



**HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO  
ISIDRO AYORA**

**PLAN DE INTERVENCIÓN:  
PLAN OPERATIVO ANUAL DE CALIDAD**

***2013 - 2015***

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**PLAN DE INTERVENCIÓN – PLAN OPERATIVO ANUAL DE CALIDAD PARA LA**  
**ACREDITACIÓN DEL**  
**HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO**  
**2013 – 2014**

**AMBITOS DE MEJORA:**

- 1.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR EL NIVEL ORO DE ACREDITACIÓN**
- 2.- IMPLEMETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR LAS ROPs (Prácticas Organizacionales Requeridas)**
- 3.- IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO ÉTICO DEL HGOIA**
- 4.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL.**
  - 4.1.- IDENTIFICAR Y MINIMIZAR LOS RIESGOS POR PROCESO**
  - 4.2.- PROTOCOLO DE TRASFERENCIA DE INFORMACIÓN**
  - 4.3.- PROTOCOLO DE REPORTE DE EVENTOS**
  - 4.4.- PROTOCOLO DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS**

## 5.- ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: 2015 – 2017

## 6.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE BIOSEGURIDAD HGOIA 2014

### AMBITO DE MEJORA:

#### 1.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR EL NIVEL ORO DE ACREDITACIÓN

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
1.1.- Identificar los estándares de Nivel Oro a cumplir de acuerdo al informe proporcionado por Qmentum Internacional	Elaborar y socializar la matriz para la recolección de la información sobre el Nivel Oro a cumplir	Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes	Contar con los estándares de Nivel Oro por cumplir ya identificados	Noviembre 2013 - Enero 2014	100% de estándares de Nivel Oro identificados	Matriz para la recolección de la información  Actas de reuniones  Informe	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)	Elaboración e implementación del Plan de Mejora de la Calidad en base a los estándares de Nivel Oro identificados
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipo de Acreditación en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Gerente	Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes, Coordinadora de Calidad						
	Aplicar la matriz para cada área en reunión del servicio	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS	
1.2.- Implementar el Plan de Mejora de la Calidad en base a los estándares de Nivel Oro identificados	Establecer reuniones de trabajo para la elaboración del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad	Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención	Hasta junio del 2014	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas	Evaluación periódica del cumplimiento de los estándares, Nivel Oro	
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad				Cronograma de implementación			Apoyo de autoridades
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad				Documento del Plan de Mejora			
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación				Informe de evaluación del plan			

**AMBITO DE MEJORA: 2.- IMPLEMETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR LAS ROPs  
(Prácticas Organizacionales Requeridas)**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
2.1.- Identificar las ROPs a cumplir	Elaborar y socializar la matriz para la recolección de la información sobre las ROPs a cumplir	Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes	Contar con los estándares de Nivel Oro por cumplir ya identificados	Noviembre 2013 - Enero 2014	100% de ROPs identificadas	Matriz para la recolección de la información	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)	Elaboración e implementación del Plan de Mejora de la Calidad en base a las ROPs identificadas
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipo de Acreditación en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Gerente	Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes, Coordinadora de Calidad				Actas de reuniones		
	Aplicar la matriz para cada área en reunión del servicio	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad				Informe		

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS	
2.2.- Implementar el Plan de Mejora de la Calidad en base a las ROPs identificadas	Establecer reuniones de trabajo para la elaboración del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad	Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención	Hasta junio del 2014	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas	Evaluación periódica del cumplimiento de las ROPs	
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad				Cronograma de implementación			Apoyo de autoridades
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad				Documento del Plan de Mejora			
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipo de Acreditación	Líderes y Equipo de Acreditación				Informe de evaluación del plan			

### **AMBITO DE MEJORA: 3.- IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO ÉTICO DEL HGOIA**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.1.- Elaborar el Marco Ético del HGOIA	Establecer reuniones de trabajo con el personal de los servicios para la elaboración del Marco Ético	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación	Contar con un Marco Ético actualizado y a adaptado a la realidad del HGOIA	Noviembre 2013 - febrero 2014	80% de los servidores participaron en el proceso de implementación	Documento del Marco Ético del HGOIA	Colaboración de los servidores del HGOIA	Evaluación de la implementación del Marco Ético del HGOIA
3.2.- Socializar el Marco Ético del HGOIA	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>interna</i> del Marco Ético	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática	Robustecer el compromiso con la institución			Actas de reuniones		
	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>externa</i> del Marco Ético	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática	Fortaleces la integridad en la atención			Página web HGOIA		
3.3.- Aprobar y aplicar el Marco Ético en el HGOIA	Solicitar las sugerencias correspondientes y la aprobación del Marco Ético a todos los servidores del hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad	Servidores del HGOIA						

**AMBITO DE MEJORA: 4.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
4.1.- Identificar y mitigar los riesgos por proceso	Elaborar y socializar la matriz para la identificación riesgos por proceso	Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes	Reforzar los niveles de seguridad durante la atención en el HGOIA  Mitigar los riesgos identificados para crear una cultura a de calidad	Noviembre 2013- Marzo 2014	90% de riesgos identificados  80% de riesgos mitigados	Matriz para la recolección de la información  Actas de reuniones  Informe	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)  Compromiso de autoridades ministeriales para la dotación de los recursos necesarios	Evaluación permanente del Plan de Mitigación
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipo de Acreditación en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						
	Aplicar la matriz para los diferentes procesos en reunión de cada servicio	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						
	Efectuar talleres por servicio para la elaboración del Plan	Líderes y Equipo de Acreditación, Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico						
	Implementar el Plan de Mitigación de Riesgos y Mejora de la Seguridad	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipo de Acreditación	Director Médico						



PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
4.2.- Elaborar los Protocolos de Traslación de Información por punto crítico	Elaborar y socializar la matriz para la identificación de los puntos de transferencia de información que necesitan ser mejorados	Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes	Mejorar el sistema de transferencia de información	Noviembre 2013- junio 2014	80% de protocolos implementados	Matriz para la recolección de la información  Actas de reuniones  Informe  Documento de los protocolos	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido	Evaluación permanente del Plan de Mitigación
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipo de Acreditación en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad	Lograr que la información llegue eficientemente					
	Aplicar la matriz para los diferentes puntos críticos	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						
	Elaborar e implementar el Protocolo de Traslación de Información por cada punto crítico identificado	Líderes y Equipo de Acreditación, Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico						
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
4.3.- Elaborar el Protocolo de Reporte de Eventos	Realizar un taller para la elaboración del modelo Protocolo de Reporte de Eventos en el HGOIA, en base a modelos ya establecidos	Líderes y Equipo de Acreditación, Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad	Disminuir el número de eventos en el hospital  Prevenir la ocurrencia de eventos	Noviembre 2013 - junio 2014	70% de eventos reportados	Informe del taller	Veracidad en el Personal  Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido	Evaluaciones de la aplicación del Protocolo de Reporte de Eventos
	Implementar el Protocolo de Reporte de Eventos en las áreas clínicas del HGOIA	Líderes y Equipo de Acreditación,	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad			25% menos de eventos ocurridos	Documento del protocolo		

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
4.4.- Elaborar el Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Coordinar con el equipo de Farmacia la elaboración del Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Coordinadora de Calidad, Líder de Farmacia	Gerente, Director Médico, Equipo de Acreditación, líderes	Evitar accidentes con fármacos, mientras la madre o paciente son atendidas	Noviembre 2013 - junio 2014	Asegurar el bienestar de la usuaria o paciente al ser atendida en el HGOIA	Actas de reuniones  Documento del Protocolo	Colaboración de la usuaria o paciente para compartir información con el personal médico	Evaluar la implementación del Protocolo
	Implementar el Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Líderes y Equipo de Acreditación, Líder de Farmacia	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, Líder de Farmacia						

**AMBITO DE MEJORA: 5.- ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: 2015 – 2017**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
5.1.- Actualizar el Plan Estratégico del HGOIA en base al "Plan del Buen Vivir" 2013-2017.	Establecer reuniones de trabajo para la actualización del Plan Estratégico	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación	Contar con la hoja de ruta para la atención de usuarias en el HGOIA	A partir del segundo semestre del 2014	100% del Plan Estratégico Actualizado	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas	Evaluación del Plan Estratégico 2015-2017
5.2.- Socializar el Plan Estratégico del HGOIA	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>interna</i> del Plan Estratégico	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática				Documento del Plan		
	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>externa</i> del Plan Estratégico	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática				Actas de aprobación Página web del hospital		

## 6.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE BIOSEGURIDAD HGOIA 2014

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
6.1.- Implementar el Plan de Bioseguridad del HGOIA 2014	Actualizar el Plan de Bioseguridad del HGOIA de acuerdo a las recomendaciones del Informe y del Documento POR	Gerente, Epidemióloga	Líderes y Equipo de Acreditación, Coordinadora de Calidad	Reforzar las medidas de bioseguridad en el HGOIA	Diciembre 2013- Junio 2014	100% del Plan de Bioseguridad implementado	Actas de reuniones Documento del Plan Actas de aprobación	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas  Compromiso de autoridades ministeriales para la dotación de los recursos necesarios	Evaluación del Plan de Bioseguridad del HGOIA 2014

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO  
PLAN DE INTERVENCIÓN – PLAN OPERATIVO ANUAL DE CALIDAD  
2014**

**AMBITOS DE MEJORA, EN BASE DE LOS CRITERIOS DE ALTA PRIORIDAD  
(Seguridad, Riesgo, Ética, Procesos de Mejora de Calidad)**

**SEGURIDAD**

- 1.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR EL NIVEL ORO DE ACREDITACIÓN**
- 2.- IMPLEMETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR LAS ROPs (Prácticas Organizacionales Requeridas)**

**RIESGO**

- 3.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL.**
  - 3.1.- IDENTIFICAR Y MINIMIZAR LOS RIESGOS POR PROCESO**
  - 3.2.- PROTOCOLO DE TRASFERENCIA DE INFORMACIÓN**
  - 3.3.- PROTOCOLO DE REPORTE DE EVENTOS**
  - 3.4.- PROTOCOLO DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**ÉTICA**

- 4.- IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO ÉTICO DEL HGOIA**

**PROCESOS DE MEJORA DE CALIDAD**

- 5.- ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: 2015 – 2017**

**AMBITO DE MEJORA:**

## 1.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR EL NIVEL ORO DE ACREDITACIÓN

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
1.1.- Identificar los estándares de Nivel Oro a cumplir de acuerdo al informe proporcionado por Qmentum Internacional	Conformación de los Equipos de Calidad en cada servicio y área del hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes de servicio, líderes de enfermería, miembros de equipo	Contar con los estándares de Nivel Oro por cumplir ya identificados	Noviembre 2013 - Marzo 2014	100% de estándares de Nivel Oro identificados	Matriz para la recolección de la información  Actas de reuniones  Informe	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)	Elaboración e implementación del Plan de Mejora de la Calidad en base a los estándares de Nivel Oro identificados
	Elaborar y socializar la matriz para la recolección de la información sobre el Nivel Oro a cumplir	Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería						
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipos de Calidad en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Gerente	Gerente, Director Médico, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería, Coordinadora de Calidad						
	Aplicar la matriz para cada área en reunión del servicio	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
1.2.- Implementar el Plan de Mejora de la Calidad en base a los estándares de Nivel Oro identificados	Establecer reuniones de trabajo para la elaboración del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad	Director Médico, Equipos de Calidad, líderes	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención	Marzo 2014	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas	Evaluación periódica del cumplimiento de los estándares, Nivel Oro
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad		Marzo 2014		Cronograma de implementación		
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, miembros de equipo		Abril - Junio 2014		Documento del Plan de Mejora		
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación, Director Médico				Informe de evaluación del Plan		



**AMBITO DE MEJORA: 2.- IMPLEMETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR LAS ROPs  
(Prácticas Organizacionales Requeridas)**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
2.1.- Identificar las ROPs a cumplir	Conformación de los Equipos de Calidad en cada servicio y área del hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes de servicio, líderes de enfermería, miembros de equipo	Contar con las ROPs por cumplir ya identificadas	Noviembre 2013 - Marzo 2014	100% de las ROPs identificadas	Matriz para la recolección de la información  Actas de reuniones  Informe	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)	Elaboración e implementación del Plan de Mejora de la Calidad en base a las ROPs identificadas
	Elaborar y socializar la matriz para la recolección de la información sobre las ROPs a cumplir	Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería						
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipos de Calidad en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Gerente	Gerente, Director Médico, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería, Coordinadora de Calidad						
	Aplicar la matriz para cada área en reunión del servicio	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
2.2.- Implementar el Plan de Mejora de la Calidad en base a las ROPs identificadas	Establecer reuniones de trabajo para la elaboración del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad	Director Médico, Equipos de Calidad, líderes	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención, mediante el cumplimiento de las ROPs	Marzo 2014	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas  Apoyo de autoridades	Evaluación periódica del cumplimiento de las ROPs
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad		Marzo 2014		Cronograma de implementación		
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, miembros de equipo		Abril - Junio 2014		Documento del Plan de Mejora		
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación, Director Médico				Informe de evaluación del Plan		

**AMBITO DE MEJORA: 3.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE USUARIAS EXTERNAS, MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.1.- Identificar, mitigar los riesgos por proceso	Elaborar y socializar la matriz para la identificación riesgos por proceso	Equipo de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería	Reforzar los niveles de seguridad durante la atención en el HGOIA	Noviembre 2013	90% de riesgos identificados	Matriz para la recolección de la información	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)  Compromiso de autoridades ministeriales para la dotación de los recursos necesarios	Evaluación permanente del Plan de Mitigación
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipo de Acreditación en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Gerente	Gerente, Director Médico, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería, Coordinadora de Calidad	Mitigar los riesgos identificados para crear una cultura a de calidad	Noviembre 2013	80% de riesgos mitigados	Actas de reuniones  Informe		
	Efectuar talleres por servicios para la elaboración del Plan	Líderes, Equipos de Calidad, Coordinadora de Calidad	Miembros de equipo		Diciembre 2013 - Marzo 2014				
	Implementar el Plan de Mitigación de Riesgos y Mejora de la Seguridad, por servicios	Líderes y Equipos de Calidad	Coordinadora de Calidad, miembros de equipo		Abril 2014				
	Evaluar la implementación del Plan, por servicios	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipos de Calidad	Miembros de equipo		Mayo - Junio 2014				

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.2.- Elaborar los Protocolos de Traslado de Información por punto crítico, por servicios	Elaborar y socializar las matrices para la identificación de los puntos de transferencia de información que necesitan ser mejorados, en cada servicio	Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería	Mejorar el sistema de transferencia de información  Lograr que la información llegue eficientemente	Noviembre 2013- junio 2014	80% de protocolos implementados	Matriz para la recolección de la información	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido	Evaluación permanente de la aplicación de los protocolos
	Aprobar las matrices por parte de los líderes y Equipos de Calidad	Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad	Actas de reuniones					
	Aplicar las matrices para los diferentes puntos críticos	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad	Informe					
	Elaborar e implementar el Protocolo de Traslado de Información por cada punto crítico identificado	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad	Documento de los protocolos					
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipos de Calidad	Miembros de equipo						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.3.- Elaborar el Protocolo de Reporte de Eventos	Elaborar y socializar el Protocolo de Reporte de Eventos, en cada servicio	Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería	Identificar la concurrencia de eventos adversos	Noviembre 2013- junio 2014	90% de eventos adversos identificados	Matriz para la recolección de la información  Actas de reuniones  Informe  Documento del Protocolo	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido	Evaluación permanente de la aplicación del Protocolo
	Unificar el Protocolo en el hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería	Director Médico, miembros de equipo						
	Implementar el Protocolo	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						
	Evaluar la implementación del Protocolo	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipos de Calidad	Miembros de equipo						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.4.- Elaborar el Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Coordinar con el equipo de Farmacia y los comités de calidad de cada servicio la elaboración del Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Coordinadora de Calidad, Líder de Farmacia	Gerente, Director Médico, Equipos de Calidad, líderes	Evitar accidentes con medicamentos	Noviembre 2013 - junio 2014	100% de pacientes con reconciliación de medicamentos	Actas de reuniones  Documento del Protocolo	Colaboración de la usuaria o paciente para compartir información con el personal médico	Evaluar la implementación del Protocolo
	Implementar el Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Líderes y Equipo de Acreditación, Líder de Farmacia	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, Líder de Farmacia						

### **AMBITO DE MEJORA: 4.- IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO ÉTICO DEL HGOIA**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
4.1.- Elaborar el Marco Ético del HGOIA	Establecer reuniones de trabajo con los Equipos de Calidad para la elaboración del Marco Ético (Borrador)	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes y Equipos de Calidad	Contar con un Marco Ético actualizado y a adaptado a la realidad del HGOIA	Marzo 2014	80% de los miembros de equipo participan en el proceso de implementación	Documento del Marco Ético del HGOIA Actas de reuniones	Colaboración de los servidores del HGOIA	Evaluación de la implementación del Marco Ético del HGOIA
4.2.- Aprobar el Marco Ético en el HGOIA	Solicitar las sugerencias correspondientes del Marco Ético a los miembros de equipo del hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad	Miembros de equipo	Robustecer el compromiso con la institución	Abril 2014		Página web HGOIA		
4.3.- Socializar el Marco Ético del HGOIA	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>interna</i> del Marco Ético	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática	Fortalecer la integridad en la atención					
	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>externa</i> del Marco Ético	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática						

**AMBITO DE MEJORA: 5.- ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: 2015 – 2017**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
5.1.- Actualizar el Plan Estratégico del HGOIA en base al "Plan del Buen Vivir" 2013-2017.	Establecer reuniones de trabajo para la actualización del Plan Estratégico	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación	Contar con la hoja de ruta para la atención de usuarias en el HGOIA	A partir del segundo semestre 2014	100% del Plan Estratégico Actualizado	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas	Evaluación del Plan Estratégico 2015-2017
5.2.- Socializar el Plan Estratégico del HGOIA	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>interna</i> del Plan Estratégico	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática				Documento del Plan		
	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>externa</i> del Plan Estratégico	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática				Actas de aprobación Página web del hospital		



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO  
PLAN DE INTERVENCIÓN - CALIDAD PARA LA ACREDITACIÓN HGOIA  
AVANCES NOVIEMBRE 2014**

**AMBITOS DE MEJORA, EN BASE DE LOS CRITERIOS DE ALTA PRIORIDAD  
(Seguridad, Riesgo, Ética, Procesos de Mejora de Calidad)**

**SEGURIDAD**

- 1.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR EL NIVEL ORO DE ACREDITACIÓN**
- 2.- IMPLEMETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR LAS ROPs (Prácticas Organizacionales Requeridas)**

**RIESGO**

- 3.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL.**
  - 3.1.- IDENTIFICAR Y MINIMIZAR LOS RIESGOS POR PROCESO**
  - 3.2.- PROTOCOLO DE TRASFERENCIA DE INFORMACIÓN**
  - 3.3.- PROTOCOLO DE REPORTE DE EVENTOS**
  - 3.4.- PROTOCOLO DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**ÉTICA**

- 4.- IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO ÉTICO DEL HGOIA**

**PROCESOS DE MEJORA DE CALIDAD**

- 5.- ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: 2015 – 2017**

**AMBITO DE MEJORA:**

**1.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR EL NIVEL ORO DE ACREDITACIÓN**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
1.1.- Identificar los estándares de Nivel Oro a cumplir de acuerdo al informe proporcionado por Qmentum Internacional	Conformación de los Equipos de Calidad en cada servicio y área del hospital	SÍ	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes de servicio, líderes de enfermería, miembros de equipo	Contar con los estándares de Nivel Oro por cumplir ya identificados	Noviembre 2013 - Marzo 2014	100% de estándares de Nivel Oro identificados	Matriz para la recolección de la información	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)	---
	Elaborar y socializar la matriz para la recolección de la información sobre el Nivel Oro a cumplir	SÍ	Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería				Actas de reuniones		
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipos de Calidad en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	SI	Gerente	Gerente, Director Médico, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería, Coordinadora de Calidad				Informe		
	Aplicar la matriz para cada área en reunión del servicio	SÍ	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
1.2.- Implementar el Plan de Mejora de la Calidad en base a los estándares de Nivel Oro identificados	Establecer reuniones de trabajo para la elaboración del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad	SI	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención	Marzo 2014	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas	Evaluación periódica del cumplimiento de los estándares, Nivel Oro
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan	Líderes y Equipos de Calidad	SI		Marzo 2014		Cronograma de implementación		
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	En ejecución		A partir del noviembre del 2014		Documento del Plan de Mejora		
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad	En ejecución				Informe de evaluación del Plan		

**AMBITO DE MEJORA: 2.- IMPLEMETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR LAS ROPs  
(Prácticas Organizacionales Requeridas)**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
2.1.- Identificar las ROPs a cumplir	Conformación de los Equipos de Calidad en cada servicio y área del hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad	SI	Contar con las ROPs por cumplir ya identificadas	Noviembre 2013 - Marzo 2014	100% de las ROPs identificadas	Matriz para la recolección de la información	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)	Elaboración e implementación del Plan de Mejora de la Calidad en base a las ROPs identificadas
	Elaborar y socializar la matriz para la recolección de la información sobre las ROPs a cumplir	Coordinadora de Calidad	SI				Actas de reuniones		
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipos de Calidad en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Gerente	SI				Informe		
	Aplicar la matriz para cada área en reunión del servicio	Líderes y Equipos de Calidad	SI						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
2.2.- Implementar el Plan de Mejora de la Calidad en base a las ROPs identificadas	Establecer reuniones de trabajo para la elaboración del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad	SI	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención, mediante el cumplimiento de las ROPs	Marzo 2014	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones  Cronograma de implementación  Documento del Plan de Mejora  Informe de evaluación del Plan	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas  Apoyo de autoridades	Evaluación periódica del cumplimiento de las ROPs
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan	Líderes y Equipos de Calidad	SI		Marzo 2014				
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	En ejecución		A partir del noviembre del 2014				
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad	En ejecución						

**AMBITO DE MEJORA: 3.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE USUARIAS EXTERNAS, MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.1.- Identificar, mitigar los riesgos por proceso	Elaborar y socializar la matriz para la identificación riesgos por proceso	Equipo de Calidad	SI	Reforzar los niveles de seguridad durante la atención en el HGOIA	Noviembre 2013	90% de riesgos identificados	Matriz para la recolección de la información  Actas de reuniones  Informe	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido (fin de año)  Compromiso de autoridades ministeriales para la dotación de los recursos necesarios	Evaluación permanente del Plan de Mitigación
	Aprobar la matriz por parte de los líderes y Equipo de Acreditación en reunión del Comité de Mejoramiento de la Calidad	Gerente	SI		Noviembre 2013	80% de riesgos mitigados			
	Efectuar talleres por servicios para la elaboración del Plan	Líderes, Equipos de Calidad, Coordinadora de Calidad	SI	Mitigar los riesgos identificados para crear una cultura a de calidad	Diciembre 2013 - Marzo 2014				
	Implementar el Plan de Mitigación de Riesgos y Mejora de la Seguridad, por servicios	Líderes y Equipos de Calidad	En ejecución		A partir del noviembre del 2014				
	Evaluar la implementación del Plan, por servicios	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipos de Calidad	En ejecución		A partir del noviembre del 2014				

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.2.- Elaborar los Protocolos de Traslado de Información por punto crítico, por servicios	Elaborar y socializar las matrices para la identificación de los puntos de transferencia de información que necesitan ser mejorados, en cada servicio	Equipos de Calidad	SI	Mejorar el sistema de transferencia de información  Lograr que la información llegue eficientemente	Noviembre 2013- Diciembre 2014	80% de protocolos implementados	Matriz para la recolección de la información	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido	Evaluación permanente de la aplicación de los protocolos
	Aprobar las matrices por parte de los líderes y Equipos de Calidad	Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería	SI				Actas de reuniones		
	Elaborar e implementar el Protocolo de Traslado de Información por cada punto crítico identificado	Líderes y Equipo de Acreditación	En ejecución				Informe		
	Aplicar las matrices para los diferentes puntos críticos	Líderes y Equipo de Acreditación	En ejecución				Documento de los protocolos		
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipos de Calidad	En ejecución						

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.3.- Elaborar el Protocolo de Reporte de Eventos	Elaborar y socializar el Protocolo de Reporte de Eventos, en cada servicio	Equipos de Calidad	SI	Identificar la concurrencia de eventos adversos	Noviembre 2013- Diciembre 2014	90% de eventos adversos identificados	Matriz para la recolección de la información  Actas de reuniones  Informe  Documento del Protocolo	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas, tomando en cuenta el periodo definido	Evaluación permanente de la aplicación del Protocolo
	Unificar el Protocolo en el hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad, líderes de servicio, líderes de enfermería	SI						
	Implementar el Protocolo	Líderes y Equipo de Acreditación	En ejecución						
	Evaluar la implementación del Protocolo	Gerente, Coordinadora de Calidad, Líderes y Equipos de Calidad	En ejecución						



PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.4.- Elaborar el Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Coordinar con el equipo de Farmacia y los comités de calidad de cada servicio la elaboración del Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Coordinadora de Calidad, Líder de Farmacia	SI	Evitar accidentes con medicamentos	Noviembre 2013 - diciembre 2014	100% de pacientes con reconciliación de medicamentos	Actas de reuniones  Documento del Protocolo	Colaboración de la usuaria o paciente para compartir información con el personal médico	Evaluar la implementación del Protocolo
	Implementar el Protocolo de Reconciliación de Medicamentos	Líderes y Equipo de Acreditación, Líder de Farmacia	En ejecución						

**AMBITO DE MEJORA: 4.- IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO ÉTICO DEL HGOIA**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
4.1.- Elaborar el Marco Ético del HGOIA	Establecer reuniones de trabajo con los Equipos de Calidad para la elaboración del Marco Ético (Borrador)	Gerente, Coordinadora de Calidad	SI	Contar con un Marco Ético actualizado y a adaptado a la realidad del HGOIA	Marzo 2014	80% de los miembros de equipo participan en el proceso de implementación	Documento del Marco Ético del HGOIA Actas de reuniones	Colaboración de los servidores del HGOIA	Evaluación de la implementación del Marco Ético del HGOIA
4.2.- Aprobar el Marco Ético en el HGOIA	Solicitar las sugerencias correspondientes del Marco Ético a los miembros de equipo del hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad	SI	Robustecer el compromiso con la institución	Noviembre 2014		Página web HGOIA		
4.3.- Socializar el Marco Ético del HGOIA	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>interna</i> del Marco Ético	Líderes y Equipos de Calidad	En ejecución	Fortaleces la integridad en la atención					
	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>externa</i> del Marco Ético	Líderes y Equipos de Calidad	En ejecución						

**AMBITO DE MEJORA: 5.- ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: 2015 – 2017**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
5.1.- Actualizar el Plan Estratégico del HGOIA en base al "Plan del Buen Vivir" 2013-2017.	Establecer reuniones de trabajo para la actualización del Plan Estratégico	Gerente, Coordinadora de Calidad	En ejecución	Contar con la hoja de ruta para la atención de usuarias en el HGOIA	A partir de noviembre 2014	100% del Plan Estratégico Actualizado	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas	Evaluación del Plan Estratégico 2015-2017
5.2.- Solicitar a las autoridades pertinentes del MSP la aprobación del Plan Estratégico del HGOIA	Realizar la solicitud y el correspondiente seguimiento para la aprobación del Plan ante el MSP	Gerente	En ejecución				Documento del Plan		
5.3.- Socializar el Plan Estratégico del HGOIA	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>interna</i> del Plan Estratégico	Líderes y Equipo de Acreditación	En ejecución				Actas de aprobación		
	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>externa</i> del Plan Estratégico	Líderes y Equipo de Acreditación	En ejecución				Página web del hospital		

# **PLAN DE INTERVENCIÓN – PLAN OPERATIVO ANUAL DE CALIDAD 2015**

**AMBITOS DE MEJORA, EN BASE DE LOS CRITERIOS DE ALTA PRIORIDAD  
(Seguridad, Riesgo, Ética, Procesos de Mejora de Calidad)**

## **SEGURIDAD**

- 1.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR EL NIVEL ORO DE ACREDITACIÓN**
- 2.- IMPLEMETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR LAS ROPs (Prácticas Organizacionales Requeridas)**

## **RIESGO**

- 3.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL.**

## **ÉTICA**

- 4.- IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO ÉTICO DEL HGOIA**

## **PROCESOS DE MEJORA DE CALIDAD**

- 5.- ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: 2015 – 2017**

**AMBITO DE MEJORA:**

**1.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR EL NIVEL ORO DE ACREDITACIÓN**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
1.1.- Implementar el Plan de Mejora de la Calidad en base a los estándares de Nivel Oro identificados	Completar los protocolos en base a los estándares Oro	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención	Enero 2015	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas  Apoyo de autoridades	Evaluación periódica del cumplimiento de los estándares, Nivel Oro
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan con los equipos de calidad por servicios	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad		Enero 2015		Cronograma de implementación		
	Socializar las actividades realizadas, el plan y los protocolos	Líderes y Equipos de Calidad Comunicación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad		Febrero 2015		Documento del Plan de Mejora		
	Conformar equipos de implementación de estándares Oro	Líderes, Equipos de Calidad, Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico		Enero - Febrero 2015		Informe de evaluación del Plan		
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, miembros de equipo		Febrero – Junio 2015		Plataforma de capacitación vía Intranet del HGOIA		
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación, Director Médico		Julio - Agosto 2015				

**AMBITO DE MEJORA: 2.- IMPLEMETACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR LAS ROPs  
(Prácticas Organizacionales Requeridas)**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
2.1.- Implementar el Plan de Mejora de la Calidad en base a los estándares ROPs a cumplir	Completar los protocolos en base a los estándares ROPs	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención	Enero 2015	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones Cronograma de implementación Documento del Plan de Mejora Informe de evaluación del Plan Plataforma de capacitación vía Intranet del HGOIA	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas  Apoyo de autoridades	Evaluación periódica del cumplimiento de los estándares, ROPs
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan con los equipos de calidad por servicios	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad		Enero 2015				
	Socializar las actividades realizadas, el plan y los protocolos	Líderes y Equipos de Calidad Comunicación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad		Febrero 2015				
	Conformar equipos de implementación de estándares ROPs	Líderes, Equipos de Calidad, Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico		Enero - Febrero 2015				
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, miembros de equipo		Febrero – Junio 2015				
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación, Director Médico		Julio - Agosto 2015				
	Acoger las sugerencias de los acreditadores una vez realizada la evaluación externa	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, miembros de equipo		Septiembre – Diciembre 2015				

**AMBITO DE MEJORA: 3.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE USUARIAS EXTERNAS, MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
3.1.- Implementar el Plan de Mitigación de Riesgos por Procesos	Completar los protocolos para mitigar riesgos	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad	Mejorar la calidad de atención en los diferentes procesos de atención	Enero 2015	90% de cumplimiento de las actividades propuestas	Actas de reuniones Cronograma de implementación Documento del Plan de Mejora Informe de evaluación del Plan Plataforma de capacitación vía Intranet del HGOIA	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas  Apoyo de autoridades	Evaluación permanente del Plan de Mitigación de Riesgos por Procesos
	Elaborar el cronograma de implementación del Plan con los equipos de calidad por servicios	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad		Enero 2015				
	Socializar las actividades realizadas, el plan y los protocolos	Líderes y Equipos de Calidad Comunicación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad		Febrero 2015				
	Conformar equipos de implementación de protocolos para mitigar riesgos	Líderes, Equipos de Calidad, Coordinadora de Calidad	Gerente, Director Médico		Enero - Febrero 2015				
	Realizar las actividades propuestas en el Plan	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Director Médico, Coordinadora de Calidad, miembros de equipo		Febrero – Junio 2015				
	Evaluar la implementación del Plan	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipos de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación, Director Médico		Julio - Agosto 2015				

**AMBITO DE MEJORA: 4.- IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO ÉTICO DEL HGOIA**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS
4.1.- Aprobar el Marco Ético del HGOIA	Solicitar las sugerencias correspondientes del Marco Ético a los miembros de equipo del hospital	Gerente, Coordinadora de Calidad	Miembros de equipo	Contar con un Marco Ético actualizado y a adaptado a la realidad del HGOIA	Enero 2015	80% de los miembros de equipo participan en el proceso de implementación	Documento del Marco Ético del HGOIA	Colaboración de los servidores del HGOIA	Evaluación de la difusión del Marco Ético del HGOIA
4.2.- Socializar el Marco Ético del HGOIA y del MSP	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>interna</i> del Marco Ético	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática	Robustecer el compromiso con la institución	Febrero 2015		Actas de reuniones		
	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>externa</i> del Marco Ético	Líderes y Equipos de Calidad	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática	Fortaleces la integridad en la atención	Febrero 2015		Página web HGOIA Plataforma de capacitación vía Intranet del HGOIA		



**AMBITO DE MEJORA: 5.- ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: 2015 – 2017**

PROCEDIMIENTOS	ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	RESPONSABLE	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVOS	TIEMPOS / PLAZOS	RESULTADOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN / MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS	PRÓXIMOS PASOS		
5.1.- Actualizar el Plan Estratégico del HGOIA en base al "Plan del Buen Vivir" 2015-2017.	Establecer reuniones de trabajo para la actualización del Plan Estratégico	Gerente, Coordinadora de Calidad	Líderes y Equipo de Acreditación	Contar con la hoja de ruta para la atención de usuarias en el HGOIA	Enero 2015	100% del Plan Estratégico Actualizado	Actas de reuniones	Compromiso y participación de los responsables y personas involucradas	Evaluación del Plan Estratégico 2014-2017		
5.2.- Solicitar la aprobación del Plan Estratégico del HGOIA a las autoridades pertinentes del MSP	Realizar la solicitud y el correspondiente seguimiento para la aprobación del Plan ante el MSP	Gerente	Líderes y Equipo de Acreditación, Coordinadora de Calidad, Director Médico		Febrero 2015		Actas de aprobación			Página web del hospital	Compromiso de autoridades ministeriales para la dotación de los recursos necesarios
5.3.- Socializar el Plan Estratégico del HGOIA	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>interna</i> del Plan Estratégico	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática		Febrero 2015		Plataforma de capacitación vía Intranet del HGOIA				
	Establecer y aplicar las estrategias para la difusión <i>externa</i> del Plan Estratégico	Líderes y Equipo de Acreditación	Gerente, Coordinadora de Calidad, Equipo de Informática								

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>FIRMA</b>
Aprobado por: Dr. Humberto Navas López GERENTE DEL HOSPITAL	
Consensuado por: Dra. Linda Arturo Delgado COORDINADORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CALIDAD DE GESTIÓN	

Elaborado por: Comité de Calidad