MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DOCENTE DE CALDERÓN

Plan de Calidad 2018 del Hospital General Docente de Calderón

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

COMPONENTE	CÓDIGO	PRODUCTO	SUB-CÓDIGO	ACTIVIDADES	PLANIFICADO 2018	OBSERVACIONES
A. PROCESOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	A1	Plan de Calidad del establecimiento	A1.1	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%	
			A1.2	Socializar el Plan de calidad, de manera que el personal lo conozca e identifique su rol dentro del plan (entrevistas aleatorias al personal).	100%	Se lo enviará por Quipux a las autoridades, lideres de proceso y coordinadores técnicos. Además se lo publicará en la pagina Web Institucional.
			A1.3	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.	100%	
	A2	Guías de Práctica Clínica	A2.1	Conocer y tener disponible las Guías de práctica clínica 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.	100%	Se creara una nube en la que cada proceso tendrá una cuenta, y tendrá acceso a los documentos. También estarán disponibles en la Pagina Web Institucional y se socializara por mailing a todo el personal. A los lideres y coordinadores técnicos se les comunicará vía Quipux.
			A2.2	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.	100%	Se promoverá a través de las jornadas de docencia y con capacitaciones con la herramienta MOODLE
			A2.3	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).	100%	
	A3	Procesos de atención asistenciales (flujograma)	A3.1	Socializar el Manual de Procesos para Hospitales definido por el MSP según tipo y cartera de servicios. Se debe evidenciar la socialización del Manual de Procesos aprobados en cada establecimiento a través de registros de asistencia, entrevistas aleatorias al personal. NOTA: Para descargar los manuales de procesos para hospitales básicos y generales ingresar al siguiente link: **https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/xFh1xMzadkvpTf5**	100%	El Hospital General Docente de Calderón desde su apertura a levantado sus propios procesos, con este antecedente se socializará el "Manual de Procesos para Hospitales" con la finalidad de que sirvan como guía para mejorar los procesos levantados y referencia para los que aun no se documentan.
			A3.2	Aplicar el Manual de Procesos para Hospitales definido por el MSP (flujogramas) según tipo y cartera de servicios. Priorizar los procesos de 1. centro obstétrico, 2. farmacia, 3. emergencia y urgencia. Se debe evidenciar su aplicación por parte del personal asistencial del establecimiento mediante entrevistas al personal y observación directa del proceso, estas actividades deben ser integradas al Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud (PACAS).	100%	El Hospital General Docente de Calderón desde su apertura a levantado sus propios procesos, con este antecedente se socializará el "Manual de Procesos para Hospitales" con la finalidad de que sirvan como guía para mejorar los procesos levantados y referencia para los que aun no se documentan.
	A4	Auditorías de la calidad de la atención y del registro clínico	A4.1	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. 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 y urgencia, etc.**	100%	
			A4.2	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, **por ejemplo centro obstétrico, farmacia, emergencia y urgencia, etc.**	100%	

Plan de Calidad 2018 del Hospital General Docente de Calderón

COMPONENTE	CÓDIGO	PRODUCTO	SUB-CÓDIGO	ACTIVIDADES	PLANIFICADO 2018	OBSERVACIONES
	A5	Metodología Mejoramiento Continuo de la calidad	A5.1	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. NOTA: Para descargar la guía de mejoramiento continuo de la calidad ingresar al siguiente link: **https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/gl3bpo7bAmolVzQ**	100%	Se capacitara a integrantes de los Equipos de Mejora Continua Conformados. Se aprovechará la herramienta MOODLE
			A5.2	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.**	100%	
	A6	Satisfacción del Usuario	A6.1	Aplicar la encuesta de satisfacción, evidenciar el formulario lleno en físico de la encuesta.	100%	En coordinación con Atención al Usuario
			A6.2	Evidenciar el envío de los registros de los datos levantados mediante una base de datos, mediante canales institucionales (zimbra, quipux).	100%	En coordinación con Atención al Usuario
			A6.3	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.	100%	En coordinación con Atención al Usuario
PORCENTAJE PROMEDIO DE AVANCES DE PROCESOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN						
	B1	Reglamento de los comités y equipos de mejoramiento de la calidad en los establecimientos del MSP	B1.1	Socializar el Reglamento para la creación, conformación y funcionamiento de los comités y equipos de mejoramiento de la calidad en los establecimientos del MSP. Evidenciar con informe y registro de asistencia el cumplimento de esta actividad. NOTA: Para descargar el Reglamento ingresar al siguiente link: **https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/dwhy3XK5jlU1wqV#pdfviewer**	100%	Se capacitara a integrantes de los Comités y Equipos de Mejora Continua Conformados
	B2	Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud	B2.1	Acta de conformación y actas de reunión.	100%	
			B2.2	Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100%	
			B2.3	Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, **por trimestre.**	100%	
	B3	Comité Técnico de Prevención y Control de las IAAS	B3.1	Acta de conformación y actas de reunión.	100%	
			B3.2	Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100%	
			B3.3	Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, **por semestre**	100%	
	B4	Comité Técnico de Seguridad del Paciente	B4.1	Acta de conformación y actas de reunión.	100%	
			B4.2	Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100%	
			B4.3	Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, **por semestre**	100%	
	B5	Comité Técnico de Auditoría para la Calidad de la Atención de Salud e Historia Clínica	B5.1	Acta de conformación y actas de reunión.	100%	
			B5.2	Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100%	
			B5.3	Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, **por semestre**	100%	
	B6	Comité Técnico de Farmacoterapia	B6.1	Acta de conformación y actas de reunión.	100%	
			B6.2	Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	100%	

COMPONENTE	CÓDIGO	PRODUCTO	SUB-CÓDIGO	ACTIVIDADES	PLANIFICADO 2018	OBSERVACIONES
		Farmacoterapia	B6.3	Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité, **por semestre**	100%	
	B7	Comisión Técnica de Farmacovigilancia	B7.1	Acta de conformación y actas de reunión.	100%	
			B7.2	El establecimiento de salud reporta reacciones adversas a los medicamentos (RAM) mediante las fichas amarrillas de ARCSA. Verificar las fichas amarrillas completas y una constancia de su envío a la ARCSA.	100%	
	B8	Equipos de Mejoramiento de la Calidad por Servicio/Área de trabajo.	B8.1	Acta de conformación de los equipos de mejoramiento de la calidad por servicio, proceso o área de trabajo.	100%	
			B8.2	Actas de reunión de los equipos de mejoramiento de la calidad por servicio, proceso o área de trabajo, que evidencie los ciclos de mejoramiento que se realiza. Nota: Esta actividad se relaciona con el código A5.2	100%	
	B9	Capacitaciones en temas relacionados con las actividades de los Comités y Equipos de Mejoramiento	B9.1	Elaborar el Plan de capacitaciones programadas en temas relacionados con las actividades de los Comités/EMC (Consensuado con la Dirección de Docencia e Investigación y Talento Humano en los hospitales que aplique) e informe de evaluación de conocimientos de los participantes. ***Las capacitaciones van dirigidas a los profesionales de la salud del área asistencial y administrativa***	100%	Se aplicará en lo posible la herramienta MOODLE
PORCENTAJE PROMEDIO DE AVANCES DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA CALIDAD						
SEGURIDAD DEL PACIENTE (Manual de Seguridad del Paciente-Usuario para el SNS - Acuerdo ministerial	C1	Prácticas Seguras según el Manual de Seguridad del Paciente/Usuario	C1.1	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. 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/E1QOfJ7wMLZjzcv**	100%	Se aplicará en lo posible la herramienta MOODLE
			C1.2	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. **ACLARACIÓN: El porcentaje que se registre en cada trimestre, corresponde a los protocolos elaborados. El 100% se registra cuando el establecimiento de salud tiene elaborados los 17 protocolos, si se tiene menos del total (17), se aplica una regla de 3 y se digita el porcentaje final del cálculo realizado. En la columna de observaciones se debe colocar los protocolos que faltan. Ejemplo: Si el establecimiento tiene elaborado 10 protocolos esto equivale al 59%**	100%	Se delegará en coordinación con la Dirección Asistencial la elaboración a los coordinadores técnicos que corresponda, en coordinación con la unidad de Calidad.
			C1.3	El personal conoce los protocolos elaborados por el establecimiento de salud de las 17 prácticas seguras del Manual de seguridad del Paciente- Usuario, identifica su rol en la práctica y lo ejecuta. Entrevista al personal de salud y observación directa.	100%	Los coordinadores técnicos capacitaran sobre los protocolos elaborados
			C1.4	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.	100%	
			C1.5	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.	100%	
			C1.6	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.	100%	

Plan de Calidad 2018 del Hospital General Docente de Calderón

COMPONENTE	CÓDIGO	PRODUCTO	SUB-CÓDIGO	ACTIVIDADES	PLANIFICADO 2018	OBSERVACIONES
00000115,publicado en el registro oficial 760 del 14 de noviembre de 2016)	C2	Programa de Seguridad del Paciente	C2.1	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%	
			C2.2	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.	100%	
	C3	Consentimiento Informado	C3.1	Socializar el Acuerdo Ministerial N.º 5316 "Modelo de Gestión de Aplicación de Consentimiento Informado en la práctica asistencial" al personal de salud del establecimiento. (listas de asistencia con firmas). NOTA: Para descargar el Acuerdo Ministerial de Consentimiento Informado, ingresar al siguiente link: **https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/z69rYre7NL9oOuS**	100%	
			C3.2	El establecimiento de salud cuenta con un proceso para la elaboración, validación y aprobación de los consentimientos informados. (Flujograma del proceso).	100%	Se aplicara el procedimiento de Control de Documentos el cual se encuentra aprobado. De ser necesario se elaborara la versión 2
			C3.3	El establecimiento de salud, cuenta con consentimientos informados para cada procedimiento médico (diagnósticos y/o terapéutico), según versión actualizada formulario 024.2016. Acuerdo Ministerial 5316. (Verificar físicamente los consentimientos informados a aplicarse).	100%	
			C3.4	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 esta firmado y sellado por el profesional de salud que realiza el procedimiento).	100%	
	C4	Evento o jornada académica sobre seguridad del paciente	C4.1	Realizar **hasta NOVIEMBRE del año 2018,** 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, vídeos, lista de asistencia, informe del evento. **ACLARACIÓN: El porcentaje de cumplimiento 100% se registrará únicamente en el IV trimestre, independientemente que esta actividad se haya realizado en trimestres anteriores.**	100%	
RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE						
C.SEGURIDAD DEL PACIENTE (Manual de Seguridad del Paciente-Usuario para el SNS - Acuerdo ministerial 00000115,publicado en el registro oficial 760 del 14 de		Indicadores del Manual de Seguridad del Paciente / Modelo de Gestión de la Información	Indicador N°1	**Resultado obtenido del indicador " ", de acuerdo al Modelo de Gestión de la Información. ACLARACIÓN: REGISTRAR EL RESULTADO DEL INDICADOR OBTENIDO DE LA RELACIÓN DEL NUMERADOR CON EL DENOMINADOR POR 100. En caso que el indicador "Pacientes sin brazalete de identificación" sea igual a cero (0) se debe registrar este dato obligatoriamente. NOTA: Para descargar el modelo de gestión y la ficha metodológica del indicador ingresar al siguiente link: https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/yV56Gz99bkA5F1p**	100%	Se lo reporta mensualmente a la coordinación zonal
			Indicador N°2	**Resultado obtenido del indicador "Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente" de acuerdo al Modelo de Gestión de la Información. ACLARACIÓN: REGISTRAR EL RESULTADO DEL INDICADOR OBTENIDO DE LA RELACIÓN DEL NUMERADOR CON EL DENOMINADOR POR 100. En caso que el indicador "Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente "sea igual a cero (0) se debe registrar este dato obligatoriamente. NOTA: Para descargar el modelo de gestión y la ficha metodológica del indicador ingresar al siguiente link: https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/yV56Gz99bkA5F1p**	100%	Se lo reporta mensualmente a la coordinación zonal

Plan de Calidad 2018 del Hospital General Docente de Calderón

COMPONENTE	CÓDIGO	PRODUCTO	SUB-CÓDIGO	ACTIVIDADES	PLANIFICADO 2018	OBSERVACIONES
del 14 de noviembre de 2016)			Indicador N°3	**Resultado obtenido del indicador "Lista de verificación de cirugía segura" de acuerdo al Modelo de Gestión de la Información.** **ACLARACIÓN: REGISTRAR EL RESULTADO DEL INDICADOR OBTENIDO DE LA RELACIÓN DEL NUMERADOR CON EL DENOMINADOR POR 100. En caso que el indicador "Lista de verificación de cirugía segura" sea igual a cero (0) se debe registrar este dato obligatoriamente.** **NOTA: Para descargar el modelo de gestión y la ficha metodológica del indicador ingresar al siguiente link:** **https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/yV56Gz99bkA5F1p**	100%	Se lo reporta mensualmente a la coordinación zonal

Elaborado por:	Aprobado por:
Ing. Jhonny Solis G. **Analista de Calidad**	Dr. Jorge Peñaherrera **Gerente Hospital General Docente de Calderón**