



Manual de organización y funciones de Unidad de Calidad Hospitalaria UOC 2020

Hospital Nacional Dr. José Antonio
Saldaña,
Neumología y Medicina Familiar.

Diciembre 2019.



1.- INTRODUCCIÓN:

El Hospital Nacional Saldaña enmarcado dentro de su Misión y Visión, y garante para la atención de los usuarios que lo soliciten, ha conformado una Unidad de Calidad que será la que monitorice, verifique y haga cumplir los estándares de calidad que el MINSAL se ha propuesto cumplir para la presente gestión.

El presente documento pretende ordenar y sistematizar el funcionamiento interno de la Unidad para poder llevar a cabo los objetivos planteados a nivel institucional.

2.

MISION

Somos un hospital general y de neumología que brinda servicios de salud integrales a la población con calidad y calidez a través de los servicios de emergencia, consulta externa y hospitalización, con un equipo humano especializado, con vocación, conocimientos y experiencia a través de la actualización continua.

VISIÓN

Proveer de servicios integrales de salud, integrados a la red pública, que garantice, con equidad, el acceso universal y la continuidad de la atención de los usuarios, a través de la provisión de cuidados médicos especializados y tecnología de punta, fortalecidos con la investigación y con participación ciudadana.

3.- DEFINICIÓN Y MARCO LEGAL

En cumplimiento al Reglamento General de Hospitales, en base a:

SECCION IV SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD HOSPITALARIA.

ARTÍCULO 29: La DNH establecerá, con la aprobación de los titulares del ramo, un Programa de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios hospitalarios, que servirá de base para la formulación de los programas locales. El Director del Hospital es el responsable de establecer y hacer cumplir dicho Programa. De la misma manera de buscar la coordinación con el primer nivel de atención para la integración de este programa en aquellos aspectos de calidad que deben abordarse como red de servicios integral e integrada.

Y de acuerdo a la resolución Ministerial No. 352 emitida el 21 de Diciembre de 2012 “ESTRATEGIA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS” (EMCSH), en consecuencia a partir de la presente fecha es de obligatorio cumplimiento por parte de todo el personal involucrado, de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud, (RISS).

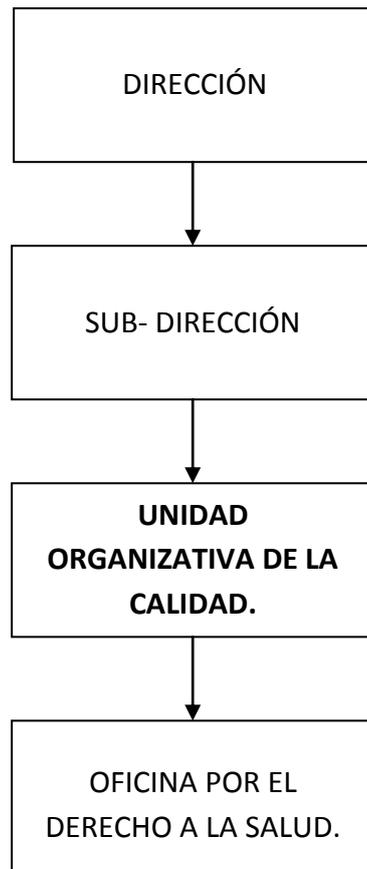
4.- OBJETIVO GENERAL DE LA UOC:

- Mejorar la calidad de la atención en los servicios hospitalarios y que permita proporcionar un funcionamiento eficiente y eficaz del hospital, enmarcado dentro de la RIISS y coherente con el enfoque de Derecho a la Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Organizar una estructura que permita y facilite el desarrollo integral y permanente de la calidad en la atención de los usuarios.
- Evaluar de forma integral los servicios que se brindan a través de la Medición de los Estándares de Calidad y el Monitoreo Continuo de la Calidad (MCC).
- Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida.
- Divulgar la Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios de la institución a todo el personal.

5. ORGANIGRAMA.



6. FUNCIONES.

- **DE LA UOC:**

1. Unidad encargada de orientar, asesorar y controlar las diferentes actividades relacionadas con la EMCSH y estará subordinada al Director del Hospital.
2. Evaluar en forma integral la calidad que se ofrece en los diferentes servicios del Hospital a través del Monitoreo y evaluación de los Estándares de Calidad.
3. Velar por que se cumplan los derechos y deberes de los usuarios internos y externos.
4. Fortalecer la vigilancia y control de la calidad de los servicios.

- **DEL JEFE O COORDINADOR:**

El Jefe de la UOC es miembro del Consejo estratégico de la Dirección de la institución y tiene la responsabilidad de atender y coordinar los diferentes Comités de Evaluación de la Calidad.

Sus funciones son las siguientes:

- Adecuar, implementar y desarrollar el Programa de Gestión de Programa de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios hospitalarios.
- Capacitar a los directivos, miembros de los Comités y al resto de los trabajadores.
- Fomentar la cultura de la calidad en los trabajadores.
- Planificar supervisiones que aseguren el control y monitoreo a los diferentes Comités y unidades organizativas que permitan apreciar el desarrollo del programa.
- Diseñar el desarrollo de investigaciones relacionadas con la Calidad Hospitalaria en función de los problemas identificados.
- Realizar el análisis mensual de la Gestión de la Calidad en unión de los coordinadores de los comités asesores y los invitados que se consideren necesarios. Los resultados del análisis son llevados a un informe resumen.
- Presentará información periódica al Consejo estratégico sobre la marcha del Programa y de sus resultados proponiendo soluciones y mejoras de procesos

DEPENDENCIA JERÁRQUICA:

De acuerdo al Documento de EMCSH, en cada hospital existirá una Unidad Organizativa de Calidad UOC que será la encargada de coordinar y controlar el Programa y estará subordinada al Director del Hospital.

ORGANIZACIÓN INTERNA:

La UOC tendrá la estructura siguiente:

Un jefe y los coordinadores de los Comités y otros invitados en dependencia de intereses específicos.

Esta estructura se ajustará a las características y complejidad de cada hospital.

La unidad organizativa de calidad atenderá los siguientes Comités Asesores:

- Comité de Ética Médica.
- Comité de Auditoría Clínica.
- Comité de la Actividad Quirúrgica hospitalaria.
- Comité de Morbi - Mortalidad Hospitalaria.
- Comité para la Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- Comité Fármaco Terapéutico.
- Comité de Lactancia Materna.
- Comité de Desastres, Emergencias y Contingencias
- Comité de Contraloría social.

En los Hospitales Ginecobstétricos y Materno Infantiles se añadirá:

- Comité de vigilancia de la mortalidad materna Perinatal.

Cada hospital ajustándose a su perfil y complejidad constituirá de los Comités anteriores los necesarios para el cumplimiento del Programa de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios hospitalarios, debiendo evaluarse la

pertinencia de los mismos.

El Coordinador y los integrantes de la UOC y de los comités asesores son designados por el Director del Hospital. Estos últimos son atendidos y coordinados por el responsable de la Unidad Organizativa de Calidad de la entidad.

Apoyo Técnico:

Para su operatividad deberá contar con los siguientes recursos administrativos:

- Asistente
- Técnico en informática y/o estadístico
- Ordenanza.

Para el desempeño de sus funciones deberá contar con un ambiente físico destinado a labores administrativas del apoyo técnico con adecuada iluminación y dotación de equipo para desarrollar sus funciones y además deberá contar con un área para la Jefatura con el equipo informático necesario y una sala para reuniones con dimensiones suficientes para albergar al menos a 10 personas.

5. VIGENCIA.

El presente manual ha sido elaborado en el mes de DICIEMBRE de 2019 y estará vigente durante tres años, o según lo solicite la Dirección de este Centro en base a las necesidades presentadas a futuro.



Dra. Carmen Guadalupe Melara de García
Directora