

Hospital Nacional General  
de Neumología y Medicina Familiar  
“Dr. José Antonio Saldaña”



**Manual de organización, Funciones y  
Procesos Esenciales de la  
Unidad Organizativa de la Calidad  
Hospitalaria  
U O C 2021.**

***Dra. Mariasela Urbina***  
**Jefe, UOC.**



Dra. Paola Francesca de Ayala  
Subdirectora

**Enero 2021.**

## **C O N T E N I D O**

- 1.- INTRODUCCIÓN.**
- 2.- MISIÓN – VISIÓN.**
- 3.- DEFINICIÓN Y MARCO LEGAL.**
- 4.- OBJETIVOS.**
- 5.- ORGANIGRAMA.**
- 6.- FUNCIONES.**
- 7.- ORGANIZACIÓN INTERNA.**
- 8.- PROCESOS ESENCIALES.**
- 9.- REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN.**
- 10. VIGENCIA.**

## **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.- MISIÓN.**

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.

### **2.1- 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 Dirección Nacional de Hospitales 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, (RIISS).**

### **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

#### **4.1.- 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.
5. Coordinar, supervisar y estar en contacto con el personal de INFOCA y Oficina por el Derecho a la salud, para realizar de la mejor manera las actividades y tareas que les correspondan.

- **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.
- 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. (según nuestro organigrama a la subdirección)**

## **7.- 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.

## **7. Procesos Esenciales de la Unidad Organizativa de la Calidad Hospitalaria.**

**U O C.**

**HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIAR  
"DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA".**

**DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO**

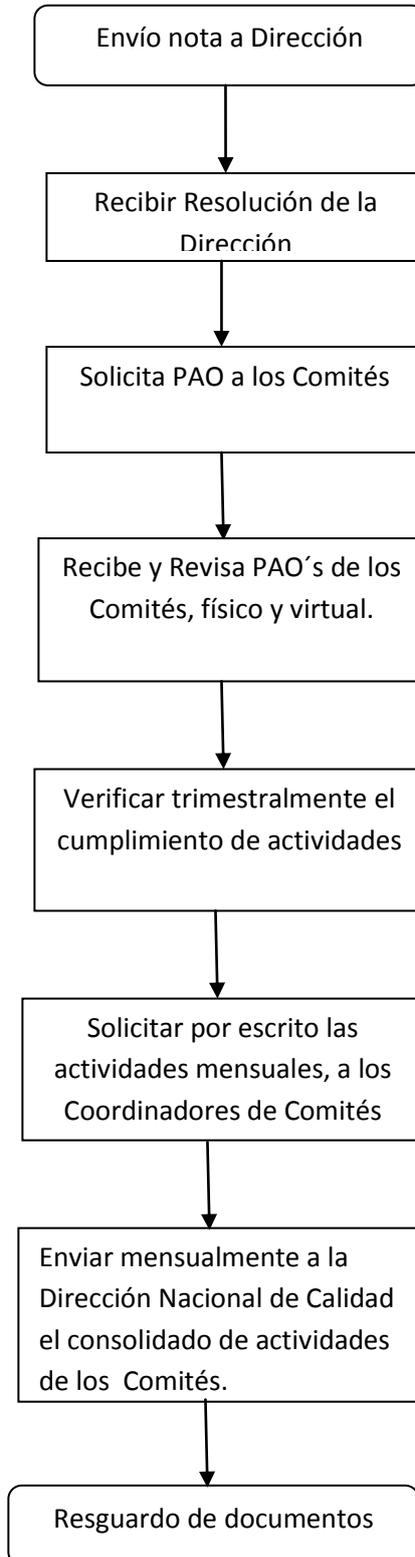
**PROCEDIMIENTO:** SUPERVISION DE COMITÉS

**UNIDAD RESPONSABLE:** UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC).

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Verificar el cumplimiento de las actividades programadas.

<b>DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>RESPONSABLE</b>	<b>Paso No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
UOC	1	Envía nota a Dirección para solicitar resolución de Comités hospitalarios cada año.
UOC	2	Recibe Resolución de parte de la Dirección, que incluye los coordinadores e integrantes de cada Comité.
UOC	3	Envía Nota a cada Coordinador de Comité solicitando la POA anual.
UOC	4	Recibe, revisa POAS de los Comités, en físico y virtual.
UOC	6	Verifica trimestralmente el cumplimiento de actividades en conjunto con los coordinadores.
UOC	7	Solicita por escrito a Coordinadores de Comités el informe mensual de actividades realizadas.
COMITÉS	8	Envían a la UOC los informes de actividades realizadas.
UOC	9	Envía a la Dirección Nacional de Calidad del Ministerio de Salud el consolidado de las actividades realizadas, mensualmente.
UOC	10	Resguardo de documentos y archivos.

	<b>SUPERVISION DE COMITÉS</b>	<b>Fecha: Ago-2020</b>
	Área Responsable: Unidad Organizativa de Calidad	Versión: 1ª.
	Responsable del Proceso: Jefatura de la Calidad.	



**HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIAR  
"DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA".**

**DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO**

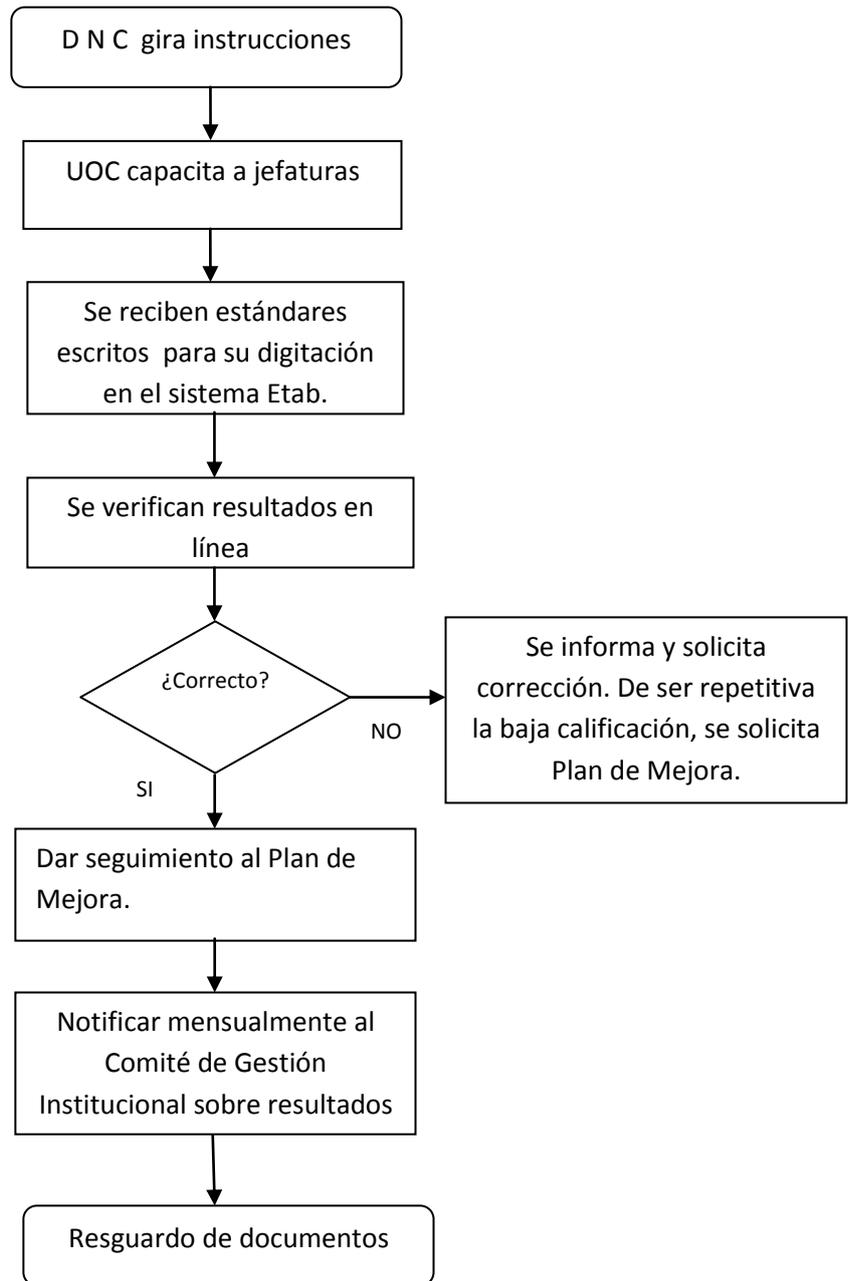
**PROCEDIMIENTO: VIGILANCIA DE LOS ESTANDARES DE CALIDAD (No. 29)**

**UNIDAD RESPONSABLE: UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC).**

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Vigilar el cumplimiento y digitación de estándares de calidad en Línea, en el Sistema ETAB.**

<b>DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>RESPONSABLE</b>	<b>Paso No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Dirección Nacional de Calidad	1	Gira instrucciones y lineamientos para la digitación de los 29 estándares de Calidad, el línea, en el sistema ETAB.
UOC	2	Capacitan a las jefaturas intervinientes, según corresponda, para el adecuado llenado de los criterios solicitados. (Se proporcionan las matrices )
UOC	1	Gira instrucciones a la persona que colabora en la UOC, para que reciba los estándares escritos de las Dependencias intervinientes.
UOC	2	Digita los estándares recibidos en el Sistema ETAB.
UOC	3	Verifica mensualmente que la información esté incluida en el sistema y revisar expedientes al azar para verificar la veracidad de la información proporcionada por jefaturas.
UOC	6	Se notificará a la jefatura sobre corrección de algún dato verificado (de ser necesario).
JEFATURAS	7	De ser necesario, corrigen algunos criterios o datos proporcionados.
UOC	8	Realiza análisis en el sistema Etab sobre calificación mensual de estándares de calidad.
UOC	9	Al haber un estándar persistente con calificación baja (3 meses) se solicita plan de mejora a la jefatura correspondiente.
UOC	10	Da seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora.
UOC	11	Se notifica mensualmente los resultados al Comité Estratégico de Gestión.
UOC	12	Resguardo de documentos.

	<b>VIGILANCIA DE LOS ESTANDARES DE CALIDAD (No. 29)</b>	<b>Fecha: Ago-2020</b>
	Área Responsable: Unidad Organizativa de Calidad	Versión: 1ª.
	Responsable del Proceso: Jefatura de la Calidad.	



HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIAR

“DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA”.

**DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO**

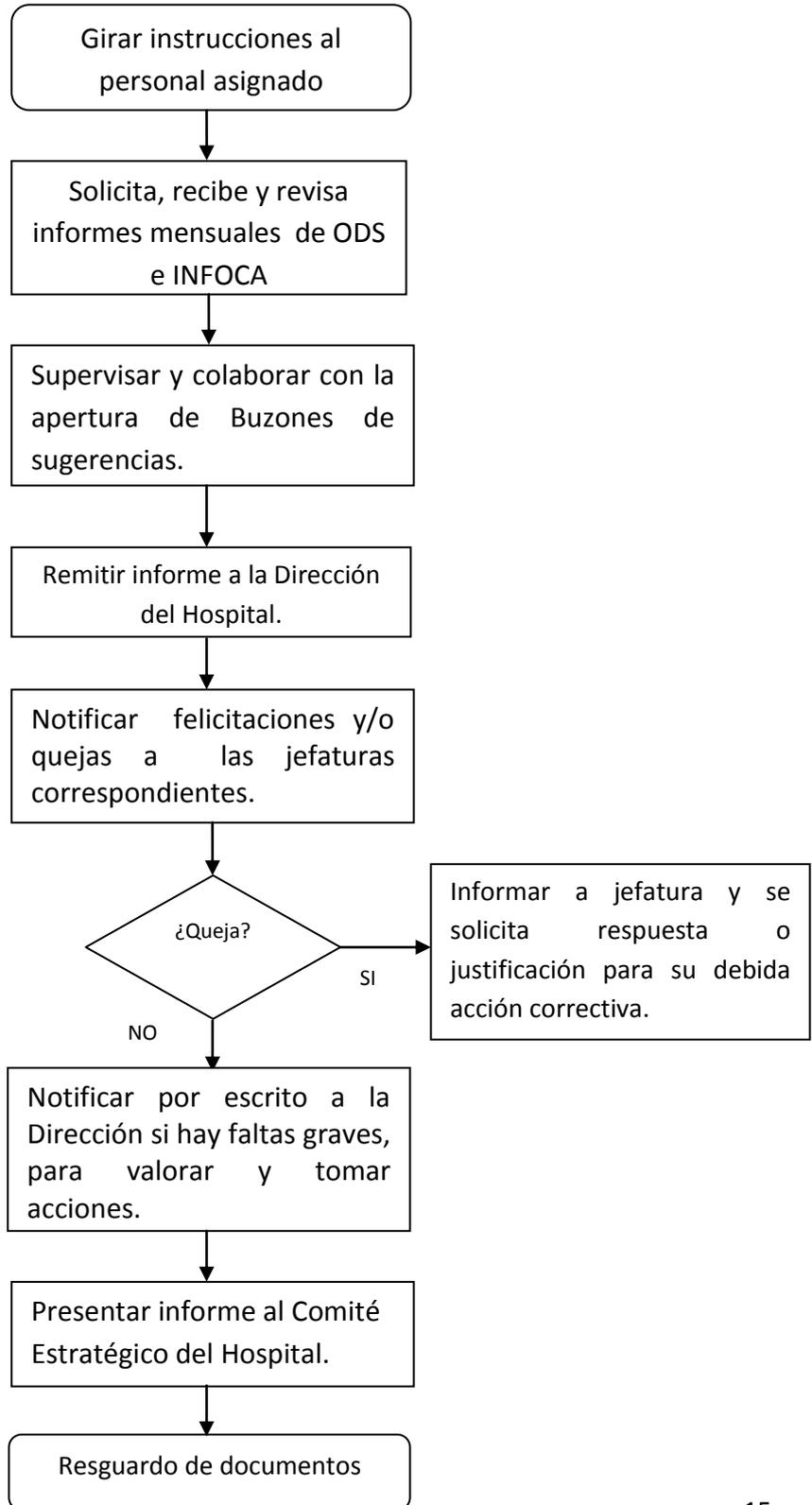
**PROCEDIMIENTO:** SUPERVISION DEL PERSONAL A CARGO (INFOCA y Oficina por el Derecho a la Salud (ODS) )

**UNIDAD RESPONSABLE:** UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC).

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Tener control de las actividades del personal asignado.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	Paso No.	ACTIVIDAD
UOC	1	Gira instrucciones y lineamientos al personal de los documentos y actividades que deben contar para la realización de sus actividades.
UOC	2	Solicita, revisa y resguarda informes de actividades mensuales de ODS e INFOCA.
UOC	3	Supervisa y colabora con la apertura de Buzones de sugerencias ubicados en el Hospital.
ODS	4	Remite informe de resultado de la apertura de buzones a la Dirección.
ODS	5	Se notifican las felicitaciones y/o quejas a las jefaturas correspondientes con copia a la Dirección.
ODS	6	Se solicita a jefatura donde haya queja que brinde su respuesta y/o justificación sobre lo ocurrido y si amerita, que se tomen las acciones correctivas.
ODS	7	Se notifica por escrito a la Dirección si hay faltas graves, para valorar y tomar acciones.
ODS	8	Se presenta informe al Comité Estratégico del Hospital.
ODS	9	Resguardo de información.

	<b>SUPERVISION DEL PERSONAL A CARGO (INFOCA y Oficina por el Derecho a la Salud (ODS))</b>	<b>Fecha: Ago-2020</b>
	Área Responsable: Unidad Organizativa de Calidad	Versión: 1ª.
	Responsable del Proceso: Jefatura de la Calidad.	



HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIAR

“DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA”.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

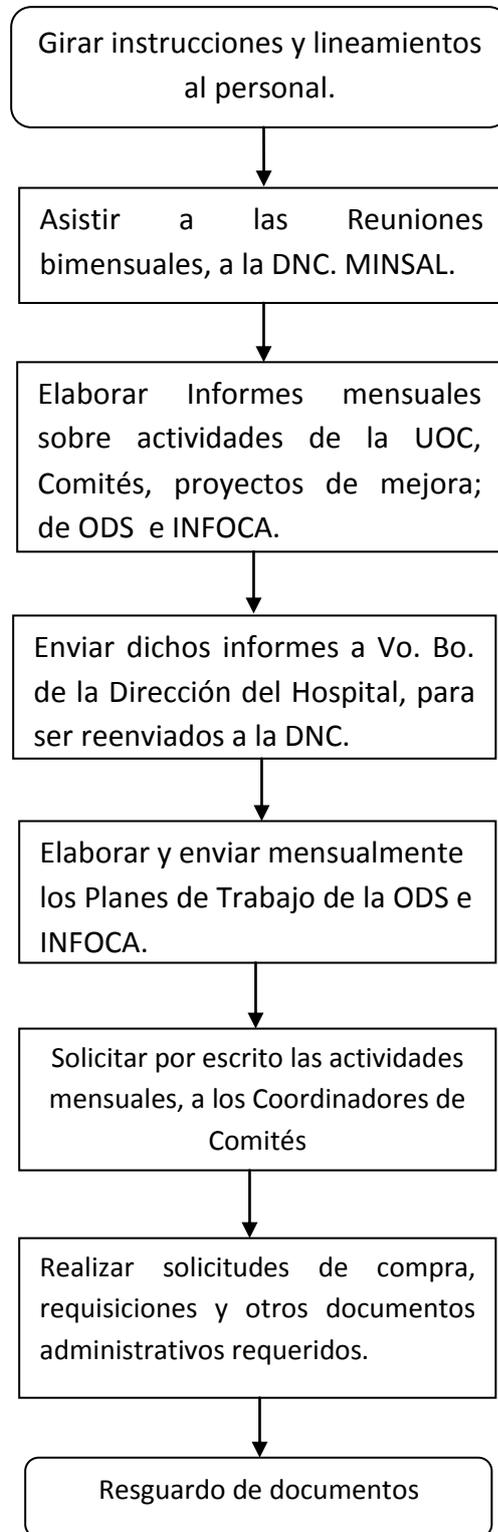
**PROCEDIMIENTO:** TRABAJOS Y/O ACCIONES ADMINISTRATIVAS.

**UNIDAD RESPONSABLE:** UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC).

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** cumplir con los procesos administrativos realizados en la UOC

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	Paso No.	ACTIVIDAD
UOC	1	Gira instrucciones y lineamientos al personal sobre documentos, actividades y tareas que deben cumplir.
UOC	2	Asistir a las Reuniones bimensuales, convocadas por la Dirección Nacional de Calidad del Ministerio de Salud.
UOC	3	Elaborar Informes mensuales que incluyen actividades de la jefatura UOC, de Comités, sobre los proyectos de mejora, de ODS y de INFOCA.
UOC	4	Enviar dichos informes a Vo. Bo. de la Dirección del Hospital, para ser remitidos a la Dirección Nacional de Calidad del Ministerio de Salud.
UOC	5	Elaborar y enviar mensualmente los Planes de Trabajo de la ODS e INFOCA.
UOC	6	Realizar solicitudes de compra, requisiciones y otros documentos administrativos requeridos.
UOC	7	Resguardo de documentos.

	<b>TRABAJOS Y/O ACCIONES ADMINISTRATIVAS.</b>	<b>Fecha: Ago-2020</b>
	Área Responsable: Unidad Organizativa de Calidad	Versión: 1ª.
	Responsable del Proceso: Jefatura de la Calidad.	



## **8. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

El presente Manual podrá ser revisado y actualizado por la autoridad competente, de preferencia cada tres años, o cuando se amerite para que esté acorde a los cambios orgánicos internos.

## **9. VIGENCIA**

El presente Manual entrará en vigencia, el día de la firma por el Jefe inmediato del Area.

*Comuníquese.*

*MU/tjmr*