edad fértil,** a la ruta materno perinatal (CPN y consulta Preconcepcional) y ruta de mantenimiento (planificación).
- **Intensificar la citación a curso presencial de preparación maternidad**. Se debe registrar la acción en formato específico de dinámica.
- **Captación de gestantes** Se debe intensificar el funcionamiento adecuado de las puertas de entrada a saber:

1. Demanda espontanea de sitio: gestante que se acerca a cualquier punto de consulta externa, como parte de estrategia estrella de ruta materno perinatal, se agenda de inmediato en el punto para inicio de CPN con jefe. (participa todos los funcionarios del sitio, primer contacto auxiliar de ruta).
2. Estrategia gravides: del punto de atención y desde gestión del riesgo. Toda prueba de embarazo positiva, no se entrega en laboratorio sino va ligada a una consulta de primera vez con jefe mas asesoría pre y pos test para toma de prueba rápida.
3. Captación desde servicio de urgencias: ESTRATEGIA MUJER EN EDAD FERTIL y EVITAR OPORTUNIDAD PERDIDA. se sugiere que toda mujer diagnosticada con embarazo en urgencias, el médico o especialista da orden de inicio de CPN con enfermería y el facturador de urgencias asigna la cita de inicio de CPN en el lugar mar cercano de vivienda de la gestante y seguimiento de acción por auxiliar de seguimiento ruta de urgencias de Kennedy, Bosa y Fontibón (no se cuenta con el recurso en el momento).
4. Uso efectivo aplicativo de mujer edad fértil (se debe actualizar su versión, lo cual está en proceso).

DESARROLLO

- **Funcionamiento de estrategia estrella en laboratorio, asignación citas** Las gestantes como población prioritaria no debe tomar fichas, sino asignación inmediata de citas o toma de laboratorios.
- Garantizar consulta médica de CPN a los 5 días de haber iniciado el CPN. Esto mediante las **agendas especiales de gestantes**, en todos los puntos de atención.
- **Uso de formato de ecografía por parte del especialista** de Kennedy y bosa, al realizar el examen.
- **Uso de formato de consulta pos parto y preconcepcional por parte del especialista** de todas las unidades.
- Seguimiento por cada líder de cada punto de atención del funcionamiento de las anteriores estrategias. **AUTOCONTROL DEL PUNTO**
- **NO CONTRATACION FRACCIONADA en la atención de las gestantes.**

Secretaría de Salud Subred **Sur Occidente** E.S.E.

LOCALIDAD BOSA . AÑO 2025

RESULTADO GENERAL DE EVALUACION CPN Ruta Matenro Perinatal

	MAYO AGOSTO 2025 PVI	Carbo	Palest	Laurel	Estaci	Olarte	Cabañ	S Berr	Porven	C.PVI	PIAMONT	V JAVIER	TOTAL
2	NUMERO DE CONTROL MEDICO	2,2			3,40	2,28			3,2	4,42		3,57	3,2
3	NUMERO DE CONTROL DE ENFERMERÍA	0,85			1	1			1	1		1	1,0
4	CH	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
5	HEMOCLASIFICACION(si GS neg ss **C**- Coombs)	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
6	GLICEMIA	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
7	FFV	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
8	PO	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
9	SEROLOGIA	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
10	TOXOPLASMA	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
11	ECOGRAFÍA No.2	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
12	VACUNACIÓN No2	86%			57%	43%			100%	100%		20%	68%
13	ODONTOLOGÍA	71%			100%	57%			100%	71%		100%	83%
14	NUTRICIÓN	0%			43%	43%			60%	43%		80%	45%
15	PSICOPRFILACTICO	71%			57%	29%			60%	43%		60%	53%
16	MICRO NUTRIENTES	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
17	EDUCACION LACTANCIA Y PNF	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
	CUMPLIMIENTO CPN	**89%**			**86%**	**88%**			**91%**	**90%**		**91%**	**89,3%**
18	REMISIÓN ADECUADA	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
19	No CNP POR CLAP	ND			ND	ND			ND	ND		ND	#¡DIV/0!
20	**No CNP POR HC**	3			4,4	3,28			4,2	5,42		4,57	**4,1**
21	EXPLIC Y REGIST FACT RIESGO X MEDICO	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
22	EXPLIC Y REGIST FACT RIESGO X ENFERM	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
23	SE IDENTIFICO FACTOR DE RIESGO	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
24	CONDUCTA ADECUADA XA FACTOR RIESG	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
25	Problemas Afiliacion/ administrativos	29%			71%	43%			20%	71%		20%	42%
26	**SEMANA DE INICIO DEL CNP Numero)**	**13**			**14,6**	**12,28**			**12**	**17,1**		**12**	**13,5**
27	PRUEBA ELISA VIH	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
28	PRUEBA HEPATITIS B	100%			100%	100%			100%	100%		100%	100%
29	TEST OSULLIVAN (Si >sem 28 si-no. Si <sem 28 N	100%			100%	86%			80%	71%		100,0%	90%
30	USO TABLA RIESGO BIOPSICOSOCIAL	100%			100%	100%			100%	100%		100,0%	100%
31	RIESGO PSICOSO SI/NO	0%			0%	0%			0%	14%		20,0%	6%
32	USO TABLA -CURVAS (SI/NO)	71%			0%	71%			20%	86%		60,0%	51,4%
33	SEMANA DEL ULTIMO CPN (numero)	19,14			27,1	19			24	27,8		20,6	22,9
34	PLANIFICACION	85,7			85,7	85,7			80	71,4		100	84,8
35	Cambio de afiliacion durante gestacion	28,5			57,1	42,8			20	71,4		0	36,6
36	Afiliaciona al Final Gestacion E (eps s) F (FFD)	42,8			42,8	28,5			80	57,1		80	55,2
37	**UROCULTIVO) ss-resultado-universo**	100			85,7	85,7			80	85,7		40	79,5
38	PUNTAJE DE RIESGO	100			100	100			100	100		100	100,0
39	Registro de embarazo deseado	100			100	100			100	100		100	100,0
40	**D**(deseado)**ND**(np dese) **% DESEADO**	57,1			71,4	28,5			40	0		20	36,2
41	**FM**(Falla metodo)NP(no Planificaba)RM(retiro metod	3,2,1,0			2,0,2,0	5,1,4,0			3,1,2,0	7,1,6,0		4,0,4,0	#¡DIV/0!
42	educacion IVE	100			100	100			100	100		100	100,0
43	**TAMIZAJE HIE COAG TROMBOFI SI/NO**	100			100	100			100	100		100	100,0
44	**Seguimiento a las 72 horas**	0			100	100			80	42,8		100	70,5
45	Seguimiento vencido	71,4			0	0			0	0		0	11,9
46	pertinencia seguimiento	57,1			100	100			100	100		100	92,9
47	**No DIAS CPN MEDICO DESPUES DE JEFE**	18,1			9,1	6,42			11,1	10,7		3,8	**8,8**
48	inicio CPN medico a los 15 dias	42,8			100	100			100	100		100	**90,5**
49	ESTREPTOCOCO	85,7			85,7	85,7			100	100		100	92,9
50	**CAMBIO EA-EF-CURVAS-ANALI SI/N0**	100			100	100			100	100		100	100,0
51	PROBLEMAS ENTREGA LABORATORIOS	0			0	28,5			0	42,8		20	15,2
52	P TREPONEMICA SOLICTADA/REGISTROHC	100			100	100			100	100		100	100,0
53	prueba dual en consultorio jefe (+/-)	100			100	100			100	100		100	100,0
54	PSICOLOGIA	71,4			0	57,1			100	85,7		80	65,7
55	TRABAJO SOCIAL	42,8			57,1	42,8			60	28,5		80	51,9
57	CON PRECONCEPCIONAL (+/- NA)	71,4			85,7	85,7			40	100		40	70,5
58	CON ANTENATAL PEDIATRIA (+/-NA)	85,7			100	85,7			100	85,7		100	92,9
29	**ERROR QUE PUEDE GENERAR GLOSA(+/-)**	0			0	0			0	0		0	0,0

DESARROLLO

SEMANA DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
CUENTA CON PRUEBA RÁPIDA VIH REPORTE Y ANÁLISIS	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CUENTA CON PRUEBA HEPATITIS B Y ANÁLISIS	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CUENTA CON PRUEBA D E TOLERANCIA ORAL GLUCOSA Y ANÁLISIS	5	13,2%	4	10,5%	29	76,3%	55,56%
USO TABLA RIESGO BIOPSICOSOCIAL	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
LA GESTANTE TIENE RIESGO PSICOSOCIAL	3	7,9%	35	92,1%	0	0,0%	7,89%
USO TABLA Y CURVAS DE PESO MATERNO Y ALTURA UTERINA	20	52,6%	17	44,7%	1	2,6%	54,05%
SEMANA DEL ULTIMO CONTROL PRENATAL	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CUENTA CON ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN	6	15,8%	5	13,2%	27	71,1%	54,55%
CAMBIO DE AFILIACIÓN DURANTE GESTACIÓN	17	44,7%	21	55,3%	0	0,0%	44,74%
TIPO DE AFILIACIÓN (CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO Y OTROS)	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CUENTA CON UROCULTIVO Y ANÁLISIS	31	81,6%	6	15,8%	1	2,6%	83,78%
CUENTA CON PUNTAJE DE RIESGO	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
EMBARAZO DESEADO	15	39,5%	23	60,5%	0	0,0%	39,47%
EMBARAZO NO DESEADO	23	60,5%	15	39,5%	0	0,0%	60,53%
PLANIFICACIÓN FALLO MÉTODO	5	13,2%	33	86,8%	0	0,0%	13,16%
PLANIFICACIÓN NO PLANIFICABA	32	84,2%	5	13,2%	1	2,6%	86,49%
PLANIFICACIÓN RETIRO MÉTODO	0	0,0%	38	100,0%	0	0,0%	0,00%
SE EXPLICO DERECHO A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
TAMIZAJE PRECLAMPSIA , HEMORRAGIAS, TROMBOS	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
Seguimiento a las 72 horas	26	68,4%	12	31,6%	0	0,0%	68,42%
Seguimiento vencido	5	13,2%	33	86,8%	0	0,0%	13,16%
pertinencia seguimiento	35	92,1%	3	7,9%	0	0,0%	92,11%
No DÍAS CONTROL PRENATAL MEDICO DESPUÉS DE INSCRIPCIÓN	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
inicio CONTROL 'PRENATAL MEDICO A LOS 15 DÍAS	35	92,1%	3	7,9%	0	0,0%	92,11%
CUENTA CON CULTIVO DE ESTREPTOCOCO	0	0,0%	3	7,9%	35	92,1%	0,00%

Opción	Cumple		No cumple		No aplica		Total
	#	%	#	%	#	%	%
NUMERO DE CONTROL DE GINECOOBSTETRICIA	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
NUMERO DE CONTROL MEDICO GENERAL	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
NUMERO DE CONTROL DE ENFERMERÍA	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
CUENTA CON CUADRO HEMÁTICO Y ANÁLISIS	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
CUENTA CON HEMOCLASIFICACION(si GS neg ss C- Coombs) Y ANÁLISIS	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
CUENTA CON GLICEMIA Y ANÁLISIS	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
CUENTA CON FROTIS FLUJO VAGINAL Y ANÁLISIS	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
CUENTA CON UROANALISIS Y ANÁLISIS	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
CUENTA CON SEROLOGÍA Y ANÁLISIS	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CUENTA CON TOXOPLASMA Y ANÁLISIS	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
CUENTA CON ECOGRAFÍA No.2 Y ANÁLISIS	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CUENTA CON VACUNACIÓN	24	63,2%	12	31,6%	2	5,3%	66,67%
CUENTA CON ATENCIÓN ODONTOLOGÍA	28	73,7%	5	13,2%	5	13,2%	84,85%
CUENTA CON ATENCIÓN NUTRICIÓN	12	31,6%	20	52,6%	6	15,8%	37,50%
CUENTA CON CURSO D E PREPARACIÓN PARA MATERNIDAD	14	36,8%	17	44,7%	7	18,4%	45,16%
CUENTA CON L A FORMULACIÓN DE MICRO NUTRIENTES	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CUENTA CON LA EDUCACIÓN LACTANCIA	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
REMISIÓN ADECUADA	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
No CONTROL PRENATAL POR CLAP	1	2,6%	0	0,0%	37	97,4%	100,00%
No CONTROL PRENATAL POR HISTORIA CLÍNICA	37	97,4%	0	0,0%	1	2,6%	100,00%
EXPLICA Y REGISTRA FACTOR DE RIESGO POR MEDICO	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
EXPLICA Y REGISTRA FACTOR DE RIESGO POR ENFERMERÍA	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
SE IDENTIFICO FACTOR DE RIESGO	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CONDUCTA ADECUADA PARA FACTOR RIESGO	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y/O DOCUMENTOS	19	50,0%	19	50,0%	0	0,0%	50,00%
PROBLEMAS ENTREGA LABORATORIOS	4	10,5%	34	89,5%	0	0,0%	10,53%
PRUEBA TREPONEMICA RÁPIDA REGISTRADA Y ANALIZADA	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
PRUEBA DUAL EN CONSULTORIO EN INSCRIPCIÓN (+/-)	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,00%
CUENTA ATENCIÓN PSICOLOGÍA	23	60,5%	14	36,8%	1	2,6%	62,16%
CUENTA CON ATENCIÓN TRABAJO SOCIAL	19	50,0%	16	42,1%	3	7,9%	54,29%
CUENTA CON CONSULTA PRECONCEPCIONAL (+/-)	5	13,2%	10	26,3%	23	60,5%	33,33%
CUENTA CON CONSULTA ANTENATAL PEDIATRÍA (+/- NA)	1	2,6%	2	5,3%	35	92,1%	33,33%
ERROR QUE PUEDE GENERAR GLOSA +/-	0	0,0%	38	100,0%	0	0,0%	0,00%
Total	1573	70,2%	443	19,8%	226	10,1%	88,92%

3. COMPROMISOS

Se realiza el compromiso en la unidad de porvenir la importancia de seguir con el correcto diligenciamiento en la HC cuando se realice la consulta que se ha evidenciado que se ha mantenido la adherencia con un porcentaje a comparación de la auditoria anterior, el propósito es mejorar según los hallazgos encontrados de cada profesional pode mejorar el correcto diligenciamiento y en espera de la próxima auditoria para corroborar porcentaje de adherencia.

DESARROLLO

4. CIERRE

Se realiza cierre de la socialización de la auditoria de autocontrol prenatal, con los compromisos ya pactados anteriormente y en espera de la próxima auditoria.

FECHA: 29 DE DICIEMBRE DE 2025	TEMA: Socialización auditoria de autocontrol calidad cpn ruta materno perinatal periodo mayo agosto 2025 localidad bosa en la unidad de porvenir

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Diligenciar en cada ítems de la HC según el informe de la auditoria	Profesionales	Diario
Seguir con la adherencia a la HC de control prenatal	Profesionales	Diario
Reportar de manera inmediata si se presenta alguna novedad en el registro de la HC.	Profesionales	Inmediato

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Juan felipe G.O	1000616235	porvenir	Medico g	Amb	
2	Maria Ieva Pinilla	7030582371	Porvenir	enfermera	ambulatorio	
3	Enid Maldonado	52352155	Porvenir	Enfermera	Ambulatorio	
4	Edinel Infante	7018429703	porven	Medico	Amb	
5	Paula Melen	1100274074	porvenir	médico	ambulatorio	
6	Alejandro Olaya	1019130752	Porvenir	Médico	Ambulatorio	
7	Carol Vanessa Palacios	1193693776	Porvenir	enfermera	Ambulatorio	
8	Jenny Ramirez	1032469478	Porvenir	Medico	Amb_Lbo	
9	Amy Hurtado	1022437210	Porvenir	Tens	Ambulatorio	
10	Yeni Mina Murcia	52933584	Porvenir	Ugr Asistencial	Ambulatorio	
11						
12						
13						
14						