

# ESTRATEGIA NACIONAL DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Asunción, Paraguay  
2021



Ministerio de  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**



**ATENCIÓN CON CALIDAD**  
Nuestro compromiso con la salud

**OPS**

Organización  
Panamericana  
de la Salud

Organización  
Mundial de la Salud  
Américas

**GOBIERNO  
NACIONAL**

*Paraguay  
de la gente*





## **AUTORIDADES**

DR. JULIO BORBA VARGAS  
**MINISTRO**

DRA. LIDA SOSA ARGUELLO  
**VICEMINISTRA DE RECTORÍA Y VIGILANCIA DE LA SALUD**

DR. HERNÁN MARTÍNEZ ACOSTA  
**VICEMINISTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD**

DR. IGNACIO MENDOZA  
**SUPERINTENDENTE DE SALUD**

ABG. WALTER INSFRAN  
**DIRECTOR GENERAL DE GABINETE**

DRA. NATHALIA MEZA  
**DIRECTORA DE CALIDAD**



## Ficha Técnica:

### Coordinación de Redacción

Dirección de Calidad – Dirección General de Gabinete

### Aportes

Dr. Ignacio Mendoza, Superintendente de Salud

Lic. Silvia Álvarez, Superintendencia de Salud

Dra. Ana Teresa Halaburda, Superintendencia de Salud

Dr. Héctor Enciso Benegas, Director General de Control de Profesiones, Establecimientos y Tecnología de la Salud

Lic. Malvina Caballero, Directora de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria

Lic. Lucía Gaona, Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria

Lic. Liz Martínez, Directora de Registros y Control de Profesiones en Salud

Lic. Claudia Velázquez, Dirección de Atención Primaria de la Salud

Dra. Nathalia Meza, Directora de Calidad

Lic. María de los Angeles Acosta, Dirección de Calidad

Lic. Gladys Toffoletti, Dirección de Calidad

Lic. Jenniffer Marecos, Dirección de Calidad

Lic. María Elena León, Dirección de Calidad

### Apoyo Técnico

#### Banco Interamericano de Desarrollo

Francisco Ochoa, Especialista Sector Social/BID

Mauricio Dinarte, Iniciativa Salud Mesoamérica/ BID

Héctor Colindres, Iniciativa Salud Mesoamérica/ BID

#### Organización Panamericana de la Salud

Pedro López Puig, Asesor de Servicios y Sistemas de Salud/ OPS-OMS

### Diseño Editorial

Goiriz Imagen y Cía. S.A.

## Participantes de Talleres de Revisión

Dra. Silvia Brizuela, Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud

Abg. Jorge Ramos, Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud

María José Alfonso, Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Lic. Nilda Miranda, Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

Dra. Cynthia Díaz, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Dr. Antonio Cusihamán, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Dr. Ariel Dubarry, Asesor de la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud

Dr. Thadeo Teixeira, Asesor de Dirección de Coordinación de Hospitales Especializados

Dra. Dorys Royg, Directora de Coordinación de Regiones Sanitarias

Dr. Aldo Irala, Coordinación de Regiones Sanitarias

Lic. Lourdes Bento, Dirección de Enfermería

Lic. Margarita Rivero, Dirección de Enfermería

Lic. Alba Duarte, Dirección de Obstetricia

Lic. Mirtha Jaquet, Directora de Trabajo Social

Lic. Mirtha Iriarte, Dirección de Trabajo Social

Lic. Lucina Vera, Dirección de Trabajo Social

Dr. Gustavo Ortiz, Asesor de la Dirección General de Planificación y Evaluación

Lázaro Benítez, MECIP

Lic. Sonnia María Centurión, Directora General de Auditoría Interna

Lic. Oliva Sanabria, Dirección General de Auditoría Interna

Abg. Marlene Santos, Dirección General de Asesoría Jurídica

Abg. Rodrigo Irún, Dirección General de Recursos Humanos

Lic. Mónica Enciso, Dirección General de Recursos Humanos

Lic. Rosmary Ré, Dirección General de Recursos Humanos

Lic. Julio Galeano, Dirección General de Información Estratégica en Salud

Abg. Rosana Gómez, Instituto Nacional de Salud

Dra. Mirian Canata, Instituto Nacional de Salud

Lic. Evelyn Cattebeke, Instituto Nacional de Salud

Ecom. Víctor Bernal, UGP/PDIT

Dr. Bernardo Sánchez, UGP/ PDIT



## INDICE DE CONTENIDO

Glosario de Términos:	10	c) Registro y Habilitación de Profesionales de la Salud	26
Presentación	12	d) Habilitación de Establecimientos de Salud	26
1. Introducción	13	e) Categorización de Establecimientos de Salud	26
2. La Estrategia de Gestión de la Calidad en Salud	14	f) Acreditación de Establecimientos de Salud	27
3. Antecedentes de la Práctica Institucional de la Calidad	14	8.4 Eje Seguridad del Paciente	28
4. Antecedentes Regionales de Calidad	15	a) Notificación y Análisis de eventos adversos	28
5. Objetivos:	16	b) Implementación de Prácticas Seguras	28
Objetivo General de la Estrategia	16	8.5 Eje Participación ciudadana en la Vigilancia de la Calidad de la Atención en Salud	28
Objetivos Específicos de la Estrategia	16	a) Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias	28
6. Marco Legal	16	b) Medición de la Experiencia del Usuario	29
7. Conceptos Generales de Calidad	18	c) Promover el Buen Trato	29
8. La Política Nacional de Calidad en Salud y sus Ejes Estratégicos	19	d) Implementación de Mecanismos de Rendición de Cuentas y Monitoreo Social de Calidad de la Atención	29
8.1 Eje 1. Rectoría y Desarrollo Institucional	19	8.6 Eje Desarrollo del Marco Operativo para propiciar la Ejecución y la Evaluación de las Acciones de la Calidad en Salud	30
a) Estructura Organizacional y de Coordinación Interinstitucional para la gestión de la calidad:	19	a) Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	30
b) De la Rectoría de la Calidad y el impulso Normativo	22	b) Supervisión y Monitoreo de la Calidad	30
c) Procesos de Gobernanza del Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud	22	9. Estándares e Indicadores para el Monitoreo de la Política Nacional de Calidad en Salud	31
8.2 Eje 2. Cultura de la Calidad orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud	24	10. Roles y funciones esenciales de las instancias del MSPyBS para el Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de la Calidad	35
a) Definición del Modelo de Gestión de la Calidad	24	11. Plan de Acción	42
b) Implementación del Modelo de Gestión de la Calidad	24	12. Anexo	50
c) Articulación con entidades formadoras	24		
d) Observatorio de calidad de atención	25		
8.3 Mejoramiento Sistemático y Permanente de la Calidad de la Atención en Salud	25		
a) Planes de Mejora Continua (Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora)	25		
b) Estandarización de los Procesos Asistenciales	25		



## GLOSARIO DE TÉRMINOS:

**a. Calidad:** Corresponde al desempeño apropiado (acorde con las normas o estándares) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición<sup>1</sup>.

**b. Norma o Estándar de Calidad:** Un estado esperado de la calidad – situación deseada. Alguna cosa, considerada como un modelo por la autoridad o un consenso general como una base de comparación, pueden ser de entrada o especificaciones técnicas, de proceso como guías, protocolos, algoritmos o prácticas / intervenciones que basadas en evidencia se sabe que son seguras, brindan un beneficio y reducen riesgos en la atención y en los resultados.

**c. Sistema de Gestión Integral de la Calidad:** Conjunto de enfoques con procesos, procedimientos, normas, recursos y dependencias a su cargo, funcionalmente interdependientes, complementarias y sinérgicas que conforman un conjunto operativo para gestionar, implementar, fortalecer y asegurar la sostenibilidad de la práctica integral y efectiva de la calidad en los servicios de atención, servicios de apoyo y servicios de gestión a la salud.

**d. Estrategia:** Una serie de líneas generales de acción propuestas para alcanzar un conjunto de metas y objetivos establecidos dentro de una política o programa.

**e. Certificación de Profesionales de la Salud:** Es un proceso de evaluación profesional, por medio del cual se avala la capacidad y competencia y otorga el permiso<sup>2</sup> para la realización del ejercicio profesional.

**f. Registro y Habilitación Profesional:** Proceso por el cual se registra al profesional de salud y se lo habilita para el ejercicio de la profesión.

**g. Habilitación de Establecimientos de Salud:** Permiso de funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a los establecimientos de salud, afines y tecnología sanitaria, públicos y privados, que garantiza a los usuarios que los mismos cumplen con los indicadores físicos funcionales para brindar los servicios que explícitamente dicen ofrecer.

**h. Categorización de Establecimientos de Salud:** El proceso de categorización establece un método clasificatorio que permite determinar las prestaciones que cada establecimiento está en condiciones de proveer. Es un proceso destinado a ordenar la oferta de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales o Servicios de Salud) de acuerdo a su complejidad y que permite, por lo tanto, definir niveles de atención, concentrar actividades y clasificar las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización. A través de esto se configura una red de servicios.

1. Roemer, M.I., y Montoya-Aguilar, C., "Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care," WHO Offset Publication No., 105, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1988.

2. Rooney Anne, Van Ostenberg Paul. *Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud.* Abril 1999.

**i. Acreditación de Establecimientos de Salud:** Es un proceso formal por medio del cual el MSPyBS, valora y reconoce que una organización relacionada a brindar servicios de salud cumple con los estándares de calidad oficiales, aplicables y preestablecidos. La decisión acerca de la acreditación de una organización específica de servicios relacionados a la salud de las personas se toma después de una evaluación local y periódica realizada por un equipo de expertos, y típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años.

**j. Auditoría de la Calidad:** Se trata de un instrumento que sirve para evaluar sistemáticamente la atención que se brinda desde un enfoque de calidad.

**k. Control de Calidad:** Uso de técnicas y actividades operativas para cumplir los requisitos en materia de calidad.

**l. Mejora Continua de la Calidad:** Enfoque cíclico y sistemático que utiliza normas para determinar a través de mediciones periódicas de su cumplimiento, el desempeño en términos de calidad de los procesos de atención y gestión a la salud, que analiza las brechas o variaciones o deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora.

**m. Seguridad del Paciente:** Una dimensión fundamental de la calidad orientada a brindar un conjunto de acciones para minimizar o mejorar la protección de pacientes contra riesgos o daños innecesarios durante su estancia en un establecimiento de salud.

**n. Participación Ciudadana:** Es la intervención de los ciudadanos, usuarios, familia y comunidad en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas.

**o. Satisfacción del Paciente:** Enfoque que permite a los usuarios expresar su nivel de satisfacción sobre los servicios de salud recibidos y establecer las intervenciones para su mejora continua, que promuevan el buen trato, respeto, amabilidad, atención personalizada, privacidad, confidencialidad e información continua que el personal de salud debe ofrecer.

**p. Monitoreo de la Mejora Continua de la Calidad:** Verificación en servicio, de forma periódica, aleatoria y sistemática para asegurar el manejo e implementación apropiada y efectiva de la metodología aplicada para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud por parte equipos de MCC de los establecimientos de salud de las RIISS y Hospitales.

3. Rooney Anne, Van Ostenberg Paul. *Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud.* Abril 1999.

4. Juran JM, Godfrey AB. *Juran's quality handbook, quinta edición.* McGraw-Hill; 1999.



## PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tiene el compromiso de elevar la calidad de la atención en salud para beneficio de la población paraguaya. Aunque se han dado avances en los últimos años, actualmente es necesario avanzar hacia una gestión integral de la calidad, para lograr una atención sanitaria de excelencia centrada en las personas.

Tomando a la Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030 como marco, el presente documento establece las líneas de acción que permitirán implementar y dar sostenibilidad a un Sistema Integral de Gestión de la Calidad centrado en la eficiencia, la eficacia, la transparencia y el enfoque en las necesidades de los usuarios y usuarias del sistema de salud.

Esta estrategia define la estructura funcional del sistema para la gestión de la calidad y establece las principales funciones de dicha estructura para el desarrollo de un enfoque de calidad de acuerdo a lo establecido en la Política Nacional de Calidad en Salud. Así mismo se describen las acciones esenciales para la implementación de sus ejes estratégicos presentados como procesos, así como un cuadro de estándares e indicadores que permitirán monitorear el cumplimiento de la misma. Esta estrategia se constituye en una herramienta fundamental para alcanzar el compromiso por lograr una oferta de salud de calidad a todos los niveles del sistema y para todos los paraguayos y paraguayas.

## 1. INTRODUCCIÓN

En el contexto de la atención en salud, la calidad consiste básicamente en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios. Los esfuerzos por mejorar la calidad en salud a nivel mundial se iniciaron en el siglo pasado y los enfoques relacionados a cómo mejorar la calidad de la atención han evolucionado desde entonces.

Existe una variedad de definiciones de lo que se considera calidad en el ámbito de salud. La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming: “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el marco de los servicios de salud integrados y centrados en las personas ha descrito a la “atención de alta calidad” como una atención segura, eficaz, centrada en las personas, oportuna, eficiente, equitativa e integrada.

**La Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030** busca impulsar y contribuir a una atención sanitaria de excelencia, centrada en las personas y sus necesidades y concibe a la misma como una responsabilidad de todos los que forman parte del sistema de salud. En la búsqueda de un cambio sostenido y significativo de nuestro sistema de salud, es fundamental considerar el desarrollo e institucionalización de una “cultura de la calidad” que involucre a todos los niveles del sistema.

En el contexto de la cobertura universal de salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), tanto la Política Nacional de Calidad en Salud como la presente Estrategia, buscan promover acciones para el logro de la meta 3.8, que hace referencia al acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Esta estrategia se enmarca además en los objetivos establecidos en el Plan Estratégico Institucional 2019 – 2023 que orienta las acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social durante ese periodo y que reconoce la necesidad de fortalecer la calidad en la atención a la salud, orientando la práctica clínica a un nivel de calidad más elevado impulsando el uso de guías y protocolos; aumentando el enfoque hacia los usuarios, su percepción y su seguridad; configurando instancias en todos los niveles de la red que apoyen esta mejora continua de la calidad; y se constituye en un hilo conductor que orienta al Sistema de salud de Paraguay a acelerar el logro de objetivos y metas sanitarias.

Este documento detalla en primer lugar el marco legal que sustenta las acciones aquí descritas, los antecedentes de los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en nuestro país, los objetivos a ser alcanzados y establece acciones prioritarias para cada uno de los ejes estratégicos establecidas por la Política Nacional de Calidad en Salud. Finalmente, el documento incluye un **Plan de Acción** con indicadores específicos que permitirán el monitoreo periódico de su cumplimiento.



## 2. La Estrategia de Gestión de la Calidad en Salud

La Dirección de Calidad dependiente de la Dirección General de Gabinete se ha abocado desde su creación a establecer el marco general de aplicación de la Política Nacional de Calidad en Salud para lo cual ha liderado el desarrollo de esta Estrategia de Gestión de la Calidad en Salud a través de un proceso de consulta y construcción colectiva con las siguientes dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social durante el año 2019:

- Superintendencia de Salud
- Dirección General de Control de Profesiones, Establecimientos y Tecnologías en Salud
- Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud
- Dirección General de Planificación y Evaluación
- Dirección General de Asesoría Interna
- Dirección General de Asesoría Jurídica
- Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud
- Dirección General de Recursos Humanos

Durante la primera etapa del proceso de elaboración se unificaron los conceptos relacionados a la calidad, se definieron los roles y funciones esenciales necesarias para lograr su implementación, para finalmente alinear dichas acciones a los ejes estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud.

Esta estrategia es un paso fundamental en los esfuerzos impulsados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por promover la cultura de la calidad al interior de la institución y del Sistema Nacional de Salud, estableciendo acciones específicas que redundarán en beneficio de una mejor atención a paraguayos y paraguayas.

## 3. Antecedentes de la Práctica Institucional de la Calidad

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha impulsado esfuerzos vinculados a la mejora continua de la calidad desde el año 2006 con la implementación del SGC en el marco del Programa Umbral financiado por la Corporación Desafío del Milenio (MCC) y por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID.

En estos años, se han dado varios pasos para avanzar en el abordaje de calidad al interior de la institución. Es así como a partir del año 2007 se establece un Comité de Calidad, responsable por la toma de decisiones estratégicas para la operación del Sistema de Gestión de la Calidad se nombra gerente de calidad, líder de calidad y un equipo de alto desempeño en gestión por procesos. Si bien el mismo no ha logrado un funcionamiento sostenido, se considera un paso de inicio fundamental.

En el año 2011 se aprueba el primer Manual de Calidad, conteniendo la política, los objetivos, las estrategias de calidad y los macroprocesos estratégicos, misionales y de apoyo.

En el año 2012 se crea la Coordinación General de Calidad y Mejora Continua como área responsable de promover la eficiencia administrativa, desarrollando e implementando el Sistema de Gestión de la Calidad con un enfoque basado en procesos y buscando la transformación cultural para alcanzar los objetivos estratégicos de la Institución.

En el año 2015 se aprueba el Mapa de Procesos Institucional, en el marco de la implementación de Modelo Estándar de Control Interno para la Entidades Públicas del Paraguay.

En el 2016 se crea la Unidad de Calidad en Salud dentro de la Dirección General de Planificación y Evaluación, con el objetivo de dar impulso a la cultura de la calidad y la seguridad del paciente en todos los niveles de atención, como parte de ello en el año 2017 se aprueba la **Política Nacional de Calidad en Salud para el periodo 2017-2030**. Esta política establece los lineamientos estratégicos para impulsar acciones tendientes a la mejora de la calidad de todo el sistema de salud. Como parte de esta política, se aprueba la primera edición del Protocolo de Seguridad del Paciente incluyendo los procesos de identificación correcta del paciente, de seguridad en la utilización y manejo de medicamentos, la prevención de úlceras por presión y de prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Igualmente, en octubre del 2018 se aprueba el Protocolo de seguridad transfusional y control de infecciones asociadas a la atención de la salud: Higiene de Manos, Prevención de las infecciones asociadas a la atención de la Salud e Higiene Hospitalaria.

En el año 2019 se crea la **Dirección de Calidad** como dependencia de la Dirección General de Gabinete integrando la Coordinación General de Calidad y la Unidad de Calidad en Salud, en una demostración del fuerte compromiso político para avanzar hacia un sistema de gestión de la calidad. Incorporando así mismo los elementos de Seguridad del Paciente y Experiencia del Usuario desde un enfoque integral.

## 4. Antecedentes Regionales de Calidad

Esta estrategia se enmarca además en acuerdos y delineamientos regionales orientados a la mejora de la calidad de servicios de salud, como lo constituyen la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2 y resolución CD53.R14 OPS), que resolvía avanzar en el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional y La Estrategia y Plan de Acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de Servicios de Salud 2020 – 2025 (documento CD57/12 del 18 de julio 2019), que considera a la calidad como un atributo inherente a la salud universal y propone mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud, de acuerdo con el contexto, las necesidades, las vulnerabilidades y las prioridades a nivel nacional. Todas las acciones descritas en esta estrategia se encuentran alineadas con las prioridades regionales establecidas en ambos documentos.



## 5. Objetivos:

### Objetivo General de la Estrategia

Establecer los lineamientos operativos para la implementación y sostenibilidad del Sistema Integral de Gestión de la Calidad, en el marco del compromiso institucional expresado en la Política Nacional de Calidad en Salud.

### Objetivos Específicos de la Estrategia

- 1) Fortalecer la gobernanza en todos los niveles de atención, a través de una estructura organizacional, que lidere y conduzca la implementación y sostenibilidad del Sistema Integral de Gestión de la Calidad.
- 2) Definir roles, funciones y procesos claves que promuevan una gestión de calidad en salud en los diferentes niveles del sistema de salud.
- 3) Establecer acciones claves, indicadores, metas y plazos orientados a institucionalizar el sistema de gestión de la calidad y monitorear su cumplimiento.

## 6. Marco Legal

LA CONSTITUCIÓN NACIONAL (92), en su Art. N° 68 “Del Derecho a la Salud” establece: “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Asimismo en su Art. N° 69 “Del sistema nacional de salud” establece: “Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado”. Además, en el Art. N° 70 “Del régimen de bienestar social”: La ley establecerá programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria”.

Por su parte el CÓDIGO SANITARIO (Ley N°836/80), establece en su Art. N° 7: “Los planes, programas y actividades de salud y bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio que debe orientarlos de acuerdo con la política de salud y bienestar social de la Nación”. Asimismo en su Art.239. “El Ministerio reglamentará la habilitación y el registro de los establecimientos de salud y los controlará” y en el Art.240. “Los directores, regentes o administradores y profesionales de los establecimientos de salud, sean públicos o privados, colaborarán con los funcionarios competentes para verificar las condiciones de la prestación de servicios, cuando el Ministerio así lo disponga.

En cuanto a la Participación Comunitaria para la Salud en su Art.236. establece que “El Ministerio promoverá la participación y organizará a las comunidades para lograr su cooperación en la conservación y mejoramiento de los locales y servicios de salud”.

LEY N° 1.032/96 “Que crea el Sistema Nacional de Salud”, establece en su Art. N° 5 “El Sistema tendrá como pilar básico, el concepto científico de atención integral de la salud, que armoniza como un todo, las funciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo incorpora como estrategia capaz de controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad”. Además en su Art. N° 8 “El Sistema da plena

vigencia al derecho a la salud mediante, la extensión de cobertura, facilitando la accesibilidad, eficiencia y calidad, sin discriminación”, y en el Art. N° 10 “El Sistema debe redefinir y orientar el rol del subsistema de salud dependiente del Estado, para que cumpla función rectora y protagónica en el marco político global bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ejerciendo eficientemente las funciones que le competen. Para ello las acciones básicas a implementar en su inciso g) menciona: Promover el desarrollo y utilización de tecnologías apropiadas a la realidad del medio, a la calidad de la atención médica y sanitaria definida como necesaria y evitar la distorsión del gasto en atención médica.

LEY N° 2319/2006 “Que establece las funciones y competencias de la Superintendencia de Salud”.

Decreto N° 4541/2015 “Por el cual se aprueba la Política Nacional de Salud 2015 – 2030”.

Varias resoluciones vinculadas al tema de calidad han sido aprobadas en los últimos años en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: Resolución S. G N° 917 del 06/11/2006 que declara de interés Institucional el Programa Umbral de la República del Paraguay, para acceder a la Cuenta Desafío del Milenio, ejecutado en virtud del Convenio suscrito entre el Gobierno Nacional y el Gobierno de los Estados Unidos de América a través del cual se inician los primeros esfuerzos enfocados al tema de calidad.

- *Resolución S.G. N° 117/07:* Designa Gerente y Líder de Calidad para asegurar la implementación, establecimiento, mantenimiento y mejora del SGC.
- *Resolución S.G. N° 792/07:* constituye el Equipo de Alto Desempeño en Control Interno y Gestión por Procesos.
- *Resolución S.G. N° 824/07:* Conformar el Comité de Calidad para adoptar las decisiones estratégicas para el SGC y posteriormente se actualiza su conformación por Resolución SG N° 312/08.
- *Resolución S.G. N° 879 /2012:* Que crea la Coordinación General de Calidad y Mejora Continua y actualiza el Manual de Organización y Funciones de la Dirección General de Administración y Finanzas del MSPyBS.
- *Resolución S.G. N° 74/2013:* Aprueba los Macroprocesos Institucionales y se establecen sus objetivos y cargos responsables.
- *Resolución S.G. N°991/15:* Aprueba el Organigrama de la Estructura Organizacional del MSPyBS orientada a procesos.
- *Resolución S.G. N° 89/16:* Crea la Unidad de Calidad, Dependiente de la Dirección General de Planificación.
- *Resolución S.G. N° 0316/17:* Aprueba el documento de la Política Nacional de Calidad en Salud 2017- 2030 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- *Resolución S.G. N° 039 /19:* Se aprueba el nuevo organigrama de la Dirección General de Gabinete y se crea la Dirección de Calidad dependiente de la Dirección General de Gabinete integrándose con la Coordinación General de Calidad y Mejora Continua.
- *Resolución S.G. N° 423/19:* Por la cual se aprueba el nuevo Manual de Organización en el marco de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), la Cartera de Servicios por Niveles de Atención y Complejidad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.



## 7. Conceptos generales de calidad

En el contexto de la Política Nacional de Calidad en Salud, el MSPyBS adopta la definición de calidad propuesta por la OMS: “Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”.

En el marco de esta definición, los sistemas de salud deben considerar seis dimensiones claves de la calidad:

**Seguridad:** referido a proveer servicios de salud que minimicen el riesgo actual o potencial de generar daño a los usuarios.

**Efectividad:** implica brindar servicios sanitarios basados en evidencia y que generen los efectos deseados en individuos y comunidades.

**Eficacia:** la eficacia implica que la efectividad se logre maximizando el rendimiento de los recursos y evitando el mal uso de los mismos.

**Accesibilidad:** se refiere a la facilidad con la que se puede obtener un servicio de salud teniendo en cuenta factores geográficos, de horario, económicos, culturales, entre otros.

**Centrado en la persona:** la calidad asistencial implica brindar servicios que tomen en cuenta deseos, preferencias y cultura de los usuarios.

**Equidad:** los servicios de salud deben brindarse a todos por igual, sin hacer distinciones por raza, género, etnia, localización geográfica o estatus socioeconómico.

Todas las acciones impulsadas por el sistema de salud pública deben considerar estas dimensiones a fin de alcanzar los máximos estándares de calidad en atención.

Así mismo, usando los principios de gestión de la calidad que incorporan la planificación de la calidad, control de calidad y mejora continua de la calidad, las Estrategias de Calidad se consolidan en un hilo conductor que ayudan a los sistemas de salud a acelerar el logro de objetivos y metas sanitarias<sup>5</sup>.

Tres conceptos generales son claves de definir para impulsar esfuerzos vinculados a la mejora de la calidad de los servicios:

**1. Planificación de la Calidad** es el proceso en el cual se identifican las prioridades en calidad en salud para responder a la situación epidemiológica de los grupos poblacionales prioritarios; se definen los objetivos de calidad y los procesos de atención prioritarios a mejorar; se fijan

metas cualitativas y cuantitativas con relación al tiempo; se definen las estructuras para la gestión de la calidad y se aseguran los recursos necesarios. La planificación de la calidad debe realizarse en los tres niveles: nacional, regional y local. El resultado de este proceso es un Plan de Acción de Mejora.

**2. Control de la Calidad** de la atención a la salud es el proceso a través del cual se miden los niveles de calidad alcanzados en cada momento y se comparan con las metas que se hubieren fijado, se identifican las brechas existentes y se toman acciones correctivas para mantener la calidad dentro de rangos preestablecidos. El control de la calidad se puede hacer ya sea a nivel de los resultados de la atención, de la ejecución de los procesos de atención, o a nivel de las entradas del sistema (recursos humanos y materiales, equipos, insumos, etc.)

**3. Mejoramiento Continuo de la Calidad** de la atención a la salud es el proceso por el cual se logra elevar los niveles de la calidad más allá del nivel existente en la actualidad, independientemente de que la atención se encuentre en niveles de calidad dentro de los rangos de control.

## 8. La Política Nacional de Calidad en Salud y sus Ejes Estratégicos

La Política Nacional de Calidad establece 6 ejes estratégicos claves para promover un sistema de gestión de calidad. Estos lineamientos estratégicos definen las funciones y procesos que, a lo largo de todo el sistema de salud, deben cumplirse a fin de promover una cultura de calidad. A continuación, se describen cada uno de los ejes estratégicos con sus funciones y procesos fundamentales y los responsables de su ejecución. La implementación de estas funciones y procesos permitirá la implementación efectiva del sistema de gestión de calidad.

### 8.1 Eje 1. Rectoría y Desarrollo Institucional

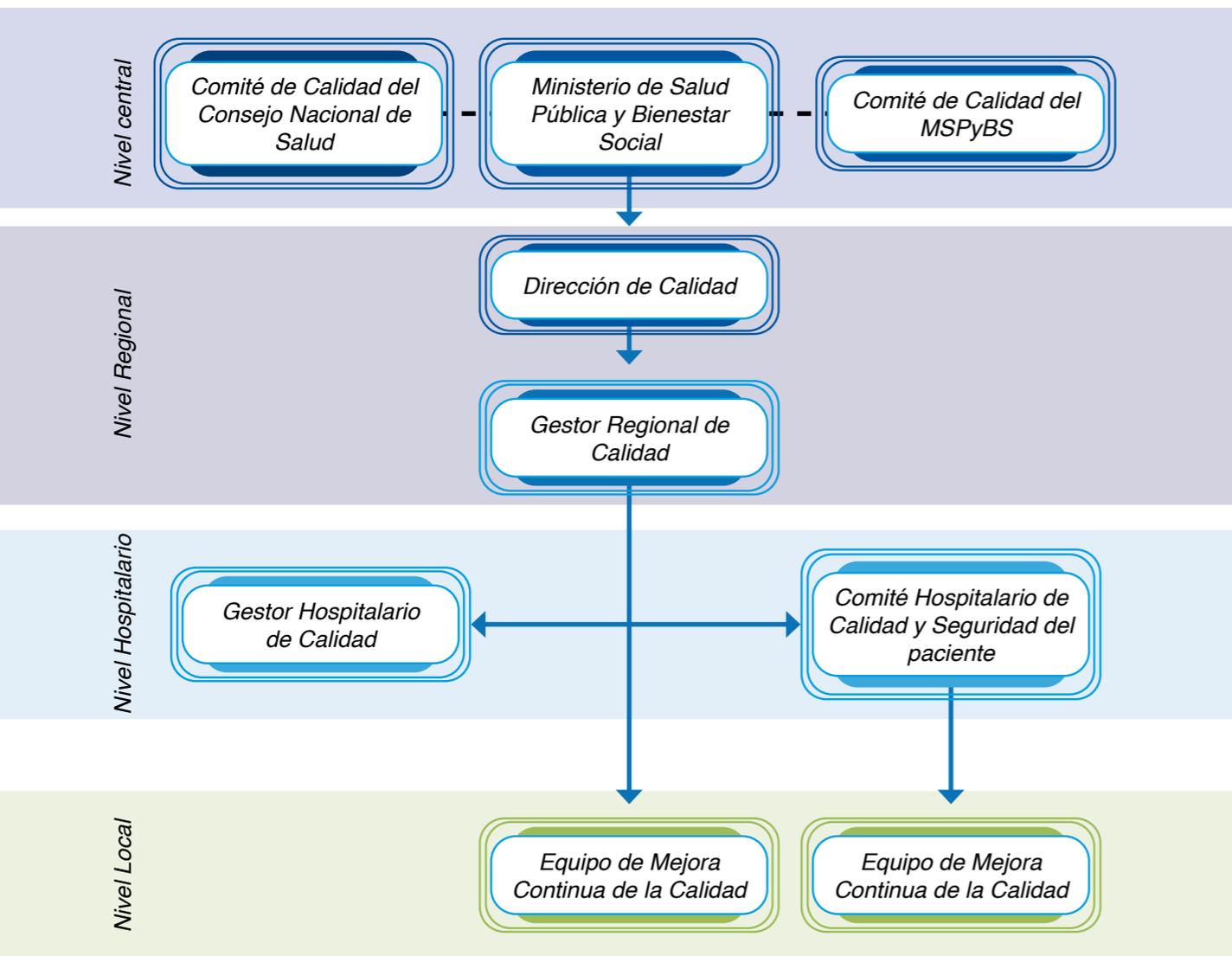
#### a) Estructura Organizacional y de Coordinación Interinstitucional para la gestión de la calidad:

La Política Nacional de Calidad en Salud establece la estructura organizacional necesaria para su implementación en tres niveles: el primero (nivel nacional) lo constituyen el Comité Nacional de Calidad al interior del Consejo Nacional de Salud, el Comité de Calidad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Dirección de Calidad dependiente de la Dirección General de Gabinete; el segundo es el nivel regional que establece Gestores Regionales de Calidad y el tercero (nivel local) establece Gestores Hospitalarios de Calidad y la creación de Comités Hospitalarios de Calidad, así como los Equipos de Mejora Continua de la Calidad a nivel de áreas específicas del Servicio de Salud. El gráfico 1 resume la estructura orgánica para la gestión de la calidad:

5. Juran y el Liderazgo para la Calidad. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990.



**GRÁFICO 1. ESTRUCTURA DE GOBERNANZA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**



Así mismo esta estructura organizacional favorece la coordinación interinstitucional eficiente a fin de trabajar en una visión común de la Calidad de la Atención e Salud para el país, como lo establece la política.

Cada uno de los niveles del sistema de gestión de calidad, tiene funciones y responsabilidades específicas que permitirán normatizar, conducir, y monitorear la implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud a través de todo el sistema de salud.

Nivel	Funciones
<b>Comité de Calidad del Consejo Nacional de Salud</b>	Impulsar la coordinación intersectorial que facilite la implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud.
<b>Comité de Calidad del MSPyBS</b>	Articular, monitorear y evaluar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad al interior del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y su Red de Servicios de Salud, adoptando decisiones estratégicas para la mejora de la calidad de los mismos. Adoptar las decisiones estratégicas para la definición, implementación y monitoreo del Sistema de Gestión de Calidad. Definir los procesos y niveles de certificación de la calidad que son de interés de la institución. Promover la cultura de la calidad al interior de la estructura organizacional.
<b>Dirección de Calidad del MSPyBS</b>	Conducir la implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud Identificar y analizar brechas y oportunidades de mejora de procesos que incidan en la mejora de la calidad de la atención. Establecer mecanismos de rectoría necesarios para asegurar la mejora continua de calidad en los servicios administrativos y servicios de salud del MSPyBS. Establecer metodologías y proyectos de mejora continua en los servicios del MSPyBS en base a análisis de datos y difusión de mejores prácticas. Proveer asistencia técnica para seleccionar las métricas adecuadas y definir los procesos a ser incluidos en la evaluación anual de la calidad de los servicios.
<b>Gestor Regional de Calidad</b>	Liderar la implementación de la Política Nacional de Calidad, sus planes y estrategias en la Red Regional de los Servicios de Salud. Asesorar a los gestores de calidad hospitalarios, y a los Equipos de mejora continua en la implementación de acciones de mejora a nivel de los servicios. Monitorear la calidad de los procesos de mejora continua al interior de la región sanitaria y asegurar la implementación de las recomendaciones de mejora emanadas del Comité Institucional de Calidad.
<b>Comité Hospitalario de Calidad y seguridad del paciente</b>	Desarrollar prácticas e instaurar normas de calidad de la atención y notificar los datos pertinentes de salud para la mejora continua de la calidad.
<b>Gestor Hospitalario de Calidad</b>	Liderar, asesorar y monitorear la implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud, sus planes y estrategias en los servicios de salud.
<b>Equipo de Mejora Continua</b>	Revisar el desempeño de proceso de atención específicos de salud. Monitorear periódicamente los indicadores de calidad establecidos. Implementar ciclos rápidos de mejora continua, documentar las lecciones aprendidas y avances en la mejora de la calidad y compartirlas con otros equipos de MCC.



### b) De la Rectoría de la Calidad y el impulso Normativo

La Rectoría del Sistema de Gestión de la Calidad es ejercida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en la conducción sectorial para formular, organizar y dirigir la Política Nacional de Calidad en Salud, través de las estructuras de Gobernanza.

Entre las principales acciones de rectoría se encuentran, la formulación y difusión de Guías Técnicas para la Producción de Documentos Normativos en el ámbito de la salud que establezcan los criterios que orienten la elaboración, aprobación y difusión de todos los documentos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad, así como la codificación y organización en repositorios de dichos documentos. Son igualmente funciones rectoras apoyar a los diferentes niveles de la estructura del sistema de salud en el establecimiento de criterios y estándares de calidad, así como su monitoreo y la evaluación.

De igual manera, con el fin de promover la excelencia en la provisión de los servicios de salud, el MSPyBS es responsable del registro actualizado de los profesionales de la salud y de la habilitación y categorización de los servicios de salud que funcionan en el país.

#### **Formulación de normativa cero:**

*Objetivo:* Establecer criterios que orienten la elaboración, aprobación y difusión de todos los documentos que forman parte del sistema de gestión, así como la codificación de todos los documentos normativos producidos por el MSPyBS.

*Elementos de entrada del proceso:* Diagnóstico de necesidades de normalización, solicitud de normativas relacionadas al tema.

*Actividades:* Diagnosticar necesidades de normalización, convocar a diferentes actores/sectores involucrados, elaborar borrador de la norma, someter a consideración de máxima autoridad, codificar según procedimiento correspondiente, imprimir, socializar, implementar, verificar el cumplimiento.

*Productos o elementos de salida del proceso:* Resolución de aprobación de nueva normativa o modificación de las ya existentes.

*Responsable del Proceso:* Dirección General afectada por la necesidad de normatizar/ Dirección de Calidad.

### c) Procesos de gobernanza del sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente en los servicios de salud.

#### **Comité Hospitalario de Calidad y Seguridad del Paciente:**

*Objetivo:* Conformar Comités de Calidad y Seguridad del Paciente en los servicios de salud.

*Elementos de entrada del proceso:* Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en Salud, Lineamientos técnicos de los Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

*Actividades:* Definir integrantes, conformar equipos, establecer pautas de funcionamiento.

*Productos o elementos de salida:* Comité conformado.

*Responsable:* Dirección General de Servicios y Redes de Salud, Dirección de Calidad.

#### **Funcionamiento de los Comité Hospitalario de Calidad y Seguridad del Paciente:**

*Objetivo:* Liderar, conducir, supervisar y evaluar el sistema de Gestión de la Calidad en el servicio de salud.

*Elementos de entrada del proceso:* Resultado de evaluaciones y mediciones de los componentes del sistema de gestión de la calidad (tableros de control). Normativas del Sistema de gestión de la Calidad.

*Actividades:* Establecer e impulsar estrategias que promuevan la cultura de la calidad y la seguridad del paciente (en forma documentada y sostenible). Promover la adhesión y participación del Hospital a las líneas de acción e iniciativas institucionales y sectoriales, destinadas a mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes. Coordinar los diferentes comités y subcomités que analicen dimensiones y componentes de la calidad.

*Productos o elementos de salida del proceso:* Procesos de Mejora Continua de la Calidad en las áreas que corresponda.

*Responsable del Proceso:* Dirección de Calidad / Comité de Calidad y Seguridad del Paciente Hospitalario.

#### **Equipo de Mejora Continua de la Calidad:**

*Objetivo:* Implementar los ciclos de MCC en sus servicios y en procesos seleccionados.

*Elementos de entrada del proceso:* Guía metodológica para la mejora continua de la calidad.

*Actividades:* Conformación de los equipos de acuerdo a los procesos seleccionados. Identificar, analizar y proponer soluciones a ineficiencias o brechas, en aras a una mejora continua de la calidad.

*Productos o elementos de salida:* Equipos de Mejora Continua de la Calidad conformados y en funcionamiento.

*Responsable:* Dirección de Calidad y Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, Gestores Regionales de Calidad y Directores de los servicios de salud de la red.



## 8.2 Eje 2. Cultura de la Calidad orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud

### a) Definición del Modelo de Gestión de la Calidad

*Objetivo:* Establecer la estrategia de gestión en función de las dimensiones de calidad de atención priorizados.

*Elementos de entrada del proceso:* Funciones Institucionales, Misión, Visión, Valores, Objetivos, Políticas, Estrategias, Objetivos Estratégicos, Planes y Programas, Protocolos.

*Actividades:* Definir macroprocesos estratégicos, misionales y de apoyo, identificar procesos y subprocesos, base legal, interacción de procesos, mapa de procesos, priorizar subprocesos, modelar procedimientos identificando actividades, tareas, responsables, estandarizando formularios necesarios para la buena gestión y definiendo alcance y productos a obtener.

*Productos o elementos de salida del proceso:* Mapa de Procesos, Base Legal, Procedimientos, Formularios estandarizados.

*Responsable del Proceso:* Dirección General de Planificación y Evaluación, Dirección de Calidad.

### b) Implementación del Modelo de Gestión de la Calidad

*Objetivo:* Revisar el sistema de gestión de la calidad a intervalos planificados para asegurarse de su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación continuas con las orientaciones estratégicas de la institución.

*Elementos de entrada del proceso:* Resultado de revisiones previas, cambios pertinentes al sistema de gestión de la calidad, información sobre desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, adecuación de recursos, acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades de mejora.

*Actividades:* Análisis de documentación y evidencia para la elaboración de recomendaciones de mejora.

*Productos o elementos de salida del proceso:* Recomendaciones de estrategias y acciones de mejora.

*Responsable del Proceso:* Dirección de Calidad / Comité de Calidad del MSPyBS.

### c) Articulación con entidades formadoras

*Objetivo:* Impulsar la inclusión del enfoque de Calidad y Seguridad del Paciente en las mallas curriculares de formación de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

*Elemento de entrada del proceso:* Contenidos basados en evidencia que deben ser incluidos en las mallas curriculares de formación para profesionales de la salud.

*Actividades:* Proponer a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud la inclusión o modificación de sus mallas curriculares de acuerdo al nuevo modelo de gestión y prestación de servicios, monitorear la inclusión e implementación de los contenidos propuestos, evaluar aplicación práctica de contenidos propuestos a los profesionales incorporados por el convenio.

*Productos o elementos de salida del proceso:* mallas curriculares que incluyan Calidad y Seguridad del paciente, Informe de Evaluación.

*Responsable del proceso:* Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud / Dirección de Calidad.

### d) Observatorio de calidad de atención

*Objetivo:* Difundir documentos relacionados a la calidad asistencial y de seguridad del paciente con el objeto de generar conocimiento que promueva una buena gestión.

*Elemento de entrada del proceso:* Guías, Normas, Protocolos, Artículos Científicos, publicaciones relacionadas a la buena gestión y de seguridad del paciente.

*Actividades:* recibir documentos, analizar pertinencia, verificar veracidad, codificar según procedimiento correspondiente, publicar.

*Productos o elementos de salida del proceso:* documento publicado, observatorio actualizado.

*Responsable del proceso:* Dirección de Calidad.

## 8.3 Mejoramiento sistemático y permanente de la calidad de la atención en salud

### a) Planes de Mejora Continua (Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora)

*Objetivo:* Elevar los niveles de calidad en salud, identificando las acciones de mejora a aplicar para eliminar las causas que originan las no conformidades.

*Elementos de entrada del proceso:* Observaciones, revisión de procesos, hallazgos de auditoría, resultados de evaluaciones o supervisiones realizadas.

*Actividades:* Detectar y describir oportunidades de mejora, depurar, registrar, designar responsables, análisis del flujograma de procesos, definir acciones de mejoramiento, proponer, validar propuesta, ejecutar las acciones, verificar eficacia de las acciones, expandir las acciones correctivas preventivas y de mejora.

*Productos o elementos de salida del proceso:* Planes de mejora continua implementado.

*Responsable del proceso:* Dirección de Calidad/Direcciones de Servicios de Salud involucrado.

### b) Estandarización de los procesos asistenciales

*Objetivo:* Establecer criterios que orienten la elaboración, aprobación y difusión de todos los documentos que forman parte del sistema de gestión de la calidad en salud, así como la codificación de todos los documentos normativos producidos por el MSPyBS.

*Elementos de entrada del proceso:* Diagnóstico de necesidades de normalización (guías, protocolos, documentos técnicos), solicitud de normativas relacionadas al tema.

*Actividades:* Diagnosticar necesidades de normalización, elaborar la norma de forma participativa, validar con los actores claves relacionados a la norma, codificar según procedimiento correspondiente, socializar y difundir por diferentes medios, implementar, verificar el cumplimiento.

*Productos o elementos de salida del proceso:* Resolución de aprobación de nueva normativa o modificación de las ya existentes.

*Responsable del Proceso:* Dirección General afectada por la necesidad de normatizar/ Dirección de Calidad.



### c) Registro y Habilitación de Profesionales de la Salud

*Objetivo:* Contar con registro actualizado de los profesionales de la salud para promover la excelencia en la provisión de los servicios de salud.

*Elementos de entrada del proceso:* Presentación de requisitos según lo establecido en la normativa vigente.

*Actividades:* Recibir los elementos de entrada del proceso según corresponda, cargar en la base de datos, realizar el registro de la firma del profesional, generar y entregar el documento de registro al profesional.

*Producto o elemento de salida del proceso:* Registro y habilitación Profesional, con la firma del profesional entregado al usuario. Expediente con documentos del profesional en archivo de la dirección.

*Responsable del Proceso:* Dirección de Control de Profesiones dependiente de la Dirección General de Profesiones, Establecimientos y Tecnología de la Salud.

### d) Habilitación de Establecimientos de Salud

*Objetivo:* Controlar, registrar y habilitar los establecimientos de salud.

*Elementos de entrada del proceso:* Presentación de requisitos según lo establecido en la normativa vigente.

*Actividades:* Recibir la solicitud acompañada de los documentos, controlar planos y expedientes, asignar fecha para inspección física del establecimiento, realizar la inspección física, confeccionar el certificado y registrar en el libro/sistema según característica, aprobar o rechazar, entregar las carpetas con planos y rótulos aprobados más el certificado firmado, registrar en libro/sistema de inventario el establecimiento habilitado y archivar el expediente.

*Producto o elemento de salida del proceso:* Certificado de Registro y Habilitación de los establecimientos de salud. Certificado de Infraestructura Físico Funcional.

*Responsable del Proceso:* Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología de la Salud dependiente de la Dirección General de Profesiones, Establecimientos y Tecnología de la Salud.

### e) Categorización de Establecimientos de Salud

Los servicios de salud deben ser categorizados y acreditados de acuerdo a los procesos definidos para el efecto de evaluación interna y externa.

#### e.1) Evaluación Interna

*Objetivo:* Aplicar los estándares, criterios, procedimientos e instrumentos del Manual de Categorización vigente por un grupo evaluador interno y constatar las falencias a ser subsanadas.

*Elementos de entrada del proceso:* Certificado de Registro y Habilitación, expedido por la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología de la Salud.

*Actividades:* Designar y autorizar por escrito un grupo evaluador interno, compuesto al menos por un representante de cada servicio o unidad, efectuar la evaluación orientada por el manual, detectar falencias, solicitar solución.

*Producto o elemento de salida del proceso:* Informe de evaluación interna y falencias a ser subsanadas.

*Responsable del Proceso:* Director General del Establecimiento / Director Médico del Establecimiento.

#### e.2) Evaluación Externa

*Objetivo:* verificar, evaluar y registrar in situ la veracidad de los datos aportados por la institución, a través de la aplicación del Manual de Categorización vigente.

*Elementos de entrada del proceso:* Resultados de evaluación interna.

*Actividades:* Designar auditores para realizar la evaluación, aplicando los estándares del Manual de Categorización vigente. Elaborar informe final de evaluación con las recomendaciones pertinentes y archivar la información en el Banco de Datos de la Superintendencia de Salud.

*Productos o elementos de salida del proceso:* Informe final de evaluación con recomendaciones.

*Responsable del Proceso:* Superintendencia de Salud.

#### e.3) Categorización

*Objetivo:* Ordenar la oferta de servicios de acuerdo a niveles de complejidad.

*Elementos de entrada del proceso:* Informe de evaluación interna y falencias a ser subsanadas. Informe final de la evaluación externa con las recomendaciones.

*Actividades:* Inscribir, verificar habilitación, solicitar documentos que avalan el estado legal, verificar resultados de autoevaluación y evaluación externa, verificar porcentaje alcanzado y clasificación por niveles, emitir certificado de categorización.

*Producto o elemento de salida del proceso:* Certificado de categorización.

*Responsable del Proceso:* Superintendencia de Salud.

#### f) Acreditación de Establecimientos de Salud

*Objetivo:* Evaluar los establecimientos asistenciales (hospitales, clínicas, otros) para garantizar la calidad de atención a través de la evaluación de estándares previamente aceptados.

*Elementos de entrada del proceso:* Certificado de Categorización de acuerdo a complejidad. Solicitud (voluntaria) del establecimiento de salud de un Certificado en el que conste el nivel de acreditación alcanzado luego de realizar una autoevaluación de los servicios que brinda.

*Actividades:* Revisión externa de acuerdo con estándares óptimos previamente definidos y acredita según el procedimiento de evaluación de los establecimientos asistenciales (hospitales, clínicas, otros).

*Productos o elementos de salida del proceso:* Certificado de Acreditación.

*Responsable del Proceso:* Superintendencia de Salud.



## 8.4 Eje Seguridad del Paciente

### a) Notificación y Análisis de eventos adversos

*Objetivo:* Reducir la ocurrencia de eventos adversos.

*Elementos de entrada del proceso:* notificaciones de eventos adversos.

*Actividades:* Recibir la notificación de eventos adversos, aplicar protocolo de actuación y análisis, analizar los riesgos, elaborar planes de mejora. Registrar los eventos notificados y analizados en un sistema.

*Productos o elementos de salida:* informe que incluya hallazgos y recomendaciones para prevención de errores detectados.

*Responsable:* Dirección de calidad/ Departamento de Seguridad del Paciente/ Comité de Calidad y Seguridad del Paciente Hospitalario.

### b) Implementación de prácticas seguras

*Objetivo:* Implementar prácticas que aumenten la seguridad de los pacientes en los servicios de salud.

*Elementos de entrada del proceso:* Informes de hallazgos de análisis de eventos adversos reportados. Protocolos de seguridad del paciente de prácticas priorizadas, informes de auditoría y supervisión.

*Actividades:* identificar acciones inseguras más frecuentes, definir e implementar estrategias para desarrollar competencias para la implementación de prácticas seguras, monitorear el cumplimiento de protocolos de seguridad de pacientes, elaborar informe y enviar al servicio.

*Productos o elementos de salida del proceso:* informe sobre prácticas seguras.

*Responsables:* Dirección de calidad/Departamento de Seguridad del Paciente / Comité de Calidad y Seguridad del Paciente Hospitalario.

## 8.5 Eje Participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de la atención en salud

### a) Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias

*Objetivo:* Responder a las quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios de los servicios.

*Elementos de entrada del proceso:* Quejas, Reclamos y Sugerencias recibidas por correo electrónico institucional, sitio web, vía telefónica, presencial y por los buzones instalados en los servicios dependientes de la Institución.

*Actividades:* recopilar datos en forma física o digital, distribuir a responsables de dar respuesta, hacer seguimiento de casos, analizar, documentar respuesta, remitir respuesta al usuario

*Producto o elemento de salida del proceso:* Informe de reclamos, documento de respuesta a usuario.

*Responsable del proceso:* Dirección de Calidad/Departamento de Servicio de Atención al Usuario (SAU)/ SAU de la institución.

### b) Medición de la experiencia del usuario

*Objetivo:* Explorar y conocer los niveles de satisfacción de los usuarios que demandan y utilizan los servicios de la red de servicios de salud del MSPyBS para identificar las brechas de insatisfacción y tomar las medidas correctivas correspondientes.

*Elementos de entrada del proceso:* Estudios exploratorios de la percepción de los usuarios de su experiencia en los Servicios de Salud.

*Actividades:* Elaborar instrumento estandarizado, seleccionar servicios, planificar implementación de instrumentos, procesar datos, emitir informes analizar resultados y proponer acciones de mejora.

*Producto o elemento de salida del proceso:* Informe de resultado de los estudios exploratorios con recomendaciones de acciones de mejora sugeridas a los servicios.

*Responsable del proceso:* Dirección de Calidad y responsable de SAU de los servicios.

### c) Promover el buen trato

*Objetivo:* Mejorar la experiencia del usuario en los servicios de salud, a través de un trato adecuado y el respeto de los derechos de los mismos.

*Elementos de entrada del proceso:* Diagnósticos arrojados sobre la experiencia de los usuarios reportes de quejas, reclamos y sugerencias, resultados de encuestas a usuarios y requerimientos gerenciales sobre información relacionada a la atención a usuarios.

*Actividades:* Estrategia de comunicación, planes de desarrollo de competencias.

*Producto o elemento de salida del proceso:* Profesionales de salud que brindan un mejor trato y garantizan los derechos de las personas en los servicios de salud.

*Responsable del proceso:* Dirección de Calidad y responsable de SAU de los servicios.

### d) Implementación de mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo social de calidad de la atención

*Objetivo:* Desarrollar mecanismos que faciliten la participación efectiva de los usuarios en la mejora de la calidad.

*Elementos de entrada del proceso:* Diagnósticos de la necesidad de mecanismos de participación, directorio de organizaciones de pacientes.

*Actividades:* Construcción conjunta de los mecanismos de participación.

*Productos y elementos de salida:* Instancia formal de participación ciudadana en salud creada.

*Responsable del proceso:* Dirección de calidad y responsables de los servicios de salud involucrados.



### 8.6 Eje Desarrollo del marco operativo para propiciar la ejecución y la evaluación de las acciones de la calidad en salud

#### a) Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de estándares y requisitos de calidad de procesos de atención en salud de manera individual, de manera a contribuir a la mejora continua de la calidad.

Elementos de entrada del proceso: Criterios de prioridad, estándares de calidad, cronograma anual de auditoría.

Actividades: Elaborar Programa de Auditoría del SGC, Conformar equipo, comunicar a la dependencia a ser auditada, realizar revisión previa de la documentación, preparar cuestionarios, lista de verificación y documentos para el trabajo de campo, realizar la auditoría, recolectar la información, documentar los hallazgos, preparar las conclusiones, realizar el cierre informando a las autoridades de la dependencia auditada de las fortalezas, debilidades, no conformidades y oportunidades de mejora, elaborar informe de auditoría con recomendaciones.

Productos o elementos de salida del proceso: Informe de auditoría con las recomendaciones de mejora.

Responsable: Dirección de Calidad.

#### b) Supervisión y Monitoreo de la Calidad

Objetivo: Evaluar la implementación de los estándares e indicadores de la Política Nacional de Calidad en Salud.

Elementos de entrada del proceso: Informe de Auditoría de Calidad, Informe de Evaluación de VCE (Valoración de Condiciones Esenciales), Informe de supervisiones, Resultados de las mediciones de los indicadores.

Actividades: Recibir documentos, Constatar el cumplimiento de la implementación de normativas, recomendaciones, estándares, protocolos, guías, indicadores, elaborar informe, entregar a la dependencia supervisada.

Productos o elementos de salida del proceso: Informe de Supervisión y Monitoreo.

Responsable del Proceso: Dirección de Calidad, Gestores Regionales de calidad, Comité de Calidad Hospitalarios.

### 9. Estándares e indicadores para el monitoreo de la Política Nacional de Calidad en Salud

La implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud y de la presente estrategia será monitoreada en base a estándares e indicadores que se presentan a continuación.

Ejes Estratégicos	Procesos	Estándares de Monitoreo de la Política Nacional de Calidad en Salud	Indicadores de Monitoreo de la Estrategia de Gestión de la Calidad en Salud	Definición operativa del indicador
<b>EJE 1. RECTORÍA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	Estructura Organizacional y de Coordinación Interinstitucional para la gestión de la calidad.	La estructura para la implementación del sistema de gestión de calidad debidamente conformada, con las competencias requeridas y funcionando efectivamente.	<p>Comité de Calidad del Consejo Nacional de Salud conformado y funcionando.</p> <p>Comité de calidad del MSPyBS conformado y funcionando.</p> <p>% de gestores regionales de calidad designados acorde al perfil requerido.</p> <p>% de Comités de Calidad Hospitalarios debidamente conformados, con las competencias requeridas y funcionando efectivamente.</p>	<p>Nº de gestores regionales designados/ Nº total de regiones sanitarias.</p> <p>Nº Comité de Calidad Hospitalarios/ N.º total de Servicios de la RISS.</p>
	De la Rectoría de la Calidad y el impulso Normativo.	Se cuenta con criterios para lograr la estandarización del diseño, aprobación, difusión y registro de documentos normativos en salud.	Guía técnica para la producción de documentos normativos desarrollada y difundida.	Resolución de aprobación de la Guía técnica para la producción de documentos normativos.
	Procesos de gobernanza del sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente en los servicios de salud.	Los servicios de salud cuentan con equipos de mejora continua de la calidad conformados y funcionando.	Equipos de mejora continua de la calidad conformados e implementando ciclos de mejora continua.	Nº de establecimientos de salud de la RISS con equipos de MCC implementando ciclos de Mejora Continua/ Total de servicios de la RISS.



Ejes Estratégicos	Procesos	Estándares de Monitoreo de la Política Nacional de Calidad en Salud	Indicadores de Monitoreo de la Estrategia de Gestión de la Calidad en Salud	Definición operativa del indicador
<b>EJE 2. CULTURA DE LA CALIDAD ORIENTADA AL DESARROLLO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD</b>	Definición del Modelo de Gestión de la Calidad.	La institución cuenta con un modelo de gestión de la calidad que incluye estrategias, procesos, indicadores de desempeño y de la calidad definidos.	Documento de definición del modelo de gestión de la calidad definido y difundido.	Resolución que aprueba la Estrategia de Gestión de la Calidad en Salud.
	Implementación del Modelo de Gestión de la Calidad.	Los equipos de MCC de las RIISS realizan mediciones de la calidad de la atención de forma mensual.	% de equipos de MCC de las RIISS que realizan mediciones de la calidad de la atención de forma mensual.	Número de equipos de MCC de la RIISS que realizan mediciones mensuales/ Total de equipos de MCC de la RIISS conformados.
	Articulación con entidades formadoras.	Las Instituciones formadoras de RRHH en salud cuentan en sus mallas curriculares con un enfoque de calidad y seguridad del paciente.	% de mallas curriculares con enfoque de calidad y seguridad del paciente incluidas en Instituciones formadoras de RRHH en salud.	Nº mallas curriculares adecuadas al enfoque de calidad y seguridad del paciente/ Nº Total de mallas curriculares de Instituciones formadoras de RRHH en salud.
	Observatorio de calidad de atención.	Documentos con enfoque de calidad asistencial y de seguridad del paciente publicados en el observatorio de calidad de atención en salud.	% de documentos con enfoque de calidad y seguridad del paciente publicados en el observatorio.	Nº de documento publicados / Nº de documento codificados.

Ejes Estratégicos	Procesos	Estándares de Monitoreo de la Política Nacional de Calidad en Salud	Indicadores de Monitoreo de la Estrategia de Gestión de la Calidad en Salud	Definición operativa del indicador
<b>EJE 3. MEJORAMIENTO SISTEMÁTICO Y PERMANENTE DE LA CLAUD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>	Planes de Mejora Continua (acciones correctivas, preventivas y de mejora).	Los equipos de MCC de las RIISS llevan a cabo análisis y priorización de brechas y sus causas y desarrollan planes para lograr las mejoras esperadas.	% de equipos de MCC de las RIISS que llevan a cabo análisis y priorización de brechas y sus causas y desarrollan planes para lograr las mejoras esperadas.	Nº de equipos de MCC con Planes de Mejora mensuales / Nº total de equipos de mejora funcionando en los Servicios de la RIIS.
	Registro y Habilitación de Profesionales de la Salud.	La institución cuenta con un registro actualizado de los profesionales de la salud.	% de profesionales entregados.	Nº de registro entregados / número de solicitudes de registro recibidas.
	Habilitación de Establecimientos de Salud.	Todos los establecimientos de salud del país son habilitados según requisitos establecidos.	% de establecimientos de salud controlados, registrados y habilitados según requisitos establecidos.	Nº Establecimientos habilitados/Nº total de solicitudes de habilitación.
	Categorización de Establecimientos de Salud.	Todos los establecimientos de salud del país se hallan categorizados según normativa vigente.	% de establecimientos categorizados.	Nº Establecimientos Categorizados/ Nº Establecimientos habilitados.
	Acreditación de Establecimientos de Salud.	Todos los establecimientos de salud del país se hallan acreditados según legislación vigente.	% de establecimientos de salud acreditados.	Nº Establecimientos Acreditados/Nº Establecimientos Categorizados.



Ejes Estratégicos	Procesos	Estándares de Monitoreo de la Política Nacional de Calidad en Salud	Indicadores de Monitoreo de la Estrategia de Gestión de la Calidad en Salud	Definición operativa del indicador
<b>EJE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Notificación y Análisis de Eventos Adversos.	Todos los eventos adversos son notificados, analizados y se registran en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos.	Número de eventos adversos registrados en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos.	Número de eventos adversos registrados en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos.
	Implementación de Prácticas Seguras.	Todas las prácticas seguras priorizadas cuentan con protocolos.	% de prácticas seguras priorizadas que cuentan con protocolos.	Nº protocolos de prácticas seguras/ Nº de prácticas seguras priorizadas.
<b>EJE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>	Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias.	La institución cuenta con mecanismos establecidos para la recepción y tratamiento de quejas, reclamos y sugerencias presentadas por usuarios.	% de quejas y reclamos respondidos a través de mecanismos establecidos.	Nº de quejas, reclamos y sugerencias respondidas / Nº de quejas, reclamos y sugerencias recibidas.
	Medición de la experiencia del usuario.	La Institución conoce los niveles de satisfacción de los usuarios de salud.	% usuarios de servicios de salud en los que se midió su satisfacción.	Nº usuarios en los que se midió su satisfacción / Nº usuarios que acuden a los servicios de salud.
	Mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo social de calidad de la atención.	La institución cuenta con Instancia formal de participación ciudadana en salud.	Instancia formal de participación ciudadana en salud creada.	Instancia formal de participación ciudadana en salud creada.
<b>EJE DESARROLLO DEL MARCO OPERATIVO PARA PROPICIAR LA EJECUCIÓN Y LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE LA CALIDAD EN SALUD</b>	Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.	La institución realiza las auditorías de calidad de la atención y seguridad del paciente conforme a criterios de prioridad y cronograma establecido.	% de auditorías de calidad de la atención y seguridad del paciente concluidas.	Nº de auditoría realizadas/ Nº de auditorías planificadas.
	Supervisión y Monitoreo de la Calidad.	La institución cuenta con un procedimiento para la formulación de indicadores generales para el monitoreo de la calidad en salud.	Procedimiento de Formulación de Indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.	Resolución de aprobación de procedimiento de Formulación de indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

## 10. Roles y funciones esenciales de las instancias del MSPyBS para el desarrollo y fortalecimiento de la gestión de la calidad:

### Roles y funciones esenciales para el desarrollo y fortalecimiento del Registro y Habilitación de Profesionales de la Salud; corresponden a los descritos a continuación:

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
1. Normatización para el Registro y Habilitación de Profesionales de la Salud	• Línea 2, Eje 1 de Rectoría y Desarrollo Institucional
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar y mantener actualizado el catálogo de profesiones oficiales reconocidas en el país para la atención de la salud</li> <li>• Diseñar y actualizar los requisitos, criterios y procedimientos para el registro y habilitación de profesionales de la salud en el país, considerados en el catálogo oficial del país</li> <li>• Investigar los avances e innovaciones a nivel internacional para proponer, desarrollar y actualizar requisitos, criterios y procedimientos para el registro y habilitación de profesionales de la salud en el país</li> <li>• Difundir y mantener informadas a las instancias y grupos de interés acerca del catálogo oficial de profesiones relacionadas a la prestación de servicios de salud como de los requisitos, criterios y procedimientos vigentes y actualizados, para el registro y habilitación de profesionales de la salud en el país</li> </ul>	

*Responsables: Dirección de Registro y Control de Profesiones, Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud.*

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
2. Desarrollo de Lineamientos Metodológicos	• Línea 1, Eje 2 de Cultura orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y actualización de las guías metodológicas con requisitos, criterios, los procedimientos, técnicas y herramientas de evaluación para el registro y habilitación de los profesionales de la salud involucrando actores de las sociedades de profesionales, academia y otros sectores claves a través de Comités específicos</li> <li>• Investigar los avances e innovaciones para proponer, desarrollar y actualizar los procedimientos, técnicas y herramientas de evaluación para el registro y habilitación de los profesionales de la salud</li> <li>• Difundir y mantener informadas a las instancias y grupos de interés acerca de los procedimientos, técnicas y herramientas vigentes y actualizadas para el registro y certificación de los profesionales de la salud</li> </ul>	

*Responsable: Dirección de Registro y Control de Profesiones.*



Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
3. Conducción e implementación del registro y habilitación de profesionales de la salud	• Línea 1, Eje 2 de Cultura orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducir la implementación y verificar el cumplimiento de los requisitos, criterios, los procedimientos, técnicas y herramientas de evaluación para el registro y habilitación de los profesionales de la salud contando con el apoyo de diversos actores como las sociedades y colegios de profesionales, academias y otros claves a través de Comités específicos</li> </ul>	

*Responsables: Dirección de Registro y Control de Profesiones, Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud.*

#### Roles y funciones esenciales para el desarrollo y fortalecimiento de la Habilitación de Establecimientos de Salud; corresponden a los descritos a continuación:

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
1. Normatización para la Habilitación Institucional	• Línea 2, Eje 1 de Rectoría y Desarrollo Institucional
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar y actualizar las normas o estándares y criterios de calidad para la habilitación de entidades prestadoras de servicios relacionadas a la salud de las personas</li> <li>• Investigar los avances e innovaciones para proponer, desarrollar y actualizar las normas o estándares y criterios de calidad para la habilitación de prestadoras de servicios relacionadas a la salud de las personas</li> <li>• Difundir y mantener informadas a las instancias de interés acerca de las normas vigentes y aquellas actualizadas</li> </ul>	

*Responsable: Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología de la Salud.*

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
2. Desarrollo de Lineamientos Metodológicos	• Línea 1, Eje 2 de Cultura orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y actualización de las guías metodológicas con los procedimientos, técnicas y herramientas para la habilitación de prestadoras de servicios relacionadas a la salud de las personas</li> <li>• Investigar los avances e innovaciones para proponer, desarrollar y actualizar los procedimientos, técnicas y herramientas para la habilitación de prestadoras de servicios relacionadas a la salud de las personas</li> <li>• Difundir y mantener informadas a las instancias de interés acerca de los procedimientos, técnicas y herramientas vigentes y actualizadas para la habilitación de establecimientos relacionados a la salud de las personas</li> </ul>	

*Responsable: Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria.*

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
3. Conducción e implementación de la Habilitación de Establecimientos de relacionados a la salud de las personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea 1, Eje 2 de Cultura orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud</li> <li>• Línea 1, Eje 3 Mejoramiento sistemático y permanente de la calidad de la atención en salud</li> </ul>
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el cumplimiento de las normas o estándares y criterios de calidad para habilitación de establecimientos de salud de las personas, aplicando los procedimientos y herramientas de las guías metodológicas oficiales correspondientes</li> <li>• Emitir la certificación de la habilitación de los establecimientos de salud de las personas que cumplan con los estándares y criterios oficiales de habilitación</li> <li>• Mantener actualizado y disponible a las audiencias de interés, el registro de los establecimientos de salud de las personas que han sido habilitadas oficialmente</li> </ul>	

*Responsable: Dirección de Establecimientos, Afines y Tecnología de la Salud.*

#### Roles y funciones esenciales para el desarrollo y fortalecimiento de la Categorización, Acreditación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud; corresponden a los descritos a continuación:

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
1. Normatización para la Categorización, Acreditación y de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Línea 2, Eje 1 de Rectoría y Desarrollo Institucional</li> <li>Línea 1, Eje 3 Mejoramiento sistemático y permanente de la calidad de la atención en salud</li> </ul>
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar y actualizar las normas y criterios de calidad para la categorización y acreditación de las entidades prestadoras de servicios relacionadas a la salud de las personas</li> <li>• Investigar los avances e innovaciones para proponer, desarrollar y actualizar las normas y criterios de calidad para la categorización y acreditación de las entidades prestadoras de servicios relacionados a la salud de las personas</li> <li>• Difundir y mantener informadas a las instancias de interés acerca de las normas vigentes y aquellas actualizadas</li> </ul>	

*Responsable: Superintendencia de Salud.*



Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
2. Desarrollo de Lineamientos Metodológicos para la Categorización y Acreditación de Establecimientos de Salud	Línea 1, Eje 2 de Cultura orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y actualización de las guías metodológicas con los procedimientos, técnicas y herramientas para la categorización, acreditación de prestadoras de servicios relacionadas a la salud de las personas</li> <li>• Investigar los avances e innovaciones para proponer, desarrollar y actualizar los procedimientos, técnicas y herramientas para la categorización, acreditación de prestadoras de servicios relacionadas a la salud de las personas</li> <li>• Difundir y mantener informadas a las instancias de interés acerca de los procedimientos, técnicas y herramientas vigentes y actualizadas para la categorización, acreditación de establecimientos relacionados a la salud de las personas</li> </ul>	

*Responsable: Superintendencia de Salud.*

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
3. Conducción e implementación de la Categorización, Acreditación de Establecimientos relacionados a la salud de las personas	• Línea 1, Eje 2 de Cultura orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el cumplimiento de las normas o estándares y criterios de calidad para categorización, acreditación y auditoría de la calidad de establecimientos de salud de las personas, aplicando los procedimientos y herramientas de las guías metodológicas oficiales correspondientes</li> <li>• Emitir la certificación de la categorización, acreditación y auditoría de la calidad de los establecimientos de salud de las personas que cumplan con los estándares y criterios oficiales correspondientes</li> <li>• Mantener actualizado y disponible a las audiencias de interés, acerca del registro de los establecimientos de salud de las personas que han sido categorizados, acreditados y auditados en sus prácticas de la calidad oficialmente</li> </ul>	

*Responsable: Superintendencia de Salud.*

**Roles y funciones esenciales para el desarrollo y fortalecimiento de la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y Participación ciudadana en los Servicios de Salud; corresponden a los descritos a continuación:**

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
1. Normatización para la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y Participación ciudadana en los Servicios de Salud de las RIISS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea 2 y 4 del Eje 1 de Rectoría y Desarrollo Institucional</li> <li>• Línea 1, Eje 2 Cultura de la calidad orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud</li> <li>• Línea 6, Eje 3 Mejoramiento sistemático y permanente de la calidad de la atención en salud</li> <li>• Línea 3, Eje 4 Seguridad del Paciente</li> </ul>
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar y actualizar las manuales, normas, lineamientos, estándares, indicadores y sus criterios de calidad, que incluye protocolos, guías de práctica clínica y algoritmos para la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y Participación ciudadana en los Servicios de Salud de las RIISS</li> <li>• Investigar los avances e innovaciones para proponer, desarrollar y actualizar las manuales, normas, lineamientos, indicadores y sus criterios de calidad, que incluye protocolos, guías de práctica clínica y algoritmos para la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y Participación ciudadana en los Servicios de Salud de las RIISS</li> <li>• Difundir y mantener informadas a las instancias de interés acerca de las normas o estándares, indicadores con sus criterios de calidad, protocolos, guías de práctica clínica y algoritmos vigentes y aquellos actualizados</li> <li>• Desarrollar las competencias, mantener actualizados y apoyar técnicamente de forma permanente a los Gestores de Calidad de las RIISS y Hospitales del MSPyBS para el manejo y cumplimiento apropiado de las normas o estándares, indicadores con sus criterios de calidad, protocolos, guías de práctica clínica y algoritmos vigentes y aquellos actualizados</li> </ul>	

*Responsables del diseño / actualización de las normas de atención a la salud: los Programas e instancias que emiten normas de atención del MSPyBS.*

*Responsables del desarrollo / actualización de las normas de calidad para la MCC, Seguridad y Participación Ciudadana, incluyendo sus protocolos, guías y algoritmos: Dirección de Calidad.*



Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
2. Desarrollo de Lineamientos Metodológicos para la Mejora Continua de la Calidad, Auditoría de calidad, Seguridad del paciente y la Participación Ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea 2 y 4 del Eje 1 de Rectoría y Desarrollo Institucional</li> <li>• Líneas 1, 2, 3, 4 y 6 del Eje 2 Cultura de la calidad orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud</li> <li>• Línea 3, Eje 4 Seguridad del paciente</li> <li>• Líneas 1, 2 y 3, Eje 5 Participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de la atención en salud</li> </ul>
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y actualización de las guías metodológicas con los procedimientos, técnicas y herramientas para la Mejora Continua de la Calidad, Auditoría de Calidad, Seguridad del paciente y Participación ciudadana en las RIISS y Hospitales</li> <li>• Investigar los avances e innovaciones para proponer, desarrollar y actualizar las guías metodológicas con los procedimientos, técnicas y herramientas para la Mejora Continua de la Calidad, Auditoría de Calidad, Seguridad del paciente y Participación ciudadana en las RIISS y Hospitales</li> <li>• Difundir y mantener informadas a las instancias de interés acerca de las guías metodológicas con los procedimientos, técnicas y herramientas para la Mejora Continua de la Calidad, Auditoría de Calidad, Seguridad del paciente y Participación ciudadana en las RIISS y Hospitales, vigentes y actualizadas</li> <li>• Desarrollar las competencias, mantener actualizados y apoyar técnicamente de forma permanente a los Gestores de Calidad de las RIISS y Hospitales del MSPyBS para el manejo y cumplimiento apropiado de las guías metodológicas establecidas</li> <li>• Promover e impulsar la inclusión de la Calidad y la Seguridad del Paciente en las mallas curriculares en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud</li> <li>• Promover el desarrollo de Observatorios de Calidad de la Atención en Salud y Seguridad del Paciente</li> </ul>	

*Responsable: Dirección de Calidad.*

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
3. Conducción para la Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud de las RIISS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea 4, Eje 1 Rectoría y Desarrollo Institucional</li> <li>• Líneas 1, 2 Eje 2 de Cultura orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud</li> <li>• Línea 7 del Eje 3 Mejoramiento sistemático y permanente de la calidad de la atención en salud</li> <li>• Líneas 1, 2 y 4 del Eje 4 Seguridad del Paciente</li> </ul>
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir e implementar un Modelo de Gestión de la Calidad diseñada para la RIIS</li> <li>• Definir procesos prioritarios a abordar con los enfoques de MCC, Seguridad del paciente, de los Servicios de salud de RIISS</li> <li>• Conducir la implementación del Modelo de Gestión de la calidad</li> <li>• Definir y conformar los Comité, subcomités y/o equipos de Calidad de las RIISS y Hospitales</li> <li>• Desarrollar las competencias necesarias para el cumplimiento y manejo apropiado de los Comités, subcomités y/o equipos de Calidad de las RIISS y Hospitales</li> <li>• Establecer los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de normas, estándares e indicadores del modelo de Gestión de la Calidad</li> <li>• Documentar y vincular a sistemas de aprendizajes y tomas de decisión con los resultados del seguimiento, monitoreo y evaluación del Modelo de Gestión de la Calidad</li> </ul>	

*Responsables: Comités de Calidad de las RIISS y de los Hospitales.*

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
4. Implementación y desarrollo de la Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud de las RIISS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea 1, 2 del Eje 2 de Cultura orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud</li> <li>• Línea 4 del Eje 4 Seguridad del Paciente</li> </ul>
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformar equipos de MCC y de Seguridad de Paciente de los procesos de su establecimiento de salud u hospital a que corresponda</li> <li>• Participar activa y proactivamente en los programas de desarrollo de competencias, para mantenerse actualizados para el manejo y cumplimiento apropiado de las guías metodológicas establecidas</li> <li>• Implementar de forma continua y efectiva los enfoques de MCC, Seguridad del Paciente y Participación ciudadana</li> <li>• Promover un modelo de Gestión Clínica con los profesionales de salud</li> <li>• Verificar de forma periódica y sistemática, el cumplimiento y resultados e impacto de las normas o estándares y criterios de calidad en los procesos prioritarios de su Servicio de Salud</li> <li>• Documentar y vincular a sistemas de aprendizajes y tomas de decisión los resultados del seguimiento monitoreo y evaluación del Modelo de Gestión de la Calidad</li> </ul>	

*Responsables: Equipos de MCC de los Servicios de Salud.*

Roles:	Ejes Estratégicos de la Política Nacional de Calidad en Salud a Cumplir
5. Monitoreo del desarrollo de la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y Participación ciudadana de las RIISS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea 1 del Eje 3 de Mejoramiento sistemático y permanente de la calidad de la atención en salud</li> <li>• Línea 3 del Eje 4 Seguridad del Paciente</li> <li>• Líneas 2 y 3 del Eje 6 Desarrollo del marco operativo para propiciar la ejecución y la evaluación de las acciones de la calidad en salud</li> </ul>
<b>Funciones esenciales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar e implementar un sistema de información para la evaluación y el monitoreo del cumplimiento apropiado de las metodologías para el desarrollo de la MCC, Seguridad y Participación ciudadana en los establecimientos de salud de las RIISS y Hospitales</li> <li>• Fortalecer las capacidades y tomar las medidas de forma oportuna y conjunta con los Comités de Calidad, Sub Comités y equipos de MCC para corregir las debilidades y brechas que se identifiquen en el manejo efectivo del modelo de gestión de la calidad</li> <li>• Rendir cuentas del desarrollo y resultados de la aplicación de los enfoques de MCC, Seguridad y Satisfacción de Usuarios a las autoridades del MSPyBS de donde corresponda</li> <li>• Establecer y fortalecer programas de incentivos y reconocimientos para los equipos de MCC y entidades prestadoras de servicios de salud que logren mejoras significativas e innovadoras en la calidad</li> <li>• Mantener un programa de divulgación de las mejoras prácticas e innovaciones realizadas por los Equipos de MCC de los establecimientos de las RIISS y Hospitales</li> </ul>	

*Responsable: Dirección de Calidad.*



## 11. Plan de Acción

### Registro y Habilitación de Profesionales de la Salud

ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>A. Normatización para el Registro y Habilitación de Profesionales de la Salud</b>	1. Mantener actualizado, difundir y velar por el cumplimiento del Catálogo de profesiones y especialidades, así como de los requisitos para el registro profesional.	Actualización del Catálogo de Profesiones.	1.1 Catálogo de Profesiones actualizado.	50%	100%
		Monitoreo y control continuo para el cumplimiento del Catálogo de Profesiones.	1.2 Catálogo de especialidades y otras profesiones actualizado-	25%	100%
		Revisión Continua del Catálogo de profesiones.	1.3 Resolución de requisitos para el Registro y Habilitación actualizada y aprobada-	25%	100%
		Actualización de la Resolución de requisitos vigente 837/2018 para el Registro Profesional.	1.4 Proceso diseñado y aprobado de evaluación de competencias para su habilitación.	90%	100%
		Diseñar proceso de evaluación de competencias profesionales para su Habilitación.	2.1 Proceso de Auditoría de la Gestión aplicado-	0%	100%
		Establecer mecanismos para el monitoreo y control de la gestión (Auditoría de la Gestión).	2.2 Actas de reunión de Subcomisión de desarrollo y ejercicio profesional MERCOSUR.	25%	100%
		Subcomisión de desarrollo y ejercicio profesional MERCOSUR en funcionamiento.	2.3 Plan Comunicacional implementado .	0%	100%
<b>B. Desarrollo de Lineamientos Metodológicos</b>	1. Desarrollar y difundir los lineamientos metodológicos para el registro y habilitación de los profesionales de la salud.	Diseñar y mantener actualizada la guía metodológica para el registro y habilitación de los profesionales en salud.	1. 1 Guía metodológica para el registro y habilitación de los profesionales en salud diseñada y actualizada.	0%	100%
		Difundir la guía metodológica con los requisitos, criterios y herramientas para evaluar el registro y habilitación de los profesionales de la salud a través de los medios de mayor alcance disponibles.	1.2 Guía metodológica para el registro y habilitación de profesionales de salud difundida en los medios de mayor alcance disponibles.	50%	100%

ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>C. Conducción e implementación del registro y habilitación de profesionales de la Salud</b>	1. Definir los criterios y mecanismos para la recertificación profesional y actualizar el SIREPRO.	Establecer mecanismos de recertificación profesional (renovación de registros).	1.1 Mecanismos para recertificación profesional diseñados y funcionando.	25%	100%
		Actualizar el Sistema Informático para informar al usuario SIREPRO.	1.2 Sistema Informático para usuarios (SIREPRO) actualizado y funcionando.	50%	100%

### Habilitación de Establecimientos de Salud.

ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>A. Normatización para la Habilitación de Establecimientos de Salud</b>	1. Actualizar las normas de habilitación.  2. Definir el catálogo de establecimientos a habilitar con la codificación de los requerimientos respectivos.  3 Difundir las normas y requerimientos para la habilitación de establecimientos de salud.	Conformación de un equipo de trabajo de actualización de normas de habilitación de establecimientos de salud.	1.1 Número de Establecimientos de Salud y afines habilitados.	50%	100%
		Actualización de las normas de Habilitación.	1.2 Guía de procedimientos entre la DESATS y los entes reguladores por Tipología.		
		Definición de Catálogo de establecimientos a ser Habilitados.	1.3 Contar con un Manual de Habilitación de Establecimientos de Salud.	25%	100%
		Codificación de los requerimientos específicos.	2.1 Sistema Web (SIHABES) actualizado y operando efectivamente.	50%	100%
		Plan Comunicacional.	2.2 Catálogo de Establecimientos de Salud y afines aprobado por resolución ministerial.	25% (en relación con el punto 1.2)	100%
			2.3 Registro único de establecimientos.	25% (en relación con el punto 1.2)	100%
			3.1 Capacitación de todos los sectores (público y privado y mixto).		



ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>B. Desarrollo de Lineamientos Metodológicos</b>	1. Contar con guías actualizadas de procedimientos para la habilitación de establecimientos de salud	Elaborar Guías de procedimientos.	1.1 Guía de procedimientos entre la DESATS y los entes reguladores por Tipología.	25%	100%
<b>C. Conducción e implementación para la Habilidad de Salud</b>	1. Dirección de Establecimientos, Afines y Tecnología de la Salud cuenta con el personal y recursos necesarios para brindar servicios de calidad	Fortalecimiento de la Dirección de Establecimientos, Afines y Tecnología de la Salud.	1.1 Concurso de Recursos Humanos.	50%	100%
			1.2 Provisión de Recursos Materiales.		
	2. Desarrollar un plan permanente de difusión	Creación de un equipo consultivo multidisciplinario.	1.3 Descentralización administrativa y técnica.	50%	100%
			1.4 Equipo consultivo multidisciplinario constituido y en funcionamiento regular.	25%	100%
	Plan de Difusión.	2.1 Capacitación constante y permanente.	100%	100%	

ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>C. Conducción e implementación de la Categorización, Acreditación Establecimientos relacionados a la salud de las personas</b>	1. Contar con mecanismos de evaluación externa para la acreditación y certificación de EPSS	Establecer los mecanismos de acreditación y certificación externa de EPSS.	1.1 Mecanismos de evaluación externa para la acreditación y certificación de EPSS.	50%	100%
			1.2 EPSS Acreditados y certificación .	25% avance	100% funcionando
	2. EPSS registradas y categorizadas, conforme la guía metodológica	Registro, categorización y acreditación de las EPSS realizadas conforme la guía metodológica.	2.1 Porcentaje de EPSS debidamente registradas y categorizadas.	10%	Crecimiento constante de 10% anual de EPSS

## Categorización y Acreditación de Establecimientos de Salud

ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>A. Normalización para la Categorización y Acreditación de Establecimientos de Salud</b>	1. Actualizar y difundir las normas, criterios y procedimientos para la Categorización, Acreditación y Auditoría Médica de establecimientos de salud	Actualizar las funciones y competencia de la Superintendencia de Salud establecidos en la Ley 2319/06.	1.1 Normas, criterios y procedimientos actualizados y aprobados para la Categorización y Acreditación de establecimientos de salud.	50%	100%
		Actualización del Manual de la Categorización y Acreditación con estándares de calidad.	1.2 Plan funcionando de comunicación dirigido a las EPSS y usuarios en general.	25% avance	100% funcionando
<b>B. Desarrollo de Lineamientos Metodológicos para la Categorización, Acreditación de Establecimientos de Salud</b>	1. Contar con una guía metodológica para realizar efectivamente la Categorización y Acreditación de Establecimientos de Salud	Diseñar la Guía Metodológica referente a la Categorización y Acreditación.	1.1 Actualizados las normas, criterios y procedimientos para la Categorización y Acreditación de establecimientos de salud.	50%	100%



## Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y Satisfacción de Establecimientos de Salud

ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>A. Normalización para la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y la Participación Ciudadana en los Establecimientos de Salud de las RIIS</b>	1. Estandarizar criterios, formularios, protocolos para implementar procedimientos estandarizados en los establecimientos de salud	Establecer el repositorio normativas y protocolos.	1.1 Repositorio conformado y cargado.	10%	100%
		Priorizar necesidades a normatizar.	1.2 Lista de procesos priorizados que requieren ser normatizados.		
		Diseñar, validar y ajustar las guías metodológicas para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad (MCC, Seguridad del Paciente y Participación Ciudadana).	1.3 Matriz de Priorización. 1.4 Resolución que aprueba las guías metodológicas para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.		
		Normar los procedimientos obligatorios para la implementación del sistema de gestión de la calidad conforme a guías metodológicas:	1.5 Resolución que aprueba los procedimientos de calidad:		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos prioritarios optimizados.</li> <li>• Formulación de normativas.</li> <li>• Inducción, capacitación, socialización de normativas, protocolos.</li> <li>• Control de Documentos, Datos para el Registro, medición e integración de resultados de cumplimiento de normas de calidad.</li> <li>• Reuniones de Revisión de Resultados y Planes de Mejora por los equipos de MCC y la Dirección.</li> <li>• Seguimiento, control y mejora de procesos.</li> <li>• Auditoría Interna de Calidad</li> <li>• Medición de la satisfacción de las partes interesadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos prioritarios optimizados.</li> <li>• Formulación de normativas.</li> <li>• Inducción, capacitación, socialización de normativas, protocolos.</li> <li>• Control de Documentos, Datos para el Registro, medición e integración de resultados de aplicación de las normas de calidad.</li> <li>• Reuniones de Revisión de resultados por los EMCC y la Dirección.</li> <li>• Monitoreo de la Mejora Continua de la Calidad.</li> <li>• Auditoría Interna de Calidad.</li> <li>• Atención de quejas, reclamos, sugerencias.</li> </ul>	50% para el 2020	100% para 2021
				100%	100% para el 2021
				100%	100% para el 2021
				25%	100%

ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025	
<b>B. Desarrollo de Lineamientos Metodológicos para la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y la Participación Ciudadana en los Establecimientos de Salud de las RIIS</b>	1. Definir lineamientos metodológicos para desarrollar las competencias y lograr la implementación de la cultura de la calidad, basados en la investigación, la difusión y la información.	Diseñar guías metodológicas para la implementación del SGC.	1.1 Listado de Procesos y procedimientos obligatorios para la implementación del SGC. 1.2 Protocolos, guías, estándares definidos para los procedimientos priorizados. 1.3 Desarrollo del Plan de Capacitación, socialización, realización de talleres.	10% 50% 50% para el 2020	100% 100% para 2021	
		Diseñar formato de evaluación.	1.4 Formato de evaluación del desempeño con indicadores de calidad, objetivos, medibles, contrastables.	25%	100%	
		Instalar una estructura orgánica - funcional adecuada para la implementación del sistema de gestión de la calidad.	1.5 Funciones de los Comités Nacional y Hospitalario. 1.6 Perfil y funciones de los gestores de calidad. 1.7 Reglamentos de funcionamiento de los comités central, regional y Local.	100% 100% 100%		
		Elaborar programas de incentivos para los establecimientos que logren mejoras en la calidad.	1.8 Proyecto aprobado. 1.9 Reglamento aprobado. 1.10 Procedimiento para la puesta en marcha. 1.11 Implementación de programas de incentivos.	100% 50% 50% 0%	100% 100% 100% Crecimiento constante de 10% anual a partir del 2021	
		Desarrollar un observatorio de calidad de atención en salud y seguridad del paciente.	1.12 Observatorio de calidad en funcionamiento en web. 1.13 Responsable para manejar la plataforma.		100% 100%	
		Promover la farmacovigilancia.	1.14 Hospitales que implementan mecanismos de fármaco-vigilancia. 1.15 Procedimientos para: • Monitoreo de reacciones adversas a medicamentos. • Notificaciones a la autoridad reguladora. • Capacitación a los profesionales de la salud.	50% 25%	100% 100%	



ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>C. Conducción para la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y Participación ciudadana en los Establecimientos de Salud de las RIIS</b>	1. Dirigir la optimización y estandarización de procedimientos priorizados conforme a las normas y criterios de calidad e implementarlos.	Realizar un diagnóstico a nivel del SNS sobre la situación de la calidad.	1.1 Diagnóstico de la situación de calidad del SNS. 1.2 Designación de los responsables de los componentes de la estructura orgánica funcional de Calidad en nivel Nacional, Regional y Hospitalario.	50%	100% para el 2021
		Establecer responsables de operativizar el sistema de gestión de la calidad.	1.3 Número de establecimientos del 2° y 3° nivel de la RIIS que cuentan con Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en funcionamiento. 1.4 Designación de Gestores de Calidad.	25%	100%
		Desarrollar el ciclo de mejora continua para operativizar el sistema de gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	1.5 Planes de implementación. 1.6 Procedimientos y Responsables de ejecución. 1.7 Procedimientos y Responsables de evaluación. 1.8 Planes de Mejora en desarrollo.	25%	100%
		Desarrollar mecanismos estandarizados para medir la satisfacción de las personas en los servicios de salud.	2.1 Número de establecimientos de la RIIS que implementan mecanismos de percepción de la calidad de salud por parte de los usuarios.	10%	50%
	2. Promover la humanización de la atención y la participación ciudadana en los servicios de salud de la RIIS.	Creación y Potenciación de Servicios de Atención al usuario (SAU).	2.2 Número de establecimientos de salud con SAU funcionando.	10%	70%
		Promoción de los Derechos y Deberes de las Personas en los Servicios de Salud.	2.3 Derechos y Deberes de las Personas en los Servicios de Salud aprobados por Resolución Ministerial.	100%	50%
		Creación de un Programa de asistencia complementaria y voluntariado en la RIIS.	2.4 Número de Regiones Sanitarias con un Programa de asistencia complementaria y voluntariado funcionando.	0%	
		Sistema de información, notificación y análisis de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.	3.1 Un Sistema de información, notificación y análisis de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente establecido.	10%	70%

ROLES Y FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	LÍNEA DE BASE (2021)	META 2025
<b>D. Implementación y desarrollo de la Mejora de la Calidad en los Establecimientos de Salud de las RIIS</b>	1. Garantizar la operativización de los enfoques de calidad, sustentados en la participación activa de los involucrados, acompañado del monitoreo y verificación periódica de los resultados y sus impactos.	Implementación de procedimientos optimizados.	1.1 % de procedimientos implementados.	25% en procesos priorizados.	80% en procesos priorizados.
		Desarrollo de competencias en el personal de salud para implementar la MMC, Seguridad del Paciente y Humanización de los cuidados en salud.	1.2 N° de capacitaciones realizadas. 1.3 N° de funcionarios capacitados.	2-3 por proceso priorizado 5-10 por proceso priorizado.	2-3 por proceso priorizado 5-10 por proceso priorizado.
		Aplicación de herramientas de calidad.	1.4 N° de hospitales donde se aplicó las herramientas del ciclo de MCC. 1.5 N° de áreas que trabajaron Planes de Mejora. 1.6 N° de áreas que implementan Tableros de Comando para la toma de decisiones.	10% de RIIS priorizadas. 10% en procesos priorizados. 10% en procesos priorizados.	100% de RIIS priorizadas 100% en procesos priorizados. 100% en procesos priorizados.
		Monitorear indicadores.	1.1 Tablero de Comando con los resultados del monitoreo del cumplimiento de las normas e indicadores de calidad de los procesos priorizados.	10% en procesos priorizados.	100% en procesos priorizados.
<b>E. Monitoreo del desarrollo de la Mejora Continua de la Calidad, Seguridad del Paciente y Participación Ciudadana Establecimientos de Salud de las RIIS</b>	1. Desarrollar instrumentos para el monitoreo del cumplimiento adecuado de la metodología aplicada en el proceso de la mejora continua.	Desarrollar mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo social de calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud.	1.1 Registro de asociaciones de pacientes y familiares con perfil sanitarios. 1.2 Instancia formal de participación ciudadana en salud creada.	0% 0%	100% 100%



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 117

**POR LA CUAL SE APRUEBA LA ESTRATEGIA NACIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD, DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.**

Asunción, 05 de marzo de 2021.-

**VISTO:**

El Memorando DGG-DC N° 160, del 26 de noviembre de 2020, registrado como expediente SIMESE N° 126951/2020, por medio del cual la Dirección de Calidad, dependiente de la Dirección General de Gabinete remite el documento de la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en Salud, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y

**CONSIDERANDO:**

Que la Constitución Nacional protege y promueve la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad (Art. 68); y en este contexto el artículo 69 promueve un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que conforme a la Ley N° 836/80 - Código Sanitario, en su artículo 3° dispone: que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social, y en su artículo 4° establece: que la Autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación.

Que la ley N° 1032/1996 crea el Sistema Nacional de Salud, en su artículo 3°, establece: "El Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo".

Que el Ministerio de Salud y Bienestar Social tiene como compromiso con la población el elevar la calidad de la atención en salud en el marco del ejercicio pleno del derecho a la salud de todos los habitantes de la República del Paraguay.

Que la Política Nacional de Calidad en Salud responde a los principios y estrategias establecidas en la Política Nacional de Salud 2015 -2030, que busca avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud al mayor nivel posible para reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población en el marco de un desarrollo humano sostenible; a través de la calidad y humanización de los servicios.

Que la Política Nacional de Calidad en Salud se cuenta con un objetivo general basado en valores y principios expresados en seis líneas estratégicas, que buscan impulsar una atención en salud de excelencia centrada en los usuarios y sus necesidades, apoyando al personal de salud en el fomento de la excelencia clínica y también en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

Que la atención en salud, la calidad consiste básicamente en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios. De esta primera aproximación se deriva una conclusión muy clara: el esfuerzo de mejora de un servicio de salud es responsabilidad de todas las personas que trabajan en él.



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 117

**POR LA CUAL SE APRUEBA LA ESTRATEGIA NACIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD, DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.**

Asunción, 05 de marzo de 2021.-

Que el Art. 19, del Decreto N° 21.376/98 "POR EL CUAL SE ESTABLECE LA NUEVA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL", dispone que compete al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, ejercer la administración de la Institución; y el numeral 7, del Art. 20, del citado Decreto, establece que es función específica del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, entre otras, la de dictar resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamenten su organización y determinen sus funciones.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, a través del Dictamen A.J. N° 21, de fecha 06 de enero de 2021, se ha expedido favorablemente a la firma de la presente resolución.

**POR TANTO**, en ejercicio de sus atribuciones legales;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
RESUELVE:**

**Artículo 1°.** Aprobar la ESTRATEGIA NACIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, que se encuentra anexo y es parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.** Disponer la implementación de la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en Salud aprobado en el Artículo 1° de la presente resolución, en las instituciones que integran el Consejo Nacional de Salud.

**Artículo 3°.** Responsabilizar de monitoreo y evaluación de la implementación de la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en Salud a la Dirección de Calidad, dependiente de la Dirección General de Gabinete, con apoyo de la Dirección General de Información Estratégica en Salud y de la Dirección General de Planificación y Evaluación.

**Artículo 4°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



**DR. JULIO DANIEL MAZZOLENI INSRÁN  
MINISTRO**







**ATENCIÓN CON CALIDAD**  
Nuestro compromiso con la salud



Ministerio de  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**



**ATENCIÓN CON CALIDAD**  
Nuestro compromiso con la salud

**OPS**

Organización  
Panamericana  
de la Salud

Organización  
Mundial de la Salud  
Américas

**GOBIERNO  
NACIONAL**

*Paraguay  
de la gente*

ISBN: 978-99925-270-1-6



9 789992 527016