

HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN
PLAN DE CALIDAD 2019

COMPONENTE	PRODUCTO	ACTIVIDADES	PLANIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO					
			1ER TRIMESTRE 2019 (%)	2DO TRIMESTRE 2019 (%)	3ER TRIMESTRE 2019 (%)	4TO TRIMESTRE 2019 (%)	ACUMULADO PLANIFICACIÓN ANUAL 2019 (%)	
A. PROCESOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	Plan de Calidad del establecimiento	Elaborar el Plan de calidad, el mismo que deberá ser aprobado y firmado por la autoridad del establecimiento. Se deberá contar con las actas de reunión del personal de salud que participo de la elaboración del plan.	100,00					100,00%
		Socializar el Plan de calidad, de manera que el personal lo conozca e identifique su rol dentro del plan	100,00					100,00%
		Elaborar el informe trimestral de seguimiento a la ejecución del Plan de Calidad del Hospital, este informe lo realizará la Unidad de Calidad y será presentado al Comité de Gestión de la Calidad Hospitalaria cada tres meses.	25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%
	Guías de Práctica Clínica	Asegurar disponibilidad de las Guías de práctica clínica actualizadas a la fecha de evaluación por parte del personal técnico asistencial del establecimiento. Cada servicio debe contar con copias virtuales o físicas de todas las Guías de práctica clínica (GPC) vigentes en el MSP según su cuadro de prevalencia.	25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%
		Implementar estrategias para garantizar el uso de los contenidos de las Guías de Práctica Clínica, ejemplo: cursos de capacitación, talleres, etc. Estas deben ser comprobadas con listas de asistencia, registros, actas, documentos institucionales que den constancia de la implementación de acciones.	25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%
		Evidenciar la aplicación de los contenidos de las guías de práctica clínica por parte del personal asistencial del establecimiento. Se realizarán Auditorías internas de la historia clínica, actividad que debe ser integrada en el Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (PACAS).	25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%
	Procesos de atención asistenciales (flujograma)	Aprobar el Modelo de Gestión del Hospital General Docente de Calderón	50,00	50,00				100,00%
		Culminar con el levantamiento de los procesos asistenciales del HGDC	80,00	20,00				100,00%
		Actualización de los procesos aprobados en el 2017	25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%
	Auditorías de la calidad de la atención y del registro clínico	Levantamiento de cinco procedimientos priorizados por cada unidad de producción	25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%
		Elaborar el Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (PACAS) del establecimiento de salud, a cargo de la Unidad de Calidad y aprobarlo con la Gerencia/Dirección del Hospital.	100,00					100,00%
		Este programa debe incluir los cronogramas de auditorías internas con los responsables de su ejecución, auditorías de historias clínicas (aplicación de guía de práctica clínica, formulario 051 entre otros) y auditorías de procesos asistenciales priorizados, por ejemplo: centro obstétrico, farmacia, emergencia, etc.						
	Metodología Mejoramiento Continuo de la calidad	Aplicar el Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (PACAS). Evidenciar los documentos que evidencien las auditorías internas realizadas de historia clínica y de los procesos asistenciales priorizados.	25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%
		Capacitar al personal del establecimiento de salud en la metodología de Mejoramiento Continuo de la calidad. Esta debe ser comprobable con: a. Cronograma de capacitaciones, b. Informe de evaluación de conocimientos de los participantes (pre y post test) y c. Registro de asistencias a reuniones de capacitación.	25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%
Evidenciar a través de documentos virtuales o físicos la realización de Ejercicios de Mejoramiento Continuo de la Calidad en cualquier servicio (asistencial), pueden ser aplicados al resultado de las auditorías de historia clínica, a la utilización de guías de práctica clínica (buenas prácticas de prescripción), a resultados de encuestas, a resultados de auditorías de procesos de atención asistenciales, a eventos adversos y eventos centinela, a medición de estándares, a cumplimiento de prácticas seguras y a otros requeridos por la máxima autoridad del establecimiento de salud. Se realizará MÍNIMO 1 ejercicio de mejoramiento continuo por servicio, proceso o área de trabajo, cada trimestre.		25,00	25,00	25,00	25,00		100,00%	
	Diseñar la metodología e instrumentos para aplicar la encuesta de satisfacción del HGDC	100,00					100,00%	

	Satisfacción del Usuario	Aplicar la encuesta de satisfacción, evidenciar el formulario lleno en físico de la encuesta.		33,00	33,00	34,00	100,00%
		Documentar el envío de los registros de los datos levantados de la encuesta de CZ9 mediante una base de datos, mediante canales institucionales (Zimbra, Quipux).	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Evidenciar el informe técnico que incluya el plan de acción, como resultado del análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de las encuestas de satisfacción, de ser necesario acorde a los resultados.		33,00	33,00	34,00	100,00%
PORCENTAJE ACUMULADO DE AVANCES DE PROCESOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN							100,00%
B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD (creación, conformación y funcionamiento de los comités y equipos de mejoramiento de la calidad en los establecimientos del MSP)	Comité Hospitalario de Gestión de la Atención en Salud	Actas de reunión.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100,00				100,00%
		Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, por trimestre.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
	Comité Técnico de Prevención y Control de las IAAS	Actas de reunión.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100,00				100,00%
		Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, por semestre	0,00	50,00	0,00	50,00	100,00%
	Comité Técnico de Seguridad del Paciente	Actas de reunión.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100,00				100,00%
		Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, por semestre	0,00	50,00	0,00	50,00	100,00%
	Comité Técnico de Auditoría para la Calidad de la Atención de Salud e Historia Clínica	Actas de reunión.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100,00				100,00%
		Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, por semestre	0,00	50,00	0,00	50,00	100,00%
	Comité Técnico de Farmacoterapia	Actas de reunión.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100,00				100,00%
		Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, por semestre	0,00	50,00	0,00	50,00	100,00%
	Comisión Técnica de Farmacovigilancia	Actas de reunión.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		El establecimiento de salud reporta reacciones adversas a los medicamentos (RAM) mediante las fichas amarillas de ARCSA. Verificar las fichas amarillas completas y una constancia de su envío a la ARCSA.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
	Equipos de Mejoramiento de la Calidad por proceso	Cronograma de reuniones de los Equipos de Mejora de la Calidad	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
Informe trimestral de cumplimiento de planes de acción por parte de los Equipos de Mejora de las Calidad		25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%	
PORCENTAJE ACUMULADO DE AVANCES DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA CALIDAD							100,00%
C. SEGURIDAD DEL PACIENTE (Manual de Seguridad del Paciente- Usuario para el SNS Acuerdo ministerial 00000115,pu		Elaborar capacitación moodle sobre Manual de Seguridad del Paciente	100,00				100,00%
		Personal de salud capacitado en el Manual de Seguridad del Paciente. Verificar esta actividad mediante: a. Cronograma de capacitaciones, b. Informe de evaluación de conocimientos de los participantes (pre y post test) y c. Registro de asistencias a reuniones de capacitación. (MOODLE) Esta actividad debe estar incluida en el programa de inducción al cargo del personal que ingresa a trabajar al Hospital, incluye el personal de servicios externalizados en las prácticas que correspondan. NOTA: Para descargar el Manual y sus formularios ingresar al siguiente link: https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/E1QOfJ7wMLZjzc		33,00	33,00	34,00	100,00%
		Protocolos elaborados de las 17 las prácticas seguras, aprobados por la Gerencia/Dirección del Hospital. (para su elaboración aplicar la metodología para la elaboración de documentos normativos MSP vigente). Verificar 17 protocolos en formato virtual o físico.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		El servicio cuenta con los formularios del Manual de Seguridad del Paciente, según el Modelo de Gestión de la información. Verificar la disponibilidad de los formularios físicos en los servicios o áreas de trabajo.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		El personal conoce como llenar los formularios del Manual de Seguridad del Paciente, según el Modelo de Gestión de la información. Entrevistas al personal de salud, pacientes hospitalizados y estudiantes.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		El servicio cuenta con los formularios diligenciados del Manual de Seguridad del Paciente. Verificar los formularios llenos en el archivo que corresponda (lista de verificación en la historia clínica y formularios de identificación, notificación/gestión de eventos en el archivo que corresponda.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%

Publicado en el registro oficial 760 del 14 de noviembre de 2016)	Programa de Seguridad del Paciente	Programa de Seguridad del Paciente elaborado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Gerencia/Dirección del Hospital. Este programa incorpora todas las prácticas seguras con un cronograma de implementación, monitoreo y evaluación.	100,00				100,00%
	Programa de Seguridad del Paciente	Informe ejecutivo sobre la ejecución del programa de Seguridad del Paciente y resultado de los indicadores oficiales (identificación correcta del paciente, notificación/gestión de eventos y cirugía segura), este informe se entrega al Comité de Seguridad del Paciente cada tres meses para su evaluación.	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
	Consentimiento Informado	El establecimiento de salud, cuenta con consentimientos informados para cada procedimiento médico de las 10 principales patologías que lo requieran (diagnósticos y/o terapéutico), según versión actualizada formulario 024.2016. Acuerdo Ministerial 5316. (Verificar físicamente los consentimientos informados a aplicarse).	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Auditoría de los consentimientos informados cuentan con la firma y sello del profesional de la salud que realiza el procedimiento. (Verificar en la historia clínica si el consentimiento informado está firmado y sellado por el profesional de salud que realiza el procedimiento).		50,00		50,00	100,00%
Evento o jornada académica sobre seguridad del paciente	Realizar hasta el tercer trimestre del año 2019, un evento o jornada académica sobre Seguridad del Paciente (este evento debe ser coordinado con la Dirección de Docencia e Investigación y de Talento Humano, en los hospitales que aplique). Fotografías, videos, lista de asistencia, informe del evento.			100		100%	

PORCENTAJE ACUMULADO DE AVANCES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

100,00%

D. Medición y control de la gestión	SALA SITUACIONAL / TABLERO DE GESTIÓN / BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO	Capacitar formulación e interpretación de indicadores de los tableros de gestión	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Difusión del boletín epidemiológico del HGDC a los Líderes de Proceso y Coordinadores Técnicos	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Implementación de un tablero de gestión gerencial y tableros de gestión por cada proceso asistencial	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%
		Publicación de la sala situacional del Hospital General docente de Calderón	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00%

PORCENTAJE ACUMULADO DE AVANCES DE MEDICIÓN Y CONTROL

100,00%

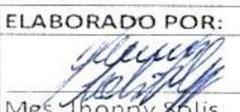
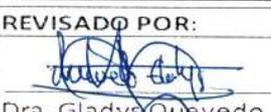
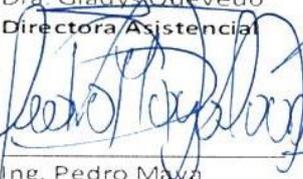
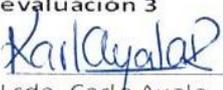
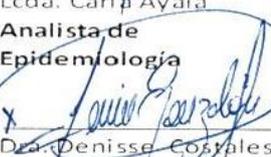
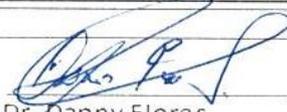
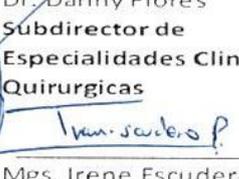
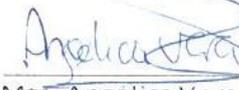
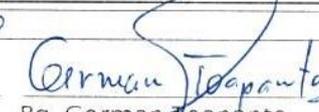
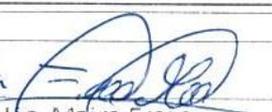
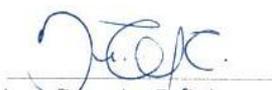
RESUMEN PLANIFICACIÓN DE AVANCES DE AVANCES POR COMPONENTE Y GENERAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

OBJETIVO PLANIFICADO ANUAL 2019

A. PROCESOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	100,00%
B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	100,00%
C. PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	100,00%
D. MEDICIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	100,00%
PORCENTAJE ACUMULADO GENERAL DE AVANCES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD	100,00%

APROBADO POR


 DR. JORGE PEÑAHERRERA
 GERENTE HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN
 PRESIDENTE COMITÉ HOSPITALARIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

ELABORADO POR:  Mgs. Jhonny Solis Analista de Calidad 3	REVISADO POR:  Dra. Gladys Quevedo Directora Asistencial  Ing. Pedro Maya Analista de Planificación, seguimiento y evaluación 3  Lcda. Carla Ayala Analista de Epidemiología  Dra. Denisse Costales Coordinadora Técnica de Apoyo Diagnóstico	 Dr. Danny Flores Subdirector de Especialidades Clínico Quirúrgicas  Mgs. Irene Escudero Analista de Atención al Usuario/a  Mgs. Angélica Vera Analista de Comunicación	 Bq. German Toapanta Subdirector de Medicamentos y Dispositivo  Mgs. Geovanny Barragán Especialista de Admisiones  Dra. Patricia Benavides Analista de Docencia 2	 Lic. Maira Erazo Subdirectora de Cuidados de Enfermería  Ing. Jorge Robalino Analista Administrativo Financiero  Ing. Darwin Quishpe Analista de Talento Humano 2
---	--	--	---	---