

COORDINACIÓN ZONAL SALUD – 4

**GESTIÓN ZONAL DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE REDES DE
ATENCIÓN EN SALUD**

GESTIÓN INTERNA DE HOSPITALES Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

**Plan de Calidad del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de
Chone**



Año 2026

1. ANTECEDENTES

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 del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone, 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 AM 00023-2022 Reforma al Estatuto Orgánico Sustitutivo de gestión Organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública.

Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del paciente y control sanitario. Gestión interna/ Aseguramiento de la Calidad de los servicios de salud.

Numeral 2 Planes, programas, proyectos, herramientas y/o instrumentos técnicos para promover y mejorar la calidad de la atención en salud, bioseguridad, prevención/control de infecciones en el marco de seguridad del paciente, en coordinación con las instancias pertinentes.

El Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales.

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

3.4 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; f. 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 los establecimientos de salud, 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. DATOS INSTITUCIONALES

El Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone fue creado mediante Acuerdo Ministerial Registro Oficial 358 de fecha 10 de julio de 1998, el ministro de Salud Dr. Asdrubal de la Torre acuerda: Art. 1. Aprobar el Reglamento Interno de Organización funcional del Hospital Cantonal "Dr. Napoleón Dávila Córdova" de Chone, provincia de Manabí.

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.

Desde Junio de 2021 el Hospital se encuentra funcionando en nuevas y modernas instalaciones ubicado en la Avenida Amazonas y calle Manuel de Jesús Álvarez.

Cuenta con servicios de Hemodiálisis (23 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, 20 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 postoperatorias de recuperación, laboratorio central, Imagenología, Odontología, Central de Esterilización, Unidad de Atención Integral (UAI), área administrativa.

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

3. 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.

4. 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.

5. LOGROS ALCANZADOS EN EL AÑO 2025

El Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone, durante el año 2025, cumplió con los siguientes logros:

- 84% de nivel de desempeño alcanzado por el hospital, en la gestión de los componentes de gestión de la calidad.
- 100% de pacientes hospitalizados, contaron con brazalete de identificación.
- 100% de eventos adversos notificados se generaron acciones correctivas (58 eventos adversos notificados).
- 99% de cirugías se aplicó 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.
- 85% de los resultados de satisfacción de las encuestas del usuario externo a la calidad de los servicios de salud analizados y con la elaboración de planes de mejora continua.
- 100% de actividades programadas en higiene de manos fueron ejecutadas.
- 59% del Nivel de adherencia en Higiene Manos, conforme las observaciones realizadas.
- 82% de cumplimiento en la aplicación de herramienta bundle por cada factor de riesgo evaluado (TET, CVC, CUP).

- 91% de nivel de desempeño alcanzado por el hospital, en la Gestión de la Calidad de la Atención Materna Neonatal.
- 59% en la autoevaluación ESAMyN
- 100% de 1 caso de muerte materna, ocurrida en hospital fue auditada.
- 100% de cumplimiento a las recomendaciones de las auditorías efectuadas por la zona.
- 100% de los casos de inconformidad al hospital como auditorías de calidad fueron auditadas acorde al Protocolo de Londres las cuales fueron realizadas y entregadas oportunamente.
- 100% ejecución de las auditorías de cesáreas cruzadas, acorde a los lineamientos emitidos.
- 76% de pertinencia cesáreas cumplen con los criterios clínicos y normativos establecidos por el MSP
- 100% ejecución de auditorías de muerte neonatal, de acuerdo a los lineamientos emitidos, las cuales fueron realizadas y entregadas oportunamente.
- 75% del Nivel de adherencia a las prácticas seguras del acuerdo ministerial 000115.
- Tasa hospitalaria de letalidad por complicación obstétrica directa fue 0.28 %
- Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal fue 0.82%

6. DISEÑO Y DESARROLLO DEL PLAN

6.1 Análisis de problemas o diagnóstico situacional

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

- Triage clínico
- Consultorio de procedimientos
- Consultorio de Unidad de Atención Integral (UAI)
- 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: Especialidades Clínicas:

Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Fisiatría, Gastroenterología, Geriátrica, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Psiquiatría, Reumatología, Anestesiología, Psicología, Nutrición, Odontología, Implantología, Vascular.

Especialidades Pediátricas:

Pediatría

Especialidades Quirúrgicas:

Otorrinolaringología, Cirugía General, Traumatología, Ginecología.

Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico:

Unidad de Diálisis, Unidad de Cuidados intensivos de Adultos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Unidad de Medicina Transfusional, Laboratorio Lac 2, Sala de Primera Acogida, Nutrición, Unidad de Rehabilitación y Terapia respiratoria y física, Unidad de Imagen y RX, Unidad de Atención Integral (UAI), Audiología: Tamizaje auditivo, Cardiología: Electrocardiograma., Laboratorio Clínico 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 y externa de Medicamentos y Dispositivos Médicos

Para el análisis situacional realizaremos la presentación los indicadores de gestión de la calidad:

6.1.1 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.

6.1.2 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).

6.1.3 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 del cual la Directora Ejecutiva de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACCESS remite a esta Cartera de Estado el "Plan Nacional de Medición de la Satisfacción de la Calidad en la Atención en los Servicios de Salud", una estrategia que inició en enero de 2023, con el objetivo de promover el mejoramiento continuo de la calidad del Sistema Nacional de Salud, ya que durante el 2025 la ACCESS se encuentra ejecutando la tercera fase del plan, que incluye a los establecimientos de salud pública y privados del primer nivel de atención, los cuales se suman a los de tercer y segundo nivel, que serán evaluados por los usuarios al finalizar la atención, mediante encuesta en web.

6.1.4 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, Neonatología, emergencia, medicina interna y cirugía.

Vigilancia activa de casos y realización de fichas de investigación clínica y epidemiológica.

6.1.5 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 funcionamiento y seguimiento del comité hospitalario de Evitabilidad de Muerte Materna (CEMM).

6.1.6 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.

6.1.7 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

6.2 Análisis FODA

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<p>Debilidades:</p> <p>D1 Falta de reconocimiento a las prácticas de seguridad y de garantía de la calidad</p> <p>D2 Alta rotación de personal asistencial</p> <p>D3 Limitadas oportunidades de formación del talento humano, necesidad de mejora continua</p> <p>D4 Bajo nivel de empoderamiento y reacción a procesos de control</p> <p>D5 La percepción del proceso de control y supervisión de calidad es considerado como punitivo</p> <p>D6 Capacidad limitada en algunas áreas</p>	<p>Amenazas:</p> <p>A1 Interferencias externas con intereses de desprestigio institucional</p> <p>A2 Solicitud de gestiones no programadas y que no son de competencia del hospital</p> <p>A3 Disminución de asignaciones presupuestarias</p> <p>A4 Desigualdad en el acceso a los servicios</p>
<p>Fortalezas:</p> <p>F1 Conocimiento técnico de procesos.</p> <p>F2 Vocación de servicio del personal sanitario.</p> <p>F3 Normativas vigentes elaboradas y aprobadas</p> <p>F4 Unidad de Calidad debidamente estructurada.</p> <p>F5 Capacidad para implementar intervenciones innovadoras frente a problemas detectados en procesos de salud, variedad de servicios.</p> <p>F6 Contar con nuevas instalaciones</p>	<p>Oportunidades:</p> <p>O1 Apoyo de entidades públicas y privadas</p> <p>O2 Interés en entrenamiento de profesionales para Gestión de la Calidad</p> <p>O3 Aprovechamiento de plataformas digitales para la capacitación en Calidad</p> <p>O4 Procesos asistenciales y Guía de Prácticas Clínicas en constante actualización desde planta central.</p> <p>O5 Avances Tecnológicos</p>

7. OBJETIVOS

General

Fortalecer la calidad, seguridad y humanización de la atención en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova durante el año 2026, mediante la implementación de procesos estandarizados, el desarrollo del talento humano y el monitoreo continuo de indicadores, garantizando una atención oportuna, eficiente y centrada en el paciente.

Específicos

Fortalecer la cultura de seguridad institucional promoviendo la notificación, análisis y retroalimentación de incidentes y eventos adversos sin enfoque punitivo.

Incrementar la adherencia a guías de práctica clínica y protocolos institucionales en los servicios asistenciales críticos.

Promover una atención humanizada, ética y respetuosa de los derechos de los pacientes y sus familias.

Identificar, evaluar y mitigar los riesgos institucionales que puedan afectar la calidad y seguridad de la atención, mediante la implementación de planes de acción y seguimiento periódico.

Monitorear los indicadores de calidad que permita evaluar el desempeño institucional y apoyar la toma de decisiones basada en evidencia.

Garantizar el análisis periódico de resultados y la ejecución de acciones de mejora continua.

Promover una cultura organizacional orientada a la calidad, la ética, la transparencia y la mejora permanente.

8. Líneas temáticas

8.1 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

8.2 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

8.3 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.

Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACCESS remite al MSP el "Plan Nacional de Medición de la Satisfacción de la Calidad en la Atención en los Servicios de Salud". Con la finalidad de mejorar los procesos de medición de datos de los usuarios y pacientes encuestados, la ACCESS ha diseñado un ingreso propio por establecimiento de salud a la encuesta de satisfacción; para el efecto a partir del 1 de abril del 2025, cada establecimiento de salud, deberá ingresar con su usuario y contraseña al Sistema de establecimientos prestadores de servicios de salud SACCS, al icono administración, donde se encontrará la ventana "encuesta calidad", y podrá descargar su código QR para así ejecutar la aplicación de la encuesta.

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 de 51 encuestas por mes, muestra que ha sido asignada por el ACCESS.

El formulario actualizado en formato digital (WEB) 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.

8.4 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. Además de la Vigilancia activa de casos y realización de fichas de investigación clínica y epidemiológica.

8.5 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.

8.6 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.

8.7 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, aplicación de Guías de Prácticas Clínicas y Protocolos, 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.

Su finalidad es fortalecer las Auditorías internas de casos (inconformidad, aplicación de Guías de Prácticas Clínicas, muerte materna, muerte neonatal, pertinencia de cesáreas) que realizan el hospital 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.

9. 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 generan 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
- 85 al 90% 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.
- 70 al 75% del Nivel de adherencia en Higiene Manos, conforme las observaciones realizadas
- 80 al 85% de cumplimiento en la aplicación de herramienta bundle por cada factor de riesgo evaluado (TET, CVC, CUP).
- 77 al 85% de nivel de desempeño alcanzado por el hospital, en la Gestión de la Calidad de la Atención Materna Neonatal.
- 65 al 75% en la autoevaluación ESAMyN

- 100% de los casos de muerte materna, ocurridos en hospitales serán auditados.
- 100% de cumplimiento a las recomendaciones de las auditorías efectuadas por la zona.
- 100% de los casos de inconformidad requeridos 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.
- 80% al 85% 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)

10. Estrategias que permitan lograr los objetivos

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, actualizar los equipos de mejora en cada uno de los servicios de atención, con sus planes de trabajo elaborados y aprobados por las autoridades hospitalarias.
- 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 en cada servicio.
- Crear cultura organizacional en calidad de servicios y seguridad del paciente en los profesionales del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.
- 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, involucrando a los equipos de mejora continua de cada servicio.

Seguridad del paciente:

- Establecer la Seguridad del paciente como eje transversal en todos los servicios.
- Actualizar los equipos de mejora en cada uno de los servicios de atención, con sus planes de trabajo elaborados y aprobados por las autoridades hospitalarias.
- Priorizar intervenciones en los servicios del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone con énfasis en seguridad del paciente.
- Proveer herramientas de calidad la misma que se encuentra realizada para medición a la aplicación de las prácticas de seguridad del paciente con los equipos de mejora continua de cada servicio.
- 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, involucrando a los equipos de mejora continua de cada servicio.

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.

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).

Gestión Materna Neonatal:

- Monitoreo mensual de indicadores y estándares materno neonatales, aplicados en la matriz emitida por el MSP, con la elaboración de los planes de acción respectivos.

- 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).

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
- Capacitación constante y 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.

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, muertes neonatales). Sistematizar resultados de auditoría de calidad de la atención de casos de muerte materna.
- Auditoría de la calidad de la atención en casos de muerte neonatal, con la elaboración de los planes de acción respectivos.
- Auditorías de la pertinencia médica de cesáreas cruzadas. Mejorar la veracidad de los resultados de las auditorías de la pertinencia médica de cesáreas, con la elaboración de los planes de acción respectivos.
- Cumplimiento de recomendaciones establecidas en los informes de auditorías de casos de muertes maternas.

11. Actividades concretas a realizar en cada una de las líneas

Gestión de la Calidad:

- 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.
- Conformación de los Equipos de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo de los Servicios de Salud, Capacitación, entrenamiento y/o formación en temas de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo de los Servicios de Salud.

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.

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 entrega el enlace de gestión de la encuesta de satisfacción del usuario para su aplicación por servicio hospitalario a través de Atención al usuario con una distribución equitativa del número de encuestas a realizar (51 por mes).
- Cada trimestre se evaluará la satisfacción del usuario del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone conforme las 14 preguntas asociadas a la calidad de los servicios de satisfacción de la Encuesta.
- Se elabora 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 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.

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, Neonatología, emergencia, medicina interna y cirugía 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.

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.

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.

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 auditoría 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.

12. Productos esperados para cada actividad

Gestión de la Calidad:

- Programa de gestión de la calidad implementado e institucionalizado
- Resultados trimestrales de indicadores de gestión de calidad

- Flujogramas de calidad de la atención bien estructurados
- Protocolos levantados en cada servicio
- Adecuada aplicación de guías de práctica clínica

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

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 el mismo que es proporcionado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Pre pagada – ACCESS
- 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.

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, neonatología, emergencia, medicina interna y cirugía

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, en los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, ginecología y centro obstétrico.

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.
- Normativa ESAMyN y sus puntos focales vigilantes de la aplicación.

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.

13. Indicadores para medir el progreso hacia las metas establecidas.

13.1 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%)

13.2 Indicadores: Seguridad del Paciente

- Porcentaje de pacientes hospitalizados y/o en observación, sin brazaletes o errores en el brazaletes 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

13.3 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.

13.4 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, neonatal, emergencia, medicina interna y cirugía
- Porcentaje de cumplimiento de realización de fichas de investigación de IAAS

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

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

13.5 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.

13.5.1 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.

13.6 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

13.7 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 DNCSS 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, originadas en el Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.

14. Tiempos de cumplimiento para de cada actividad

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 por servicio.
- Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad anual

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.

Encuesta de Satisfacción:

- Revisión de la muestra asignada al hospital en este año es de 51 encuestas por mes.
- 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.

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.

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.

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.

Cuadro de Planificación Operativa del Plan de Calidad 2026

Línea temática	Metas	Actividad a realizar	Tiempo de ejecución	Verificable	Indicador	Responsable
Gestión de la Calidad de la Atención en Salud	80–100% de nivel de desempeño institucional	Monitoreo trimestral de indicadores de calidad y elaboración de informes técnicos	Trimestral (ene–dic 2026)	Informes trimestrales aprobados	% de desempeño alcanzado en gestión de calidad	Unidad de Calidad / Comité Hospitalario de Calidad
Seguridad del Paciente	100% eventos adversos notificados con acciones correctivas	Capacitación y monitoreo del flujo de notificación y prácticas seguras	Trimestral y continuo	Informes de monitoreo y actas de capacitación	% eventos con acciones correctivas / % adherencias prácticas seguras	Comité de Seguridad del Paciente / Líder de Calidad
Satisfacción del Usuario	100% cumplimiento de la muestra mensual (≥ 51 encuestas)	Aplicación mensual de encuestas digitales y análisis trimestral	Mensual / Trimestral	Reportes ACCESS y análisis técnico	Índice de satisfacción del usuario externo	Atención al Usuario / Unidad de Calidad
IAAS – Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	70–75% adherencia higiene de manos / 80–85% bundle	Observaciones estrategia multimodal de higiene de manos y herramienta bundle	Permanente con cortes semanales y mensuales	Reporte Bundle, informes IAAS, informes observación higiene de manos	% adherencia higiene de manos / % bundle	Comité IAAS / Epidemiología / Enfermería
Gestión de la Calidad Materna Neonatal	77–85% desempeño en gestión materna neonatal	Medición mensual de indicadores y ciclos rápidos de mejora	Mensual / Trimestral	Matrices MSP - CONE y actas de comité	Tasa mortalidad neonatal / letalidad obstétrica	Líder de Calidad / Director Asistencial
ESAMyN	65–75% autoevaluación ESAMyN	Autoevaluaciones trimestrales y capacitación normativa	Trimestral	Informes de autoevaluación ESAMyN	% cumplimiento de parámetros ESAMyN	Punto Focal ESAMyN / Unidad de Calidad
Auditorías de la Calidad	100% auditorías ejecutadas y entregadas	Auditorías de casos centinela, inconformidades y cesáreas cruzadas	Trimestral / según evento	Informes técnicos de auditoría	% auditorías realizadas en plazo	Equipos de Auditoría / Unidad de Calidad

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.

15. Seguimiento – Monitoreo

Gestión de Calidad:

- Reporte y monitoreo de indicadores (Líder de calidad, comités técnicos hospitalarios y equipos de mejoramiento continuo)

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)

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 socialización del enlace de realización de la encuesta de satisfacción de la calidad del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova lo realizarán el personal de Atención al Usuario 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.

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, a través de las observaciones de nivel de adherencia según las oportunidades realizadas en cada momento de higiene de manos
- Los responsables de la herramienta Bundle es el personal de enfermería de UCI, Neonatología, emergencia, medicina interna y cirugía, el nivel nacional nos emite los

consolidados de la ejecución con cortes semanales y mensuales, para posterior análisis respectivo

- Responsable de epidemiología a través de la recepción de las fichas y reporte de eventos adversos.

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.

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.

Auditoría:

- Los responsables directos de la actividad son los Equipos de auditoría de calidad, 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, luego de cada auditoría se realiza el informe con las recomendaciones establecidas, para el ciclo rápido con el monitoreo y seguimiento respectivo.

16. Evaluación del cumplimiento y resultados del plan

Gestión de la Calidad:

- Evaluación trimestral por parte de la unidad de calidad siendo el 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, 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.

Seguridad del Paciente:

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

Encuesta de Satisfacción:

- Los reportes de cumplimiento por parte 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.

Infecciones Asociadas a la Atención de Salud:

- La evaluación del cumplimiento se hace a través del seguimiento de las actividades planificadas por cada fase, epidemiología será responsable de la medición, análisis, reporte de resultados de indicadores.
- La evaluación de cumplimiento de la herramienta Bundle se hace a través del consolidado zonal 4 enviado por nivel central y análisis en la institución bajo la dirección de epidemiología.

Gestión Materna Neonatal:

La unidad de calidad, a través del 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, y con el levantamiento de un acta según formato establecido con la firma de la máxima autoridad del hospital.
- 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.

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.

Auditoría:

- La evaluación y cumplimiento de las auditorías son tareas críticas 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 auditorías.

17. Créditos

Aprobado por:	Dr. Franco Vallejo Noguera Gerente	
Revisado por:	Dr. Ángel Vera Barreiro Director Asistencial	
Elaborado por:	Ing. Cecilia Pino Z. Responsable de Calidad	
	Ing. Bertha Irigoyen F. Analista de Calidad	
	Lic. Fanny Pibaque Mero Responsable de Epidemiología	
	Dr. Ibrahima Traore Subdirector de Gestión de Especialidades Clínica y/o Quirúrgicas	
	Dr. Erick Macías García Subdirector de Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutica	
	Lic. Lorena Cedeño García Coordinadora de Enfermería (e)	