

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## Contenido

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Antecedentes .....                                                                                  | 3  |
| 2. Alcance.....                                                                                        | 3  |
| 3. Objetivos .....                                                                                     | 3  |
| 4. Avance de los estándares del Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente. ....           | 4  |
| Tabla 1. Evaluación de cumplimiento de los estándares generales .....                                  | 4  |
| Figura 1. Porcentaje de cumplimiento de criterios generales .....                                      | 5  |
| Tabla 2. Evaluación de cumplimiento de los estándares de alta prioridad .....                          | 5  |
| Figura 2. Porcentaje de cumplimiento de los criterios de alta prioridad .....                          | 6  |
| Figura 3. Porcentaje de cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas ....                 | 6  |
| 5. Actividades realizadas en Diciembre .....                                                           | 6  |
| Tabla 3. Cronograma del personal para simulacro de evacuación .....                                    | 7  |
| Figura 4. Simulacros de evacuación con el personal de Hospital Teodoro Maldonado Carbo.....            | 8  |
| Figura 5. Capacitación de uso de extintores con el personal del Hospital Teodoro Maldonado Carbo ..... | 9  |
| Figura 6. Reunión sobre el Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente ...                  | 9  |
| 6. Informe de Comité activos .....                                                                     | 10 |
| Tabla 4. Comités activos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo .....                                    | 10 |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 5. Comités no activos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo .....                                                   | 11 |
| 7. Listado de Documentos levantados en el 2017 hasta el mes de diciembre: .....                                          | 12 |
| Tabla 6. Listado de documentos levantados.....                                                                           | 12 |
| 8. Adherencia de cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas (procedimiento E indicadores).....            | 12 |
| Tabla 7. Indicadores de calidad de las Prácticas Organizacionales Requeridas.....                                        | 13 |
| 9. Proyectos de mejora 2018. ....                                                                                        | 15 |
| Tabla 8. Matriz de identificación de nudos críticos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo .....                           | 15 |
| 10. INDICADOR DE SATISFACCIÓN .....                                                                                      | 16 |
| Tabla 9. Indicador de satisfacción .....                                                                                 | 16 |
| 11. Estado de Actas de Compromiso del Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente del mes de Diciembre: ..... | 18 |
| Tabla 10. Estado de actas de compromiso del M.G.C.S.P. ....                                                              | 18 |
| 12. ANEXOS .....                                                                                                         | 21 |
| 12.1 Acta de conformación del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente. ....                                | 21 |
| 12.2 Acta para aprobación del reglamento del Comité de Gestión de Calidad.....                                           | 24 |
| 12.3 Acta de reunión Calidad Nacional.....                                                                               | 27 |
| 12.4 Acta de reunión Documentos Normativos .....                                                                         | 30 |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 1. Antecedentes

El Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo actualmente es un hospital de alta complejidad, de referencia a nivel nacional que cumple un rol trascendente en la Red Pública Integral de Salud destinado a brindar atención ambulatoria, hospitalización, rehabilitación y mejoras de la salud a poblaciones vulnerables de la región en la búsqueda permanente por mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se alinea a las directrices del órgano de control como es el Ministerio de Salud Pública bajo el Acuerdo Ministerial #115 “Manual de Seguridad del Paciente – Usuario” el cual debe ser aplicado con carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.).

Con estos antecedentes y con el fin de cumplir con la preparación del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo y alcanzar los estándares internacionales, se realiza la evaluación del proceso de implementación de pautas y directrices para el M.G.C.S.P.M.R. del mes de octubre mediante el presente informe.

## 2. Alcance

El Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgos, involucra a todo el personal que labora dentro de esta institución y usuarios que reciben la prestación de servicios.

## 3. Objetivos

- Informar el estado actual de la implementación de estándares y prácticas organizacionales requeridas del M.G.C.S.P.M.R.

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

- Revisión de actividades realizadas por los responsables del seguimiento del avance del M.G.C.S.P.M.R.
- Realizar recomendaciones para aumentar el porcentaje de avance de la implementación del M.G.C.S.P.M.R. del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

#### 4. Avance de los estándares del Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente.

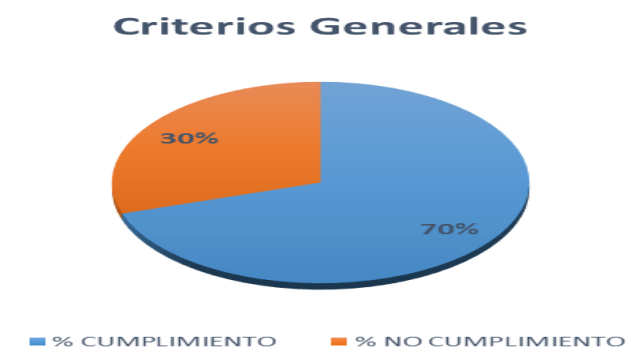
Hasta la fecha se obtiene un porcentaje de 70 % de avance en el cumplimiento de los criterios generales. Cabe indicar que para alcanzar el nivel promedio se requiere por lo menos un 81% de cumplimiento. A continuación, se muestra el avance por estándar:

**Tabla 1. Evaluación de cumplimiento de los estándares generales**

| CRITERIOS GENERALES                                                    |                 |                      |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
| ESTÁNDAR                                                               | TOTAL CRITERIOS | PORCENTAJE DE AVANCE |
| Departamento de emergencias                                            | 29              | 66%                  |
| Servicios cuidados críticos                                            | 12              | 75%                  |
| Servicios Ambulatorios                                                 | 12              | 67%                  |
| Diagnóstico por imagen                                                 | 26              | 73%                  |
| Gestión de medicamentos                                                | 30              | 70%                  |
| Liderazgo                                                              | 40              | 58%                  |
| Prevención para Emergencias y Desastres                                | 27              | 52%                  |
| Prevención y Control de Infecciones                                    | 10              | 90%                  |
| Reprocesamiento y esterilización de Dispositivos Médicos reutilizables | 47              | 87%                  |
| Servicios de Cuidados Oncológicos                                      | 20              | 60%                  |
| Servicios de Laboratorio Biomédicos                                    | 57              | 60%                  |
| Servicios de Salud Mental                                              | 34              | 82%                  |
| Servicios de Transfusión                                               | 46              | 76%                  |
| Servicios Médicos                                                      | 12              | 67%                  |
| Servicios Obstétricos                                                  | 22              | 73%                  |
| Servicios Perioperatorios y Procedimientos invasivos                   | 29              | 66%                  |
| PROMEDIO                                                               |                 | 70%                  |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

**Figura 1. Porcentaje de cumplimiento de criterios generales**



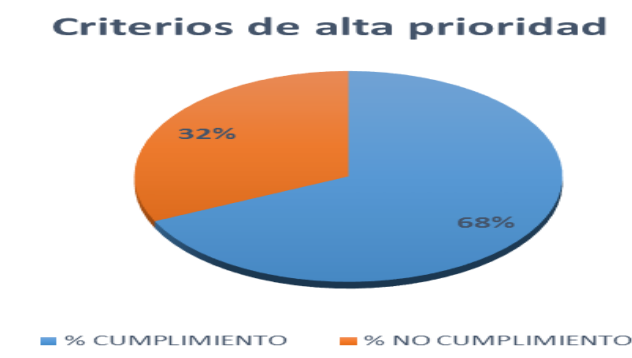
Con respecto a los criterios de alta prioridad, se obtiene un avance de 64 % de un 90% necesario para alcanzar nivel promedio. A continuación, se muestra el avance por estándar.

**Tabla 2. Evaluación de cumplimiento de los estándares de alta prioridad**

| CRITERIOS DE ALTA PRIORIDAD                                            |                 |                      |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
| ESTÁNDAR                                                               | TOTAL CRITERIOS | PORCENTAJE DE AVANCE |
| Departamento de emergencias                                            | 40              | 70%                  |
| Servicios cuidados críticos                                            | 58              | 78%                  |
| Servicios Ambulatorios                                                 | 58              | 79%                  |
| Diagnóstico por imagen                                                 | 52              | 60%                  |
| Gestión de medicamentos                                                | 50              | 42%                  |
| Liderazgo                                                              | 25              | 64%                  |
| Prevención para Emergencias y Desastres                                | 12              | 83%                  |
| Prevención y Control de Infecciones                                    | 50              | 40%                  |
| Reprocesamiento y esterilización de Dispositivos Médicos reutilizables | 38              | 84%                  |
| Servicios de Cuidados Oncológicos                                      | 48              | 83%                  |
| Servicios de Laboratorio Biomédicos                                    | 44              | 50%                  |
| Servicios de Salud Mental                                              | 29              | 76%                  |
| Servicios de Transfusión                                               | 75              | 75%                  |
| Servicios Médicos                                                      | 52              | 77%                  |
| Servicios Obstétricos                                                  | 85              | 76%                  |
| Servicios Perioperativos y Procedimientos invasivos                    | 78              | 56%                  |
| PROMEDIO                                                               |                 | 68%                  |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

**Figura 2. Porcentaje de cumplimiento de los criterios de alta prioridad**



**Figura 3. Porcentaje de cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas**



## 5. Actividades realizadas en Diciembre

Se realizaron simulacros de evacuación previa convocatoria vía correo masivo a todo el personal del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo según el cronograma asignado por la Jefatura de Salud Ocupacional con la finalidad de tener conocimiento en caso de algún desastre en nuestra ciudad.

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

**Tabla 3. Cronograma del personal para simulacro de evacuación**

| 27/11/2017                           | 28/11/2017                                    | 29/11/2017                  | 30/11/2017                                          | 01/12/2017                    | 04/12/2017          | 05/12/2017        | 06/12/2017              | 07/12/2017               |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|--------------------------|
| TALENTO HUMANO                       | COMUNICACIONES                                | JEFATURA DE FARMACIA        | CONTROL DE INFECCIONES                              | ESTOMATOLOGÍA                 | IMAGENOLOGÍA        | SALUD OCUPACIONAL | LAVANDERÍA              | JEFATURA DE ALIMENTACIÓN |
| COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD   | COORDINACIÓN GENERAL                          | EMERGENCIA DE TRAUMATOLOGÍA | JEFATURA CLÍNICA                                    | CARDIOLOGÍA                   | MEDICINA NUCLEAR    | BANCO DE SANGRE   | QUIMIOTERAPIA           | BODEGA GENERAL           |
| COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA           | COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA                   | OTORRINOLARINGOLOGÍA        | UNIDAD DE TRANSPLANTES                              | NEUROLOGÍA                    | TERAPIA DE LENGUAJE | UROLOGÍA          | TALLER ELÉCTRICO        | SINDICATO                |
| COORDINACIÓN DE INFORMÁTICA          | JEFATURA DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD        | LABORATORIO                 | TRABAJO SOCIAL                                      | MEDICINA INTERNA              |                     |                   | MANTENIMIENTO           | IMPRESA                  |
| JEFATURA DE CONTROL DE ACTIVOS FIJOS | ARCHIVO DE RECURSOS HUMANOS                   | GASTROENTEROLOGÍA           | ARCHIVO                                             | TERAPIA DEL DOLOR             |                     |                   | TRANSPORTE MEDICALIZADO | SEGURIDAD INDUSTRIAL     |
| DPTO. DE SERVICIOS GENERALES         | JEFATURA DE TESORERÍA                         | OFTALMOLOGÍA                | GESTIÓN HOSPITALARIA                                | LABORATORIO DE NEUROFISIATRÍA |                     |                   | CALDEROS                | UNIDAD DE DIALISIS       |
| ÁREA DE IMPRESA                      | ÁREA DE CIRUGÍA                               | TRAUMATOLOGÍA               | VENTANILLA DE ADMISIÓN                              | FISIATRÍA GENERAL             |                     |                   | MORGUE                  |                          |
| SOPORTE TÉCNICO                      | JEFATURA DE FACTURACIÓN                       | UNIDAD DE CARDIOVASCULAR    | CIRUGÍA PLÁSTICA                                    |                               |                     |                   | MSP(ORGANOS)            |                          |
| SUBSIDIO                             | JEFATURA DE CONSOLIDACIÓN Y COSTOS            |                             | COORDINACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y JEFATURA DE ONCOLOGÍA |                               |                     |                   |                         |                          |
| FACTURACIÓN                          | JEFATURA DE CONTRATACIÓN PÚBLICA              |                             | HEMODINAMICA                                        |                               |                     |                   |                         |                          |
|                                      | JEFATURA DE MEDICINA INTERNA                  |                             | UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL                         |                               |                     |                   |                         |                          |
|                                      | SEGURIDAD INTERNA                             |                             | COLOPROCTOLOGÍA A                                   |                               |                     |                   |                         |                          |
|                                      | GERENCIA GENERAL                              |                             | RADIOTERAPIA CLÍNICA DE HERIDAS                     |                               |                     |                   |                         |                          |
|                                      | DIRECCIÓN MÉDICA                              |                             | CARDIOTORÁCICO                                      |                               |                     |                   |                         |                          |
|                                      | COORDINACIÓN DE PLANIFICACIÓN Y ESTADÍSTICA   |                             |                                                     |                               |                     |                   |                         |                          |
|                                      | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA                      |                             |                                                     |                               |                     |                   |                         |                          |
|                                      | COORDINACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO |                             |                                                     |                               |                     |                   |                         |                          |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

**Figura 4. Simulacros de evacuación con el personal de Hospital Teodoro Maldonado Carbo**



| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

Se realizaron capacitaciones sobre el uso de extintores a todo el personal de este nosocomio con el objetivo de dar a conocer el manejo de los mismos en caso de una emergencia.

**Figura 5. Capacitación de uso de extintores con el personal del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**



El 22 de diciembre del 2017 se convocó a reunión suscrita por el Ing. Oscar Espín Coordinador Nacional de Calidad con el objetivo de analizar el estado de implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente y establecer compromisos para el avance y cumplimiento del mismo. (Anexo No.- 3)

**Figura 6. Reunión sobre el Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente**



| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 6. Informe de Comité activos

Actualmente el Hospital Teodoro Maldonado Carbo cuenta con nueve Comités activos y siete Comités por activar.

Se realizaron dos sesiones del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, la primera de conformación (Anexo No.- 1) y en la segunda sesión se aprobó el reglamento de dicho Comité. (Anexo No.- 2) y se estableció la siguiente reunión con fecha jueves 11 de enero del 2018 a las 15h00 p.m.

Comités activos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

**Tabla 4. Comités activos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**

| No. | COMITES HTMC.                                                                               | Legislación | Operacional |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
|     | <b>Comité de Bioseguridad está integrado por:</b>                                           | 468         |             |
| 1   | Paritario                                                                                   | Mini.Labor  | Activo      |
| 2   | Gestión Integral de Desechos Sanitarios                                                     | MSP         | Activo      |
| 3   | Gestión de Calidad y seguridad del paciente.                                                | MSP         | Activo      |
| 4   | Seguridad Radiológica                                                                       | SCAN        | Activo      |
|     | <b>Comité de Emergencia y Desastres está integrado por:</b>                                 | 468         |             |
| 5   | Comité de Gestión de Riesgo                                                                 | MSP         | Activo      |
|     | <b>Comité de Farmacia y Terapéutica está integrado por:</b>                                 | 468         |             |
| 6   | Comité Técnico de Farmacoterapia                                                            | MSP         | Activo      |
| 7   | Comité de Medicina Transfusional                                                            | MSP         | Activo      |
|     | <b>Comité de Infectología está integrado por:</b>                                           | 468         |             |
| 8   | Comité Técnico para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención de Salud | MSP         | Activo      |
|     | <b>Comité de Mortalidad está integrado por:</b>                                             | 468         |             |
| 9   | Muerte materna y neonatal                                                                   | MSP         | Activo      |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

Comités no operacionales con su fecha próxima a activarse y el responsable de la convocatoria.

**Tabla 5. Comités no activos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**

| No. | COMITES HTMC.                                                                                             | Legislación | Operacional | Fecha de confirmación | Responsable de convocatoria |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|-----------------------------|
|     | <b>Comité de Bioética está integrado por:</b>                                                             | 468         |             |                       |                             |
| 1   | Comité de Ética de investigación en seres humanos.                                                        | MSP/AC      | NO          | 11/01/2018            | DR. WILSON BENITES          |
| 2   | Comité de Ética Asistencial para la Salud.                                                                | MSP/AC      | NO          | 25/01/2018            | ING. RONNIE LUZURRAGA       |
|     | <b>Comité de Epidemiología está integrado por:</b>                                                        | 468         |             |                       |                             |
| 3   | Comité de Vigilancia Epidemiológica.                                                                      | MSP         | NO          | 12/01/2018            | DR. CESAR RUÍZ              |
|     | <b>Comité de Farmacia y Terapéutica está integrado por:</b>                                               | 468         |             |                       |                             |
| 4   | Comité de Tecnovigilancia                                                                                 | MSP         | NO          | 26/01/2018            | Q.F. HUGO VELIZ             |
| 5   | Comité de Farmacovigilancia.                                                                              | MSP         | NO          | 15/01/2018            | Q.F. HUGO VELIZ             |
|     | <b>Comité de Historias Clínicas está integrado por:</b>                                                   | 468         |             |                       |                             |
| 6   | Comité Técnico de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud e Historia Clínica | MSP         | NO          | 11/01/2018            | DR. LUIS JAIRALA            |
|     | <b>Comité de Mortalidad está integrado por:</b>                                                           | 468         |             |                       |                             |
| 7   | Comité de Trasplante                                                                                      | MSP         | NO          | 17/01/2018            | DR. CARLOS QUIÑONEZ         |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 7. Listado de Documentos levantados en el 2017 hasta el mes de diciembre:

Se convocó una reunión de trabajo en la que se estableció en acta de reunión No. CGCC-GHO-2017-0072 del 22 de diciembre del 2017 "Reportar mensualmente el avance de la aprobación de los documentos normativos y el plan de trabajo"; se indicaron los parámetros para listar los documentos normativos prioritarios, entre lo que se mencionó: 1) Realizar las gestiones necesarias para aprobar los documentos normativos de las POR y 2) Documentar los procesos críticos y gestionar la aprobación de los mismos. (Anexo no.- 4)

**Tabla 6. Listado de documentos levantados**

|               | Aprobado | En revisión | Por Realizar |      |
|---------------|----------|-------------|--------------|------|
| Protocolo     | 18       | 160         | 280          | 458  |
| Procedimiento | 16       | 44          | 229          | 289  |
| Instructivo   | 2        | 16          | 18           | 36   |
| Planes        | 5        | 2           | 0            | 7    |
| Políticas     | 1        | 2           | 1            | 4    |
| Formato       | 15       | 0           | 0            | 15   |
| Total General | 57       | 224         | 528          | 809  |
| Porcentajes   | 7%       | 28%         | 65%          | 100% |

## 8. Adherencia de cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas (procedimiento E indicadores).

Se elaboraron los siguientes indicadores para medir la adherencia de cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas, los mismos que fueron aprobados en el Comité de Gestión de Calidad.

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

**Tabla 7. Indicadores de calidad de las Prácticas Organizacionales Requeridas**

|  <b>HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO</b><br><b>COORDINACION GENERAL DE CONTROL DE CALIDAD</b><br><b>JEFATURA DE LA UNIDAD TECNICA DE GESTION HOSPITALARIA</b><br><b>MATRIZ CONSOLIDADA DE INDICADORES</b><br><b>MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> |                                                                                      |                                                                                                           |                  |                                                      |                                                                                                                   |              |                |            |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|------------|-------------------------------------------|
| No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | INDICADOR                                                                            | DESCRIPCIÓN/DEFINICIÓN                                                                                    | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE                                               | MÉTODO/FORMA DE CÁLCULO                                                                                           | PERIODICIDAD | COMPORTAMIENTO | TIPO       | RESULTADOS                                |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.1: Establecer un sistema de notificación de eventos adversos, eventos centinela, y cuasi accidentes, incluido un seguimiento adecuado.                                                                                                                                                                                                    |                                                                                      |                                                                                                           |                  |                                                      |                                                                                                                   |              |                |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.1.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Eventos adversos notificados                                                         | Muestra la cantidad de eventos adversos notificados mediante el aplicativo del HTMC                       | Numero           | Aplicativo de Notificación de eventos adversos (APP) | Número de notificaciones de eventos adversos                                                                      | Mensual      | Equitativo     | Medición   | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria    |
| 1.1.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Conocimiento de aplicativo de notificación de eventos adversos                       | Mide el nivel de conocimiento del aplicativo de notificación de eventos adversos con una muestra del 10%. | Porcentaje       | Supervisiones diarias (matriz eventos)               | (Número de personal con conocimiento del aplicativo / total de personal de la muestra) * 100                      | Mensual      | a la alza      | Evaluación | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria    |
| 1.1.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Eventos adversos con planes de acción elaborados                                     | Mide el porcentaje de eventos con planes de mejora realizados                                             | Porcentaje       | matriz de consolidación de planes de acción          | (Número de planes de acción elaborados / Números de eventos adversos notificados)*100                             | Mensual      | a la alza      | Evaluación | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria    |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.2: Implementar un protocolo de verificación de cliente para todos los servicios y procedimientos.                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                      |                                                                                                           |                  |                                                      |                                                                                                                   |              |                |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.2.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Porcentaje de pacientes identificados con brazaletes                                 | Mide el porcentaje de pacientes identificados con brazaletes por cada área.                               | Porcentaje       | Responsables de enfermería                           | (Porcentaje de pacientes identificados con brazaletes/ Total de pacientes en un área)*100                         | Mensual      | a la alza      | Evaluación | Coordinación de Enfermería                |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.3: Identificar e implementar una lista de abreviaturas, símbolos y designaciones de dosis que no se van a utilizar en la organización                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                           |                  |                                                      |                                                                                                                   |              |                |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.3.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Porcentaje de cumplimiento en la aplicación del protocolo de abreviaturas peligrosas | Mide el cumplimiento del protocolo de abreviaturas peligrosas según la muestra                            | Porcentaje       | Auditoría a H.C.                                     | (Número de historias clínicas que cumplen con el protocolo / Número de historia clínica revisadas) * 100          | Mensual      | a la alza      | Evaluación | Coordinación de Auditoría Médica          |
| 1.3.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Porcentaje de recetas que cumplen con el protocolo de abreviaturas peligrosas        | Mide la aplicación del protocolo de abreviaturas peligrosas en las recetas medicas                        | Porcentaje       | Verificación de Farmacia                             | (Número de recetas que cumplen con el protocolo / Total de recetas auditadas) * 100                               | Mensual      | a la alza      | Evaluación | Coordinación de Enfermería                |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.4: Implementar procesos y protocolos escritos para prevenir el lugar equivocado, el procedimiento equivocado, y a la persona equivocada en cirugía.                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |                                                                                                           |                  |                                                      |                                                                                                                   |              |                |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.4.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Prácticas quirúrgicas seguras                                                        | Mide el cumplimiento del llenado del formato de lista de verificación de cirugía segura                   | Porcentaje       |                                                      | (Número de formatos llenados de lista de cirugía seguras / Número de cirugías realizadas) * 100                   | Mensual      | a la alza      | Evaluación | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria    |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.5: El equipo transfiere información de manera efectiva entre los proveedores al momento de la transferencia.                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |                                                                                                           |                  |                                                      |                                                                                                                   |              |                |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.5.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Transferencia de la información del paciente en los puntos de transición             | Mide la correcta transferencia de información de los pacientes en los diferentes puntos de transición     | Porcentaje       |                                                      | (Número de historias clínicas que cumplen con la técnica SBAR-SAE/ Número de historias clínicas auditadas)*100    | Trimestral   | a la alza      | Evaluación | Coordinación de Auditoría Médica          |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.6: Implementar una estrategia integral para la gestión de los medicamentos de alto riesgo.                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |                                                                                                           |                  |                                                      |                                                                                                                   |              |                |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.6.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Medicamento de alto riesgo                                                           | Mide el cumplimiento del protocolo de medicamentos de alto riesgo en los coches de paro.                  | Porcentaje       |                                                      | (Número de coches de paros que cumple con el protocolo de alto riesgo / Total de coches de paros)*100             | Mensual      | a la alza      | Evaluación | Unidad Técnica de Farmacia Hospitalaria   |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.7: Proporcionar formación permanente y efectiva para los proveedores de servicios en todas las bombas de infusión                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                      |                                                                                                           |                  |                                                      |                                                                                                                   |              |                |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.7.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Capacitación de bombas de infusión                                                   | Mide el porcentaje de personal de enfermería capacitado en el manejo de bombas de infusión                | Porcentaje       |                                                      | (Número de personal de enfermería capacitado en manejo de bombas de infusión / Total de personal capacitados)*100 | Mensual      | a la alza      | Evaluación | Coordinación de Enfermería                |

| DATOS GENERALES                           |                  |                           |                                                                                        |
|-------------------------------------------|------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fecha de Informe</b>                   | 29/12/2017       | <b>No. De Informe</b>     | HETMC-010-2017                                                                         |
| <b>Funcionario Responsable de Informe</b> | <b>Contacto</b>  |                           |                                                                                        |
|                                           | <b>Nombre</b>    | <b>Correo Electrónico</b> | <b>Cargo</b>                                                                           |
|                                           | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec     | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| <b>Informe dirigido a:</b>                | <b>Contacto</b>  |                           |                                                                                        |
|                                           | <b>Nombre</b>    | <b>Correo Electrónico</b> | <b>Cargo</b>                                                                           |
|                                           | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec      | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

| OBJETIVO ESPECIFICO 1.8: evalúa y limita la disponibilidad de los productos de narcóticos (opioides) para garantizar que los formatos que puedan causar incidentes con medicamentos nocivos no se almacenen en las áreas de servicio al cliente |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|-------------------------------------------|
| 1.8.1                                                                                                                                                                                                                                           | Seguridad de narcóticos                            | Mide el cumplimiento del protocolo de seguridad de narcóticos                                                                                                | Porcentaje |  | (Número de áreas auditadas que cumplen el protocolo de seguridad de narcóticos / Número de áreas auditadas)*100      | Bimensual | a la alza | Evaluación | Coordinación de Auditoría Médica          |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.9: implementan un programa efectivo de mantenimiento preventivo para los dispositivos médicos, equipo médico y tecnología médica.                                                                                         |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.9.1                                                                                                                                                                                                                                           | Cumplimiento de mantenimiento preventivo           | Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos durante el mes                                                                 | Porcentaje |  | (Número de mantenimientos realizados / Número de mantenimiento programados en el mes) * 100                          | Mensual   | a la alza | Evaluación | Coordinación General Administrativa       |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.10: Los miembros calificados del equipo administran antibióticos profilácticos para prevenir infecciones en el sitio de la cirugía.                                                                                       |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.10.1                                                                                                                                                                                                                                          | Profilaxis con antibióticos durante la cirugía     | Mide la cantidad de pacientes que reciben profilaxis con antibióticos en cirugía según el protocolo                                                          | Porcentaje |  | (Número de pacientes que reciben profilaxis antibióticas / Número de pacientes que lo requieren)*100                 | Mensual   | a la alza | Evaluación | Coordinación de Enfermería                |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.11: La organización ofrece un fácil acceso y recursos para el personal para cumplir con las recomendadas directrices de higiene de las manos.                                                                             |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.11.1                                                                                                                                                                                                                                          | Higiene de manos                                   | Mide la cantidad de abastecimiento de insumos de Higiene de manos (jabón líquido, gel alcohol, toalla de papel) en los diferentes servicios                  | Porcentaje |  | (Número de dispensadores correctamente abastecidos/ Total de dispensadores colocados)*100                            | Mensual   | a la alza | Evaluación | Programa de Control de Infecciones        |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.12: Medir el cumplimiento de las prácticas aceptadas de higiene de las manos.                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.12.1                                                                                                                                                                                                                                          | Cumplimiento de Higiene de Manos                   | Mide la adherencia de higiene de manos de todo el personal del hospital.<br>Oportunidades: Número de veces que el personal debió aplicar los cinco momentos. | Porcentaje |  | (Número de acciones de higiene de manos del personal / Número de oportunidades de Higiene de manos del personal)*100 | Mensual   | a la alza | Evaluación | Programa de Control de Infecciones        |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.13: Impartir educación sobre la higiene de las manos al personal, a los proveedores de servicios y a los voluntarios                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.13.1                                                                                                                                                                                                                                          | Conocimiento de los 5 momentos de higiene de manos | Nivel de conocimiento de los 5 momentos de Higiene de Manos según la OMS; con una muestra del 25% del total de personal del hospital.                        | Porcentaje |  | (Número de personas que presentan conocimiento de los 5 momentos/ Total de la muestra) * 100                         | Mensual   | a la alza | Evaluación | Programa de Control de Infecciones        |
| 1.13.2                                                                                                                                                                                                                                          | Conocimiento de la técnica de Higiene de Manos     | Mide nivel de conocimiento de la técnica de Higiene de Manos según la OMS; con una muestra del 25% del total de personal del hospital.                       | Porcentaje |  | (Número de personas que presentan conocimiento de la técnica de Higiene de Manos/ Total de la muestra) * 100         | Mensual   | a la alza | Evaluación | Programa de Control de Infecciones        |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.14: Desarrollar prácticas y protocolos seguros de inyección con el fin de evitar daños a los clientes, los trabajadores de la salud y la comunidad.                                                                       |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.14.1                                                                                                                                                                                                                                          | Prácticas seguras de inyección                     | Mide el cumplimiento de los diez correctos de prácticas seguras en el procedimiento de colocación de inyecciones                                             | Porcentaje |  | (Número de procedimientos observados que cumplen los 10 correctos / Total de pacientes observados) * 100             | Mensual   | a la alza | Evaluación | Coordinación de Auditoría Médica          |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.15: implementar y evaluar una estrategia de prevención de caídas para minimizar el daño del cliente ocasionado por las caídas.                                                                                            |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.15.1                                                                                                                                                                                                                                          | Prevención de riesgo de caídas                     | Mide el total de pacientes que han sido evaluados según el protocolo de riesgos de caídas                                                                    | Porcentaje |  | (Número de pacientes valorados en riesgo de caídas / Total de paciente encamados) * 100                              | Mensual   | a la alza | Evaluación | Coordinación de Enfermería                |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.16: Evaluar el riesgo de cada cliente para desarrollar una úlcera de presión e implementa intervenciones para prevenir el desarrollo de úlceras por presión.                                                              |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.16.1                                                                                                                                                                                                                                          | Prevención de úlceras por presión                  | Mide la cantidad de pacientes que se evalúa el riesgo de presentar úlceras por presión según el protocolo.                                                   | Porcentaje |  | (Número de pacientes valorados con riesgo de úlceras por presión / Total de pacientes hospitalizados)*100            | Mensual   | a la alza | Evaluación | Coordinación de Enfermería                |
| OBJETIVO ESPECIFICO 1.17: Identificar a los clientes con riesgo médico y quirúrgico de tromboembolia venosa (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar) y ofrece la tromboprofilaxis adecuada.                                               |                                                    |                                                                                                                                                              |            |  |                                                                                                                      |           |           |            | RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LA INFORMACION |
| 1.17.1                                                                                                                                                                                                                                          | Profilaxis de tromboembolia venosa                 | Mide la correcta valoración y aplicación de medidas preventivas de profilaxis de tromboembolia venosa                                                        | Porcentaje |  | (Número de pacientes que aplican medidas antiembólicas preventivas / Número de pacientes que requieren)*100          | Mensual   | a la alza | Evaluación | Coordinación de Enfermería                |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 9. Proyectos de mejora 2018.

Se solicitó a todas las jefaturas el llenado de la siguiente matriz para identificar los nudos críticos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo para elaborar el Plan de Calidad del 2018.

**Tabla 8. Matriz de identificación de nudos críticos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**

| MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE NUDOS CRÍTICOS HTMC |                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETIVO GENERAL:</b>                        |                                       | Determinar los nudos críticos de los procesos operativos que afectan los diferentes servicios del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. |                                                                                     |                                         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| N #                                             | NUDO CRÍTICO                          | ANÁLISIS DE CAUSA                                                                                                                                     | ACTIVIDAD DE MEJORA                                                                 | META                                    | PLAZO         | RESPONSABLES(áreas Involucradas)                                                                                                                                                                                                                                |
| 1                                               | Suspensión de Cirugías Laparoscópicas | Falta de insumos de Laparoscopia                                                                                                                      | Mejorar procesos de Compras Públicas para la adquisición de insumos de laparoscopia | Cumplimiento de programación quirúrgica | Mediano Plazo | Dirección Administrativa<br>Jefatura Administrativa Contratación Pública<br>Coordinación General de Hospitalización y Ambulatorio<br>Coordinación General de Control de Calidad<br>Jefatura de Área de Cirugía<br>Jefatura de Unidad Técnica de Cirugía General |
| 2                                               |                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3                                               |                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4                                               |                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 10.INDICADOR DE SATISFACCIÓN

Reporte de la Encuesta de Satisfacción de los últimos meses.

**Tabla 9. Indicador de satisfacción**

| MES        | INDICADOR                          |     | PORCENTAJE |
|------------|------------------------------------|-----|------------|
| AGOSTO     | Numerador (Satisfechos)            | 558 | 93%        |
|            | Denominador (Encuestas realizadas) | 600 |            |
| SEPTIEMBRE | Numerador (Satisfechos)            | 559 | 93%        |
|            | Denominador (Encuestas realizadas) | 600 |            |
| OCTUBRE    | Numerador (Satisfechos)            | 564 | 94%        |
|            | Denominador (Encuestas realizadas) | 600 |            |
| NOVIEMBRE  | Numerador (Satisfechos)            | 528 | 88%        |
|            | Denominador (Encuestas realizadas) | 600 |            |

Fuente de Información: Base de datos del proceso de Satisfacción.

El Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, a través de la encuesta de satisfacción; seleccionó 20 preguntas (*ver anexo 1*) de un total de 29 preguntas gestionadas hacia los usuarios durante el mes de Noviembre, donde el 45% de encuestados corresponde al área de consulta externa, el 13% al área de emergencia y el 42% de hospitalización. De las cuales el nivel de satisfacción alcanzó el 88% en este mes. Detallando que el promedio de satisfacción en los 4 meses es del 92%. Como punto relevante de los servicios se observa que durante la estancia hospitalaria los usuarios se sintieron muy satisfecho (77%) y satisfecho (21%), por lo que consideraron que recibieron

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

un trato con calidez del 98%, extraídas de la base de datos del <http://apps.htmc.gob.ec/htmc/pages/ataf/quejas.jsf>.

El servicio de Adultos –Emergencia fue el servicio con mejor tiempo de atención a los usuarios en *menos de 1 hora* estando satisfechos. Por lo contrario en una encuesta tuvo una espera de más de 4 horas en el servicio de Traumatología estando insatisfecho.

Según el cuadro de comparación se observa que el servicio / pregunta con mayor disminución porcentual se debe a que los usuarios no se sintieron en privacidad con el 74% (23% menos con relación al mes anterior). Adicional sobre el trato que le dio Farmacia 75% y el servicio de Imagenología con el 71%.

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 11.Estado de Actas de Compromiso del Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente del mes de Diciembre:

Tabla 10. Estado de actas de compromiso del M.G.C.S.P.

| MODELO DE SISTEMA DE CALIDAD EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MINIMIZACIÓN DE RIESGOS |                                                                                                                               |                           |                           |                     |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|-----------|
| Elaborado por: Equipo de Seguridad del paciente                                  |                                                                                                                               |                           |                           |                     |           |
|                                                                                  | COMPROMISOS                                                                                                                   | ÁREA                      | RESPONSABLES              | FECHA DE COMPROMISO | STATUS    |
| 1                                                                                | Realizar procedimiento para prevenir la transmisión de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)                               | Central de Esterilización | Central de Esterilización | 18/01/2018          | Pendiente |
| 2                                                                                | Cerrar la puerta que está anexa al pasillo donde se entrega el material estéril-colocando una puerta de gypsun en el ascensor | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 10/11/2017          | Realizado |
| 3                                                                                | Pintar la pared del área verde de la central de Esterilización                                                                | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 24/11/2017          | Realizado |
| 4                                                                                | Limpiar e impermeabilizar canelón de la central de Esterilización                                                             | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 17/11/2017          | Pendiente |
| 5                                                                                | Arreglar tumbado del pasillo de esterilización                                                                                | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 17/11/2017          | Pendiente |
| 6                                                                                | Ajustar mampara de ingreso a esterilizadores                                                                                  | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 31/10/2017          | Realizado |
|                                                                                  | Analizar ingreso alterno con contratistas para evitar la entrada principal de esterilización                                  | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 31/10/2017          | Realizado |
| 7                                                                                | Pintar el montacargas del área de esterilización                                                                              | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 27/12/2017          | Pendiente |
| 8                                                                                | Habilitar intercomunicadores del área de esterilización                                                                       | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 17/11/2017          | Pendiente |
| 9                                                                                | Cambiar lavadero y habilitarlo en el área de esterilización                                                                   | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 24/11/2017          | Pendiente |
| 10                                                                               | Retirar o verificar si los tubos que están en el piso del área roja sirven para ser utilizados en el equipo de ultrasónica    | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 20/12/2017          | Pendiente |
| 11                                                                               | Destilador de agua analizar si se repara o se retira                                                                          | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 20/12/2017          | Pendiente |
| 12                                                                               | Subir esterras del quirófano a la central de esterilización                                                                   | Central de Esterilización | Mantenimiento             | 27/12/2017          | Pendiente |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

| MODELO DE SISTEMA DE CALIDAD EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MINIMIZACIÓN DE RIESGOS |                                                                                                                                                             |                           |                                     |                     |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------|------------|
| Elaborado por: Equipo de Seguridad del paciente                                  |                                                                                                                                                             |                           |                                     |                     |            |
|                                                                                  | COMPROMISOS                                                                                                                                                 | ÁREA                      | RESPONSABLES                        | FECHA DE COMPROMISO | STATUS     |
| 13                                                                               | Traer equipo de ultrasónica a la central de esterilización                                                                                                  | Central de Esterilización | Mantenimiento                       | 22/12/2017          | Pendiente  |
| 14                                                                               | Manual y procedimientos sobre el funcionamiento del área de central de esterilización                                                                       | Central de Esterilización | Central de Esterilización           | 17/11/2017          | En proceso |
| 15                                                                               | Creación de software para medir la trazabilidad los equipos de esterilización                                                                               | Central de Esterilización | Central de Esterilización           | 29/12/2017          | En proceso |
| 16                                                                               | Creación de software para medir la trazabilidad de los endoscopios                                                                                          | Gastroenterología         | Gastroenterología                   | 29/12/2017          | En proceso |
| 17                                                                               | Mejorar flujo de entrada y salida del material sucio y limpio de Gastroenterología                                                                          | Gastroenterología         | Gastroenterología                   | 24/11/2017          | Pendiente  |
| 18                                                                               | Manual y procedimientos sobre el funcionamiento del área de Gastroenterología                                                                               | Gastroenterología         | Gastroenterología                   | 01/12/2017          | Pendiente  |
| 19                                                                               | Realizar una capacitación sobre el manejo del aplicativo, identificación y monitoreo de Eventos Adversos para el personal del Servicio de Salud Mental      | Gestión Hospitalaria      | Gabriel González R.                 | 08/09/2017          | Realizado  |
| 20                                                                               | Implementar encuesta de satisfacción para pacientes o familiares en la Hospitalización de Salud Mental                                                      | Salud Mental              | Ivonne Molina<br>Gabriel González R | 15/09/2017          | Realizado  |
| 21                                                                               | Crear indicadores para el área de hospitalización de Salud Mental                                                                                           | Salud Mental              | Ivonne Molina                       | 15/09/2017          | En proceso |
| 22                                                                               | Elaboración de protocolo/procedimiento que definen, prohíben y previenen el abuso, la negligencia, los malos tratos al personal interno y externo del área. | Salud Mental              | Ivonne Molina                       | 25/09/2017          | En proceso |
| 23                                                                               | Elaboración de Manual Técnico de Hemovigilancia y Donantes Autólogos.                                                                                       | Banco de Sangre           | Dr. Cesar León                      | 06/10/2017          | Realizado  |
| 24                                                                               | Elaboración de Encuesta de Satisfacción para el área de Banco de Sangre.                                                                                    | Banco de Sangre           | Dr. Cesar León                      | 06/10/2017          | Realizado  |
| 25                                                                               | Seguimiento a la adquisición de maquina descongeladora de plasma.                                                                                           | Banco de Sangre           | Dr. Cesar León                      | 06/10/2017          | Realizado  |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

| MODELO DE SISTEMA DE CALIDAD EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MINIMIZACIÓN DE RIESGOS |                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                                |                     |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|---------------------|------------|
| Elaborado por: Equipo de Seguridad del paciente                                  |                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                                |                     |            |
|                                                                                  | COMPROMISOS                                                                                                                                                                                                                                      | ÁREA                 | RESPONSABLES                                   | FECHA DE COMPROMISO | STATUS     |
| 26                                                                               | Seguimiento a la elaboración de la digitalización de la cartilla (receptor de sangre) IESS-HTMC-JUTBS-2017-0646-M                                                                                                                                | Gestión Hospitalaria | Gabriel González R.                            | 06/10/2017          | Realizado  |
| 27                                                                               | Digitalización del formulario de pedido de Hemocomponentes N° 08 - SICS - 06-01-2016                                                                                                                                                             | Banco de Sangre      | Dr. Cesar León Armijos<br>Ing Gabriel González | 29/09/2017          | Realizado  |
| 28                                                                               | Socializar para el cumplimiento de llenado de formulario para pedido de Componentes sanguíneos                                                                                                                                                   | Banco de Sangre      | Dr. Cesar León Armijos                         | 21/09/2017          | Realizado  |
| 29                                                                               | Coordinar reunión con responsable de área de Quimioterapia para análisis de espacio físico para implementar conjuntamente área de transfusión ambulatoria, para lo cual se evaluarán los indicadores de transfusiones mensuales / anuales.       | Banco de Sangre      | Dr. Cesar León<br>Dra. Ana Salazar             | 29/09/2017          | Pendiente  |
| 30                                                                               | Implementación de Pruebas NAT, para lo cual se remitirá a Dirección técnica los Anexos , y convenio entre IESS y Cruz Roja para ejecutar el proceso                                                                                              | Banco de Sangre      | Dr. Cesar León<br>Dra. Tania Carrera           | 29/09/2017          | Realizado  |
| 31                                                                               | sobre la importancia de las Campañas anuales de Donación                                                                                                                                                                                         | Banco de Sangre      | Dr. Cesar León<br>Ing. Gabriel González        | 29/09/2017          | Pendiente  |
| 32                                                                               | Realizar el acercamiento con las licenciadas del Programa de Prevención y Control de Infecciones por parte del personal de la Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria para hacer las supervisiones de manera conjunta en las áreas hospitalarias. | Gestión Hospitalaria | Ing. Jorge Avalos                              | 29/09/2017          | Realizado  |
| 33                                                                               | Solicitar a Tics aumentar cupos para agendar examen de laboratorio.                                                                                                                                                                              | Laboratorio          | Dr. Mauro García                               | 31/10/2017          | Realizado  |
| 34                                                                               | Registrar los reagendamientos para exámenes de laboratorio de consulta externa en ventanilla de admisión.                                                                                                                                        | Admisión             | Ing. Leonardo Isaza                            | 31/10/2017          | Realizado  |
| 35                                                                               | cubrir la demanda de pacientes en ventanilla de Laboratorio para entrega de turnos.                                                                                                                                                              | Laboratorio          | Dr. Mauro García                               | 31/10/2017          | En proceso |
| 36                                                                               | Realizar insistidos a mantenimiento para arreglo de la climatización en sala de espera y abastecimiento de insumos alcohol gel en dispensadores.                                                                                                 | Laboratorio          | Dr. Mauro García                               | 31/10/2017          | Realizado  |
| 37                                                                               | Gestionar que se habilite una sala de espera previa a la entrega de turnos en laboratorio de consulta externa.                                                                                                                                   | Gestión Hospitalaria |                                                | 10/11/2017          | En proceso |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 12. ANEXOS

### 12.1 Acta de conformación del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.

|                                                                                                                                            |                                             |                      |                       |                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|--|
| <br>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES<br>TEODORO MALDONADO CARBO | <b>ACTA DE COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD</b> |                      |                       | CÓDIGO:<br>FRM-CGCC-100           |  |
|                                                                                                                                            | COORDINACIÓN GENERAL DE CONTROL DE CALIDAD  |                      |                       | No. de Acta:<br>CGCC-GHO-2017-070 |  |
|                                                                                                                                            | Lugar: Sala de reunión de Gerencia General  | Fecha:<br>13/12/2017 | Hora Inicio:<br>10:00 | Hora Fin:<br>11:00                |  |

| OBJETIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Conformar el Comité de Gestión de Calidad para dar sostenibilidad a los procesos enfocados a la mejora continua, con la finalidad de emitir criterios y acciones preventivas y correctivas para asegurar la calidad de los servicios y el cumplimiento de los lineamientos de seguridad del paciente. |  |  |  |  |  |

| PERSONAS CONVOCADAS |                                            |                                                |              |                                     |            |
|---------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|------------|
| Nº                  | NOMBRE                                     | ÁREA                                           | CARGO        | ASISTIÓ                             | NO ASISTIÓ |
| 1                   | Dr. Luis Enrique Jairala Zunino            | Gerencia General                               | Gerente      | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| 2                   | Mgs. Francisco Xavier Ochoa Tarira         | Dirección Técnica                              | Director     | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| 3                   | Ing. Fray Rudyarb Cobeña Macias            | Dirección Administrativa                       | Director     | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| 4                   | Ing. Xavier Alfredo Salvatierra Barrera    | Coordinación General de Talento Humano         | Coordinador  | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| 5                   | Lcda. Katherine Lisette Calahorrano Demera | Coordinación de Enfermería                     | Coordinadora | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| 6                   | Mgs. Henin Stalin Mora Benítez             | Coordinación General Diagnóstico y Tratamiento | Coordinador  | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| 7                   | Dr. Ronny Raymon Moscoso Meza              | Coordinación General de Control de Calidad     | Coordinador  | <input checked="" type="checkbox"/> |            |

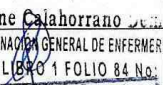
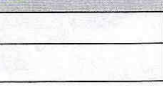
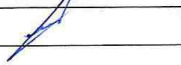
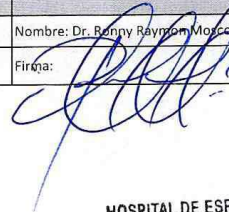
| AGENDA |                                               |   |                                                |
|--------|-----------------------------------------------|---|------------------------------------------------|
| 1      | Conformación del Comité de Gestión de Calidad | 2 | Verificar la lista de miembros del Comité      |
| 3      | Funciones a ejecutar por el Comité            | 4 | Asignación de la periodicidad de las reuniones |
| 5      | Compromisos adquiridos                        | 6 |                                                |

| DESARROLLO DE LA REUNIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>En la ciudad de Guayaquil a las diez horas del 13 de diciembre del año dos mil diecisiete, previa convocatoria vía Memorando Nro. IESS-HTMC-GG-2017-3415-M por parte de Dr. Luis Enrique Jairala Zunino, Gerente General, de conformidad a lo dispuesto en Memorando Nro. IESS-SDNGCSS-2017-1079-M del 18/08/2017, suscrito por Dr. Omar Díaz Cárdenas, Subdirector Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el cual solicita la conformación del Comité de Gestión de Calidad, con la finalidad de garantizar la implementación del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente; el Gerente General del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo procede a la conformación del mismo.</p> <p>Se menciona Acuerdo Ministerial No. 0072-2017 del Ministerio de Salud Pública en el cual indica:</p> <p>"DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p> <p>Art. 22.- Concepto.- Son equipos multidisciplinarios permanentes con representación asistencial y administrativa obligatoria, dependientes de la máxima autoridad del establecimiento de salud.</p> <p>Art. 23.- Objeto.- Los Comités Hospitalarios de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud tienen como objeto emitir criterios y realizar acciones integradas que faciliten el cumplimiento de los planes, programas y proyectos para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente.</p> <p>Se constituyen como una instancia asesora para la toma de decisiones en los hospitales de segunda y tercer nivel de atención, pertenecientes al Ministerio de Salud Pública.</p> <p>Art. 24.- Conformación.- Los Comités Hospitalarios de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud se conformaran en los siguientes establecimientos:</p> <p>a) Hospitales Básicos y Hospitales Generales que corresponden al segundo nivel de atención. Los Hospitales Móviles y Centros especializados, podrán conformar el Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo a su propia estructura funcional.</p> <p>b) Hospitales Especializados y Hospitales de Especialidades que corresponden al tercer nivel de atención."</p> |  |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

| <p>2.-Se da a conocer que en Memorando Nro. IESS-SDNGCSS-2017-1079-M del 18/08/2017, suscrito por Dr. Omar Díaz Cárdenas, Subdirector Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud manifiesta:</p> <p><i>"Como parte de las actividades relacionadas con el proyecto y evaluar permanentemente la aplicación de los estándares, es importante establecer un Comité de Gestión de Calidad, el cual deberá estar conformado de la siguiente manera:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente General, quien lo presidirá</li> <li>• Director Médico</li> <li>• Responsable de Servicios Generales, Mantenimiento de Equipos e Infraestructuras</li> <li>• Responsable de Talento Humano</li> <li>• Responsable de Gestión de Calidad, quien actuará como secretaria</li> <li>• Responsable de Enfermería</li> <li>• Responsable de Servicios de Apoyo Diagnóstico</li> </ul> <p><i>El Comité tendrá la facultad de invitar a otros profesionales internos o externos al establecimiento, según el tema a tratar, quienes participarán con su criterio técnico con voz y sin voto. Y ejecutará las siguientes funciones:</i></p> <p><i>Analizar la información relacionada con la calidad técnica y la calidad percibida, a fin de emitir acciones preventivas y correctivas para la mejora de calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes.</i></p> <p><i>Emitir criterios para la aprobación o modificación del Plan de Calidad del establecimiento de salud.</i></p> <p><i>Integrar las acciones técnicas y administrativas que lleven a alcanzar los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.</i></p> <p><i>Facilitar la implementación de las estrategias para obtener el licenciamiento, certificación y/o acreditación, y realizar el seguimiento a las recomendaciones derivadas de los procesos de auditoría interna o externa.</i></p> <p><i>Vincular al establecimiento de salud los proyectos y recomendaciones en materia de Calidad y Seguridad del Paciente, de conformidad con las políticas establecidas por la Coordinación Institucional de Calidad.</i></p> <p><i>Reconocer las buenas prácticas profesionales y logros del establecimiento, sus servicios de salud y/o equipos de mejora, en materia de calidad y seguridad del paciente.</i></p> <p><i>Evaluar los avances de los planes de trabajo relacionados a la implementación del modelo de calidad y seguridad del paciente.</i></p> <p><i>Atender todas aquellas recomendaciones derivadas de los procesos de auditoría interna, externa y otros que se formulen al establecimiento de salud; y que se refieran a deficiencias en la atención de calidad, trato digno y seguridad del paciente.</i></p> <p><i>Elaborar, un informe anual que reúna los logros alcanzados en el cumplimiento de los objetivos trazados en el Plan de Calidad del año anterior, para su socialización al usuario externo e interno."</i></p> <p>3.- Se deja estipulado que el Comité de Gestión de Calidad deberá reunirse al menos bimestralmente y/o lo que estipule el presidente del Comité, para revisar el avance y el cumplimiento de las disposiciones emitidas por las autoridades .</p> <p>4.- Se informa que con la conformación del Comité de Gestión de la Calidad se dará seguimiento a las Estándares, criterios y Practicas Organizacionales del Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente y Minimización de Riesgos.</p> <p>5.- El Gerente General, máxima autoridad del hospital como Presidente del Comité, autoriza la conformación y funcionamiento del mismo.</p> <p>6.- Se convocará reunión de Comité para el día jueves 21 de diciembre, en la cual se solicitará la asistencia del Coordinador General de Planificación y Estadísticas para la revisión y cumplimiento de los compromisos establecidos a continuación:</p> |                                                                                                                                                                                     |                                    |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | COMPROMISO                                                                                                                                                                          | RESPONSABLE                        | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Elaboración de tabla de indicadores para evaluar el cumplimiento de las mejoras planteadas con respecto a materia de Seguridad del Paciente Acuerdo Ministerial No. 00000115        | Coordinación de Control de Calidad | 21/12/2017            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Análisis y levantamiento de la estructura para la elaboración del Plan de Calidad                                                                                                   | Coordinación de Control de Calidad | 21/12/2017            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Elaboración del borrador reglamento del Comité de Gestión de Calidad                                                                                                                | Coordinación de Control de Calidad | 21/12/2017            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Análisis situacional del Hospital con respecto a las Practicas Organizacionales requeridas por el Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente y Minimización de Riesgos. | Coordinación de Control de Calidad | 21/12/2017            |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

| LISTADO DE PARTICIPANTES                                                                   |                                             |                                                |              |                                                                                             |            |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº                                                                                         | NOMBRE                                      | ÁREA                                           | CARGO        | CORREO                                                                                      | TELÉFONO   | FIRMA                                                                                 |
| 1                                                                                          | Dr. Luis Enrique Jairala Zunino             | Gerencia General                               | Gerente      | ljairala@htmc.gob.ec                                                                        | 0986286479 |    |
| 2                                                                                          | Mgs. Francisco Xavier Ochoa Tarira          | Dirección Técnica                              | Director     | fochoa@htmc.gob.ec                                                                          | 0986286479 |    |
| 3                                                                                          | Ing. Fray Rudyarb Cobefia Macias            | Dirección Administrativa                       | Director     | frayrudyarb@htmc.gob.ec                                                                     | 0986286479 |    |
| 4                                                                                          | Ing. Xavier Alfredo Salvatierra Barrera     | Coordinación General de Talento Humano         | Coordinador  | xalvarez@htmc.gob.ec                                                                        | 0986286479 |   |
| 5                                                                                          | Lcda. Katherine Lissette Calahorrano Demera | Coordinación de Enfermería                     | Coordinadora | kcalahorrano@htmc.gob.ec                                                                    | 0983555555 |  |
| 6                                                                                          | Mgs. Henin Stalin Mora Benítez              | Coordinación General Diagnóstico y Tratamiento | Coordinador  | heninmora@htmc.gob.ec                                                                       | 0986286479 |  |
| 7                                                                                          | Dr. Ronny Raymon Moscoso Meza               | Coordinación General de Control de Calidad     | Coordinador  | rmoscoson@htmc.gob.ec                                                                       | 0986286479 |  |
| Elaborado por:                                                                             |                                             |                                                |              | Aprobado por:                                                                               |            |                                                                                       |
| Nombre: Sr. José Toral Maroto                                                              |                                             |                                                |              | Nombre: Dr. Ronny Raymon Moscoso Meza                                                       |            |                                                                                       |
| Firma:  |                                             |                                                |              | Firma:  |            |                                                                                       |

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C



Dr. Francisco Ochoa Tarira  
DIRECTOR TÉCNICO (E)

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 12.2 Acta para aprobación del reglamento del Comité de Gestión de Calidad.

|                                                                                                                                                          |                                                   |                   |                    |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|--|
| <br><b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES</b><br><b>TEODORO MALDONADO CARBO</b> | <b>ACTA DE COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>       |                   |                    | CÓDIGO:<br>FMT-JUTGH-109            |  |
|                                                                                                                                                          | <b>COORDINACIÓN GENERAL DE CONTROL DE CALIDAD</b> |                   |                    | No. de Acta:<br>CGCC-JUTGH-2017-070 |  |
|                                                                                                                                                          | Lugar: Sala de reunión de Gerencia General        | Fecha: 21/12/2017 | Hora Inicio: 10:00 | Hora Fin: 11:00                     |  |

| OBJETIVO                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Convocar al Comité de Gestión de Calidad para tratar temas detallados en Memorando Nro. IESS-HTMC-GG-2017-3500-M y dar cumplimiento de los lineamientos de seguridad del paciente. |  |  |  |  |  |

| PERSONAS CONVOCADAS |                                            |                                                      |              |         |            |
|---------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------|---------|------------|
| Nº                  | NOMBRE                                     | ÁREA                                                 | CARGO        | ASISTIÓ | NO ASISTIÓ |
| 1                   | Dr. Espc. Luis Enrique Jairala Zunino      | Gerencia General                                     | Gerente      | ✓       |            |
| 2                   | Mg. Francisco Xavier Ochoa Tarira          | Dirección Técnica                                    | Director     | ✓       |            |
| 3                   | Ing. Fray Rudyarb Cobeña Macías            | Dirección Administrativa                             | Director     | ✓       |            |
| 4                   | Ing. Xavier Alfredo Salvatierra Barrera    | Coordinación General de Talento Humano               | Coordinador  | ✓       |            |
| 5                   | Lcda. Katherine Lisette Calahorrano Demera | Coordinación de Enfermería                           | Coordinadora | ✓       |            |
| 6                   | Mgs. Henin Stalin Mora Benites             | Coordinación General Diagnóstico y Tratamiento       | Coordinador  | ✓       |            |
| 7                   | Dr. Ronny Raymon Moscoso Meza              | Coordinación General de Control de Calidad           | Coordinador  | ✓       |            |
| 8                   | Sr. Mg. Carlos Gabriel Escalante Espinoza  | Coordinador General de Planificación y Estadísticas  | Coordinador  | ✓       |            |
| 9                   | Dr. Espc. José Paul Santos Ycaza           | Coordinador General de Hospitalización y Ambulatorio | Coordinador  | ✓       |            |

| AGENDA |                                                                                                                                                                                                      |   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1      | Revisión del Reglamento del Comité de Gestión de Calidad para su aprobación.                                                                                                                         | 2 |
| 3      | Presentación del análisis situacional del Hospital con respecto a las Prácticas Organizacionales Requeridas por el Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente y Minimización de Riesgos. | 4 |
| 5      | Verificación de horarios y permisos especiales descritos en las políticas de ingreso hospitalario                                                                                                    | 6 |

| DESARROLLO DE LA REUNIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>En la ciudad de Guayaquil a las diez horas del veintiuno de diciembre del año dos mil diecisiete, previa convocatoria vía Memorando Nro. IESS-HTMC-GG-2017-3500-M por parte de Dr. Luis Enrique Jairala Zunino, Gerente General, se convoca a una reunión de trabajo con los siguientes puntos a tratar:</p> <p>-Revisión del Reglamento del Comité de Gestión de Calidad para su aprobación.</p> <p>Se procede a la entrega física del documento y a dar lectura del Reglamento del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, se detalla cada uno de los puntos indicados dentro del documento, es sometido a votación por parte del secretario incorporar al Comité al Coordinador General de Hospitalización y Ambulatorio, de Planificación y Estadísticas y Medicina Crítica siendo unánime la aprobatoria de la propuesta, se establece enviar el Reglamento de forma digital a los participantes con la finalidad de que los mismos puedan realizar una lectura pausada y correcta para ejecutar posibles correcciones y se aprueba.</p> <p>- Análisis de la estructura para la elaboración del Plan de Calidad y asignación de responsabilidades.</p> <p>Se hace la presentación de la estructura para elaboración del Plan de Calidad</p> <p>Se expone como principal punto el cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas que se encuentran relacionadas con los principales problemas que aquejan los servicios de cada una de las especialidades del H.T.M.C, se destaca que esta información ya fue previamente recopilada por el Dr. Paul Santos (Estado situacional).</p> |  |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

- 3.- Presentación del análisis situacional del Hospital con respecto a las Prácticas Organizacionales Requeridas por el Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente y Minimización de Riesgos.  
Se exponen temas como:  
Carencia de procesos en cada uno de los servicios  
Falta de Insumos  
Áreas de hospitalización cerradas por obras paralizadas ocasionando reducción en el número de camas funcionales.  
Saturación de atenciones del HTMC por derivación de pacientes de segundo nivel.  
Poca adherencia de Higiene de Manos.
- 4.- Revisión y aprobación de tabla de indicadores para evaluar el cumplimiento de los lineamientos del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario.  
Revisión de la propuesta de los indicadores ajustados a la Institución, los cuales se encuentran alineados al Manual de Seguridad del Paciente-Usuario; estas herramientas permitirán obtener una información oportuna, de esta manera generar soluciones ágiles; se determina la creación de más indicadores de calidad propios de las áreas del H.T.M.C. y creación del aplicativo para el seguimiento de los mismos.
- 5.- Verificación de horarios y permisos especiales descritos en las Políticas de ingreso hospitalario.  
Se sometió a discusión según criterio de los integrantes del comité:  
Lunes a viernes: 17:00 PM – 19:00 PM.  
Sábados y Domingos: 13:00 PM – 17:00 PM.  
Feriado se mantienen los mismos horarios según el día de la semana en curso.
- 6.- Puntos fuera de agenda  
Se brinda un estatus actual de los protocolos aprobados hasta la fecha (50), se describe el nuevo Proceso para la aprobación de los documentos normativos y se indicó sobre la conformación del equipo de asesoramiento para la elaboración de los mismos.  
Carencia de personal de enfermería en la Institución, personal de planificación de Talento Humano realizará el seguimiento del proceso de contratación además facilitará que el área solicitante revise el perfil de las/os aspirantes.
- 7.- Fecha propuesta para próxima reunión de Comité  
Se establece la siguiente reunión con carácter de extraordinaria se realice el jueves 11 de enero del 2018 a las 15:00 PM, lugar por definir.

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                        | RESPONSABLE                                                                              | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1  | Enviar de manera digital el reglamento, para su lectura y posterior modificación en caso de ser necesario. Para la toma de las respectivas firmas | Dr. Ronny Raymon Moscoso Meza<br>Coordinador General de Control de Calidad               | 22/12/2017            |
| 2  | Revisión de la matriz de indicadores propuesta y generar Indicadores de calidad en cada una de la especialidades                                  | Mgs. Francisco Xavier Ochoa Tarira<br>Director Técnico                                   | 15/01/2018            |
|    |                                                                                                                                                   | Mgs. Henin Stalin Mora Benitez<br>Coordinador General Diagnóstico y Tratamiento          | 15/01/2018            |
|    |                                                                                                                                                   | Dr. Espc. José Paul Santos Ycaza<br>Coordinador General de Hospitalización y Ambulatorio | 15/01/2018            |
|    |                                                                                                                                                   | Dr. Susana Sumoy Esteves Díaz<br>Jefe del Área de Cirugía,                               | 15/01/2018            |
| 3  | Aprobar el Reglamento de Calidad y las Políticas de Ingreso Hospitalarias                                                                         | Todos los miembros del comité                                                            | 02/01/2018            |
| 4  | Seguimiento al proceso de Contratación de Personal de Enfermería                                                                                  | Ing. Xavier Alfredo Salvatierra Barrera<br>Coordinación General de Talento Humano        | 15/01/2018            |
|    |                                                                                                                                                   | Lcda. Katherine Lissette Calahorrano Demera<br>Coordinación de Enfermería                | 15/01/2018            |
| 5  | Elaboración del Manual de Funciones del Personal de Enfermería del HTMC                                                                           | Lcda. Katherine Lissette Calahorrano Demera<br>Coordinación de Enfermería                | 31/01/2018            |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

| LISTADO DE PARTICIPANTES |                                             |                                                                               |                          |                                        |            |       |
|--------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|------------|-------|
| Nº                       | NOMBRE                                      | ÁREA                                                                          | CARGO                    | CORREO                                 | TELÉFONO   | FIRMA |
| 1                        | Dr. Luis Enrique Jairala Zunino             | Gerencia General                                                              | Gerente                  | ljairala@htmc.gob.ec                   | 0908991789 |       |
| 2                        | Mg. Francisco Xavier Ochoa Tarira           | Dirección Técnica                                                             | Director                 | fochoa@htmc.gob.ec                     | 0947315181 |       |
| 3                        | Ing. Fray Rudyarb Cobeña Macías             | Dirección Administrativa                                                      | Director                 | fcobena@htmc.gob.ec                    | 0986296918 |       |
| 4                        | Ing. Xavier Alfredo Salvatierra Barrera     | Coordinación General de Talento Humano                                        | Coordinador              | xsalvatierra@htmc.gob.ec               | 0982442850 |       |
| 5                        | Lcda. Katherine Lissette Calahorrano Demera | Coordinación de Enfermería                                                    | Coordinadora             | kcalahorrano@htmc.gob.ec               | 0978552811 |       |
| 6                        | Lcdo. Johnny Henry Pilligua Burgos          | Coordinación de Enfermería                                                    | Licenciado en Enfermería | jpilligua@htmc.gob.ec [0 días sin uso] | 0980782281 |       |
| 7                        | Mgs. Henin Stalin Mora Benítez              | Coordinación General Diagnóstico y Tratamiento                                | Coordinador              | hmora@htmc.gob.ec                      | 0811441519 |       |
| 8                        | Dr. Espec. José Paul Santos Ycaza           | Coordinador General de Hospitalización y Ambulatorio                          | Coordinador              | psantos@htmc.gob.ec                    | 0959935111 |       |
| 9                        | Dr. Ronny Raymon Moscoso Meza               | Coordinación General de Control de Calidad                                    | Coordinador              | rmoscosom@htmc.gob.ec                  | 0987236119 |       |
| 10                       | Dra. Mg. Susana Sumoy Esteves Díaz          | Jefatura del Área de Cirugía                                                  | Jefe del Área            | sesteves@htmc.gob.ec                   | 0998942300 |       |
| 11                       | Sr. Mg. Carlos Gabriel Escalante Espinoza   | Coordinador General de Planificación y Estadísticas                           | Coordinador              | cescalante@htmc.gob.ec                 | 0994743430 |       |
| 12                       | Sr. José Milton Toral Maroto                | Jefatura Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria                               | Oficinista               | jtoral@htmc.gob.ec                     | 091022480  |       |
| 13                       | Dra. Ana María Salazar Narváez              | Jefatura Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria                               | Médico Especialista      | asalazarn@htmc.gob.ec                  | 0991357050 |       |
| 14                       | Ing. Carlos Luis Sánchez Pincay             | Jefatura Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria                               | Asistente Administrativo | csanchezp@htmc.gob.ec                  |            |       |
| 15                       | Ing. Ornella Stephanie Franco Camacho       | Coordinación Unidad Administrativa Desarrollo y Fortalecimiento Institucional | Coordinadora             | ofranco@htmc.gob.ec                    | 0986462988 |       |

|                                         |                                       |               |  |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------|--|
| Elaborado por:                          |                                       | Aprobado por: |  |
| Nombre: Ing. Carlos Luis Sánchez Pincay | Nombre: Dr. Ronny Raymon Moscoso Meza |               |  |
| Firma:                                  | Firma:                                |               |  |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

### 12.3 Acta de reunión Calidad Nacional

|                                                                                                                                         |                                                                                   |                   |                    |                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------------|--|
|  Hospital de Especialidades<br>Teodoro Maldonado Carbo | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                            |                   |                    | CÓDIGO:<br>FMT-JUTGH-109          |  |
|                                                                                                                                         | COORDINACIÓN GENERAL CONTROL DE CALIDAD<br>UNIDAD TÉCNICA DE GESTIÓN HOSPITALARIA |                   |                    | No. De Acta:<br>CGCC-GHO-2017-072 |  |
|                                                                                                                                         | Lugar: Guayaquil                                                                  | Fecha: 22/12/2017 | Hora Inicio: 10:30 | Hora Fin: 12:30                   |  |

| OBJETIVO                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Analizar el estado de implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente y establecer compromisos para el avance y cumplimiento del mismo. |  |  |  |  |  |

| PERSONAS CONVOCADAS |                                  |                                                                    |                                                      |         |            |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------|------------|
| Nº                  | NOMBRE                           | ÁREA                                                               | CARGO                                                | ASISTIÓ | NO ASISTIÓ |
| 1                   | Ing. Oscar Espín                 | Coordinación Nacional de Calidad                                   | Coordinador Nacional de Calidad                      | Si      |            |
| 2                   | Ing. Xavier Salvatierra          | Coordinación General de Talento Humano                             | Coordinador General de Talento Humano                | Si      |            |
| 3                   | Dr. Ronny Moscoso                | Coordinación General de Control de Calidad                         | Coordinador General de Control de Calidad            | Si      |            |
| 4                   | Dr. Paul Santos Icaza            | Coordinación General de Hospitalización y Ambulatorio              | Coordinador General de Hospitalización y Ambulatorio | Si      |            |
| 5                   | Dr. Vicente Enrique Yuan Chon M. | Unidad de Alto Riesgo Obstétrico                                   | Jefe de Unidad de Alto Riesgo Obstétrico             | Si      |            |
| 6                   | Dra. Alexandra Andrade Nieto     | Unidad Técnica de Neonatología                                     | Jefe de Unidad Técnica de Neonatología               | Si      |            |
| 7                   | Dra. Ana Salazar Narváez         | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria                             | Médico Supervisor de Calidad                         | Si      |            |
| 8                   | Ing. Carlos Sánchez              | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria                             | Asistente Administrativo                             | Si      |            |
| 9                   | Lcda. Katherine Calahorrano      | Coordinación de Enfermería                                         | Coordinadora de Enfermería                           | Si      |            |
| 10                  | Sr. José Toral                   | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria                             | Oficinista                                           | Si      |            |
| 11                  | Lcda. Shirley Bowen              | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria                             | Asistente Administrativo                             | Si      |            |
| 12                  | Med. Juan Carlos Genovezzi       | Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas | Médico General                                       | Si      |            |
| 13                  | Med. Israel Sojos                | Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas | Médico General                                       | Si      |            |
| 14                  | Ing. Irving Quijije              | Coordinación Nacional de Calidad                                   | Coordinador Territorial de Calidad                   | Si      |            |
| 15                  | Sra. Priscilia Valero            | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria                             | Auxiliar de Servicio                                 | Si      |            |

| AGENDA |                                                   |   |                                                |
|--------|---------------------------------------------------|---|------------------------------------------------|
| 1      | Estado de los Comités hospitalarios               | 5 | Porcentaje de cumplimiento de Higiene de Manos |
| 2      | Estado de los Documentos asistenciales levantados | 6 | Necesidades referentes a Carros de Paro        |
| 3      | Plan de Trabajo del Modelo de Gestión de Calidad  | 7 | Déficit de personal de enfermería              |
| 4      | Análisis de casos de Muerte Materna del 2017      | 8 |                                                |

| DESARROLLO DE LA REUNIÓN |  |
|--------------------------|--|
|--------------------------|--|

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

En la ciudad de Guayaquil a las diez horas y treinta minutos del veintidós de diciembre del año dos mil diecisiete, previa convocatoria vía Memorando Nro. IESS-HTMC-CGCC-2017-2509-M suscrito por el Dr. Ronny Moscoso Coordinador General de Calidad del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en virtud de lo solicitado por el Ing. Oscar Espín Coordinador Nacional de Calidad por Memorando Nro. IESS-CNC-2017-0357-M donde menciona:

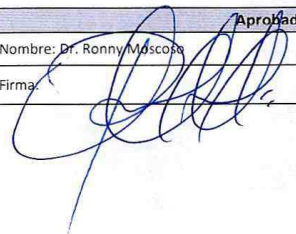
"Como parte de las actividades de seguimiento del proyecto de Acreditación Internacional de Hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) anclado al compromiso presidencial 23348, se solicita convocar a una reunión de trabajo..."

Los puntos a tratar en la agenda fueron:

1. Estado de los Comités Hospitalarios: El Ing. Oscar Espín solicitó la activación de todos los Comités, con sus actas de conformación, fechas de reuniones, reglamentos y planes de trabajo para la primera semana de febrero.
2. Estado de los documentos levantados y aprobados del Hospital: Se reportó el estado actual de los documentos en elaboración y aprobados, se informó el mejoramiento del flujo para la aprobación, verificando que se cumpla con las fases de elaboración, aprobación y socialización de los mismos.

3. Establecer un Plan de Calidad y estrategias para eliminar las debilidades y mitigar el riesgo de las amenazas definidas dentro del FODA, aprovechando las oportunidades y fortalezas del Modelo de Gestión de Calidad en Seguridad del Paciente.
4. Análisis de casos de muerte materna del 2017: Se trataron los seis casos de muerte materna, cuatro atribuidos al hospital, dos asociados, de los cuales un caso es comunitario y otro atribuido a la Clínica Kennedy Alborada. El Ing. Oscar Espín indicó realizar planes preventivos en los Comités de Muerte Materna, el Dr. Vicente Yuen Chon comunica que las Unidades de segundo nivel no cumplen con la aplicación del Score mamá, la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas dará soporte en los planes para resolver dichos problemas.
5. Porcentaje de cumplimiento de Higiene de Manos: Se informó sobre el porcentaje de adherencia de higiene de manos del mes de noviembre (42%), se concluye como una falta de adherencia de Higiene de Manos, el Coordinador Nacional de Calidad indicó que se debe trabajar con la Coordinación de Talento Humano en la elaboración de un Plan de trabajo para mejorar la adherencia de Higiene de Manos y disminuir la resistencia del personal para el cumplimiento del mismo.
6. Necesidades referentes del carro de paro: Se mencionó que se debe hacer la adquisición de nueve carros de paro, pero debido al tiempo prolongado que se espera para la compra de los mismos, el Coordinador Nacional de Calidad dispuso se elabore un proyecto de mejora para los procesos en compras públicas.
7. Déficit de personal de Enfermería: La Coordinadora de Enfermería mencionó el déficit de personal de cuidado directo al paciente, debido a la apertura de áreas (Emergencia/UCI), reapertura de UCIN y concursos de méritos y oposiciones en los que personal de enfermería de esta institución se deberán vincular a otras Unidades Médicas.

| Nº | COMPROMISO                                                                                                         | RESPONSABLE                                                        | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1  | Activación de todos los Comités hospitalarios con su reglamento y plan de trabajo                                  | Coordinador General de Control de Calidad                          | 05/02/2018            |
| 2  | Reportar mensualmente el avance de la aprobación de documentos normativos y el plan de trabajo                     | Coordinador General de Control de Calidad                          | Mensual               |
| 3  | Plan de Calidad y establecer estrategias para el FODA                                                              | Coordinador General de Control de Calidad                          | 15/01/2018            |
| 5  | Coordinar con las Unidades de segundo nivel de la zona 8 la implementación del Plan de reducción de Muerte Materna | Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas | 01/02/2018            |
| 6  | Levantamiento de procedimientos de compras públicas y elaboración de plan de mejora                                | Coordinador General de Control de Calidad                          | 15/02/2018            |
| 7  | Informar el trámite de contratación del personal de enfermería a Coordinación Nacional de Calidad                  | Coordinación de Talento Humano                                     | 12/01/2018            |

| Elaborado por:                                                                             | Aprobado por:                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre: Dra. Ana Salazar                                                                   | Nombre: Dr. Ronny Moscoso                                                                   |
| Firma:  | Firma:  |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

| LISTADO DE PARTICIPANTES |                     |                     |                     |                          |            |                                                                                     |
|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº                       | NOMBRE              | ÁREA                | CARGO               | CORREO                   | TELÉFONO   | FIRMA                                                                               |
| 1                        | Xavier Slobodanov   | HHH                 | Coordinador General | xavierslob@htmc.gob.ec   | 0982442453 |    |
| 2                        | Rony Poma Yago      | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | rpony@htmc.gob.ec        | 0987236119 |    |
| 3                        | Raúl Santolucito    | C. S. H. A.         | Gerente             | rsantolucito@htmc.gob.ec | 0987236119 |    |
| 4                        | Vicente Joverón     | Materiales          | Gerente             | vjoveron@htmc.gob.ec     | 0987236119 |    |
| 5                        | Daibara Córdova     | Materiales          | Gerente             | dcordova@htmc.gob.ec     | 0987236119 |    |
| 6                        | Carlos Poma         | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | cpoma@htmc.gob.ec        | 0987236119 |    |
| 7                        | Patricia Calahorra  | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | pcalahorra@htmc.gob.ec   | 0987236119 |    |
| 8                        | José María          | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | jmaria@htmc.gob.ec       | 0987236119 |    |
| 9                        | Simón Baeza         | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | sbaeza@htmc.gob.ec       | 0987236119 |    |
| 10                       | Juan Carlos Guevara | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | jcguevara@htmc.gob.ec    | 0987236119 |   |
| 11                       | Israel Sotelo       | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | isotelo@htmc.gob.ec      | 0987236119 |  |
| 12                       | Irving Quispe       | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | iquispe@htmc.gob.ec      | 0987236119 |  |
| 13                       | Priscilla Valero    | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | pvalero@htmc.gob.ec      | 0987236119 |  |
| 14                       | Ana Salazar         | Coord. Gen. Calidad | Gerente             | asalazar@htmc.gob.ec     | 0987236119 |  |
| 15                       |                     |                     |                     |                          |            |                                                                                     |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

## 12.4 Acta de reunión Documentos Normativos

|                                                                                                                                         |                                                                                      |                                    |                       |                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|
|  Hospital de Especialidades<br>Teodoro Maldonado Carbo | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                               |                                    |                       | CÓDIGO:<br>FMT-JUTGH-109             |  |
|                                                                                                                                         | COORDINACIÓN GENERAL DE CONTROL DE CALIDAD<br>UNIDAD TÉCNICA DE GESTIÓN HOSPITALARIA |                                    |                       | No. De Acta:<br>CGCC-JUTGH-2017-0073 |  |
|                                                                                                                                         | Lugar:<br>Oficina de la Unidad de Gestión Hospitalaria                               | Fecha:<br>27 de diciembre del 2017 | Hora Inicio:<br>14:30 | Hora Fin:<br>16:30                   |  |

| OBJETIVO                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Definir los documentos normativos prioritarios para establecer el plan de trabajo mensual de los mismos, que será remitido al Coordinador Nacional de Calidad. |  |  |  |  |  |

| PERSONAS CONVOCADAS |                             |                                        |                                          |         |            |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------|------------|
| Nº                  | NOMBRE                      | ÁREA                                   | CARGO                                    | ASISTIÓ | NO ASISTIÓ |
| 1                   | Ing. Maribel Parra Borja    | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Administrador                            | SÍ      |            |
| 2                   | Dra. Ana María Salazar      | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Médico Especialista en Cirugía General 1 | SÍ      |            |
| 3                   | Ing. Gema Varela Fajardo    | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Oficinista                               | SÍ      |            |
| 4                   | Sr. José Toral Maroto       | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Oficinista                               | SÍ      |            |
| 5                   | Ing. Carlos Sánchez Pincay  | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Asistente Administrativo                 | SÍ      |            |
| 6                   | Ing. Jimmy Cueva Barcia     | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Analista Administrativo                  | SÍ      |            |
| 7                   | Lcda. Shirley Bowen Masache | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Asistente Administrativo                 | SÍ      |            |
| 8                   | Ing. Carla Aguiar Franco    | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Oficinista                               | SÍ      |            |

| AGENDA |                                               |  |   |                                                                                            |  |
|--------|-----------------------------------------------|--|---|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1      | Establecer documentos normativos prioritarios |  | 2 | Elaborar plan de trabajo mensual para levantamiento de documentos normativos prioritarios. |  |

| DESARROLLO DE LA REUNIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>En la ciudad de Guayaquil a las catorce horas y treinta minutos del veintisiete de diciembre del año dos mil diecisiete previa convocatoria verbal, por motivo de compromiso establecido en acta de reunión No. CGCC-GHO-2017-0072 del 22 de diciembre del 2017 "Reportar mensualmente el avance de la aprobación de los documentos normativos y el plan de trabajo"; se indicaron los parámetros para listar los documentos normativos prioritarios, entre lo que se mencionó: 1) Realizar las gestiones necesarias para aprobar los documentos normativos de las PDR y 2) Documentar los procesos críticos y gestionar la aprobación de los mismos.</p> <p>Se recalzó que algunos de los documentos definidos como prioritarios estaban elaborados pero no finalizados, por lo que se requería que se envíen memorandos solicitando información como en el caso del listado de abreviaturas peligrosas para que todas las áreas asistenciales lleguen a un consenso en la reunión del Comité de Gestión de la Calidad.</p> <p>Los procesos identificados como críticos corresponden a las áreas de Emergencia, UCI, UCIN, Infectología, Jefatura de Cirugía, Trasplante, Cirugía Vascular y Oftalmología. Se destacó que es imperativo la elaboración y aprobación de los manuales de dichas áreas en donde se incluya al menos información de la cartera de servicios, funciones del personal que labora en el área, directrices de inducción a nuevo personal, (sin perjuicio que pueda requerirse la intervención o asistencia de personal de Talento Humano).</p> |  |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | RESPONSABLE                           | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| 1  | Elaboración de memorando con las abreviaturas permitidas y no permitidas a los Coordinadores de los servicios para ser revisadas en el Comité de Gestión de la Calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ing. Carla Aguiar F.                  | 28/12/2017            |
| 2  | Solicitar listado de cartera de servicios del Hospital al área de Planificación y Estadísticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ing. Carla Aguiar F. - Sr. José Toral | 28/12/2017            |
| 3  | Elaboración de instructivo para correcto llenado de documentos reglamentarios para ingreso hospitalario (Consentimiento informado, Form. 001, Form. 002).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sr. José Toral                        | 09/01/2017            |
| 4  | Seguimiento hasta la aprobación de los documentos normativos correspondientes al Programa de Control de Infecciones: - Prevención de IAS (Maribel P.)<br>- Bioseguridad (Gema V.)<br>- Protocolo de medidas de prevención y control de infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasa (Maribel P.)<br>- Protocolo de manejo de antisépticos, desinfectantes y soluciones parenterales (Maribel P.)<br>- Protocolo de uso de barreras de protección (Maribel P.) | Equipo de Procesos                    | 12/01/2018            |

| DATOS GENERALES                    |                  |                       |                                                                                        |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Informe                   | 29/12/2017       | No. De Informe        | HETMC-010-2017                                                                         |
| Funcionario Responsable de Informe | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Dra. Ana Salazar | asalazarn@htmc.gob.ec | Encargada del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente y Minimizar Riesgo |
| Informe dirigido a:                | Contacto         |                       |                                                                                        |
|                                    | Nombre           | Correo Electrónico    | Cargo                                                                                  |
|                                    | Ing. Oscar Espín | oespinma@iess.gob.ec  | Coordinador Institucional de Calidad                                                   |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | RESPONSABLE              | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 5  | Seguimiento hasta la aprobación de los documentos normativos de las POR<br>- Protocolo de Úlceras por Presión (Jimmy C.)<br>- Profilaxis Tomboembolia Venosa (Jimmy - Dr. León)<br>- Transferencia de Información (Gema V. Lcda. Chamba)<br>- Protocolo de manejo de Medicamentos de Alto Riesgo (Jimmy C. - Q.F. Franklin)<br>- Protocolo de Profilaxis con Antibióticos durante la Cirugía (Jimmy C. - Dr. Elio Ochoa)<br>- Protocolo de Seguridad de Narcóticos (Maribel P. - Anestesiología - Farmacia - Ana Salazar, Gabriel G.)<br>- Protocolo de Prevención de Suicidios (Jimmy C.)<br>- Plan de Capacitaciones de Bombas de Infusión (Maribel P. - José Toral)<br>- Protocolo de Administración Antimicrobiana (Gema V. - Dr. Elio Ochoa - Carlos S.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Equipo de Procesos       | 12/01/2018            |
| 6  | Documentos normativos prioritarios por áreas:<br><b>Emergencia: (Gema V.)</b><br>Manual del área de Emergencia.<br>Políticas de Ingreso al Área de Emergencia.<br><b>UCI: (Gema V.)</b><br>Protocolo Criterio de ingreso y egreso a UCI.<br>Protocolo de Traslado y manejo del Paciente Crítico.<br><b>UCIN: (Maribel P.)</b><br>Protocolo de Transporte Neonatal.<br>Protocolo de Uso Racional de Antimicrobiano en Neonatos.<br>Protocolo de Reanimación Neonatal.<br>Protocolo de Intubación Endotraqueal.<br><b>Manual del Área de UCIN. (Identificación correcta del neonato, normas de seguridad).</b><br><b>Trasplante: (Maribel P.)</b><br>Todos los documentos<br><b>Infectología: (Maribel P.)</b><br>Protocolo de Clínica del VIH<br>Protocolo de Atención de Pacientes con diagnóstico reciente de VIH<br><b>Jefatura de Cirugía: (Jimmy C.)</b><br>Manual del Bloque Quirúrgico (¿Quién es el Jefe?, responsabilidades. Base MSP)<br>Procedimiento de la Lista de Espera Quirúrgica<br><b>Cirugía Vascular Periférica: (Jimmy C.)</b><br>Protocolo de Curación Avanzada de Heridas<br><b>Oftalmología: (Gema V.)</b><br><b>Protocolo de Trasplante de Córnea.</b> | Equipo de Procesos       | 15/01/2018            |
| 7  | Elaboración del cronograma mensual de levantamiento de documentos normativos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ing. Maribel Parra Borja | 12/01/2018            |

| LISTADO DE PARTICIPANTES |                             |                                        |                                          |                       |            |       |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|------------|-------|
| Nº                       | NOMBRE                      | ÁREA                                   | CARGO                                    | CORREO                | TELÉFONO   | FIRMA |
| 1                        | Ing. Maribel Parra Borja    | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Administrador                            | mparrab@htmc.gob.ec   | 0992123169 |       |
| 2                        | Dra. Ana María Salazar      | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Médico Especialista en Cirugía General 1 | asalazarn@htmc.gob.ec | 0991357050 |       |
| 3                        | Ing. Gema Varela Fajardo    | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Oficinista                               | gvarela@htmc.gob.ec   | 0960580586 |       |
| 4                        | Sr. José Toral Maroto       | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Oficinista                               | itoral@htmc.gob.ec    | 0991022480 |       |
| 5                        | Ing. Carlos Sánchez Pincay  | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Asistente Administrativo                 | csanchezp@htmc.gob.ec | 0998952970 |       |
| 6                        | Ing. Jimmy Cueva Barcia     | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Analista Administrativo                  | jcueva@htmc.gob.ec    | 0958980007 |       |
| 7                        | Lcda. Shirley Bowen Masache | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Asistente Administrativo                 | sbowen@htmc.gob.ec    | 0993154676 |       |
| 8                        | Ing. Carla Aguiar Franco    | Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria | Oficinista                               | caguiar@htmc.gob.ec   | 0990836303 |       |

|                             |  |                            |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|
| Elaborado por:              |  | Aprobado por:              |  |
| Nombre: Carla Aguiar Franco |  | Nombre: Ronny Moscoso Meza |  |
| Firma:                      |  | Firma:                     |  |