



EL NUEVO  
**ECUADOR**

Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova

# Plan de Calidad

Hospital General Dr. Napoleón Dávila  
Córdova de Chone, correspondiente al año  
2024





## 1. ANTECEDENTE

El presente documento hace referencia a la elaboración del Plan de Gestión de la Calidad y a las funciones que el personal administrativo y operativo de los hospitales, mismas que deben realizar en el marco del cumplimiento a la gestión de la calidad con enfoque en el mejoramiento continuo, para el desarrollo del documento hacemos referencia a las siguientes normativas:

### **El Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.**

Acuerdo Ministerial 0000 4520 Registro Oficial Edición Especial 118 de 31-mar.-2014

**Art. 15.- Dirección Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios:** tiene como misión: Misión: 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.

Atribuciones y responsabilidades: *p. Disponer el análisis sistemático de la situación de calidad de los servicios de salud en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública;*

### **El Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales.**

Acuerdo Ministerial 1537 Registro Oficial Edición Especial 339 de 25-sep.-2012

**2.4. Unidad de Calidad:** Tiene como misión: Velar por la implementación y el cumplimiento del sistema integral de gestión de calidad y de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos por el hospital para satisfacer las necesidades de la demanda y la interacción con otros sistemas en su contexto.

Productos y Servicios: *a. Plan anual de Calidad en función de los resultados de las diferentes evaluaciones y criterios emitidos por el Comité de Gestión de Calidad; b. Indicadores de calidad y mejoramiento continuo de la gestión; c. Informes de análisis de prioridades y planificación, evaluación y gestión de los diferentes programas y acciones de mejora incluidos en el Plan de Calidad; d. Informes de seguimiento a la ejecución y cumplimiento del Plan de calidad del Hospital; e. Insumos para la difusión de trabajos de salud elaborados por el personal del propio hospital, referentes al Plan de Calidad, en coordinación con la unidad de comunicación; s. Mapas de indicadores y otras herramientas que sean relevantes para el Hospital y que contribuyan a la evaluación de indicadores clínicos del Plan de Calidad, en función de los criterios que defina el Comité de Gestión de Calidad;*

### **El acuerdo ministerial 0031-2021.**





Manual de Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud 2021, hace referencia a los numerales:

**9.1** Planificación de la calidad. - *Cada unidad desconcentrada territorial y establecimiento de salud debe disponer de su planificación estratégica institucional. Una parte fundamental de esta, es el plan anual de calidad, con sus objetivos específicos y líneas de acción correspondientes.*

**9.1.3** Formulación del plan de calidad. - Para la unidad desconcentrada territorial (oficina técnica, distrito, zona) y establecimientos de salud, comprende el trabajo de todo el personal y debe constar con 12 pasos estratégicos.

**9.2.5** Gestión de calidad en hospitales básicos, generales, de especialidades y especializados:  
a) *Diseño, implementación, monitoreo y evaluación del plan anual de calidad del establecimiento, como parte del plan estratégico institucional.*

#### **El acuerdo ministerial 0072-2017**

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, establece en:

**Art. 16** Funciones de los Equipos de Mejoramiento de la Calidad de los establecimientos de todos los niveles de atención: 2) *Detectar problemas, identificar fallas de calidad, analizar y diagnosticar las causas de los procesos a mejorar o aquellas priorizadas por el establecimiento de salud, que afecten al cumplimiento de los planes, programas y proyectos del establecimiento.*

**Art. 26** Funciones de los Comités Hospitalarios de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud de establecimientos de 2do y 3er nivel de atención: b) *Emitir criterios para la aprobación o modificación del Plan de Calidad del establecimiento de salud. Evaluar el cumplimiento del Plan de Calidad del hospital y de los planes de trabajo de los diferentes comités Técnicos de la Calidad Hospitalarios existentes en el establecimiento de salud.*

**Art. 27** Plan de Calidad. - La Unidad de Calidad del Hospital será la responsable de la elaboración y/o modificación del Plan de Calidad del establecimiento de salud, con la colaboración de un equipo multidisciplinario de profesionales de dicho establecimiento. Considerará en su elaboración y/o modificación, los resultados de las diferentes evaluaciones y criterios emitidos por el Comité Hospitalario 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.

## 2. MISIÓN

Prestar servicios de salud con calidad en el ámbito de la asistencia a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de recuperación y rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el Trabajo en red, en el marco de la justicia y la equidad social.

## 3. VISIÓN

Ser reconocidos por la ciudadanía como establecimiento de salud accesible, que presta atención de calidad, que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

## 4. ALCANCE

Este plan se aplicará en todos los servicios del Hospital y procesos de la institución, está dirigido a todo el personal administrativo y operativo del establecimiento de salud.

## 5. OBJETIVO

Cumplir con la planificación del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova, a través de la conducción de programas, estrategias, indicadores y productos definidos para el año 2024, para gestionar la calidad de atención de los servicios de salud con énfasis en seguridad y satisfacción del paciente-usuario, con la finalidad de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

## 6. RESPONSABILIDADES

### *DE LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD*

- a) Medir (autoevaluar) el cumplimiento de los estándares de calidad de los procesos de atención al paciente/usuario.
- b) Detectar problemas, identificar fallas de calidad, analizar y diagnosticar las causas de los procesos a mejorar o aquellas priorizadas por el establecimiento de salud, que afecten al cumplimiento de los planes, programas y proyectos del establecimiento.
- c) Diseñar y ejecutar los ciclos rápidos de mejoramiento ante las brechas de calidad





identificadas en las auditorías internas o externas, en razón de eventos adversos y centinela, y otras que la autoridad solicite.

- d) Evaluar el impacto de los ciclos rápidos de mejoramiento y reportar los resultados obtenidos.
- e) Monitorear el desempeño de los indicadores de calidad del servicio o área al que pertenece el Equipo.
- f) Favorecer la capacitación en materia de calidad de los profesionales de la salud, trabajadores y servidores de la salud de su área o unidad de trabajo.

#### *DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD*

- a) Analizar la información proporcionada por las Unidades 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 establecimiento de salud.
- c) Integrar las acciones técnicas y administrativas que lleven a alcanzar los estándares de calidad establecidos en la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- d) Facilitar la implementación de las estrategias para obtener el licenciamiento, certificación y/o acreditación del establecimiento de salud y realizar el seguimiento a las recomendaciones derivadas de los procesos de auditoría interna o externa.
- e) Vincular al establecimiento de salud 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 establecimiento, 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 Calidad Hospitalarios existentes en el establecimiento de salud.
- h) Atender todas aquellas recomendaciones derivadas de los procesos de auditoría interna, externa y otros que se formulen al establecimiento de salud y que se refieren 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.

*DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*

- a) Evaluar y vigilar el cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente alineado a las normas, políticas y otros documentos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y/o entidades adscritas y al Plan de Calidad del establecimiento de salud y definir las estrategias para su cumplimiento.
- b) Emitir criterios para la aprobación y/o modificación del Programa de Seguridad del Paciente del establecimiento de salud.
- c) Verificar la implementación de las normas técnicas, protocolos, guías, manuales, instructivos y otros instrumentos relacionados con la seguridad del paciente, emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional o entidades adscritas, según corresponda.
- d) Promover en el establecimiento de salud la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de eventos relacionados con la atención de salud, orientados al aprendizaje y resolución de problemas a nivel local.
- e) Fomentar el desarrollo de estrategias para mejorar e incentivar la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, como parte de la cultura organizacional del propio establecimiento de salud.
- f) Promover la protección de los profesionales de la salud, servidores y trabajadores de la salud, que participen en la notificación de acciones disciplinarias o legales.
- g) Promover diferentes métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad del paciente (análisis de quejas y sugerencias, rondas de seguridad, revisión de historias clínicas, estudios epidemiológicos, etc.)
- h) Desarrollar acciones específicas para promover la gestión respecto al evento adverso, evento centinela y al riesgo, que incluyan la adopción de una actitud proactiva y el uso de una metodología que permita identificar problemas, analizar sus causas y tomar acciones que prevengan o disminuyan su repetición, de aplicación en todos los servicios relacionados con el cuidado de los pacientes.
- i) Fomentar la participación de los pacientes y su familia en el cuidado de su salud, en el marco de la seguridad del paciente.
- j) Evaluar el resultado de los indicadores relacionados con la seguridad del paciente y emitir criterios técnicos que permitan alcanzar los estándares definidos, tanto





institucionalmente, como aquellos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

- k) Proponer y promover programas de formación y capacitación en seguridad del paciente, dirigidos a los profesionales de la salud, servidores y trabajadores de la salud, en coordinación con la Unidad de Talento Humano, Docencia e investigación y otros que el Comité defina.
- l) Proponer y promover obligatoriamente líneas de investigación en seguridad del paciente, en todos los hospitales del Ministerio de Salud Pública y prioritariamente, en aquellos hospitales acreditados para docencia e investigación.
- m) Validar los contenidos de comunicación y mecanismos de difusión interna y/o externa en materia de seguridad del paciente.
- n) Coordinar las actividades de las Comisiones Técnicas que se crean.

*DE LOS COMITÉS TÉCNICOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD*

- a) Analizar los resultados de las tasas de incidencia relacionadas con bacteriemias asociadas a catéter, neumonías asociadas a ventilador, infecciones en sitio quirúrgico, infecciones en vías urinarias asociadas a catéter urinario permanente y desarrollar acciones para su prevención y control.
- b) Identificar los factores de riesgo que pueden incrementar la aparición de infecciones asociadas a la atención de salud en áreas de riesgo.
- c) Emitir criterios técnicos relacionados con la adquisición de productos e insumos destinados a la higiene hospitalaria y la indicación de su uso.
- d) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, protocolos, guías, manuales e instructivos y otros instrumentos relacionados con la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud - IASS y promover estrategias para su aplicación.
- e) Identificar los casos que presenten una infección asociada a la atención en salud, realizando un estudio de los agentes causales para la administración de un tratamiento pertinente y oportuno.
- f) Emitir criterios técnicos frente a la remodelación y construcción de infraestructura sanitaria para mitigar los riesgos relacionados con las infecciones asociadas a la atención de salud.
- g) Evaluar el cumplimiento de los esquemas terapéuticos relacionados con el uso





racional de antibióticos en el establecimiento de salud y uso seguro de dispositivos médicos especiales, asociados al cuidado de la salud.

- h) Identificar los microorganismos más frecuentes por áreas y patrón de resistencia, por salas y/o factores de riesgo, para el análisis del Comité y toma de decisiones oportunas e inmediatas.
- i) Identificar situaciones de endemias, brotes y epidemias para proponer los mecanismos de prevención y control.
- j) Proponer e implementar en coordinación con la Unidad Administrativa de Talento Humano del establecimiento, programas de educación continua con el propósito de capacitar a los profesionales de la salud, servidores y trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y comunidad en general en materia de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud
- k) IAA S, en coordinación con la Unidad de Talento Humano, Comunicación, Atención al Usuario, Docencia e Investigación y otras que defina el Comité.
- l) Coordinar las actividades de las Comisiones Técnicas creadas.

#### *DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE FARMACOTERAPIA*

- a) Elaborar y revisar periódicamente la lista de dispositivos médicos, así como de los medicamentos que constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente y otros autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional, de acuerdo a la cartera de servicios del establecimiento de salud, nivel de complejidad, perfil epidemiológico y consumos históricos.
- b) Evaluar y tomar acciones relacionadas con las notificaciones de reacciones adversas, interacciones, errores en la utilización del medicamento y demás problemas relacionados con medicamentos; así como los eventos e incidentes adversos con IOS dispositivos médicos.
- c) Participar en el proceso de estimación de necesidades y programación de medicamentos y dispositivos médicos del establecimiento de salud, en base a la planificación presupuestaria anual, además de la cartera de servicios, nivel de complejidad, perfil epidemiológico, protocolos terapéuticos, guías de práctica clínica nacionales o de referencia internacional.
- d) Coordinar la elaboración y evaluación de las solicitudes para la inclusión de medicamentos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos; basada en evidencia







- científica y con criterios de eficacia, seguridad, calidad, conveniencia y costo/efectividad.
- e) Coordinar la elaboración y evaluación de las solicitudes de autorización para la adquisición de medicamentos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente, por parte del establecimiento de salud, conforme al *“Instructivo para autorizar la adquisición de medicamentos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos”* vigente, o al instrumento que lo sustituya.
  - f) Asesorar en el proceso de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, facilitando las fichas técnicas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional, con criterios de priorización, de acuerdo al presupuesto disponible y alineado al Plan Estratégico Institucional.
  - g) Promover y desarrollar estudios de consumo y utilización de medicamentos y dispositivos médicos, empleando sus resultados como instrumento para el desarrollo de sus actividades, en coordinación con la Unidad de Docencia e Investigación del establecimiento de salud.
  - h) Organizar y promover estrategias para el uso racional de medicamentos y el uso adecuado de los dispositivos médicos, dirigidas a los profesionales de la salud y personal de salud en general, así como a los usuarios y a la comunidad.
  - i) Revisar los protocolos terapéuticos y, a falta de éstos, formular esquemas terapéuticos, basados en la mejor evidencia científica disponible, en los que consten los medicamentos del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y aquellos que no consten en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básico (CN MB) autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional.
  - j) Formular estrategias para la aplicación de las buenas prácticas nacionales o de referencia internacional, en relación con la prescripción y dispensación de medicamentos.
  - k) Fomentar actividades de formación continua en atención farmacéutica, farmacoterapia, farmacovigilancia y tecnovigilancia, dirigidas a los profesionales de la salud, servidores y trabajadores de la salud del establecimiento, en coordinación con la Unidad de Docencia e Investigación y otras instancias que el Comité defina.
  - l) Supervisar las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia a través de su Comisión Técnica, según los lineamientos emitidos por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria — ARCSA, o quien ejerza sus competencias





*DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD E HISTORIA CLÍNICA*

- a) Evaluar y vigilar el cumplimiento del Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud (PACAS), que contemple las auditorías programadas aplicadas a los procesos de atención en salud priorizados por el establecimiento de salud, por la Coordinación Zonal, por la Dirección Distrital y/o por el nivel central del Ministerio de Salud Pública.
- b) Validar las herramientas técnicas a aplicarse en las auditorías de calidad de la atención de salud.
- c) Analizar los resultados de las auditorías de la calidad de la historia clínica y de las auditorías de la calidad de la atención de salud y emitir recomendaciones al respecto.
- d) Vigilar el cumplimiento de la aplicación de las normas, protocolos y guías de práctica clínica u otros instrumentos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, dentro del establecimiento de salud al que pertenece el Comité.
- e) Evaluar el cumplimiento de los planes de acción de los casos auditados a efecto de realizar las respectivas recomendaciones y/o réplicas en los servicios del establecimiento de salud.
- f) Supervisar el cumplimiento de las normas nacionales vigentes sobre el uso y manejo de la historia clínica, dentro del establecimiento de salud.
- g) Recomendar la modificación o ratificación de las normas internas que rigen la atención clínico- quirúrgica en los servicios del hospital, en coordinación con la Unidad de Docencia e Investigación, o la instancia que cumpla esta función.
- h) Fomentar actividades de educación y formación continua en gestión integral de la calidad y auditoría de la atención de salud, dirigida a los profesionales de la salud, servidores y trabajadores de la salud, en coordinación con la Unidad de Calidad y con la Unidad de Docencia e Investigación del establecimiento de salud.
- i) Vigilar a las Comisiones Técnicas creadas por necesidad, para las diferentes auditorías requeridas por el establecimiento de salud.

*DE LA UNIDAD DE CALIDAD*





- a) Conformar equipos para la ejecución de las auditorías de la calidad de la atención en salud en casos centinela producidos en el establecimiento de salud y los casos solicitados por la autoridad.
- b) Remitir el informe al Comité de Auditoría y a la autoridad que lo haya requerido.

## 7. DISEÑO Y DESARROLLO (Formulación del Plan de Calidad)

### 7.1 Análisis de problemas o diagnóstico situacional

El Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone, establecimiento de servicios de salud clasificado como de segundo nivel de atención dentro del Sistema del Ministerio de Salud Pública, destinado a brindar atención especializada; de recuperación y rehabilitación a los usuarios/as de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas. La atención está dirigida a usuarios/as con patologías agudas y crónicas a toda la población del país, en particular de la Zona 4, a través de la referencia y contra referencia. Desarrolla actividades de Docencia las especialidades que son: Gineco-Obstétrica, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía. Cuenta con personal médico profesional y experimentado, así como personal administrativo, trabajadores y técnicos con experiencia.

En la actualidad el Hospital se encuentra funcionando en nuevas y modernas instalaciones ubicado en la Avenida Amazonas y calle Manuel de Jesús Álvarez, con servicios como Hemodiálisis (16 puestos) y Diálisis Peritoneal (2 puestos), además de las 120 camas hospitalarias (5 aislados), 8 camas en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 12 camas en Neonatología, 18 consultorios, 12 camas de observación para emergencia, 2 consultorios de emergencia (Ginecología y control de maternidad, Pediatría), 3 quirófanos de cirugía y 2 quirófanos de Ginecología, además de 2 salas de expulsión (sala de Parto) y 10 camas post-operatorias de recuperación, laboratorio central, área administrativa.

El Servicio de rehabilitación física y Audiología funciona en la parte externa del Hospital.

El Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone presta sus servicios distribuidos en las siguientes áreas:

#### **HOSPITALIZACIÓN**

Área de Gineco-Obstetricia, Bloque D, 37 CAMAS (2 Cuartos Aislamiento)

Área de Pediatría, Bloque F, 16 CAMAS (1 Cuarto Aislamiento, 1 Cuarto de Juegos, 1 Aula Pediátrica)

Área de Medicina Interna, Bloque B, 31 CAMAS (1 Cuarto Aislamiento)





Área de Cirugía, Bloque C, 36 CAMAS (1 Cuarto Aislamiento)

Área de Neonatología, Bloque E, 12 CAMAS (4 Camas Cuidados Críticos, 4 Camas Cuidados Intermedios, 3 Camas Cuidados Básicos, 1 Cama Aislamiento, 1 Banco de Leche, 1 Lactario)

**EMERGENCIA**

Triaje clínico

Consultorio de procedimientos

Consultorio clínico (Pediátricas y Ginecológicas)

Box amarillo

Box rojo

Sala de UCIM

Box obstétrico

Servicio de ambulancia

Emergencias Pediátrica, Ginecológica, Quirúrgicas y Clínicas

**CONSULTA EXTERNA**

**Presenciales:**

Medicina Interna

Neurología

Geriatría

Pediatría

Ginecología

Cirugía

Neumología

Cardiología

Gastroenterología

Reumatología

Dermatología

Anestesiología

Endocrinología

Cardiopediatria

Cuidados Intensivos

Neonatología

Fisiatría

Medicina Ocupacional

Traumatología

Nefrología

Otorrinolaringología

Diabetología





Psiquiatría

**OTROS SERVICIOS**

Sala De Primera Acogida

Psicología Clínica

Nutrición

Odontología (Endodoncia, Rehabilitación Oral, Cirugía Bucal y Odontopediatría)

Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis

**LABORATORIO CLINICO 24 horas**

Hematológicos

Bacteriológicos

Química Sanguínea

Inmunología / Hormonas

COVID / Hisopado / Almacenamiento

Materias Fecales

Orina

Otros Exámenes

Medicina Transfusional

Banco de Sangre

**IMAGENOLÓGÍA 24 horas**

Radiografías

Tomografías

Mamografías

Ortopantografías

Ecografías

**REHABILITACIÓN FÍSICA Y TERAPÉUTICA**

Masoterapia

Compresas Químicas Calientes

Compresas Químicas Frías

Ejercicios Dirigidos

Nebulizaciones

Percusiones

Kinesioterapia Respiratoria

**APOYO TERAPEUTICO (FARMACIA 24 HORAS)**





Dispensación interna de Medicamentos  
Dispensación externa de Medicamentos

#### 7.1.1. Gestión de la Calidad en la Atención en Salud

El programa de gestión de la calidad de la atención en salud basado en la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario se aplica en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone, en la Matriz Consolidada Zonal de Reporte de Avances de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud con monitoreo de gestión trimestral de indicadores, en el que se evalúan 3 componentes: a) Procesos de Gestión de Calidad de la Atención en Salud; b) Estructura Organizacional para la Gestión de la Calidad; y c) Seguridad del Paciente.

#### 7.1.2 Programa de Seguridad del Paciente

El programa de Seguridad del Paciente, Acuerdo Ministerial 0000115, actualmente se encuentra en funcionamiento y vigente.

El Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone alcanzan los niveles óptimos en los indicadores definidos en el modelo de Gestión de Información de los Indicadores de Seguridad del Paciente. (% Pacientes atendidos en emergencia y hospitalización, que portan un brazalete de identificación sin error o dato faltante en su identificación; % de Eventos notificados que generaron acciones correctivas, preventivas o mejoras iniciales; % Cirugías en las que se aplican la Lista de Verificación de Cirugía Segura), en el año 2023 se logró un porcentaje del 99% de cumplimiento en dichos indicadores.

#### 7.1.3 Encuesta de Satisfacción del Usuario/Paciente

La Norma Técnica de los Mecanismos de Calificación del Servicio MDT-2019-235 en la cual se cita “Que, el numeral 1 del artículo 154 de la Constitución de la República del Ecuador, dispone: A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión”; Así como también “Que, el artículo 227 de la Constitución de la República del Ecuador, establece: “La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, evaluación”; y “Que, el artículo 22 de la Ley Orgánica para la Optimización y Eficiencia de Trámites Administrativos, determina: Mecanismos de calificación del servicio.- Las entidades reguladas deberán implementar mecanismos, de preferencia electrónicos, para que los usuarios califiquen la atención recibida por parte de los servidores públicos, así como, buzones donde depositar quejas o reclamos. Para el efecto se deberá observar la normativa expedida por el ente rector del trabajo (...);”





En este contexto y en cumplimiento a la mencionada norma, el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud (DNCSS), atribuciones y responsabilidades, conferidas en el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene: j. “Desarrollar y asegurar la implementación de herramientas técnicas de medición de la satisfacción de los usuarios, en coordinación con las instancias respectivas, para aplicación y análisis por parte de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública; y t. Evaluar las expectativas y percepciones de los ciudadanos así como el nivel de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud”; así también se establece el producto b. “Diseño de encuestas para medir la satisfacción de usuarios del Ministerio de Salud Pública en relación a la calidad de la atención de los Servicios de Salud del MSP”.

Actualmente y en cumplimiento de la normativa citada su aplicación mediante enlaces de conexión directa de ingreso, el ciudadano con la participación de personal del Hospital en la socialización de la nueva forma de evaluación de los servicios de salud públicos del MSP, se realiza la encuesta de satisfacción del servicio: *“Recuperación de la Salud de personas que requieran atención médica especializada en Establecimientos de salud en el segundo y tercer nivel de atención*, en siguiente link: <https://encuestas.msp.gob.ec/index.php/927672> cuya meta anual establecida en los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención es de 30 encuestas por mes, detalladas así: Emergencia, realizar 8 encuestas. Hospitalización, realizar 8 encuestas. Consulta externa, realizar 8 encuestas. Exámenes de laboratorio o de imagen, realizar 6 encuestas.

Planteamiento que se realiza debido a que la aplicación de las encuestas de satisfacción implementa un sistema de control de la garantía de la calidad de los servicios y obtener datos importantes para gestionar el mejoramiento continuo de la calidad con la obtención de resultados, además de ser un indicador importante que permite obtener el rendimiento percibido de un servicio desde la expectativa y percepción de los usuarios/as.

#### 7.1.4 Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

Estrategia Multimodal de higiene de manos: el nivel de cumplimiento en base a los 5 componentes evaluados: a) cambio de sistema, b) formación y aprendizaje, c) evaluación y retroalimentación, d) recordatorios en el lugar de trabajo y e) clima institucional de seguridad se clasifica en cuatro niveles: inadecuado, básico, intermedio y avanzado.

Reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud, mediante la aplicación de estrategias básicas y fundamentales como la higiene de manos y la herramienta bundle, en Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología.





### 7.1.5 Gestión de la Calidad de la Atención Materna Neonatal

La gestión de la calidad de la atención materna y neonatal se aplica en la Matriz de Reporte de Monitoreo de la atención materna y neonatal, a través del seguimiento y cumplimiento de indicadores de calidad con la finalidad de contribuir con la reducción sostenida de morbi-mortalidad materna y neonatal, cual es informada a la coordinación zonal mensualmente.

Para fortalecer el impacto la Institución cuenta con la implementación de la Estrategia Near Miss que consiste en la conjunción de la vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave, con la conformación y funcionamiento de comité hospitalario de Evitabilidad de Muerte Materna (CEMM).

### 7.1.6 Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN)

Programa de preparación para certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño – ESAMyN, este Hospital se encuentra en proceso implementación para la acreditación, en la autoevaluación realizada en el último trimestre del año 2023 se alcanzó un 64,38% de cumplimiento.

### 7.1.7 Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud

Ejecución de auditorías de la calidad de la atención en nuestra institución a fin de medir la calidad de la atención en los servicios de salud del MSP y proponer acciones de mejora.

- a) Auditoría de casos de muerte materna
- b) Auditoría de pertinencia médica de cesáreas (cruzadas)
- c) Auditoría de casos de muerte neonatal
- d) Auditorías de casos de inconformidades
- e) Evaluaciones de informes de auditoría de casos de muerte materna

## 7.2 Análisis FODA

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<p><i>Debilidades:</i></p> <p><b>D1</b> Falta de reconocimiento a las prácticas de seguridad y de garantía de la calidad</p> <p><b>D2</b> Alta rotación de personal asistencial</p> <p><b>D3</b> Limitadas oportunidades de</p>	<p><i>Amenazas:</i></p> <p><b>A1</b> Interferencias externas con intereses de desprestigio institucional</p> <p><b>A2</b> Solicitud de gestiones no programadas y que no son de competencia del hospital</p> <p><b>A3</b> Disminución de asignaciones presupuestarias</p>







<p>formación del talento humano <b>D4</b> Bajo nivel de empoderamiento y reacción a procesos de control <b>D5</b> La percepción del proceso de control y supervisión de calidad es considerado como punitivo</p>	
<p><i>Fortalezas:</i></p> <p><b>F1</b> Conocimiento técnico de procesos. <b>F2</b> Vocación de servicio del personal sanitario. <b>F3</b> Normativas vigentes elaboradas y aprobadas <b>F4</b> Unidad de Calidad debidamente estructurada. <b>F5</b> Capacidad para implementar intervenciones innovadoras frente a problemas detectados en procesos de salud. <b>F6</b> Contar con nuevas instalaciones</p>	<p><i>Oportunidades:</i></p> <p><b>O1</b> Apoyo de entidades públicas y privadas <b>O2</b> Interés en entrenamiento de profesionales para Gestión de la Calidad <b>O3</b> Aprovechamiento de plataformas digitales para la capacitación en Calidad <b>O4</b> Procesos asistenciales y Guía de Prácticas Clínicas en constante actualización desde planta central.</p>

### 7.3 Objetivos

#### Objetivo General

Objetivo Gestión de la Calidad: Mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova, centrada en la seguridad y satisfacción del/a paciente usuario/a basada en un enfoque de gestión por procesos y mejora continua de la calidad.

#### Objetivos Específicos

- Consolidar un sistema gestión por procesos basado en los componentes de Auditorías, mejoramiento continuo y satisfacción del usuario que permitan garantizar un Sistema de Control de garantía de la Calidad de la atención en salud.
- Afianzar la estructura organizacional para la gestión de la calidad de los servicios de





salud del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova asegurando la operatividad de los Comités y Equipos de Mejoramiento de la Calidad.

- Aplicar las normativas, metodologías, instrumentos y herramientas promoviendo las competencias del talento humano que permitan garantizar la seguridad del paciente en los procesos de atención del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova.

#### **7.4 Metas de calidad por línea temática**

- 80 al 100% de nivel de desempeño alcanzado por el hospital, en la gestión de los componentes de gestión de la calidad.
- 3% de pacientes hospitalizados y/o en observación, sin brazaletes o errores en el brazaletes de identificación.
- 100% de eventos adversos notificados que generaron acciones correctivas.
- 96% a 100% de cirugías que aplican correctamente la lista de verificación de cirugía segura.
- 100% de cumplimiento de la muestra de encuestas de satisfacción del usuario externo a la calidad de los servicios de salud, asignada mensualmente al hospital
- 100% de los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario externo a la calidad de los servicios de salud analizados y con la elaboración de planes de mejora continua.
- 80 al 100% de actividades programadas en higiene de manos serán ejecutadas.
- 80 al 100% de cumplimiento en la aplicación de herramienta bundle por cada factor de riesgo evaluado (TET, CVC, CUP).
- 80 al 100% de nivel de desempeño alcanzado por el hospital, en la Gestión de la Calidad de la Atención Materna Neonatal.
- 75% en la autoevaluación ESAMyN en hospitales que en su cartera de servicios cuentan con atención de partos.
- 100% de los casos de muerte materna, ocurridos en hospitales auditados.
- 100% de cumplimiento a las recomendaciones de las auditorías efectuadas por la zona.
- 100% de los casos de inconformidad que la Dirección Nacional de la Calidad de los Servicios de Salud, solicitó al hospital como auditorías de calidad acorde al Protocolo de Londres realizadas y entregadas oportunamente.
- 100% ejecución de las auditorías de cesáreas cruzadas, acorde a los lineamientos emitidos.
- 100% ejecución de auditorías de muerte neonatal, de acuerdo a los lineamientos





emitidos.

- 50% al 70% del Nivel de adherencia a las prácticas seguras del acuerdo ministerial 000115.
- Tasa hospitalaria de letalidad por complicación obstétrica directa menor o igual a 0,17 % (Aplica a hospitales en cuya cartera de servicios existe atención materna neonatal)
- Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal igual o menor al 1 % (Aplica a hospitales en cuya cartera de servicios existe atención materna neonatal)

## 7.5 Líneas temáticas

**7.5.1 Gestión de la Calidad de la Atención en Salud:** A través de la medición de tres componentes técnicos: 1. Procesos de calidad de atención, 2. Estructura Organizacional, 3. Prácticas de Seguridad del Paciente

**7.5.2 Seguridad del Paciente / usuario:** Haciendo énfasis a la aplicación y cumplimiento de las 17 prácticas de Seguridad del Paciente, definidas en el Acuerdo Ministerial 0000115, de la misma manera a la medición y cumplimiento del reporte de los tres indicadores de seguridad del paciente: 1. Identificación correcta del paciente. 2. Notificación de eventos relacionados con el paciente. 3. Lista de verificación de cirugía segura

**7.5.3 Satisfacción del Usuario:** La satisfacción del usuario externo es una de las dimensiones de gestión de la calidad de los servicios de salud que permite conocer la percepción del usuario externo (cliente/usuario), en función de los servicios que ha utilizado cuando acude al Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.

Es un indicador que permite obtener el rendimiento percibido de un servicio desde la expectativa y percepción de los usuarios/as, siendo los usuarios/as externos quienes proporcionen la información con una muestra mínima aceptable por trimestre 90 encuestas, para obtener el 100% de cumplimiento de realización de Encuestas de Satisfacción del Servicio: "RECUPERACIÓN DE LA SALUD DE PERSONAS QUE REQUIERAN ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN"

El formulario actualizado en formato digital agiliza el proceso de levantamiento de información, debido a que este se aplica directamente al usuario externo sin la intermediación de los servidores públicos y trabajadores, además impide la manipulación de datos debido a que las respuestas se emiten en línea y alimentan una base de datos centralizada que permite realizar el control y monitoreo de las principales percepciones del





usuario con los gestores de calidad del nivel nacional y desconcentrado de los servicios administrativos y servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública a nivel nacional.

**7.5.4 Infecciones Asociadas a la Atención en Salud:** Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud, por lo que implementar estrategias costo efectivas para la prevención y control es fundamental para la seguridad del paciente y el profesional de la salud.

**7.5.5 Gestión de la calidad de la atención materna y neonatal:** Constituida por todas las actividades que este hospital desarrolla para garantizar una atención y un cuidado de la mujer en el período del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido al momento del nacimiento y hasta cuando permanezca en el hospital, con la finalidad de reducir al menor nivel posible la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

**7.5.6: Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN):** Programa de preparación para certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño – ESAMyN, este Hospital se encuentra en proceso implementación para la acreditación, en la autoevaluación, con la medición cuantitativa a través del "Registro e interpretación de los formularios de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN", mediante los seis formularios que son una herramienta útil para recopilar información y evaluación del cumplimiento de 73 parámetros de la norma ESAMyN.

**7.5.7 Auditorías:** Auditorías de la calidad de la atención en salud de casos centinela (muerte materna, muerte neonatal), Auditorías de la calidad de la atención en salud de casos de inconformidades, Auditorías de pertinencia de cesáreas cruzadas: Las Auditorías de calidad que se emiten mediante informes, permiten monitorear y evaluar la calidad del servicio en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone hacia los pacientes usuarios, con este conocimientos poder generar y/o proponer mejoras.

Las auditorías de calidad conllevan al análisis sistemático del proceso de atención de un paciente, una muerte materna, muerte neonatal o pertinencia de una cesárea, según sea el caso, abarcando los actos clínicos, administrativos en un nivel específico o en todos, como respuesta a las inconformidades relacionadas con la calidad del servicio de salud y seguridad del paciente, teniendo como objetivo fundamental la mejora continua de las prestaciones de salud.





Por medio de los informes de los procesos de auditoría de calidad de la atención y seguridad del paciente nos permite fomentar un seguimiento y monitoreo de las recomendaciones establecidas en dichos documentos por parte de los niveles desconcentrados.

Su finalidad es fortalecer las Auditorías internas de casos (inconformidad, muerte materna, muerte neonatal, pertinencia de cesáreas) que realizan los establecimientos de salud con apoyo del nivel central por medio de evaluaciones a estos informes, además de normativas como Acuerdo Ministerial 0068 - Manual de Notificación, Auditoría de la calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna; Acuerdo Ministerial 05283 - Lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas en los establecimientos de salud del MSP y los Lineamientos de Auditorías de Muerte Neonatal el mismo que se encuentra en proceso de aprobación.

## **7.6 Intervenciones que permitan lograr los objetivos**

### **7.6.1 Gestión de la calidad:**

- Aplicar la Matriz Consolidada Zonal de Reporte de Avances de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud con monitoreo de gestión de la calidad en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone
- Consolidar la calidad entre las principales prioridades de los servicios de salud (Manual de gestión de la calidad de la atención en establecimientos de salud)
- Institucionalizar el Mejoramiento Continuo de la Calidad
- Implementar sistemas de apoyo a la mejora de la calidad para los niveles desconcentrados
- Garantizar el conocimiento de atribuciones y responsabilidades del responsable de gestión de la calidad en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone
- Establecer la gestión de la calidad como eje transversal en todos los procesos asistenciales, operativos y administrativos.
- Implementar sistemas orientados a las experiencias de otros países y en base a la mejor evidencia científica.
- Priorizar intervenciones IN SITU en los servicios con énfasis en calidad y seguridad del paciente.
- Proveer herramientas de calidad para medición de indicadores de estructura, proceso y resultado.
- Evaluar regularmente los procesos de calidad de atención en salud enfocados en





Auditoría y Mejoramiento Continuo de la Calidad.

- Crear cultura organizacional en calidad de servicios y seguridad del paciente en los profesionales del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.
- Aplicar lineamientos y formularios (protocolo de Londres, inconformidad, muerte neonatal) emitidos por el MSP para la auditoría de la calidad de la atención que permitan estandarizar los procesos y mejorar su ejecución.
- Establecer lineamientos técnicos para la implementación del programa de Seguridad del Paciente, como eje transversal en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.
- Institucionalizar el Programa de la Seguridad del Paciente.

#### **7.6.2 Seguridad del paciente:**

- Establecer la Seguridad del paciente como eje transversal en todos los servicios.
- Implementar sistemas orientados a las experiencias de otros países y en base a la mejor evidencia científica.
- Priorizar intervenciones en los servicios del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone con énfasis en seguridad del paciente.
- Proveer herramientas de calidad para medición a la aplicación de las prácticas de seguridad del paciente.
- Crear cultura organizacional en calidad de servicios y seguridad del paciente en los profesionales.
- Establecer lineamientos técnicos para la implementación del programa de Seguridad del Paciente, como eje transversal en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.
- Institucionalizar el Programa de la Seguridad del Paciente.

#### **7.6.3 Satisfacción del usuario:**

- La medición de la satisfacción del usuario externo a la calidad de los servicios de salud hospitalarios se deben realizar conforme la muestra asignada.
- Las encuestas se realizarán mediante enlaces virtuales en una plataforma digital, es importante mencionar que para evaluar la satisfacción de manera objetiva se debe entregar el enlace al usuario externo para evitar el direccionamiento del personal de





salud hacia respuestas positivas.

#### **7.6.4 Infecciones Asociadas a la Atención en Salud:**

- Fortalecer el rol del Comité técnico de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y del equipo de higiene de manos del hospital, dotándolo de liderazgo y autoridad para ejercer sus funciones institucionales.
- Aplicar la herramienta de ciclos rápidos de mejora ante la presencia de eventos epidemiológicos importantes como brotes y demás actividades que así lo requieran de manera objetiva y consistente.
- Implementar todas y cada una de las herramientas basadas en la mejor evidencia para contrarrestar los efectos de las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Garantizar la disponibilidad de insumos para higiene de manos y los requeridos para la inserción y mantenimiento de dispositivos invasivos como son el tubo endotraqueal (TET), el catéter venoso central (CVC) y el catéter urinario permanente (CUP).

#### **7.6.5 Gestión Materna Neonatal:**

- Monitoreo mensual de indicadores y estándares materno neonatales
- Estrategia Near Miss (Vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave y gestión de la calidad de la atención a mujeres con condiciones que amenazan la vida a través de la conformación y funcionamiento de un comité hospitalario de evitabilidad de muerte materna).

#### **7.6.6 Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN):**

- Nombrar a personal de salud como puntos focales de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN
- Monitoreo de aplicación de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN a través de los puntos focales.

#### **7.6.7 Auditoría:**

- Auditorías de la calidad de la atención en salud de casos de inconformidades. Estandarizar la ejecución de auditorías de la calidad de la atención en salud en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone en casos centinela y eventos adversos.
- Auditorías de la calidad de la atención en salud de casos centinela (muertes maternas,





muerres neonatales). Sistematizar resultados de auditoría de calidad de la atención de casos de muerte materna. Implementar la auditoría de la calidad de la atención en casos de muerte neonatal.

- Auditorías de la pertinencia médica de cesáreas cruzadas. Mejorar la veracidad de los resultados de las auditorías de la pertinencia médica de cesáreas.
- Cumplimiento de recomendaciones establecidas en los informes de auditorías de casos de muertes maternas. Aumentar el porcentaje de cumplimiento de recomendaciones establecidas en los informes de auditorías de casos de muertes maternas.

### **7.7 Actividades concretas a realizar en cada una de las líneas**

#### **7.7.1 Gestión de la Calidad:**

- Diagnóstico situacional de Talento Humano responsable de gestión de la calidad del hospital.
- Visitas de seguimiento y monitoreo en los servicios del hospital, con sus respectivos informes enfocados en calidad y seguridad del paciente.
- Informes técnicos de retroalimentación trimestral del hospital sobre resultados GPR de gestión de la calidad entregados a las máximas autoridades para gestión y toma de decisiones.
- Capacitación, entrenamiento y/o formación en temas de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo de los Servicios de Salud.

#### **7.7.2 Seguridad del Paciente:**

- Entrenar los servicios del hospital en el manejo del flujo establecido para el monitoreo y seguimiento de los indicadores de seguridad del paciente.
- Monitoreo a los servicios.
- Informes de retroalimentación trimestral de los indicadores establecidos en el Modelo de Gestión de Información de los Indicadores de Seguridad del Paciente.
- Análisis de la herramienta de medición a los indicadores de seguridad del paciente, a fin de incluir en flujo de notificación.

#### **7.7.3 Satisfacción del Usuario:**







- Es importante que el usuario responda de manera individual conforme su percepción durante su estadía hospitalaria o en la recepción de servicios de salud.
- El Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone debe planificar con la muestra asignada la entrega de enlaces de gestión de la encuesta de satisfacción del usuario para su aplicación por servicio hospitalario con una distribución equitativa del número de encuestas a realizar (30 por mes)
- Cada trimestre se evaluará la satisfacción del usuario del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone conforme las 43 variables de satisfacción de la Encuesta.
- Elaborarán un informe técnico de análisis con el planteamiento de mejoras conforme la normativa de ciclos de mejora con un cronograma de cumplimiento y responsables de los mismos, Actividad aplicada si a nivel nacional no alcanza el porcentaje aceptable  $\geq 84\%$  en las preguntas del componente calidad.
- El Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone realizará un monitoreo mensual al cumplimiento de las actividades planteadas en los ciclos de mejora continua.

#### **7.7.4 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud**

- Continuar con la implementación de la Estrategia Multimodal de higiene de manos en su fase III: Introducción de las actividades de mejora, fase IV: Evaluación del efecto de la aplicación y fase V: ciclo continuo de la aplicación y revisión.
- Continuar con la aplicación de la herramienta bundle en la unidad de cuidados intensivos y Neonatología, de acuerdo durante la fase de inserción y mantenimiento de los dispositivos invasivos priorizados (TET, CVC, CUP).
- Retroalimentar a los altos directivos y/o tomadores de decisiones los resultados obtenidos en las estrategias antes mencionadas para una gestión oportuna y priorización de las acciones de mejora de acuerdo al ámbito de competencias.
- Continuar con las actividades de prevención y control de IAAS de acuerdo a las directrices emitidas desde el nivel nacional y las que por iniciativa propia de cada institución quieran implementarse.

#### **7.7.5 Gestión Materna Neonatal:**

- Medición mensual de resultados de indicadores maternos neonatales (Manual de indicadores, estándares e instrumentos para medir la calidad de la atención materna y





neonatal).

- Formulación y ejecución trimestral de ciclos rápidos de mejoramiento de la calidad aplicados a los procesos asistenciales de la atención materna y neonatal.
- Medición mensual de resultados de los indicadores de morbilidad materna extremadamente grave.
- Realización de una reunión trimestral del comité hospitalario de evitabilidad de muerte materna y levantamiento del correspondiente en el formato establecido.
- Reporte trimestral a la zona de los resultados de los indicadores GPR: Near Miss y Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas.
- Implementar un programa anual de formación/capacitación en resucitación neonatal básica y avanzada, en coordinación con la Unidad hospitalario de docencia.
- Implementar un programa anual de formación/capacitación en manejo del distrés respiratorio agudo, en coordinación con la Unidad hospitalario de docencia.

#### **7.7.6 Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN):**

- Retroalimentación de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN
- Autoevaluaciones trimestrales donde se verificará el cumplimiento de los parámetros de la Norma técnica ESAMyN.

#### **7.7.7 Auditoría:**

- Auditorías de la calidad de la atención en salud de casos de inconformidades. Gestión de los casos de inconformidad que lleguen al establecimiento de salud.
- Ejecución de reuniones presenciales o virtuales para la elaboración del informe.
- Elaboración o apoyo en la elaboración de informes técnicos de auditoría / informes de respuesta al requirente Informe técnico de estado de la gestión de los casos de inconformidad.
- Auditorías de la calidad de la atención en salud de casos centinela (muertes maternas, muertes neonatales)
- Elaboración de informes de auditoría de los casos de muerte materna.
- Elaboración de informes de auditorías de casos de muertes neonatales.
- Auditorías de la pertinencia médica de cesáreas cruzadas.
- Elaboración del informe técnico de las auditorías de la calidad de la atención en casos de cesáreas en el establecimiento de salud designado para la auditoria cruzada.





- Cumplimiento de recomendaciones establecidas en los informes de auditorías de casos de muertes maternas.
- Realizar informes de retroalimentación del cumplimiento de las recomendaciones a los casos de muerte materna.

## **7.8 Productos esperados para cada actividad**

### **7.8.1 Gestión de la Calidad:**

- Programa de gestión de la calidad implementado e institucionalizado
- Resultados trimestrales de indicadores de gestión de calidad
- Talento humano capacitado en la conducción de gestión de la calidad
- Flujogramas de calidad de la atención bien estructurados
- Protocolos levantados en cada servicio
- Adecuada aplicación de guías de práctica clínica

### **7.8.2 Seguridad del Paciente:**

- Programa de gestión de seguridad del paciente implementado e institucionalizado
- Resultados trimestrales de indicadores de seguridad del paciente
- Protocolos levantados de las 17 prácticas de seguridad del paciente

### **7.8.3 Satisfacción del usuario:**

- Reporte trimestral de cumplimiento de la muestra, el cual se realizará previa coordinación y revisión de la meta entre la zona y Dirección Nacional de Hospitales, según el porcentaje alcanzando.
- Informe técnico trimestral de análisis de los resultados y los planes de mejora continua de la calidad de los servicios de salud con el cronograma de cumplimiento y sus responsables. Actividad aplicada si a nivel nacional no alcanza el porcentaje aceptable  $\geq 84\%$  en las preguntas del componente calidad.

### **7.8.4 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud:**

- Comité Técnico de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la atención en salud





dotado de liderazgo y autoridad con líneas de trabajo coordinadas con los responsables de la conducción y sostenibilidad de la estrategia multimodal de higiene de manos y herramienta bundle.

- Reducción de las tasas de densidad de incidencia de las infecciones asociadas a la atención en salud relacionadas con el uso de dispositivo invasivo (TET, CVC, CUP).
- Cumplimiento de las actividades formuladas en cada una de las fases restantes de la estrategia multimodal de higiene de manos y entrega oportuna de la información.
- Análisis de los resultados obtenidos por parte de los coordinadores de higiene de manos y retroalimentación a todos los involucrados.
- Aplicación diaria de la herramienta bundle por cada dispositivo invasivo (TET, CVC, CUP)
- Análisis y socialización de los resultados obtenidos de la herramienta bundle por parte de los líderes de servicio médico y de enfermería a todo el equipo operativo de la unidad de cuidados intensivos y neonatología.

#### **7.8.5 Gestión Materna Neonatal:**

- Un equipo de mejoramiento de la calidad de la atención materna y neonatal conformado y avalado con firma de la máxima autoridad del hospital.
- Matriz actualizada de resultados mensuales de indicadores materno neonatales
- 2 ciclos rápidos de mejoramiento de la calidad de la atención materna y neonatal realizados al año (1 por semestre).
- Matriz de resultados de indicadores de morbilidad materna extremadamente grave actualizada cada mes.
- Un acta trimestral de la reunión del comité hospitalario de evitabilidad de muerte materna levantada y firmada por la máxima autoridad del hospital en el formato establecido.
- Estrategia Near Miss vigente y aplicándose en el hospital.

#### **7.8.6 Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN):**

- Comisión Técnica Esamyn cuya actividad es Implementar, gestionar, realizar seguimiento y monitoreo al proceso de implementación y ejecución de la normativa ESAMyN en el establecimiento de salud, con el apoyo del Comité Zonal ESAMyN.
- Normativa ESAMyN y sus puntos focales vigilantes de la aplicación.





#### 7.8.7 Auditoría:

- Auditorías de la calidad de la atención en salud de casos de inconformidades. Matriz del estado de gestión de casos de inconformidad actualizada. Informes según los casos presentados del estado de la gestión de casos de inconformidad.
- Auditorías de la calidad de la atención en salud de casos centinela (muertes maternas, muertes neonatales). Informe de auditoría de casos de muerte materna. Informe de auditoría de muerte neonatal.
- Auditorías de la pertinencia médica de cesáreas. Informe técnico de pertinencia médica de cesáreas cruzadas.
- Cumplimiento de recomendaciones establecidas en los informes de auditorías de casos de muertes maternas. Informe de cumplimiento a las recomendaciones.

#### 7.9 Indicadores para medir el progreso hacia las metas establecidas.

##### 7.9.1 Indicadores: Gestión de Calidad

- Tasa mensual hospitalaria de mortalidad general por 100 egresos hospitalarios
- Porcentaje promedio alcanzado por trimestre en los componentes de gestión de la calidad del hospital.
- Nivel de desempeño alcanzado por el hospital en gestión de la calidad. (considerando óptimo del 76 al 100%, medio superior del 51 al 75%, medio inferior 26 al 50 %, mínimo del 0 al 25%)

##### 7.9.2 Indicadores: Seguridad del Paciente

- Porcentaje de pacientes hospitalizados y/o en observación, sin brazalete o errores en el brazalete de identificación.
- Porcentaje de eventos adversos notificados que generaron acciones correctivas.
- Porcentaje de cirugías que aplican correctamente la lista de verificación de cirugía segura.
- Nivel de Adherencia a las prácticas seguras del Acuerdo Ministerial 000115





7.9.3 Indicador: Índice de Satisfacción del Usuario.

- Índice de satisfacción del usuario externo a la calidad de los servicios de salud MSP (medición promedio por promedios conforme la normativa técnica de evaluación de la gestión pública MDT-2020)
- Número de planes de mejora continua, que realiza el establecimiento de salud del análisis de los resultados de satisfacción del usuario externo a la calidad de los servicios de salud. Actividad aplicada si a nivel nacional no alcanza el porcentaje aceptable  $\geq 84\%$  en las preguntas del componente calidad.

7.9.4 Indicador actividad de prevención y control de Infecciones: herramienta bundle

- Porcentaje de cumplimiento de la aplicación de la herramienta bundle \* en la unidad de cuidados intensivos adulto, y neonatal.

7.9.4.1 Indicador actividad de prevención y control de Infecciones: EMMHM.

- Porcentaje del cumplimiento de las actividades programadas en higiene de manos.

7.9.5 Indicadores: Indicadores materno neonatales (Aplica para establecimientos de salud en cuya cartera de servicios existe la atención materna y neonatal)

- Set de indicadores materno neonatales (Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna y neonatal):
- Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal x 100 nacidos vivos;
- Tasa hospitalaria de letalidad por complicación obstétrica directa,
- Porcentaje de recién nacidos con asfixia inmediata al nacimiento que reciben resucitación neonatal básica según protocolo clínico.

7.9.5.1 Indicadores: Near Miss (*Aplica a hospitales que implementan la estrategia Near Miss*)

- Razón de MMEG (morbilidad materna extremadamente grave)
- Porcentaje de severidad MMEG (morbilidad materna extremadamente grave)
- Relación de casos Near Miss con MM (muerte materna)





- La tasa de letalidad obstétrica.

#### 7.9.6 Indicadores: ESAMYN

- Porcentaje hospitalario alcanzado en el proceso de autoevaluación ESAMyN
- Porcentaje hospitalario alcanzado en el proceso de pre-evaluación ESAMyN
- Porcentaje hospitalario alcanzado en el proceso de Certificación ESAMyN

#### 7.9.7 Indicadores: Auditoría de la calidad de la atención en casos centinela, pertinencia de cesáreas y cumplimiento a recomendaciones de los informes

- Porcentaje de auditorías de casos de muertes maternas realizadas en plazo de 72 horas y entregadas a la zona de los casos de fallecimientos producidos en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.
- Porcentaje de auditorías de casos de inconformidad solicitados por la DNCS entregados en 72 horas
- Porcentaje de recomendaciones cumplidas en los establecimientos de salud de acuerdo a las auditorías de muerte materna realizadas el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.
- Porcentaje de pertinencia médica de cesáreas en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.
- Porcentaje de pertinencia médica de cesáreas cruzadas realizada por el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.
- Porcentaje de auditorías de casos de muerte neonatal de acuerdo a los lineamientos establecidos, producidas en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.

### 7.10 Tiempos para el cumplimiento, inicio y fin de cada actividad

#### 7.10.1 Gestión de la Calidad:

- Medición trimestral de indicadores de gestión de la calidad
- Elaboración de un informe de análisis de resultados de calidad de manera trimestral





- Levantamiento de ciclos rápidos y planes de acción de manera trimestral y cuando suscite un evento adverso relacionado con la atención del paciente.
- Conformación de comités y equipos de mejoramiento continuo de manera anual (enero de cada año)
- Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad anual (enero de cada año)

#### **7.10.2 Seguridad del Paciente:**

- Medición trimestral de indicadores de seguridad del paciente.
- Elaboración de un informe de análisis trimestral de resultados de seguridad del paciente.
- Levantamiento de ciclos rápidos y planes de acción de manera trimestral, y cuando se detecte un evento adverso relacionado con la atención del paciente.

#### **7.10.3 Encuesta de Satisfacción:**

- Revisión de la muestra asignada al hospital en este año es de 90 encuestas por trimestre.
- Distribución equitativa del número de encuestas que se deben realizar en cada uno de los servicios hospitalarios, detalladas así: Emergencia, realizar 8 encuestas. Hospitalización, realizar 8 encuestas. Consulta externa, realizar 8 encuestas. Exámenes de laboratorio o de imagen, realizar 6 encuestas.
- Entrega y socialización del enlace para realizar las encuestas de satisfacción de la calidad de los servicios de salud brindados posterior a la atención realizada en cada servicio durante todos los días que conforman el mes de evaluación.
- Los responsables de gestión de la calidad hospitalarios al corte del trimestre cuando ya se haya reportado por parte del MSP la medición trimestral del índice de satisfacción se elaborará un informe técnico trimestral de análisis del establecimiento de salud por trimestre con ciclos de mejora el cual reportarán a las coordinaciones zonales con la firma y aprobación de la máxima autoridad del hospital, aplicada si a nivel nacional no alcanza el porcentaje aceptable  $\geq 84\%$  en las preguntas del componente calidad
- Posteriormente realizarán un seguimiento mensual al cumplimiento de las actividades de mejora reportadas en función de los resultados de la encuesta de satisfacción y realizarán un informe técnico de cumplimiento que entregarán a la Coordinación Zonal con la firma de la máxima autoridad del hospital.







#### **7.10.4 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud:**

- El cumplimiento de actividades deberá basarse en los tiempos ya establecidos y consensuados con los puntos focales de IAAS de las coordinaciones zonales y los equipos operativos.
- El cumplimiento de actividades de la herramienta bundle se desarrolla semanalmente, conforme el consolidado zonal 4 realizado por el MSP.

#### **7.10.5 Gestión Materna y Neonatal:**

- Medición mensual de resultados de indicadores materno neonatales: Inicia en enero y termina en diciembre.
- Formulación y ejecución trimestral de ciclos rápidos de mejoramiento de la calidad aplicados a los procesos asistenciales de la atención materna y neonatal: Inicia en marzo y termina en diciembre.
- Medición mensual de resultados de los indicadores de morbilidad materna extremadamente grave: Inicia en enero y termina en diciembre.
- Realización de una reunión trimestral del comité hospitalario de evitabilidad de muerte materna y levantamiento del correspondiente en el formato establecido: Inicia en marzo y termina en diciembre.
- Reporte trimestral/semestral respectivamente a la zona de los resultados de los indicadores GPR: Near Miss y Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas: Inicia en marzo y termina en diciembre.
- Implementar un programa anual de formación/capacitación en resucitación neonatal básica y avanzada, en coordinación con Unidad de docencia. Inicia en febrero y termina en diciembre.
- Implementar un programa anual de formación/capacitación en manejo del distrés respiratorio agudo, en coordinación con Unidad de docencia. Inicia en febrero y termina en diciembre.

#### **7.10.6. Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN):**

- Medición trimestral de los resultados a través del "Registro e interpretación de los formularios de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN", mediante los seis formularios que son una





herramienta útil para recopilar información y evaluación del cumplimiento de 73 parámetros de la norma ESAMyN. Inicia en enero y termina en diciembre.

#### **7.10.7 Auditoría**

- Con respecto a la elaboración de auditorías de calidad (inconformidad, muertes maternas, neonatales y pertinencia de cesáreas cruzadas) deben presentar su cumplimiento mediante reportes trimestrales.
- En los casos de cumplimiento de recomendaciones establecidas en los informes de auditorías de casos de muertes maternas su cumplimiento será de igual manera con reportes trimestrales.

#### **7.11 Responsables directos de cada actividad**

##### **7.11.1 Gestión de Calidad:**

- Conducción de gestión de la calidad (Líder de calidad)
- Elaboración de ciclos rápidos de mejoramiento continuo (Equipos de mejoramiento continuo de cada servicio)
- Reporte y monitoreo de indicadores (Líder de calidad, comités técnicos hospitalarios y equipos de mejoramiento continuo)

##### **7.11.2 Seguridad del Paciente:**

- Gestión relacionada a Seguridad del paciente (Comité Técnico Hospitalario de Seguridad del Paciente)
- Elaboración de ciclos rápidos de mejoramiento continuo (Equipos de mejoramiento continuo de cada servicio)
- Reporte y monitoreo de indicadores de seguridad del paciente (Líder de calidad)

##### **7.11.3 Encuesta de Satisfacción:**

- La constatación de la muestra y la distribución equitativa de la muestra mensual asignada para el levantamiento de las encuestas de satisfacción de la calidad de los servicios de salud lo realizará el responsable asignado por el líder de Atención al Usuario.





- La entrega del enlace virtual de realización de la encuesta de satisfacción por cada hospital lo realizará la Coordinación Zonal conforme la activación de encuestas que realice la DNCSS.
- La socialización del enlace de realización de la encuesta de satisfacción de la calidad del establecimiento de salud lo realizarán por parte de todo el personal de salud de cada servicio y se establecerán estrategias de socialización con infografías que contengan el código QR de la encuesta de satisfacción del establecimiento con una breve explicación para el usuario ubicada en todas las salas de espera los responsables asignados son personal de Atención al Usuario y Comunicación.
- Los responsables directos del registro de las encuestas son los usuarios clientes del hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova.

#### **7.11.4 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud:**

- Coordinadores principales y adjuntos de la Estrategia Multimodal de Higiene de manos, personal de enfermería designado a la prevención y control de infecciones, responsable de epidemiología, líder de calidad del hospital.
- Los responsable de la herramienta Bundle es el personal de enfermería de UCI y Neonatología.

#### **7.11.5 Gestión Materna Neonatal:**

- Conducción del comité de evitabilidad de muerte materna: Líder de calidad del hospital.
- Monitoreo de indicadores materno neonatales: Director Asistencial; Líder de calidad del hospital.
- Medición de indicadores materno neonatales: Equipos de mejoramiento de la calidad de la atención materna neonatal.
- Vigilancia de indicadores de morbilidad materna extremadamente grave: Epidemiólogo del hospital.
- Líder de docencia: Capacitación a profesionales asistenciales en resucitación neonatal básica y avanzada; Capacitación a profesionales asistenciales de neonatología en manejo del distres respiratorio agudo (Membrana hialina).

#### **7.11.6. Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN):**





- Aplicación de Encuestas Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN: Punto Focal de la Normativa, Analista de calidad del hospital.
- Elaboración de informe trimestral de Autoevaluación: Líder de calidad del hospital.

#### **7.11.6 Auditoría:**

- Los responsables directos de la actividad son los Equipos de auditoría de calidad que tiene cada establecimiento de salud, acorde a lo establecido en el reglamento 072 el artículo 56 sobre Auditorías de la calidad de la atención de salud en eventos adversos “Reglamentos 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 el 20 de junio de 2017.

### **7.12 Evaluación del cumplimiento y resultados del plan**

#### **7.12.1 Gestión de la Calidad:**

- Evaluación trimestral por parte de la unidad de calidad del establecimiento será responsable de la medición, análisis, reporte de resultados de indicadores y custodio de los documentos que se desarrollen de este programa.
- La Unidad de Calidad de los hospitales, 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.

#### **7.12.2 Seguridad del Paciente:**

- Evaluación trimestral por parte de la unidad de calidad del establecimiento será responsable de la medición, análisis, reporte de resultados de indicadores.

#### **7.12.3 Encuesta de Satisfacción:**

- Los reportes de cumplimiento serán responsabilidad del responsable de calidad del hospital
- El análisis de los resultados y el planteamiento de mejoras es responsabilidad del comité





de gestión de calidad del hospital con la participación de áreas estratégicas conforme corresponde.

#### **7.12.4 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud:**

- La evaluación del cumplimiento se hace a través del seguimiento de las actividades planificadas por cada fase, desde el nivel central y el nivel zonal por cada hospital de su competencia.
- La evaluación de cumplimiento de la herramienta Bundle se hace a través del consolidado zonal 4 enviado por nivel central.

#### **7.12.5 Gestión Materna Neonatal:**

La unidad de calidad del hospital, a través del técnico/a responsable de la gestión materna neonatal evalúa mensual, trimestral, semestral y anualmente el cumplimiento del programa de gestión de la calidad de la atención materna neonatal con:

- Análisis de los resultados de los indicadores de la atención materna y neonatal, identificando brechas de cumplimiento de estándares, con énfasis en tasa hospitalaria de mortalidad neonatal; tasa hospitalaria de letalidad por complicación obstétrica directa.
- Análisis de los resultados de los indicadores de morbilidad materna extremadamente grave identificando aquellos que reflejan fallas en la calidad de la atención.
- Verificación de la realización de las reuniones trimestrales del Comité de evitabilidad de muerte materna en la que participen todos sus integrantes, según formato de agenda establecido y con el levantamiento de un acta según formato establecido con la firma de la máxima autoridad del hospital.
- Verificación del cumplimiento del plan de capacitación en los temas establecidos de la atención materna y neonatal.
- Auditorías internas de adecuada medición de indicadores y correcto registro de los resultados en las matrices establecidas para el efecto.
- Verificación de la adecuada formulación y completa ejecución de ciclos rápidos de mejoramiento continuo (acciones de mejora) aplicados trimestralmente a los procesos asistenciales maternos neonatales según lineamientos técnicos y metodológicos.

#### **7.12.6. Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN):**





- Análisis de los resultados de la Autoevaluación de Aplicación de la Normativa ESAMyN identificando los profesionales que están aplicando las Normas y Acuerdos Ministeriales en cuanto a la atención de las Madres Gestantes
- Verificación del cumplimiento es a través de las actividades diseñadas en los ciclos rápidos de mejoramiento continuo.

**7.12.7. Auditoría:**

- La evaluación y cumplimiento de las auditorias son tareas criticas para garantizar la calidad, en ellas se identifican los hallazgos, acciones inseguras y factor contributivo, la verificación del cumplimiento será a través de las recomendaciones realizadas en dichas auditorias.

**CRÉDITOS**

Aprobado por:	Dr. Miguel Luis Delgado M. <b>Gerente</b>	
Revisado por:	Dr. Gustavo García Velásquez <b>Director Asistencial</b>	
Elaborado por:	Ing. Cecilia Pino Z. <b>Responsable de Calidad</b>  Ing. Bertha Irigoyen F. <b>Analista de Calidad</b>	

