

PLAN ANUAL DE CALIDAD PARA EL AÑO 2019  
HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS- IESS-LOJA

NÚMERO	PRÁCTICA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	META	FECHA DE INICIO	FECHA DE CULMINACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	RESULTADOS
1	Observación directa con la lista de verificación del cumplimiento de las prácticas seguras en la atención del Manual de Seguridad del paciente.	1. Vigilar que todo el personal sanitario cumpla con los indicadores de las 17 prácticas seguras del Manual de Seguridad del paciente.	1. Aplicar la lista de verificación del cumplimiento de las prácticas seguras dos veces al mes (día 1 y día 15) en forma ordinaria y cuando sea necesario en forma extraordinaria.	El 100% del personal sanitario debe cumplir con todas las prácticas seguras en la atención de salud.	23/04/2019	31/12/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	Auto-Evaluación mensual de las prácticas seguras en cada uno de los servicios del HGMYM.	1. Evaluación Mayo 2019: 85% de cumplimiento. 2. Evaluación Julio 2019: 89% de cumplimiento. 3. Evaluación septiembre 2019: 91% de cumplimiento.
2	Estrategia ESAMYN.	1. Brindar atención adecuada a la gestante, mejorando la calidad e integralidad de la atención pre-natal. 2. Promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido. 3. Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales. 4. Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis. 5. Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna.	1. Educar en la estrategia al personal de Ginecología, Centro Obstétrico y Quirófano, en los componentes C y D de la estrategia. 2. Visita de observación al Hospital de Otavalo por ser el primer hospital certificado en la estrategia. 3. Implementación de una sala de parto en libre posición de acuerdo a exigencias y necesidad de la población.	Que 100% del personal conozca y maneje los criterios de la normativa para la atención amigable y humanizada a la madre durante la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio.	23/05/2019	31/12/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Con fecha 6/05/2019 se hace reunión con área de Materno-infantil para socializar la Estrategia ESAMyN. 2. 22 y 29 de Mayo: socialización y revisión de los formularios ESAMyN. 3. 12, 19 y 26 de Junio: Revisión de los formularios ESAMyN. 4. Capacitación estrategia ESAMyN por parte de Dirección Nacional de Calidad del MSP. 5. Implementación de sala de parto intercultural UTPR	60 % de cumplimiento.
3	Pertinencia de Cesáreas	Que todos los profesionales que intervienen en la atención de pacientes obstétricas, haga todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.	1. Concientizar en el personal médico de los servicios de Gineco-Obstetricia y Cirugía, que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos, solamente cuando son necesarias por motivos médicos. 2. Sensibilizar a nivel de profesionales y población, que las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. 3. Taller de capacitación en el uso del sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. 4. Los resultados de la clasificación deben ponerse a disposición del público en general.	1. El 85% del personal del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, debe usar el sistema de clasificación de Cesáreas de Robson con las mujeres hospitalizadas para dar a luz, como herramienta para identificar los grupos prioritarios por intervenir y para estimar una meta racional de cesáreas.	6/6/2019	31/12/2019	Dra. María Rosa Vélez y Lcda. Miriam Ortiz	1. MSP capacitará en la herramienta. 2. Unidad de Calidad hace conocer el instrumento en forma general.	5% de cumplimiento

4	Estrategia Near Miss Norma CONE	Caso de Morbilidad materna extremadamente grave (aun si es con un solo criterio) y se mantiene mientras existan casos de morbilidad materna extremadamente grave en el hospital, por lo tanto el enfoque es prevenir el agravamiento de la paciente y con ello evitar su muerte a expensas de lograr un apoyo multidisciplinario organizado, oportuno y efectivo al equipo clínico quirúrgico en aquellos aspectos que pueden resultar críticos en la resolución de la complicación obstétrica garantizando atención materna integral y completa 24 horas al día 7 días a la semana.	1. Capacitación en la estrategia a todo el personal médico y de enfermería del Hospital. 2. Conformar un equipo multidisciplinario de evitabilidad de muerte materna.	Que el 100% del personal conozca y aplique la estrategia.	7/3/2019	18/7/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Capacitación Materno-Infantil: 11 /07/2019 Capacitación UCI + Emergencia: 18/07/2019 2. C onformación Comité de Evitabilidad con fecha 17-09-2019. 2. Formación de grupo de Whats app para activar al Comité cada vez que exista una madre gravemente enferma que cumpla con los criterios Near Miss.	100% de cumplimiento
5	Protocolo de RCP en RN con < de 1000 gr de peso, enfoque bioético.	1. Establecer el límite de peso y edad gestacional de RN que si deben ser tratados. 2. Establecer el pronóstico individualizado para cada paciente. 3. Establecer la viabilidad en base a supervivencia y morbilidad neurológica grave. 4. Establecer a que grupo de pacientes se les debería ofrecer cuidados de confort compasivos (secado, calor, oxigeno medioambiental)	1. Solicitar mediante quipux al Director Médico disponga al servicio de Neonatología la elaboración del Protocolo. 2. Trabajar en equipo con el servicio de Neonatología en la confección del protocolo.	Que el 85% del personal de Neonatología use el protocolo para la toma de decisiones en el manejo de RN con menos de 1000 gr de peso.	8/9/2019	31/08/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Reunión con el servicio de Neonatología para solicitar la elaboración del Protocolo.	No se cumplió.
6	Activar comités de Ética asistencial para la salud (CEAS)	Completar el proceso de certificación del CEAS por parte del MSP para mejorar la dimensión ética de la práctica clínica y la calidad de la asistencia en salud.	1. Solicitar mediante quipux al Director Médico disponga al comité de Ética asistencial se reactive para concluir con el proceso de reconocimiento por parte del MSP. 2. Hacer acompañamiento al CEAS para que concluya el proceso de acreditación con el MSP	Reconocimiento y certificación del CEAS por parte del MSP	4/9/2019	30/05/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Reunión con Dirección Médica para solicitar la activación ndel Comté. 2. Quipux enviado a Dirección Médica solicitando se reactive el Comité.	No se cumplió.
7	Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)	Garantizar que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, o los posibles riesgos.	1. Trabajar junto con Dirección Médica en la conformación del equipo para el CEISH	Reconocimiento y certificación del CEISH por parte del MSP	6/6/2019	31/08/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Reunión con Dirección Médica para solicitar la activación ndel Comté. 2. Quipux enviado a Dirección Médica solicitando se reactive el Comité.	No se cumplió.
8	Consentimiento informado	Que todo el equipo sanitario haga uso del Consentimiento, para dar información y cumplir con la obligación de respetar a los pacientes como individuos, haciendo honor a sus preferencias en cuidados médicos (principio de autonomía).	1. Revisión y actualización de los Consentimientos elaborados hasta el momento. 2. Elaboración de Consentimientos en los servicios faltantes.	Que 100% del personal sanitario haga uso del consentimiento informado.	9/3/2019	31/12/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Con fecha 24-09-2019 vía Quipux se solicita a cada uno de los servicios del Hospital se trabaje en la elaboración del Consentimiento informado en base a las directrices del MSP. 2. Todos los servicios entregan el Consentimiento Informado, excepto Neurología.	90% de cumplimiento.

9	Buenas prácticas de Prescripción	Hacer uso racional de medicamentos, desde la selección, hasta la prescripción y utilización en los pacientes, para mejorar la salud y bienestar del paciente y minimizar los riesgos a los que se expone.	1. Elaborar una Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción, como una herramienta metodológica que permita lograr la correcta prescripción, basándose en un proceso normalizado, racional, apoyado en la evidencia científica disponible y en la búsqueda de los mejores resultados terapéuticos.	Que mas del 85% de los profesionales sanitarios hagan uso de la guía de prescripción para evitar o disminuir la morbi-mortalidad y el incremento de gastos en los sistemas de salud, ya sea por hospitalización o por atención ambulatoria de los pacientes.	10/1/2019	31/12/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	La Unidad de Calidad trabaja con el Manual de Seguridad de paciente como herramienta para concientizar al servicio médico acerca de la correcta prescripción de medicamentos.	50% de cumplimiento.
10	Auditoría Interna inmediata	Que el personal sanitario conozca y maneje el modelo de gestión para la realización de auditorías internas asistenciales y así contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.	1. Capacitar a todo el personal sanitario en el modelo de gestión para auditorías internas asistenciales.	Que los comités técnicos hospitalarios conozcan el proceso de auditoría interna para ser aplicado en la investigación de eventos adversos suscitados en la práctica diaria dentro del Hospital.	11/5/2019	31/12/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	MSP fue invitado para dar la capacitación en la herramienta de Auditoría Interna asistencial.	No se cumplió.
11	Comités Técnicos Hospitalarios.	1. Coadyuvar a la mejora de la calidad en los servicios que se ofrecen a los usuarios del Hospital. 2. Jerarquizar los problemas detectados. 3. Definir las estrategias necesarias para resolver los problemas identificados. 3. Establecer la metodología y las acciones necesarias para operar las estrategias. 4. Llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de las acciones. 5. Aportar los elementos para la identificación de coordinación entre los servicios y mantener una interrelación entre ellos. 6. Desarrollar los mecanismos para establecer un diagnóstico integral y tomar decisiones orientadas a mejorar la organización y funcionamiento hospitalario en servicios y áreas críticas.	1. Generar reuniones del Comité de Seguridad del paciente los días martes de cada semana. 2. Trabajar con el Comité de IAASS, los segundos y últimos jueves del mes, en horario de 9 a 10h00 3. Convocar a reuniones extraordinarias al Comité de Muerte materna y neonatal, según necesidad. 4. Constituir el Comité de Prevención y Promoción.	Que el 100% de los trabajadores sanitarios establezcan mejoras en la atención de los servicios apoyándose en las sugerencias y actividades que establezcan los comités técnicos al ser los ejes de la gestión hospitalaria, para mejorar el cuidado de la salud de la población a la que servimos.	4/1/2019	31/12/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Se reactivan los comités técnicos del Hospital: a. Comité de Ética. b. Comité de Seguridad del paciente. c. Comité de Calidad. d. Comité de Bioseguridad. e. Comité de Farmacovigilancia. f. Comité de Muerte Materna y neonatal. g. Comité de Auditoría e Historias Clínicas. h. Comité de Prevención y Control de IAAS. i. Comité de Investigación y Docencia. j. Comité de Evitabilidad de muerte Materna: Near Miss. k. Comité ESAMyN.	100% de cumplimiento
12	Encuesta de Satisfacción del Usuario	Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios con la atención brindada a través de la percepción que tienen los pacientes y familiares, y a su vez identificar cuáles elementos de la atención determinan su satisfacción o insatisfacción.	1. Aplicar una encuesta de satisfacción elaborada por la Unidad de Calidad del HMYM, una vez al mes en los servicios de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización y Farmacia, para conocer lo que estamos haciendo y mejorar.	1. Conseguir la excelencia en la prestación de los servicios de salud.	5/6/2019	31/12/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Junio 2019: Se aplica la encuesta a los servicios de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa. 2. Julio 2019: Se aplica la encuesta a los servicios de Hospitalización.	1. El 98% de los pacientes usuarios están conformes con los servicios prestados. 2. 65% en Consulta Externa conforme
13	Protocolos de atención.	Mejorar la calidad de atención, estandarizando los criterios para su evaluación con intervenciones efectivas basadas en pruebas científicas	Actualizar los Protocolos del HMYMV versión 2017	El 100% del personal de salud utilizará para su actuación los Protocolos institucionales actualizados.	5/1/2019	6/1/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Con fecha 3 de Junio se solicitó la revisión y actualización de todos los protocolos. 2. Con fecha 18 de Agosto se entregaron los Protocolos actualizados versión 2019. 3. Se cargan en las computadoras de todo el personal de salud, los protocolos de las 17 prácticas seguras.	100% de cumplimiento

14	Comité de Evitabilidad de Muerte Materna: Near Miss (CEMM).	Conformación del Comité de Evitabilidad de Muerte Materna.		El 100% del personal de salud utilizará para su actuación el Protocolo en el momento que se active la atención de una mujer embarazada gravemente enferma.	13-09-2019	17-09-2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Con fecha 13-09-2019 se convoca vía Quipux a reunión con los jefes de servicios para conformar el CEMM. 2. Con fecha 17-09-2019 se constituye el CEMM con la participación de 10 profesionales de la salud que serán parte del comité. 3. 1. El comité se ha activado para la atención de dos pacientes NEAR MISS, con excelentes resultados.	100% del cumplimiento.
15	Estrategia un Trato por el Buen trato	Mejorar la relación Médico-paciente.	Capacitación por parte del MSP- Coordinación Zonal 7	El 100% del personal de salud debe brindar al paciente-usuario un trato justo y digno.	27/10/2019	29/10/2019	Dra. María Rosa Vélez Lcda. Miriam Ortiz	1. Se hizo capacitación en tres grupos de 50 personas cada uno en tres días consecutivos con el apoyo del MSP-Coordinación zonal 7. 2. Se logró capacitar en la estrategia a más del 70% del personal médico y de enfermería.	80% de cumplimiento.
16	Protocolo de manejo para Sepsis Neonatal de origen tardío.	Servicio de Neonatología usa de forma incorrecta los antibióticos.	Elaboración del Protocolo de Sepsis por parte de Epidemiología y Neonatología.	Que el 100% del personal de salud de neonatología trabaje en disminuir la resistencia antimicrobiana.	4/1/2019	5/1/2019	Epidemiología. Neonatología.	Se socializa y aprueba Protocolo en el Comité de IAAS.	100% de cumplimiento
17	Certificar al HGMYM en establecimiento 100% libre de humo de tabaco.	En Ecuador el 22 de julio del 2011, en el Registro Oficial No. 497, se publicó la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, en la que se resaltan tres elementos fundamentales para la salud pública del país: los espacios 100% libre de humo de tabaco; la prohibición de la publicidad de productos del tabaco a través de los medios de comunicación colectiva y las advertencias sanitarias con pictogramas o gráficos en las cajetillas, empaques o envolturas de productos de tabaco.	Capacitación al 100% del personal médico y paramédico.	Que el 100% del personal del HGMYM no fume dentro del hospital y 3 metros a la redonda.	4/1/2019	8/1/2019	Calidad. Comunicación	Capacitación de la Norma hospitalares 100% libres de humo de tabaco.	100% de cumplimiento