

PLAN DE CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

HOSPITAL GENERAL PUYO

PASTAZA

FEBRERO 2022

VALIDACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD(Febrero/2022)

Comité de Gestión de la Calidad de la Atención Hospitalaria

Presidente: Ing. Daniela Peralta/ Gerente del Hospital Provincial Puyo

Secretaria: Lic. María Gavilema/ Responsable de la Unidad de Calidad

Vocales:

Dra. Ximena Viera/ Directora Médico Asistencial
Ing. Tamara Perez/ Directora Administrativo Financiero
Dr. Stalin Mora/Coordinador Especialidades Clínico Quirúrgicas
Lic. Irma Naveda / Subdirectora de Enfermería
Bioq. Alex Naranjo / Lider de Farmacia Bioquímico Farmacéutico
Dr. Edgar Mora/Coordinador de Docencia e Investigación
Dra. Stephany Tayupanta/ Lider de Admisiones.
Lic. Nelly Villamarin/Coordinadora de Atención al Usuario
Ing. Elizabeth Yanez/ Lider de Talento Humano
Dra. Mayra Llerena/Epidemióloga Vigilancia Hospitalaria
Dra. Rebeca Vallejo / Coordinador Laboratorio Clínico y Microbiología

ACUERDO MINISTERIAL

MGS. CARINA VANCE MAFLA

**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA REPÚBLICA DEL ECUADOR
CONSIDERANDO**

- QUE,** *el artículo 361 de la citada Constitución de la República del Ecuador establece que: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.*
- QUE,** *el Art. 4 de la Ley Orgánica de Salud ordena: “La Autoridad Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud: así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.*
- QUE,** *el Objetivo 3 del Plan Nacional de Desarrollo “Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 2017”, establece: “Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectorial y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social”.*
- QUE,** *conforme el artículo 17 del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud tiene como misión: “Garantizar la calidad y mejora continua de los servicios de salud que presta el Ministerio de Salud Pública, mediante la definición de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, para contribuir a mejorar la salud de la población; en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados.*
- QUE,** *conforme el artículo 17 del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud tiene como 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”.*
- QUE,** *conforme al Capítulo III, literal 3.4 de los Procesos habilitantes de Asesoría, del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, la 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.*



Plan de Gestión de Calidad	CÓDIGO	HGP-GC-PL-01		
	N° VERSIÓN	3	FECHA DE EMISIÓN:	14/02/2022

TABLA DE ELABORACION

	NOMBRE	CARGO	SUMILLADO
APROBADO POR:	Ing. Daniela Peralta	Gerente	
REVISADO POR:	Dra. Ximena Viera	Directora Médico Asistencial	
ELABORADO POR	Lic. María Gavilema	Responsable de Gestión de Calidad	



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. DESCRIPCIÓN Y ANALISIS SITUACIONAL HOSPITAL GENERAL PUYO.....	7
3. LINEAMIENTO DE LAS POLITICAS INSTITUCIONALES ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	12
4. INFORMACIÓN DE ENTRADA,,,	12
5. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS	12
6. MARCO JURIDICO	13
7. OBJETIVOS GENERAL	14
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
9. ALCANCE.....	15
10. DEFICIÓN Y CONCEPTOS	15
11. MARCO REFERENCIAL.....	17
12. ANÁLISIS FODA DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	19
13. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE CALIDAD.....	20
14. MONITOREO DE LA CALIDAD INDICADORES.....	25
15. BIBLIOGRAFIA	26

1. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud Pública debe garantizar la calidad y mejora continua de los servicios de salud y optimizar la atención integral del paciente, con el desempeño técnico, la efectividad de la atención, la eficiencia de la entrega de los servicios, el acceso a los mismos, las relaciones interpersonales, la continuidad de la atención de los servicios, la seguridad del/a usuario/a, la infraestructura, la comodidad y la elección, son dimensiones claves de una gestión de la calidad que sea coherente con las necesidades del país, la institución o el sistema de salud.

La elaboración y aplicación del Plan de Calidad en el Hospital General Puyo, demostrará que se una herramienta de utilidad para el mejoramiento continuo de la calidad de los cuidados de salud. Existe la experiencia de su implementación como herramienta fundamental, en unidades hospitalarias a nivel nacional e internacional, permitiéndoles ofrecer el máximo de calidad asistencial a los usuarios con los recursos disponibles. Se lo debe considerar también como una estrategia, cuya aplicabilidad en la práctica se basa en la determinación, funcionabilidad y evaluación de los procesos, los resultados que se obtengan, permitirán determinar estándares de calidad y realizar los cambios pertinentes, con lo cual se irá produciendo la mejora continua de los servicios en los cuidados de los usuarios.

Además, con el funcionamiento del Plan de Calidad, lo que se trata identificas nudos críticos y buscar estrategias de solución para lograr cambio en el personal de salud y los usuarios, romper antiguos paradigmas de atención, y establecer el empoderamiento de todos para la mejora continua de los servicios en beneficio de los usuarios internos y externos.



2. DESCRIPCIÓN Y ANALISIS SITUACIONAL HOSPITAL GENERAL PUYO



2.1. Descripción de la institución

El Hospital General Puyo, inicia sus actividades en una infraestructura tipo Centro de Salud Hospital el 1 de marzo de 1981, siendo inaugurado el 12 de mayo del mismo año, con una dotación normal de 15 camas. Mediante Acuerdo Ministerial 6408 del 25 de julio de 1984, publicado en el Registro Oficial 793, se emite el Orgánico Funcional de Hospitales, mediante el cual esta unidad por su ubicación en la cabecera provincial, pasa a considerarse como Hospital Provincial. En el año 1988 se amplía la infraestructura y se incrementa la dotación normal a 25 camas.

El Hospital General Puyo actualmente es una unidad de segundo nivel de complejidad dentro del Sistema del Ministerio de Salud Pública, tipo Hospital General que por gestión de las autoridades de salud y con la voluntad política del Gobierno Central, en el año 2013, se hace efectiva la construcción de una nueva infraestructura hospitalaria la misma que fue puesta en funcionamiento a partir del 27 de Marzo del 2013 en la nueva infraestructura, con equipamiento moderno y una capacidad instalada para 125 camas destinado a brindar atención especializada; preventiva, ambulatoria, recuperación y rehabilitación a los usuarios/as.

La atención en la Nueva Infraestructura, funciona bajo los lineamiento y políticas del nuevo modelo de atención, centrado en el usuario, familia y una política de calidad, contando con el apoyo y participación de los profesionales técnicos y administrativos, que por su capacidad resolutoria se constituye en la unidad de referencia de la RED PUBLICA en la Provincia de Pastaza y población de las comunidades vecinas de las Provincias de Morona Santiago, Napo y Tungurahua.

Ubicación: La institución se encuentra localizada en Ecuador, Provincia de Pastaza, en el Cantón Puyo, Parroquia Puyo, Barrio Juan Montalvo, Av. 9 de Octubre y Bolívar Feican.

2.2. Medios de comunicación

Teléfonos: 03 2892466; 032 892467. Referencias: 032 892469



- 2.3. **Horarios de atención:** Emergencia las 24 horas, Consulta Externa de Lunes a Viernes desde las 07:00 hasta las 16:30 horas y los días Sábados desde las 07:00 hasta 15:00 horas.
- 2.4. **Talento Humano:** El Hospital Provincial Puyo cuenta con personal médico profesional y experimentado, así como personal administrativo, trabajadores y técnicos con experiencia, lo que permite satisfacer de cierta manera las necesidades de la población.
- 2.5. **Características físicas**

Infraestructura: El hospital General Puyo, tiene un área de construcción en forma horizontal de 14.000 metros, que representa el 82% de una extensión de 17.000 metros cuadrados del área total de la Institución.

Tipo de Edificación: el sistema estructural es pobre pilotes, combinado con una cimentación de viga y losa que forma la implantación del hospital: desde su cimentación se aplicó un sistema de pilotaje de sección circular de 250mm de diámetro, los mismos que varían de profundidad 8.00m a 13.00m aproximadamente, los cuales fueron de acuerdo al estudio de suelos y a la prueba de carga, sobre este sistema se encuentra un encepado rígido que son los encargados en repartir uniformemente entre los pilotes la carga, los pilotes se unen mediante vigas riostradas de sección que supera los 50cm de acuerdo a planos. Sobre estas vigas se ha mejorado las condiciones del suelo colocando una sub base clase 2 y a la vez se ha realizado una losa de cimentación para que soporte las cargas que genera la instalación hospitalaria.

Material predominante: El material de construcción predominante es estructura metálica, vidrios, templados gypsum y vinil.

Número de pisos: 23 bloques que conforman la Unidad Hospitalaria, de una sola planta, numerados alfabéticamente.



Vista superior de la infraestructura del Hospital General Puyo

2.6. Cartera de Servicios

A más de especialidades básicas se dispone también de otras especialidades, consideradas de acuerdo a las necesidades presentadas por la población que demanda los servicios.

CARTERA DE SERVICIOS MEDIOS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

REHABILITACION		LABORATORIO 24 HORAS DIARIAS		IMAGENOLOGIA 13 DIARIAS		SERVICIO DE DIALISIS			
ELECTROTHERAPIA	Electro-estimulación	QUIMICA SANGUINEA	Glucosa	ECOGRAFIAS	Lunes a jueves 8 horas (07:30 - 16:30)	HEMODIALISIS			
	Ultrasonido		Urea, creatinina		Viernes a domingo: 13 horas (7:00 - 21:00)				
	Magneto-terapia		Perfil hepático y lipídico	TOMOGRAFIA SIMPLE Y CONTRASTADA	Todos los días 13 horas (07:30 - 21:00)	10 máquinas para Hemodiálisis			
COMPRESAS QUIMICAS	Compresas frías	HEMATOLOGIA	Biometría hemática	INTENSIFICADOR DE IMAGEN	En cirugías programadas y de emergencia	1 máquina para pacientes que requerimiento aislamiento.			
	Compresas calientes		Grupos sanguíneos, hematozooario		Todos los días 13 horas (07:30 - 21:00)	1 máquina para emergencias			
TERAPIA RESPIRATORIA	Ejercicios respiratorios		Coagulación y hemostasia		Cultivos: secreciones de heridas, líquidos corporales	MAMOGRAFIAS	Todos los días 13 horas (07:30 - 21:00)	Horarios de llamadas para cubrir las emergencias, según requerimiento de los pacientes.	
	Terapia motora	BACTERIOLOGIA	Baciloscopias	RAYOS X					Todos los días 13 horas (07:30 - 21:00)
	Educación postural	Cultivo de micobacterias	URO ANALISIS		Elemental y microscópico de orina, cultivos de orina	DIALISIS PERITONEAL INTRA -INSTITUCIONAL			
TERAPIAS GRUPALES	Psicoprofilaxis del parto	SEROLOGIA	HIV, Sífilis	HORARIO DE ATENCION	Lunes a domingo desde las 07:30 hasta las 21:00 horas y llamadas de emergencia, según prioridades de los servicios.		Capacitación a pacientes y familiares. Sesiones de entrenamiento, de lunes a viernes desde las 08:00 hasta las 17:00.		
	Atención adolescente		Pruebas rápidas de antígeno, Torch, Chagas			COPROPARASITARIO		FARMACIA 24 HORAS	DOMICILIARIO
GIMNACIO TERAPEUTICO	Terapia ocupacional	MEDICINA TRANSFUNCIONAL	Coprológico de heces, sangre oculta	Expendio interno	Emergencia, quirófano, centro obstétrico		HORARIO ATENCION HEMODIALISIS		
	Quinesia terapia		Investigación de rotavirus, adenovirus			Expendio externo		Servicios de internación	
	Mecano-terapia		Investigación de H. Píloro						Consulta externa: lunes a sábado
	Terapia neurológica		Pruebas cruzadas						
Estimulación temprana	Grupos sanguíneos	Tipificación de subgrupos							
HORARIO DE ATENCION									
De lunes a viernes desde las 07:30 hasta las 16:30						Tres turnos: 07:00 a 11:00, 11:30 a 15:00 ; 15:30 a 20:30 Lunes a sábado 13 horas diarias: desde las 07:00 a 21:00 horas y llamadas para cubrir las emergencias.			

Elaborado por: Lic. Irma Naveda - Gestión Cuidados de Enfermería- Febrero/2022

HOSPITAL GENERAL PUYO

CARTERA DE SERVICIOS MEDICOS

CONSULTA EXTERNA	INTERNACION	SERVICIOS CRITICOS
ESPECIALIDADES CLINICAS	CAMAS DISPONIBLES	CENTRO QUIRURGICO
PEDIATRIA	BLOQUE 2	Disponible 5 quirófanos, operativos 3
MEDICINA INTERNA	Operativas 13 habitaciones, 24 camas	Cirugías programadas y de emergencia.
GASTROENTEROLOGÍA	Especialidades: Cirugía general, Cirugía plástica, Urología, Traumatología, Cirugía Vascular y otras de menor frecuencia.	Una sala para recuperación general con 3 camas y una sala de recuperación para aislamiento con 2 camas.
PSIQUIATRIA	BLOQUE 3	Disponibilidad del quirófano las 24 horas.
NEONATOLOGIA	Operativas 13 habitaciones, 24 camas	Procedimientos de endoscopias y colonoscopias.
NEFROLOGIA	Especialidad de Ginecología y Obstetricia	CENTRO OBSTETRICO
OTORRINOLARINGOLOGIA: Drenaje abscesos, hematomas, extracción de cuerpo extraño de nariz y oídos.	BLOQUE 4	Un quirófano de 8 horas de lunes a viernes para cirugías obstétricas: cesáreas, salpingectomías, legrados y procedimientos
PSICOLOGIA: Consultas, interconsultas, evaluación coeficiente intelectual, Neurodesarrollo, Terapia Psicológica.	Operativas 12 habitaciones, 22 camas	Tres salas de labor de partos
NUTRICION: Interconsultas, referencias, lactancia materna, ESAMyN y seguimiento de pacientes de Diálisis.	Especialidad de Pediatría	Dos salas de atención del parto con adaptación intercultural a libre elección de sus posición
VALORACION DIABETOLOGICA:	BLOQUE 5	Dos salas para aislamiento de pacientes
ODONTOLOGIA GENERAL: Cirugia tercero molar, odontopediatría, pulpectomías, exodoncia, periodoncia.	Este bloque esta divide en 2 áreas: para Medicina Interna y para aislamiento e infectología.	Una sala de recuperación de partos con 3 camas
DERMATOLOGIA: Martes y jueves: Crioterapia, filtraciones y procedimientos dérmicos.	MEDICINA INTERNA	Una sala de atención de Recién Nacido
CARDIOLOGIA: Ecocardiogramas, electrocardiogramas, Holter de arritmias.	Operativas 9 habitaciones, 15 camas	EMERGENCIA
NEUROLOGIA: Electroencefalogramas	AISLAMIENTO E INFECTOLOGIA	Triage de Manchester
OFTALMOLOGIA: Refracción, VAP en niños, queratometría, fundoscopia indirecta, extracción cuerpo extraño, dilatación vías lagrimales.	Operativas 5 habitaciones individuales	Consultorio de primera atención.
AUDIOLOGIA: Valoración auditiva niños 0 a 5 años con emisiones otacústicas, audiometrías a niños y adultos.	Con aislamiento de cohorte tiene una capacidad máxima para 8 pacientes	Atención de urgencias y emergencias
ESPECIALIDADES CLINICO QUIRURGICAS	NEONATOLOGIA	Atención coronarias
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Capacidad 15 cunas	Obstrucción aérea
CIRUGIA GENERAL	Cunas en uso 12	Insuficiencia respiratoria grave
CIRUGIA PLASTICA	10 cunas para cuidados intermedios. 2 cunas para cuidados críticos según necesidades institucionales.	Trauma craneo encefálico
UROLOGIA, CIRUGIA VASCULAR	TOTAL CAMAS CENSABLES: 102	Estado convulsivo, Shock
TRAUMATOLOGIA: Consulta, procedimientos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Politraumatismo grave.
HORARIO ATENCION: lunes a viernes 07:30 hasta las 17:30, sábado 09:00 - 16:30)	Capacidad para 7 camas: 6 atención adultos, 1 para aislamiento, están operativas 4 camas	Trauma torácico, abdominal
	Camas para observación en emergencia 23	Post - reanimación cardiopulmonar
	Camillas en el Centro Obstétrico 5	Observación: niños, adultos 23 camas.
	Camillas en el Centro Quirurgo 5	Atención de pacientes críticos: 2 camas
	Sillones atención en Diálisis 10.	TRIAGE RESPIRATORIO
	TOTAL CAMAS NO CENSABLES: UCI 4, Emergencia 25, Quirófano 5, Centro Obstétrico 5, Diálisis 10 sillones. TOTAL 45 CAMAS.	Carpa triage y atención de pacientes
	Como Hospital polivalente, por saturación de camas en la especialidad, los pacientes ingresan al servicio que tenga disponibilidad.	Carpa con 4 camas para observación de pacientes respiratorios sospechosos con CoVid.
		HORARIO DE ATENCION: Centro Obstétrico, Quirófano y Emergencia, atención las 24 horas.

Elaborado por: Lic. Irma Naveda - Gestión Cuidados de Enfermería - Febrero/2022

CARTERA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES.

ATENCION ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA	GESTION DE ADMISIONES Y ATENCION A USUARIOS	CENTRAL DE ESTERILIZACION	RED PUBLICA
GESTION DE PACIENTES	GESTION DE PACIENTES	AREA ROJA (sucia)	GESTION DE PACIENTES
Preparación de pacientes, curaciones, inyecciones, gestión de ingresos.	Planificación agenda, reagendamiento planes de contingencia, validación de las referencias.	Proceso de recepción de equipos y materiales usados	Activación de pacientes Manchester 1 y 2 para referencias a unidades de la RED Pública y complementaria
Educación en manejo y seguimiento pacientes con Diabetes Tipo 2, VIH : interconsultas y seguimiento pacientes internados, coordinación con personal del primer nivel de los Distritos de Salud.	Agendamiento: citas, interconsultas, referencias, cirugías planificadas, exámenes de laboratorio e imagen, procedimientos para endoscopias y colonoscopias.	Proceso de clasificación, prelavado, lavado, secado, desinfección intermedio y alto nivel, testeo de desinfectantes.	
Circular procedimientos médicos, toma y traslado de muestras al laboratorio, administración de medicamentos.	Atención prioritaria a grupos vulnerables, notificación a pacientes plan de contingencia, gestión de ingresos y egresos hospitalarios.	ZONA AZUL (limpia)	Activación códigos de validación para exámenes y consulta externa a unidades de la RED privada y complementaria.
PROGRAMAS PRIORITARIOS	Gestión de inconformidades y encuestas de satisfacción a los usuarios externos.	Proceso de inspección, preparación, empaquetado y codificación de materiales y equipos.	Recepción para atención integral a pacientes derivados del IESS, ISSFA e ISSPOL.
Vacunación BGC y HB a Recién Nacidos.	CUSTODIO DE LA INFORMACION CLINICA	Proceso de esterilización de ALTA TEMPERATURA y BAJA TEMPERATURA (Formaldehído)	Auditoría médica para recuperación costos de pacientes asegurados.
Vacunación COVID al personal del Hospital	Facilitar acceso a información HCL, verifica y entrega información para: usuarios, Fiscalía y recuperación costos de los beneficiarios de la RED		RECUPERACION DE COSTOS
Programas prioritarios: Clínica del VIH y enfermedades crónicas no transmisibles.	GESTION DE INFORMACION	Proceso de validación de esterilización de equipos, lencería y materiales.	Recolección, validación, procesamiento de información de pacientes atendidos.
Programa de Tuberculosis: captación seguimiento, contrarreferencia y derivación a unidades del primer nivel.	Recolección, Procesamiento y entrega de información estadística, indicadores hospitalarios y perfil epidemiológico.		Envío información para recuperación de costos a Instituciones de la RED y SPAT
Programas del adulto mayor, del adolescente y estrategia ESAMyN.	ALBERGUE- ATENCION USUARIOS	ZONA VERDE (Almacenamiento)	TRABAJO SOCIAL
PROMOCION DE LA SALUD	Traducción, acompañamiento a usuarios de las nacionalidades indígenas.	Almacenamiento de equipos y material estéril.	Gestión de pacientes Manchester 3,4,5 a unidades de mayor complejidad, para exámenes y consulta externa, de las especialidades y exámenes que no se dispone en el Hospital.
Capacitación sobre manejo de pacientes con Diabetes Tipo 2; charlas a los usuarios y campañas de promoción de la salud en casas abiertas.	Gestión del albergue para pacientes y acompañantes de pacientes hospitalizados.	Verificación, distribución y/ o transporte según requerimiento de los servicios.	
HORARIO DE ATENCIÓN: Lunes - viernes 07:00-18:00; sábado: 08:00 - 17:00 horas.	HORARIO: Consulta Externa: Lunes a viernes desde las 07:00 a 18:00 horas; sábados de 08:00 a 17:00 horas. Emergencia todos los días las 24 horas, en turnos de 12 horas.	HORARIOS DE ATENCIÓN: De lunes a domingo 13 horas, de 07:00 a 20:00)	HORARIOS DE ATENCIÓN: De lunes a viernes desde las 08:00 hasta las 17:00 horas.

Elaborado por: Lic. Irma Naveda - Gestión Cuidados de Enfermería - Febrero/2022

3. LINEAMIENTO DE LAS POLITICAS INSTITUCIONALES

Misión

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

Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que presentan una 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. INFORMACIÓN DE ENTRADA

La información considerada para elaborar este plan de calidad es la siguiente:

- La política de la calidad.
- Los objetivos de la calidad
- Los objetivos estratégicos institucionales
- Las revisiones por la dirección
- Los informes de auditorías internas
- Los informes de auditorías de tercera parte
- Recomendaciones de los auditores y evaluadores externos
- Los resultados del sondeo de Satisfacción al Cliente
- Los objetivos de los equipos de trabajo de la estructura organizacional de la calidad

5. PRIORIDADES ESTRATEGICAS

Prioridad 1.- Atención especializada con calidad y seguridad

Prioridad 2.- Satisfacción de la demanda

Prioridad 3.- Optimización de los recursos

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL	OBJETIVO ESTRATÉGICO ESPECÍFICO	ESTRATEGIAS
Incrementar la calidad de atención especializada en salud	Fortalecer el sistema de mejora continua de la calidad y calidez de atención hospitalaria, orientado a la satisfacción de las necesidades de los usuarios con eficiencia, eficacia y efectividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con el plan de calidad acorde a las necesidades actuales. • Promover el desarrollo integral del recurso humano médico, técnico y administrativo • Conservar y mejorar las instalaciones hospitalarias en las condiciones más optimas mientras dure la contingencia • Garantizar el Funcionamiento adecuado de los equipos existentes en las actuales instalaciones.
Incrementar la satisfacción de la demanda	Mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos y actividades de la atención hospitalaria basada en indicadores de calidad, producción y productividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del tiempo de espera. • Aplicando los planes de mejora continua. • Ampliar el número de consultas.
Incrementar la optimización de los recursos	Ampliar las estrategias para disminuir los riesgos y daños a la salud que puedan suscitarse por factores naturales o de origen catastrófico.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el plan de mantenimiento de los equipos. • Enseñar a través de prácticas. • Capacitaciones continuas a personal en tema de salud, ambiente laboral y cultura general.

6. MARCO JURIDICO

6.1. Constitución política del estado

Sección Séptima – Salud. Art. 32. El Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud,



salud sexual y salud reproductiva; el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generación

Sección Segunda – Salud. Art.361. La salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

6.2. Ley organica del sistema nacional de salud

6.2.1. Capítulo I Definición, ámbito de aplicación, finalidad, principios y objetivos

Artículo 3. Objetivos

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

6.2.2. Capítulo VI - De los recursos humanos.- Art. 26: El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, propondrá a las entidades formadoras la política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud, que considere la armonización de la formación en cantidad y calidad con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y del mercado de trabajo.

7. OBJETIVOS GENERAL

Fortalecer los procesos de mejoramiento continuo de la calidad en el Hospital General Puyo, mediante la aplicación de la normativa vigente, para obtener resultados medibles que garanticen la atención al usuario.

8. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Incrementar la calidad de la atención en las prestaciones de salud a la población en el Hospital mediante la incorporación de equipos de mejora de la calidad en todos los servicios.
- Elaboración del plan de calidad de los diferentes servicios



- Impulsar la implementación de estándares de calidad para el funcionamiento de los servicios hospitalarios
- Aplicar la metodología de mejoramiento continuo de la calidad con el enfoque basado en procesos

9. ALCANCE

A nivel interno se aplicará en todos los servicios del Hospital General Puyo y está dirigido a Médicos Coordinadores, Enfermeras Líderes y responsables de cada componente.

10. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Calidad: Organización Mundial de la Salud (OMS) “La Calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”. Es la definición operativa de la calidad esperada del desempeño de un proceso, en la que se establece a qué grado de calidad se desea llegar, a través de la formulación de estándares, que pueden ser clínicos, administrativos y de satisfacción de usuarias/os.

Calidad de la atención en salud: conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Certificación: Término usado habitualmente vinculado a los Recursos Humanos, constituyendo el aval dado al mismo por alguna institución que avala que dicho profesional está capacitado en determinada especialidad o práctica.

Comités y Comisiones Técnicas: son grupos de trabajo que forman parte de la estructura organizativa de todo establecimiento de salud.

Efectividad: Según Avedis Donabedian: conseguir mejoras en la salud mejorando el impacto de la morbilidad sobre una población definida. Consiste en la medición del grado en que una forma eficaz de intervención puede aplicarse o ponerse a disposición de todos los miembros de un grupo definido que podría resultar beneficiado.

Eficacia: Es la capacidad científicamente comprobada y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema y de producir un resultado específico.

Eficiencia: Es el uso racional de los recursos disponibles empleando la tecnología apropiada a las necesidades de la población para obtener el mejor resultado al menor costo.

Equipos de Mejoramiento de la Calidad: son grupos multidisciplinarios conformados obligatoriamente por profesionales, servidores y/o trabajadores de salud de diferente perfil profesional y nivel de jerarquía; son los responsables de la medición de los indicadores de los estándares establecidos para mejorar la calidad de los procesos de atención de salud, así como de la formulación y ejecución de los ciclos rápidos de

mejoramiento continuo. Cada servicio, área, proceso y/o unidad de trabajo deberá conformar un Equipo de Mejoramiento de la Calidad.

Estándar: definición clara de un modelo, criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Evento adverso: Suceso desfavorable de la atención médica que se produce como consecuencia de causas evitables por ajuste de normas y/o procedimientos.

Garantía de la calidad: conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.

Gestión de la calidad: modo en que la dirección planifica, implanta programas y sistemas, y controla los resultados con el objetivo de conseguir calidad.

Indicador: Un indicador permite medir y comparar cualitativamente y cuantitativamente la situación real con la deseada. Los indicadores están constituidos por datos organizados para la toma de decisiones en las variaciones identificadas entre la situación real y la situación deseada. Éstos pueden ser expresados en porcentajes, tasas, tiempo e índices.

Indicadores de gestión: Expresan cuantitativamente una relación que permite llamar "objetivamente" la atención sobre un problema o aspecto relevante del mismo. Estos indicadores son la expresión simbólica (sobre simplificación) de los problemas de gestión. Son útiles para procesar y comparar a través del tiempo el desempeño de un sistema de salud.

Institucionalización: proceso a través del cual un conjunto de actividades, estructuras y valores se convierte en parte integral y sostenible de una organización.

Medicina basada en la evidencia: Es un proceso que consiste en la incorporación de la mejor demostración científica para tomar las mejores decisiones. Para que esto se cumpla se debe recurrir a la información actualizada y apropiada a través de la búsqueda bibliográfica siguiendo una determinada estrategia. La bibliografía encontrada debe ser calificada críticamente sobre la base de criterios de validez y utilidad.

Mejoramiento Continuo de la Calidad: metodología sistemática que introduce cambios concretos en procesos específicos de atención de salud, para lograr niveles elevados de calidad y satisfacción de sus usuarios/as. Es un proceso constante y progresivo de introducción de mejoras en los sistemas de una organización.

Plan de calidad: herramienta gerencial que, alineada a las normas de calidad promulgadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, permite organizar en los establecimientos de salud, los procedimientos, actividades, tareas, asignación de recursos, responsables, tiempos de ejecución y de seguimiento con la finalidad de alcanzar el mejor nivel de calidad y seguridad en la provisión de los servicios de salud.

Sistema de Gestión de la Calidad: conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud y a sus dependencias públicas en lo relativo a la calidad de la atención y de gestión.

11. MARCO REFERENCIAL

11.1. La garantía de la calidad

Es el enfoque técnico central de la gestión de la calidad de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y por lo tanto es responsabilidad de todos/as los/as servidores, trabajadores y profesionales de la salud implementar las acciones e intervenciones, definidas en tres ámbitos de acción:

- a) **Definir la calidad:** es decir, establecer las características o atributos de una atención de calidad y las estrategias o mecanismos para ello. En lo operativo, van desde la reorganización estructural, el establecimiento de estándares ya sean clínicos, de procesos asistenciales, de satisfacción y administrativos. La aplicación de sistemas de vigilancia y supervisión, el reconocimiento y motivación al desempeño, así como la educación e investigación para la calidad, los cuales deben basarse en las dimensiones de la calidad de la atención en salud como la efectividad, la seguridad, la eficiencia, la accesibilidad, la aceptabilidad, la equidad, la continuidad y la oportunidad. (Rodríguez & Lugo, 2006)
- b) **Medir la calidad:** comparación entre lo definido y el resultado del desempeño en la atención brindada. En la práctica, la calidad de la atención en los establecimientos de salud, se evaluará mediante mecanismos de gestión interna y externa establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador tales como la auditoría, la satisfacción percibida por los usuarios/as, la habilitación (licenciamiento y permiso de funcionamiento), la certificación.
- c) **Mejorar la calidad:** incluye a todos los recursos metodológicos y administrativos para elevar el nivel de calidad de la atención en salud y que implica: cambios en los procesos, acciones administrativas, resolución de problemas, diseño y rediseño de la calidad, cada uno de estos elementos con las estrategias y acciones respectivas. Los mecanismos internos que serán utilizados de manera obligatoria, para el mejoramiento de la calidad de la atención son:
 - El monitoreo de los resultados de la medición periódica del cumplimiento de los estándares establecidos en las normativas vigentes para cada proceso de atención.
 - El mejoramiento continuo, constituido por los métodos y herramientas para asegurar el cumplimiento de los estándares, buscar y alcanzar de manera progresiva niveles superiores de calidad.

11.2. Institucionalización de la garantía de calidad

Los retos más frecuentes de los sistemas de salud o de los países que desarrollan programas de garantía de la calidad, no son precisamente relacionados con el “cómo hacerlo” sino, en el “cómo sostenerlo” o transformarlo en una cultura institucionalizada de garantía de la calidad, por lo tanto, el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de ente rector ha establecido como lineamiento fundamental la construcción de un modelo que aborde dos aspectos complementarios estratégicos:

- a) Un ambiente habilitador compuesto por políticas de calidad que refuercen y apoyen la garantía de calidad; un liderazgo que defina las prioridades,

promueva el aprendizaje y tenga en cuenta al personal; una cultura que promueva valores básicos organizacionales para el respeto, la calidad, el mejoramiento continuo y, recursos suficientes para implementar la garantía de la calidad. (El proceso de institucionalización de la calidad en la gestión pública en el gobierno del estado de México 1999-2009, 2011)

- b) La organización estructural para la calidad, que incluye la asignación de responsabilidades y funciones para la garantía de la calidad y con ello la supervisión, la coordinación y ejecución de actividades.

11.3. Seguridad del paciente

El principio clásico «*primum non nocere*» - “lo primero es no hacer daño”, frase atribuida a Hipócrates en el 460 AC, es el principio de bioética del que nace el concepto de la seguridad del paciente, como un pilar fundamental de la atención en salud y una dimensión de carácter crítico de la gestión de la calidad. (Lifshitz, 2022)

La atención en salud es una actividad cada vez más compleja que conlleva riesgos potenciales ya que combina factores inherentes al sistema sanitario con actuaciones humanas. La existencia de múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y el resultado de los cuidados, pueden involuntariamente causar daño e incluso la muerte del paciente.

De esta manera, la seguridad del paciente (usuario/a), se convierte en un enfoque central de la gestión de la calidad de la atención en salud y debe estar presente en el consciente individual y colectivo de los prestadores asistenciales, así como en cada proceso administrativo de atención ejecutado.

Es responsabilidad de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador el aplicar sostenidamente programas que incorporen las siguientes prácticas seguras de atención al paciente:

Prácticas Seguras Administrativas	
1	Identificación correcta del paciente.
2	Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.
Prácticas Seguras Asistenciales	
1	Control de abreviaturas peligrosas.
2	Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
3	Control de electrolitos concentrados.
4	Conciliación de medicamentos.
5	Administración correcta de medicamentos.
6	Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.
7	Profilaxis de trombo embolismo venoso.
8	Prevención de úlceras por presión.
Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales	
1	Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
2	Prácticas quirúrgicas seguras.
3	Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición.
4	Manejo correcto de las bombas de infusión.
5	Higiene de manos.
6	Prevención de caídas.
7	Educación en seguridad del paciente.

(Ministerio de Salud Pública, 2016)

12. ANÁLISIS FODA DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de calidad con vocación y capacitado • Procesos definidos para la Gestión de la Calidad conforme al Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales. • Estructura organizacional para la gestión de la calidad implementada de acuerdo al Registro oficial 18. • Hospital certificado como Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y el Niño. • Dispone de un programa de auditoria de la calidad de atención en salud (PACAS) • Protocolos actualizados de las 17 prácticas seguras. • Acompañamiento de las autoridades en la implementación de procesos de mejora de la calidad. • Dispone de herramientas para evaluar la implementación. • Implementación del código QR para calificación de la atención de salud 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovechamiento de plataformas digitales (REDCAp). • Alianzas estratégicas • Auditorías externas
<p>DEBILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poco adiestramiento de los Equipos de mejora • Falta de cumplimiento de los compromisos de las reuniones de los comités. • Bajo nivel de empoderamiento y reacción a procesos de control • No se asigna carga laboral para realizar actividades de calidad a los equipos de mejora. • Incumplimiento de las normativas vigentes. • Falta de retroalimentación de las 17 prácticas seguras. • Índice de satisfacción menor de 90% • No existe entrega formal del hospital 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación presupuestaria • Cambio de autoridades

13. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

HOSPITAL GENERAL PUYO
PLAN DE CALIDAD
AÑO 2022

OBJETIVO DE CALIDAD	ACTIVIDAD	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META TRIMESTRAL				RESPONSABLE	MESES													
				I	II	III	IV		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
Crear una cultura de satisfacción al cliente	Realizar encuestas de satisfacción el línea	Número de encuestas realizadas/número de encuestas designadas	Encuesta realizada	100%	100%	100%	100%	Personal de admisiones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Creación y colocación en los servicios el código QR para acceso a las encuestas al paciente	Número de códigos QR expuestos/número de servicios	Código QR impreso	100%				Lic. Maria Gavilema Ing. Clay Guadalupe		X												
	Elaboración de la necesidad para impresión del código QR	Número de documentos elaborados/ Número de necesidades	Necesidad enviada	50%	50%			Lic. Maria Gavilema			X											
	Elaboración de TDR y envío para impresiones	Número de proceso ejecutado/ número de procesos programados	Material educacional impreso	50%	50%			Ing Margoth Chariguaman		X	X											
	Elaboración de informe del índice de satisfacción para reporte GPR	Número de informes presentados/ Número de informes programados	Informe GPR	100%	100%	100%	100%	Lic. Maria Gavilema	X			X				X				X		
	Socialización de resultados	Número de informes socializados/ Número de informes realizados	Informe técnico	100%	100%	100%	100%	Lic. Maria Gavilema	X			X				X				X		

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL PUYO

PLAN DE CALIDAD

AÑO 2022

OBJETIVO DE CALIDAD	ACTIVIDAD	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META TRIMESTRAL				RESPONSABLE	MESES														
				I	II	III	IV		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud ofertados por el establecimientos	Socializar el Reglamento para la creación, conformación y funcionamiento de los comités.	Número de reuniones realizadas/número de reuniones programadas	Acta de reunión	100%				Dra. Ximena Viera	X	X	X												
	Reuniones ordinarias y extraordinarias	Número de reuniones realizadas/número de reuniones programadas	Acta de reunión	100%	100%	100%	100%	Dra. Ximena Viera y secretario/a de los comités	X			X			X				X				
	Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.	Plan elaborado y aprobado	Plan de trabajo aprobado	100%				Dra. Ximena Viera y secretario/a de los comités	X	X	X												
	Informe ejecutivo de ejecución del plan de trabajo del Comité.	Número de informe técnico elaborado/ Número de informe Técnicos programados	Informe ejecutivo	100%	100%	100%	100%	Dra. Ximena Viera y secretario/a de los comités	X			X			X				X				
Crear una cultura de mejora continua	Designación de equipos de mejora de la calidad	Número de equipos designados/Número de servicios del establecimiento	Quipux de designación	100%				Ing Daniela Peralta	X														
	Reestructuración de los equipos de mejora de la calidad	Número de equipos estructurados/Número de servicios del establecimiento	Acta de conformación	100%				Lic. Maria Gavilema Coordinadores de los EMC		X													
	Socialización acuerdo ministerial 0072	Número de reuniones ejecutadas/número de reuniones programadas	Acta de reuniones	100%				Lic. Maria Gavilema															
	Entrenamiento de los EMC mediante capacitaciones	Número de capacitaciones realizadas/ número de capacitaciones	Informe técnico	25%	25%	25%	25%	Lic. Maria Gavilema			X				X			X				X	

OBJETIVO DE CALIDAD	ACTIVIDAD	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META TRIMESTRAL				RESPONSABLE	MESES														
				I	II	III	IV		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
Disminuir la variabilidad durante la atención en salud mediante la capacitación continua en las guías de práctica clínica	Elaboración del plan de capacitación	Plan de capacitación elaborado y aprobado	Plan capacitación elaborado aprobado	100%				Dr. Edgar Mora	X														
	Presentación del proyecto del programa de educación del hospital en el REDCAP	Número de reuniones realizadas/número de reuniones programadas	Propuesta socializada	100%				Dr. Edgar Mora	X														
	Declaración de temas para educación continua del personal de los servicios	Número de servicios que declaran los temas/Número de servicios	Temas de capacitación declarados	100%				Lideres de los servicios	X	X													
	Ejecución de los temas declarados	Número de temas capacitados/número de temas declarados	Informe de capacitaciones		33.3%	33.3%	33.3%	Lideres de los servicios				X				X				X			
	Actualización de protocolos	Número de protocolos actualizados/número de protocolos designados	Protocolos actualizados		33.3%	33.3%	33.3%	Lideres de los servicios				X				X				X			
Desarrollar una cultura de excelencia con el fin de optimizar los recursos públicos, y la rendición de cuentas	Elaboración del programa de auditoría de la calidad de atención en salud (PACAS)	Programa aprobado por la máxima autoridad	PACAS aprobado	100%				Ing. Daniela Peralta Lic. Maria Gavilema			X												
	Ejecución del programa de auditoría de la calidad de atención en salud (PACAS)	Número de auditorías realizadas/número de auditorías programadas	Informe técnico	25%	25%	25%	25%	Equipo de Calidad Equipos de Mejora de la Calidad Lideres de servicio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Elaboración de informes de los indicadores GPR	Número de informes realizado/Número de indicadores	Informe técnico	25%	25%	25%	25%	Responsable de los indicadores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Reuniones para la socialización de resultados de GPR	Número de reuniones realizadas/número de reuniones programadas	Acta de reuniones	25%	25%	25%	25%	Ing. Daniela Peralta Lic. Irma Naveda	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL PUYO

PLAN DE CALIDAD

AÑO 2022

OBJETIVO DE CALIDAD	ACTIVIDAD	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META TRIMESTRAL				RESPONSABLE	MESES												
				I	II	III	IV		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Asegurar la disponibilidad de insumos y medicamentos para la atención de pacientes	Gestionar asignación presupuestaria para la adquisición de insumos y medicamentos	Gestión realizada	Disponibilidad de recursos	25%	25%	25%	25%	Ing. Daniela Peralta	X		X		X		X		X		X		
	Elaboración de la necesidad por las unidades requirientes	Número de informes de necesidades/ Número de necesidades	Informe técnico	25%	25%	25%	25%	Lideres de los servicios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Elaboración de términos de referencia para inicio de los procesos de adquisición	Número de terminos de referencia realizado/Número de informes de	Términos de Referencia elaborados	25%	25%	25%	25%	Bioq. Yadira Vargas Bioq. Alex Naranjo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Inicio de la etapa precontractual y contractual	Número de procesos ejecutados/Número de procesos programados	Adquisición de insumos o medicamentos	25%	25%	25%	25%	Departamento financiero	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Brindar una atención eficiente y segura	Reuniones para el seguimiento del cumplimiento de los componentes de la normativa ESAMyN	Número de reuniones realizadas/número de reuniones programadas	Actas de la reunión	100%	100%	100%	100%	Ing. Daniel Peralta Lic. Maria Gavilema			X			X			X			X	
	Retroalimentación de las 17 prácticas seguras	Número de capacitaciones realizadas/ número de capacitaciones programadas	Informe de capacitaciones		100%			Miembros del Comité de seguridad del paciente				X	X								
	Supervisión para seguimiento del cumplimiento de las 17 prácticas seguras	Número de supervisiones realizadas/ número de supervisiones programadas	Informe de supervisión		100%	100%	100%	Equipo auditor				X		X		X		X		X	

HOSPITAL GENERAL PUYO

PLAN DE CALIDAD

AÑO 2022

OBJETIVO DE CALIDAD	ACTIVIDAD	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META TRIMESTRAL				RESPONSABLE	MESES														
				I	II	III	IV		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
Garantizar el funcionamiento permanente seguro de las instalaciones, equipos biomédicos e infraestructura del hospital	Elaboración del plan para el mantenimiento de las instalaciones	Número de planes elaborados/Número de planes programados	Plan elaborado	100%				Ing. Lenin Medina	X														
	Presentación de TDR de acuerdo al plan de mantenimiento	Número de TDR elaborados/Número de necesidades indetificadas en el plan	TDR	25%	25%	25%	25%	Personal de mantenimiento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	
	Realizar el cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos	Número de cronograma elaborados/Número de cronograma programado	Cronograma aprobado	100%				Ing. Lenin Medina															
	Ejecución del cronograma de mantenimiento	Número de equipos con mantenimiento preventivo y correctivo /Número de equipos disponibles en el hospital	informe técnicos	25%	25%	25%	25%	Personal de mantenimiento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	



14. MONITOREO DE LA CALIDAD INDICADORES

El monitoreo de la calidad o medición de la calidad, consiste en un proceso periódico de recopilación y análisis de indicadores diseñados para identificar el rendimiento de un proceso y el grado de calidad que se está brindando. Proporciona datos que pueden usarse para tomar decisiones, evaluar problemas y mejorar el proceso de atención. (HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÀVILA, 2021)

Los indicadores, son la expresión objetiva, que permite medir la calidad que ha sido declarada, al definir los protocolos y luego de consolidar los datos de las mediciones los resultados del nivel de cumplimiento se consideran con la escala de ponderación emitida por la Dirección Nacional de Calidad.

Condición	Porcentaje
Aceptable	90 a 100%
Riesgo	51 a 89%
Insuficiente	Menos de 50



El proceso de institucionalización de la calidad en la gestión pública en el gobierno del estado de México 1999-2009. (2011). *Espacios públicos*, 8-31.

HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA. (3 de Febrero de 2021). Plan de Calidad 2021. Chone, Manabí, Ecuador.

Lifshitz, A. (6 de Febrero de 2022). *EL SIGNIFICADO ACTUAL DE ÌPRIMUM NON NOCEREÏ*. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/junio_2k2.pdf

Ministerio de Salud Pública. (14 de Noviembre de 2016). Manual de seguridad del paciente o usuario. Quito, Pichincha, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (14 de Noviembre de 2016). Manual de seguridad del paciente o usuario. *Manual de seguridad del paciente o usuario*. Quito, Pichincha, Ecuador.

Rodriguez, A., & Lugo, D. (2006). Garantía de la calidad en salud. *Salud en tabasco*, 551-554.