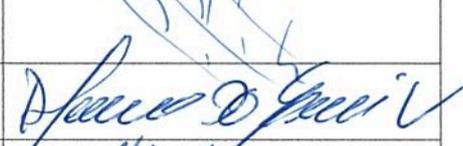
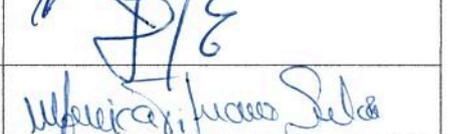
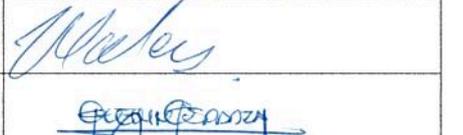
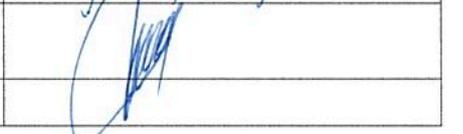
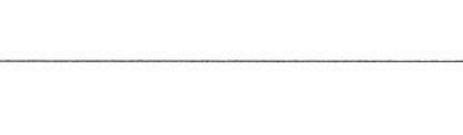




Ministerio
de **Salud Pública**

Hospital Docente de **CALDERÓN**

REGLAMENTO DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Elaborado por:	Lcda. Carla Ayala Reyes Analista de Calidad	
	Dr. Giovanni Gaón Rodríguez Analista de Calidad	
	Dr. Xavier Garzón Valdivieso Analista de Calidad	
	Ing. Jhonny Solís González Analista de Calidad	
	Dr. Romel Hilaire Infectólogo	
Revisado por:	Dr. Edison Ipiates Celin Calidad	
	Dra. Mónica Tituaña Sulca Asesoría Jurídica	
	Dra. Malena Ortiz Galarza Director Asistencial	
	Ing. Evelin Esparza Proaño Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión	
Aprobado por:	Dr. Andrés Sotomayor Paredes Gerente General	
Fecha:	2017-06-28	

CAPÍTULO I

OBJETO

El presente reglamento estructura y define el funcionamiento del Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital General Docente de Calderón; y determina las atribuciones, responsabilidades y funciones de sus integrantes.

El Comité está conformado por un equipo multidisciplinario, permanente, con representación asistencial y administrativa obligatoria, vinculados a la Gerencia del Hospital, creado con la objeto de emitir criterios y realizar acciones integradas que faciliten el cumplimiento de los planes, programas y proyectos para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente. Se constituye como una instancia asesora para la toma de decisiones en el Hospital.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones de este reglamento son de aplicación obligatoria para los servidores públicos, trabajadores, personal externalizado, estudiantes de postgrado, pregrado y estudiantes que realizan las prácticas de externado en carreras de salud en el Hospital General Docente de Calderón, el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente reglamento deberán adoptarse siempre que no contravengan disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias de mayor jerarquía.

CAPÍTULO II

GLOSARIO DE TÉRMINOS CIENTÍFICOS/ACADÉMICOS

En concordancia con el Acuerdo Ministerial 00000115, publicado en la edición especial Nro. 760, de fecha 14 de noviembre de 2016, se expidió el "Manual Seguridad del Paciente - Usuario", se incorporan a este instrumento el siguiente glosario de términos científico-académicos :

- **Acción de mejora:** de acuerdo a la OMS que define a la medida de mejora como la acción adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un evento.
- **Barrera de seguridad:** acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del cuasi evento o evento adverso. Factores atenuantes o de defensa.
- **Cuasi evento:** error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.
- **Cultura de seguridad:** producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión.
- **Complicación:** daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- **Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de ella.

- **Error:** acto de comisión u omisión que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla.
- **Error por comisión:** error que se produce como consecuencia de una acción. Es un error por acción.
- **Error por omisión:** error que se produce como consecuencia de no haber tomado una medida.
- **Evento relacionado con la seguridad del paciente:** todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o entraña riesgo de daño.
- **Evento adverso:** evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.
- **Evento adverso evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada **con error**, no por la patología de base. Es un evento adverso prevenible.
- **Evento adverso no evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada **sin error**, no por la patología de base. Se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Es un evento adverso no prevenible.
- **Evento centinela:** todo evento adverso que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.
- **Factores contributivos:** todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente, predisponiendo a una acción insegura (falla activa).
- **Factores humanos:** estudio de las interrelaciones entre los seres humanos, los instrumentos, equipos y métodos que utilizan, y los entornos en los que viven y trabajan.
- **Fallos del sistema:** defecto, interrupción o disfunción de los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.
- **Fallas latentes:** error que es precipitado por una consecuencia de procesos de gestión y organización y representa el máximo peligro para los sistemas complejos. Los fallos latentes no se pueden prever, pero si se detectan pueden corregirse antes de que contribuyan a causar percances.
- **Fallas activas:** conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. Son acciones inseguras.
- **Resiliencia:** proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo y sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas.
- **Reacción adversa:** daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

Ba

CAPÍTULO III

CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ

El Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud, del Hospital General Docente de Calderón, está integrado de la siguiente manera:

- a) Gerente, como máxima autoridad del Hospital, presidirá el Comité, cargo que será indelegable
- b) Un analista de la Unidad de Calidad del Hospital, quien actuará como Secretario
- c) Como vocales actuarán los siguientes profesionales de la salud y servidores administrativos del Hospital:

- Director Asistencial
- Director Administrativo Financiero
- Subdirector de Especialidades Clínicas/Quirúrgicas
- Subdirector de Cuidados de Enfermería
- Subdirector de Farmacia, Insumos, Dispositivos Médicos y Reactivos
- Secretarios de los Comités Técnicos de la Calidad del Hospital
- Analista de Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión
- Analista de Atención al Usuario
- Especialista de Admisiones
- Analista de Talento Humano
- Epidemiólogo de Vigilancia Hospitalaria
- Analista de Comunicación Social
- Especialista de Docencia e Investigación
- Representante de Apoyo Diagnóstico (laboratorio/Imagen)

El Comité tendrá la facultad de invitar a otros profesionales, internos o externos al Hospital, según el tema a tratar, quienes participarán con su criterio técnico, únicamente con voz y sin voto.

CAPÍTULO IV

FUNCIONES DEL COMITÉ

Son funciones del Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital General Docente de Calderón, las siguientes:

- a) Analizar la información proporcionada por la Unidad de Calidad y de Atención al Usuario, relacionada con la calidad técnica y la calidad percibida por los usuarios, respectivamente, a fin de emitir acciones preventivas y correctivas para la mejora de la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes.
- b) Emitir criterios para la aprobación o modificación del Plan de Calidad del Hospital.
- c) Integrar las acciones técnicas y administrativas que lleven a alcanzar los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

43

- d) Facilitar la implementación de las estrategias para obtener el licenciamiento, certificación y/o acreditación del Hospital y realizar el seguimiento a las recomendaciones derivadas de los procesos de auditoría interna o externa.
- e) Vincular al Hospital, los proyectos y recomendaciones en materia de calidad y seguridad del paciente, de conformidad con las políticas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- f) Reconocer las buenas prácticas profesionales y logros del Hospital, sus servicios de salud y/o equipos de mejoramiento, en materia de calidad y seguridad del paciente.
- g) Evaluar el cumplimiento del Plan de Calidad del Hospital y de los planes de trabajo de los diferentes Comités Técnicos de la Calidad del Hospital.
- h) Atender todas aquellas recomendaciones derivadas de los procesos de auditoría interna, externa y otros que se formulen al Hospital y que se refieran a deficiencias en la atención de calidad, trato digno y seguridad del paciente.
- i) Elaborar, hasta diciembre de cada año, un informe que reúna los logros alcanzados en el cumplimiento de los objetivos trazados en el Plan de Calidad del año en curso, para su socialización al usuario interno y externo.

Plan de Calidad: La Unidad de Calidad del Hospital será la responsable de la elaboración y/o modificación del Plan de Calidad del Hospital, con la colaboración de un equipo multidisciplinario de profesionales del Hospital. Considerará en su elaboración y/o modificación los resultados de las diferentes evaluaciones y criterios emitidos por el Comité de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud y los Comités Técnicos de la Calidad, en lo que corresponda.

La Unidad de Calidad realizará los informes de seguimiento a la ejecución y cumplimiento del Plan de Calidad del Hospital y planes de trabajo de los Comités Técnicos, mismos que serán presentados al Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud para su evaluación.

Informes: El Gerente/Presidente del Comité, es el responsable de entregar a la Coordinación Zonal-SALUD 9, el informe de gestión del Comité, en formato digital, cada tres (3) meses.

CAPÍTULO V

DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ

Todos los miembros del Comité que con este instrumento se crean cumplirán, además de las funciones específicas inherentes al Comité, las siguientes funciones:

- a) Asistir cumplida y puntualmente a las reuniones convocadas.
- b) Actualizar sus conocimientos, mediante cursos presenciales o virtuales, en base a la mejor evidencia científica disponible.
- c) Presentar una declaración de confidencialidad respecto a la información tratada en el Comité.



Presidente.- Son funciones del Presidente del Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud, las siguientes:

- a) Cumplir y hacer cumplir las normas y lineamientos que regulan el funcionamiento del Comité, según el presente Reglamento.
- b) Convocar, presidir, dirigir y coordinar las sesiones del Comité.
- c) Promover y vigilar el cumplimiento de las acciones acordadas en las reuniones del Comité, respetando siempre los plazos otorgados para el efecto.
- d) Someter los acuerdos a la consideración y aprobación de los miembros del Comité y emitir voto dirimente.
- e) Fomentar un adecuado relacionamiento con otros Comités para articular acciones conjuntas.
- f) Disponer por escrito a los miembros del Comité, el cargo a desempeñar; igualmente se procederá en caso de sustitución temporal o definitiva de alguno de sus miembros.
- g) Suscribir conjuntamente con el Secretario Técnico las actas de las reuniones y el informe de avances al plan de trabajo del Comité.
- h) Entregar a la Coordinación Zonal-SALUD 9, el informe de gestión del Comité, en formato digital, cada tres (3) meses.
- i) Realizar todas aquellas actividades inherentes a su cargo y las demás que sean necesarias para el correcto funcionamiento del Comité.

Secretario: deberá cumplir con las siguientes funciones:

- a) Comunicar por escrito a los miembros del Comité el cargo a desempeñar; igualmente, en caso de sustitución temporal o definitiva de alguno de sus miembros.
- b) Informar al Gerente del Hospital, mediante comunicación escrita, previo aviso y exposición en el propio Comité, las ausencias injustificadas e impuntualidades reincidentes de sus miembros.
- c) Verificar que los miembros del Comité presenten la declaración de confidencialidad.
- d) Enviar la convocatoria a reunión del Comité a los miembros, por lo menos con tres (3) días término de anticipación para reuniones ordinarias, y con al menos un (1) día término de anticipación para reuniones extraordinarias. En uno u otro caso se deberá señalar día, fecha, hora y lugar en el que se desarrollará la reunión, adjuntando además el respectivo orden del día.
- e) Verificar que exista el quórum para dar inicio a la reunión.
- f) Elaborar el acta de cada una de las reuniones y suscribirla conjuntamente con el Presidente del Comité.
- g) Elaborar el informe de gestión del Comité, en formato digital, cada tres (3) meses.
- h) Conservar el archivo de actas, informes y demás documentación objeto de supervisión que se genere en las reuniones.
- i) Actuar en las reuniones sin voto y con voz informativa.
- j) Realizar todas las actividades inherentes a su cargo y las demás que sean necesarias para el correcto funcionamiento del Comité.



Vocales: El Comité, cuenta con vocales, que cumplirán con las siguientes funciones:

- a) Participar activamente con voz y voto y registrar su asistencia a la reunión.
- b) Ser gestores de calidad en sus respectivas áreas de trabajo.
- c) Presentar a los demás miembros del Comité para su discusión, los casos y problemas derivados del incumplimiento de estándares de calidad, proponiendo las herramientas necesarias para su análisis y solución, con un enfoque de mejoramiento continuo de la calidad.
- d) Participar activamente en la difusión y promoción de las acciones de mejora dentro o fuera del hospital y entre servicios o áreas de trabajo, conforme a las estrategias que establezca el propio Comité.
- e) Realizar todas aquellas actividades inherentes a su cargo y las demás que sean necesarias para el correcto funcionamiento del Comité.

Invitados: Su contribución consiste en aclarar aspectos técnicos o administrativos, aportando con documentos e informes que fundamenten sus sugerencias. Los invitados podrán ser parte del Hospital o personal externo, quienes estarán sujetos a los mecanismos operativos del Comité. Los invitados podrán participar activamente con voz pero sin voto.

CAPÍTULO VI

FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ

QUORUM

El quórum se conformará con la asistencia de la mitad más uno de los miembros con derecho a voto, entre los cuales deberá estar presente el Presidente o su delegado, quien tendrá voto dirimente y el Secretario Técnico. En caso de no contar con el quórum requerido, la reunión no se llevará a cabo, debiendo realizarse dicha reunión máximo dentro de los siguientes cinco (5) días calendario.

PLAN DE TRABAJO

El Comité, para su funcionamiento, deberá elaborar un plan de trabajo anual de actividades, alineado a los planes, programas y proyectos de calidad establecidos con su respectivo calendario de reuniones, que será entregado al Gerente, para su aprobación; y, a la Unidad de Calidad del Hospital General Docente de Calderón, para el respectivo seguimiento. El plan de trabajo se elaborará en la primera reunión anual del Comité.

CALENDARIO DE REUNIONES

El calendario de reuniones del Comité, se elaborará en la primera reunión de cada año. Solo podrán cancelarse las reuniones cuando ocurra un caso fortuito o de fuerza mayor, situaciones en las que el Secretario Técnico deberá dar aviso oportunamente de la cancelación a los miembros del Comité.

936

SESIONES

El Comité se reunirán en sesiones ordinarias y extraordinarias:

- ✓ **Sesiones Ordinarias:** Se reunirán ordinariamente cada tres meses conforme al cronograma aprobado. En dichas reuniones se abordarán los temas determinados en el orden del día que se adjuntará a la convocatoria.
- ✓ **Sesiones Extraordinarias:** Podrán reunirse extraordinariamente por disposición del Presidente del Comité, por solicitud escrita dirigida al Presidente del Comité por cualquiera de sus miembros, o por imposibilidad de instalar la sesión ordinaria. Y se tratará asuntos puntuales considerados emergentes o impostergables.

CONVOCATORIAS

El Secretario del Comité, previo al cumplimiento de las formalidades establecidas en el presente reglamento y por disposición expresa del Presidente, convocará a las reuniones ordinarias o extraordinarias. Todas las reuniones, tanto ordinarias como extraordinarias, se realizarán mediante convocatoria por escrito, en la que se señalará día, fecha, hora, lugar y duración de la reunión; se adjuntará el orden del día y los documentos necesarios acordes a la agenda a tratar, podrán enviarse a través de memorando (quipux) o por correo electrónico institucional (zimbra).

La convocatoria a reuniones ordinarias deberá realizarse con una antelación de al menos tres días y de un día para las reuniones extraordinarias. Las convocatorias a reuniones ordinarias estarán sujetas a un cronograma aprobado por el Comité, y serán programadas para un año.

ORDEN DEL DÍA

Las sesiones del Comité, se llevarán a cabo tomando en cuenta las siguientes directrices:

- a) Constatación del quórum presente, por parte del Secretario.
- b) Instalación de la reunión por parte del Presidente.
- c) Lectura del orden del día a cargo del Secretario, y aprobación de los miembros del Comité.
- d) Lectura del acta de la reunión anterior, a cargo del Secretario, y aprobación por parte de los miembros del Comité.
- e) Tratamiento, análisis y resolución de los temas definidos en el orden del día, con la participación y propuestas de todos los miembros del Comité.
- f) Las propuestas serán puestas a consideración del pleno, y de ser necesario se tomará votación para la aprobación o no de los temas analizados. La aprobación se dará por mayoría simple.
- g) Asuntos varios propuestos por los miembros del Comité, en sesiones ordinarias.
- h) Conclusión de la reunión.

ACTAS DE LAS SESIONES

Por cada reunión del Comité se levantará un acta que será firmada por el Presidente y el Secretario Técnico, debiendo contener como mínimo la siguiente información:

- Lugar, fecha, hora de inicio y término de la reunión;



- Lista de asistencia: nombre, cargo, firma, teléfono celular y correo electrónico;
- Desarrollo del orden del día;
- Generalidades de la reunión: resumen de los debates, conclusiones y decisiones tomadas;
- Compromisos y acciones con fecha de cumplimiento y responsables de su ejecución.

COMPROMISOS

Los compromisos y acciones acordadas en cada reunión por los miembros del Comité estarán sujetos a las disposiciones que se detallan a continuación:

- a) Serán ratificados/as por los miembros al final de cada reunión.
- b) Serán socializados por escrito a los responsables de su ejecución, hasta cuarenta y ocho (48) horas después de celebrada la reunión.
- c) Los compromisos y acciones pendientes de las reuniones anteriores deberán analizarse individualmente en riguroso orden cronológico, exponiendo los motivos del incumplimiento y señalando una nueva fecha para su realización.

AUSENCIAS Y SUPLENCIAS

En caso de impedimento para asistir a una sesión por parte de los miembros del Comité, justificarán su ausencia por escrito al Presidente, pudiendo delegar por escrito a un suplente que lo represente con voz y voto, por esta ocasión.

INVITADOS A LAS SESIONES

Previa autorización del Presidente del Comité, podrán ser invitados a participar de las reuniones profesionales que no sean miembros, siempre que su presencia sea relevante en relación a los temas a tratar en el orden del día.

CAPITULO VII

DEL INCUMPLIMIENTO

El Comité, enviará al Gerente para su conocimiento y trámite con la Unidad de Talento Humano, el informe del incumplimiento de las funciones encomendadas a sus integrantes; para que Talento Humano proceda conforme a la normativa legal vigente.

DISPOSICIONES

Disposición Final: La presente resolución entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.



LEYES Y REGLAMENTACIÓN

- Constitución del Ecuador, artículo 363, numeral 2, que señala como responsabilidad del Estado *“Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura”*
- Ley Orgánica de Salud, artículo 7, dispone entre los derechos de las personas en relación a la salud: *“a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; (...)”*
- Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 4520, publicado en el Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, preceptúa como misión de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos
- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 00001537, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 339 de 25 de septiembre de 2012
- Manual Seguridad del Paciente – Usuario, expedido mediante Acuerdo Ministerial 00000115, publicado en el Registro Oficial, edición especial Nro. 760, de 14 de noviembre de 2016
- Reglamento para la creación, conformación y funcionamiento de los Comités y Equipos de Mejoramiento de la Calidad, en los establecimientos de salud, del Ministerio de Salud Pública, expedido mediante Acuerdo Ministerial 0072-2017, publicado en el Registro Oficial Nro. 18 de 20 de junio de 2017.

CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Descripción del cambio	Sección que cambia	Versión
2017-06-28	Versión inicial	N/A	001

