

REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

**EXENTO**

DECRETO N° **1243**/2015

ARICA, 23 de Enero de 2015.

**VISTOS:**

- a) Lo dispuesto en la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria de Febrero 2004.
- b) Lo dispuesto en la Normas Técnicas Básicas para obtener autorización sanitaria en Establecimientos de Salud de Diciembre 2008 del Ministerio de Salud.
- c) Lo dispuesto en la Ley N° 19.966 que establece un Régimen de garantías en Salud, Septiembre 2004.
- d) Lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 15 del 2007 del Ministerio de Salud : Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores Institucionales.
- e) Lo dispuesto en la Ley N° 19.378, de 1995, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada y sus modificaciones.
- f) Las facultades que me confieren la Ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones.

**CONSIDERANDO:**

- a) Que, el siguiente Programa corresponde a lo solicitado en el manual de acreditación de prestadores institucionales de atención abierta.
- b) Que, en cumplimiento de la normativa legal vigente.

**DECRETO:**

**APRUEBASE** el Programa de calidad 2015 para CESFAM Remigio Sapunar y su CECOSF Cerro la Cruz dependientes del Departamento de Salud Municipal de Arica, documento que a continuación se transcribe:

**1. OBJETIVO**

Desarrollar un sistema de Gestión de Calidad en el CESFAM Dr. Remigio Sapunar M. y establecimiento de salud dependiente de él, basado en los requerimientos de la normativa vigente (cumplimiento de los estándares de acreditación), teniendo como fin principal, otorgar un proceso de atención que vele por la seguridad y calidad de las prestaciones entregadas a los usuarios.

**2. ALCANCE**

El Programa de Calidad debe ser conocido y aplicado por todos los funcionarios del CESFAM Dr. Remigio Sapunar M. y demás establecimientos de Salud dependientes de éste.



REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

### 3. RESPONSABILIDADES

- **Responsable ejecución:** *Todos los funcionarios(as)* del establecimiento de salud y de los establecimientos dependientes de él son responsables de aplicar y cumplir con lo establecido en este programa.  
*Profesionales* mencionados en los objetivos específicos del programa, son responsables de ejecutar las actividades y medición de los indicadores propuestos según las responsabilidades establecidas en los objetivos.
- **Responsabilidad del Encargado(a):** *Encargado(a) de Calidad* del Establecimiento es responsable de la elaboración de este programa de acuerdo a las metas fijadas con la Dirección del establecimiento para el desarrollo paulatino de un sistema de gestión de calidad a nivel institucional.
- **Responsable del monitoreo y evaluación:** *Encargado(a) de calidad* del establecimiento es responsable de monitorear este Programa de Calidad, generando 1 informe durante el primer semestre (Enero-Junio) y otro anual (Enero-Diciembre), que evalúen y analicen los resultados obtenidos de la implementación de este programa.  
*Encargado(a) de Calidad del DESAMU* es responsable de monitorear el cumplimiento del programa.

### 4. DEFINICIONES

- **Calidad de atención en salud:** Es aquella en que el paciente es diagnosticado y tratado de forma correcta (calidad científico-técnica) según los conocimientos actuales de la ciencia médica y según los factores biológicos (estado de salud óptimo conseguible), con un costo mínimo de recursos (eficiencia), la mínima exposición de riesgos a un posible daño adicional (seguridad) y la máxima satisfacción del paciente.
- **Seguridad de la atención:** Eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios de salud, tanto para el usuario como para el proveedor.
- **Mejoramiento continuo de la calidad:** Es una visión nueva de la cultura organizacional entendida como un sistema coherente de principios, valores y transformaciones que requieren de un proceso continuo para mejorar y consolidarse.
- **DESAMU:** Departamento de Salud Municipal.
- **CECOSF:** Centro comunitario de Salud familiar.

### 5. MODO OPERATIVO

Para llevar a cabo este programa, se definió una política de calidad institucional, estrategias y objetivos, que se detallan a continuación:

#### **POLITICA DE CALIDAD.**

“Con el propósito de disminuir el riesgo asociado a la asistencia en salud, el CESFAM Dr. Remigio Sapunar y los establecimiento de salud dependientes de este, todos ellos parte del Departamento de Salud Municipal de Arica, incorpora en su quehacer diario:

- Cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente.



REPUBLICA DE CHILE  
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

- Velar por la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios(as), este último como eje central en la atención.
- La mejora continua de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales, de apoyo clínico y administrativo.

Lo que se logra a través de un cambio cultural y el compromiso del equipo de atención permitiendo alcanzar la calidad y seguridad asistencial establecida en los estándares mínimos de acreditación”.

**5.2 ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA LA GESTION DE CALIDAD.**

- **Cultura de calidad para lograr seguridad en la atención:** Instaurar entre los funcionarios(as) la cultura de calidad cuyo propósito final es la entrega de prestaciones seguras a los usuarios.
- **Estrategia comunicacional:** De la gestión de calidad y proceso de acreditación en la institución.
- **Trabajo en equipo:** Fomentar el trabajo y la cohesión del equipo, para lograr las metas establecidas.

**5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA.**

- Todos los objetivos específicos cuentan con actividades, verificadores de cumplimiento, indicadores, periodicidad de medición de indicadores, umbrales y responsables.
- Los indicadores tienen diferentes periodicidades de medición cuyo registro debe estar dispuesto antes de los 10 días hábiles del mes siguiente al término del periodo de medición.
- Se describen a continuación 7 objetivos específicos fijados para la institución y los establecimientos de salud dependientes de él para el año 2015:

<b>Objetivo 1</b>	Difundir a través de medios digitales los aspectos relevantes sobre el proceso de acreditación en salud.
<b>Meta</b>	<p>Enviar mensualmente al 100% de los funcionarios del CESFAM y demás establecimientos dependientes de él que cuenten con correo institucional, un boletín informativo con las siguientes temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistema de acreditación de establecimientos de salud.</li> <li>▪ Procesos de atención seguros para el usuario.</li> <li>▪ Mejora continua en procesos de atención.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planificación y envío vía correo electrónico institucional, de boletín informativo 1 vez por mes.</li> </ul>
<b>Registro verificador de cumplimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impresión de listado de correos al cual le fue enviado el boletín informativo (Donde conste fecha y “asunto” enviado) de acuerdo a <b>Anexo N° 1</b>.</li> <li>▪ Listado de chequeo que registra los funcionarios que cuentan con correos institucionales y los funcionarios a los cuales les fue enviado el boletín informativo.</li> <li>▪ Registro de evaluación del indicador (<b>Anexo N°2</b>).</li> </ul>
<b>Indicador</b>	<p>N° de funcionarios del establecimiento que cuentan con correo institucional y les fue enviado boletín informativo en el mes</p> <hr/> <p>N° total de funcionarios del establecimiento que cuentan con correo institucional en el mes</p> <p style="text-align: right;">X 100</p>
<b>Periodicidad y umbral.</b>	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.



REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

- Responsable**
- Responsable de ejecución de las actividades: Encargada de calidad del establecimiento de salud.
  - Responsable de evaluación del indicador: Encargada de calidad del establecimiento de salud.
  - Responsable de análisis de los resultados: Encargada de calidad del establecimiento de salud.

**Objetivo 2**

Realizar inducción, a todo funcionario(a) y alumno(a) nuevo que ingrese a desempeñar labores en el CESFAM y establecimientos dependientes de éste, en aspectos relevantes sobre la normativa que regula el sistema de acreditación de establecimientos de salud, procesos de atención seguros para el usuario y mejora continua en estos procesos de atención.

**Meta**

**Meta 1:** Realizar una inducción en los aspectos relevantes señalados en el objetivo, al 100% de los funcionarios(as) nuevos que ingresan a desempeñar funciones en el establecimiento.  
**Meta 2:** Realizar una inducción en los aspectos relevantes señalados en el objetivo, al 100% de los alumnos(as) nuevos que ingresan a desempeñar labores en el establecimiento.

- Actividades**
- Solicitar a secretaria de dirección realizar y mantener actualizada lista mensual de funcionarios nuevos que ingresan al establecimiento.
  - Solicitar a la coordinación técnica administrativa, lista mensual de alumnos nuevos que ingresan al establecimiento.
  - Realizar inducción mensualmente a todo funcionario nuevo.
  - Realizar inducción mensualmente a todo alumno nuevo.
  - Implementar registro de asistencia a charla de inducción de alumnos.
  - Implementar registro de asistencia a charla de inducción de funcionarios.

**Registro verificador de cumplimiento**

- Lista de asistencia a las inducciones de alumnos.
- Lista de asistencia a las inducciones de funcionarios.
- Registro de evaluación del indicador (**Anexo N°2**). Si no ingresan funcionarios(as) y/o alumnos al establecimiento durante un mes debe detallarse en el registro la sigla N/A (no aplica) en el numerador y en el denominador.

**Meta 1.-:**

Nº de funcionarios(as) nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar funciones en el establecimiento y que asistieron a inducción

X 100

Nº total de funcionarios(as) nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar funciones en el establecimiento.

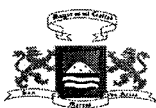
**Indicador**

**Meta 2.-:**

Nº de alumnos(as) nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar labores en el establecimiento y que asistieron a inducción

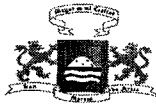
X 100

Nº total de alumnos(as) nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar labores en el establecimiento.



REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

<b>Periodicidad y umbral.</b>	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Responsable de ejecución de las actividades: Secretaria de dirección responsable de registrar lista mensual de funcionarios nuevos que ingresan al establecimiento. Coordinación técnica administrativa responsable de registrar lista mensual de alumnos nuevos que ingresan al establecimiento. Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud responsable de solicitar listados, realizar inducciones e implementar registros de asistencias de funcionarios y alumnos</li><li>▪ Responsable de evaluación del indicador: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.</li><li>▪ Responsable de análisis de los resultados: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.</li></ul>
<b>Objetivo 3</b>	Realizar reuniones de la red de calidad interna con la mayor asistencia de sus integrantes designados convocados
<b>Meta</b>	Realizar reuniones de la red de calidad interna con una asistencia $\geq 80\%$ de sus integrantes convocados.
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Calendarizar reuniones mensuales de la red de calidad gestionando los bloqueos de agenda de los profesionales asistentes</li><li>▪ Convocar mediante memo interno y correo institucional a los participantes entregándoles las fechas de citación a reunión. Informar a las jefaturas correspondientes.</li><li>▪ Ejecutar reuniones programadas con red de calidad del establecimiento.</li></ul>
<b>Registro verificador de cumplimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Listas de asistencia a reunión de red de calidad interna.</li><li>▪ Memo que nombra a los integrantes de la red de calidad interna.</li><li>▪ Registro de evaluación del indicador (<b>Anexo N°2</b>).</li><li>▪ Copia Memo interno y correo institucional enviado a los participantes convocándolos e informando las fechas de citación a reunión</li></ul>
<b>Indicador</b>	$\frac{\text{N° de integrantes que componen la red de calidad interna que fueron convocados a reunión mensual y asisten}}{\text{N° total de integrantes que componen la red de calidad interna que fueron convocados a reunión mensual.}} \times 100$
<b>Periodicidad y umbral.</b>	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 80\%$ .
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Responsable de ejecución de las actividades: Encargada de calidad del establecimiento de salud.</li><li>▪ Responsable de evaluación del indicador: Encargada de calidad del establecimiento de salud.</li><li>▪ Responsable de análisis de los resultados: Encargada de calidad y red de calidad del establecimiento de salud.</li></ul>



REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

<b>Objetivo 4</b>	Cumplir con las características establecidas en el manual de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.
<b>Meta</b>	<p><b>Meta 1.-</b> Cumplir con un 100% de las características obligatorias aplicables al establecimiento de salud del total de las contenidas en el manual de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.</p> <p><b>Meta 2.-</b> Cumplir con un 70% de las características totales aplicables al establecimiento de salud del total de las contenidas en el manual de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.</p>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Revisar documentación ya elaborada para cotejar su cumplimiento con lo requerido en las características del manual de acreditación.</li><li>▪ Elaborar documentación requerida en las características del manual de acreditación que sean aplicables al establecimiento de salud.</li><li>▪ Revisar, elaborar o incorporar a la documentación en confección, los indicadores y umbrales de cumplimientos de acuerdo a lo que se desea evaluar y lo requerido en las características del manual de acreditación.</li><li>▪ Evaluar por el profesional designado responsable, los indicadores definidos en la documentación.</li><li>▪ Planificar y ejecutar autoevaluaciones de cortes trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre) para constatar el nivel de avance en las características aplicables del proceso de acreditación.</li><li>▪ Informar los resultados de las autoevaluaciones al Director(a) del Establecimiento y la red de calidad interna para la toma de decisiones en la mejora de los resultados obtenidos.</li><li>▪ Exponer en consejo técnico los resultados obtenidos en las diferentes evaluaciones desarrolladas con el objetivo de dar a conocer el nivel de avance respecto al cumplimiento de las características aplicables contempladas en el proceso de acreditación a los funcionarios del establecimiento.</li></ul>
<b>Registro verificador de cumplimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Manual de acreditación de prestadores de atención abierta con el resultado de la evaluación trimestral, emitida por los evaluadores participantes.</li><li>▪ Registro de evaluación del indicador (<b>Anexo N°2</b>).</li></ul>
<b>Indicador</b>	<p><b>Meta 1.-</b> Nº de características obligatorias del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud que cumplen.</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Nº total de características obligatorias del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud.</p> <p><b>Meta 2.-</b> Nº de características del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud que cumplen.</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Nº total de características del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud.</p>



REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
ALCALDIA

<b>Periodicidad y umbral.</b>	<b>Meta 1.-</b> El indicador se evaluará <u>trimestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%. <b>Meta 2.-</b> El indicador se evaluará <u>trimestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 70\%$ .
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Responsable de ejecución de las actividades:<ul style="list-style-type: none"><li>○ <i>Revisar, elaborar e incorporar documentos e indicadores:</i> Encargado(a)s de sectores o unidades en las cuales sea aplicable la temática del documento e indicador a confeccionar de acuerdo a las orientaciones realizadas por el encargada de calidad de la institución.</li><li>○ <i>Evaluar los indicadores:</i> Profesional designado responsable en el documento institucional.</li><li>○ <i>Desarrollar, informar y exponer autoevaluaciones:</i> Encargado(a) de calidad.</li></ul></li><li>▪ Responsable de evaluación del indicador: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.</li><li>▪ Responsable de análisis de los resultados: Director(a), Encargada de calidad del establecimiento de salud e integrantes de la red de calidad interna.</li></ul>
<b>Objetivo 5</b>	Vigilar activamente la implementación de los documentos institucionales de 4 características (GCL 1.8, AOC 1.1, INS 2.1 y EQ 2.1) del manual de acreditación para prestadores de atención abierta, mediante la aplicación de instrumentos de medición.
<b>Meta</b>	Alcanzar un 100% de cumplimiento en las mediciones de implementación de cada una de las 4 características evaluadas.
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ GCL 1.8:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Aplicar "Lista de chequeo para aplicación en terreno" inserto en las Orientaciones técnicas para la verificación de biopsias y componentes sanguíneos, del Oficio Circular IP/Nº 5 del 06 de Mayo del 2013, a 16 muestras de PAP mensuales (12 correspondientes al CESFAM y 4 CECOSF).</li><li>○ En el caso de las biopsias, se aplicará la Lista de chequeo a 1 biopsia mensual realizada</li></ul></li><li>▪ AOC 1.1:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Confeccionar Pauta de cotejo para evaluación de simulación que incluya elementos aplicables a evaluar en cada punto de verificación solicitado por pauta de cotejo de acreditación (sectores de espera, toma de muestra, dental, sala IRA, sala ERA y rehabilitación).</li><li>○ Programar y realizar 1 simulación semestral evaluada mediante una Pauta de cotejo que ponga en aplicación el Sistema de alerta y organización en caso de emergencia de riesgo vital. (Código: DSM-CAL-P23).</li></ul></li><li>▪ INS 2.1:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ajustar pauta de cotejo inserta en Plan de evacuación institucional para evaluación de simulacros incluyendo elementos aplicables a evaluar en cada punto de verificación solicitado por pauta de cotejo de acreditación (Dental, SAPU, Sectores de espera y toma de muestra).</li><li>○ Programar y realizar 1 simulacro anual de evacuación en caso de</li></ul></li></ul>



REPUBLICA DE CHILE  
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

sismo y otro en caso de incendio evaluados mediante una Pauta de cotejo que ponga en aplicación el Plan de evacuación, emergencias y desastres en atención primaria del Departamento de Salud municipal.

- Realizar informe de simulacro ejecutado.
- Confeccionar memo presentando informe de simulacro a Director(a) del establecimiento.
- EQ 2.1:
  - Evaluar semestralmente el cumplimiento de las mantenciones preventivas a los equipos, según los plazos establecidos en el Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.
  - Confeccionar memo con evaluación de cumplimiento de mantenciones preventivas a equipos de acuerdo a los plazos programados.

**Registro verificador de cumplimiento**

- GCL 1.8: Lista de chequeo para aplicación en terreno aplicadas.
- AOC 1.1: Pauta de cotejo aplicada con ejecución de simulaciones.
- INS 2.1: Informe de ejecución de simulacros con copia de Pauta de cotejo aplicada.
- EQ 2.1: Memo con evaluación de cumplimiento de mantenciones preventivas a equipos de acuerdo a los plazos programados.
- Registro de evaluación del indicador (**Anexo N°2**) por cada indicador evaluado.

**GCL 1.8:**

Nº de muestras que cumplen con el total de los puntos aplicables de la "Listas de chequeo para aplicación en terreno"

X 100

Nº total de muestras evaluadas con la "Listas de chequeo para aplicación en terreno"

**AOC 1.1:**

Nº de elementos aplicables cumplidos de la pauta de cotejo de simulación

X 100

Nº de elementos aplicables de la pauta de cotejo de simulación

**Indicador**

**INS 2.1:**

Nº de elementos aplicables evaluados de la pauta de cotejo de simulacro cumplido.

X 100

Nº de elementos aplicables de la pauta de cotejo de simulacro

**EQ 2.1:**

Nº de mantenciones preventivas a equipos programadas y que fueron realizadas en el periodo evaluado

X 100

Nº de mantenciones preventivas a equipos programadas en el periodo evaluado

**Periodicidad y umbral.**

- GCL 1.8: El indicador se evaluará mensualmente y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.
- AOC 1.1: El indicador se evaluará semestralmente y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.
- INS 2.1: El indicador se evaluará anualmente y se considerará un





REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

<b>Responsable</b>	<p>umbral de cumplimiento 100%.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ EQ 2.1: El indicador se evaluará <u>semestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.</li></ul> <p>▪ Responsable de ejecución de las actividades: <i>GCL 1.8, Muestras de PAP</i>: Responsable Matron(a) de PAP. <i>GCL 1.8, Biopsias</i>: Responsable Enfermero(a) de servicios de apoyo, encargada del pabellón de cirugía menor. <i>AOC 1.1</i>: Encargada de calidad y Enfermero(a) encargada de Procedimientos. <i>INS 2.1</i>: Ajustar Pauta de cotejo: Encargada de calidad. Responsable de programar, realizar simulacros e informe y confeccionar memo, responsable institucional del plan de evacuación. <i>EQ 2.1</i>: Profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.</p> <p>▪ Responsable de evaluación del indicador: <i>GCL 1.8, Muestras de PAP</i>: responsable Matron(a) de PAP. <i>GCL 1.8, Biopsias</i>: Responsable Enfermero(a) de servicios de apoyo, encargada del pabellón de cirugía menor. <i>AOC 1.1, INS 2.1 y EQ 2.1</i>: Encargada de calidad del establecimiento de salud.</p> <p>▪ Responsable de análisis de los resultados: Encargada de calidad del establecimiento de salud.</p>
<b>Objetivo 6</b>	<p>Asegurar el uso de credenciales de identificación en todos los funcionarios que desempeñan labores en el CESFAM y los establecimientos de salud dependientes de este.</p>
<b>Meta</b>	<p>Monitorear si el 100% de los funcionarios evaluados mensualmente, que desempeñan labores en el establecimiento de salud, estén utilizando su credencial de identificación en un lugar visible para el usuario y en buenas condiciones de legibilidad.</p>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Difundir el fundamento del objetivo, a todos los funcionarios del establecimiento de salud.</li><li>▪ Obtener el listado actualizado de todos los funcionarios que trabajan en el establecimiento mensualmente.</li><li>▪ Realizar planilla de supervisión para evaluar el uso de credenciales de identificación.</li><li>▪ Establecer el total (numérico) de funcionarios a supervisar mensualmente.</li><li>▪ Realizar 1 supervisión mensual, como mínimo al 80% de los funcionarios del establecimiento, sin repetir ninguno durante el mes.</li><li>▪ Enviar informe mensual de funcionarios que no estén portando credenciales de identificación durante la supervisión a Jefes de Sectores, Encargado(a)s de Unidades y Director(a) del establecimiento.</li></ul>
<b>Registro verificador de cumplimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Planilla de supervisión para evaluar el uso de credenciales de identificación.</li><li>▪ Registro de evaluación del indicador (<b>Anexo N°2</b>)</li></ul>



REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

<b>Indicador</b>	$\frac{\text{Nº de funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento de salud y portan su credencial de identificación en un lugar visible para el usuario y en buenas condiciones de legibilidad en el momento de la evaluación.}}{\text{Nº total de funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento de salud que fueron evaluados.}} \times 100$
<b>Periodicidad y umbral.</b>	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Responsable de ejecución de las actividades: Encargada de calidad del establecimiento de salud.</li><li>▪ Responsable de evaluación del indicador: Encargada de calidad del establecimiento de salud.</li><li>▪ Responsable de análisis de los resultados: Encargada de calidad y Director(a) del establecimiento de salud.</li></ul>
<b>Objetivo 7</b>	Realizar plan de mejora a los eventos adversos y centinelas notificados y confirmados en la institución.
<b>Meta</b>	<b>Meta 1:</b> Realizar plan de mejora al $\geq 90\%$ de los eventos adversos confirmados por el Encargado(a) de calidad. <b>Meta 2:</b> Realizar plan de mejora al $\geq 90\%$ de los eventos centinelas confirmados por el Encargado(a) de calidad.
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Confirmar el evento adverso o centinela notificado. (Según lo descrito en Protocolo de eventos adversos y centinela DSM-CAL-P-13).</li><li>- Generar Informe de análisis y recopilación de resultados del evento.</li><li>- Concretar cita con Director(a) del establecimiento para informar evento ocurrido.</li><li>- Generar reunión con Encargado(a) de calidad, Encargado(a) de unidad, área o sector donde ocurrió el evento, Director(a) y quien este último requiera para realizar el análisis del evento ocurrido.</li><li>- De reunión realizada acordar plan de mejora a ejecutar, registrándola en acta.</li></ul>
<b>Registro verificador de cumplimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Notificaciones de eventos adversos y centinelas.</li><li>- Acta de reunión análisis de evento y plan de mejora.</li><li>- Registro de evaluación del indicador (<b>Anexo N°2</b>).</li></ul>
<b>Indicador</b>	<b>Meta 1:</b> $\frac{\text{Nº total de eventos adversos confirmados en el mes que cuentan con plan de mejora.}}{\text{Nº total de eventos adversos confirmados en el mes.}} \times 100$
<b>Indicador</b>	<b>Meta 2:</b> $\frac{\text{Nº total de eventos centinelas confirmados en el mes que cuentan con plan de mejora.}}{\text{Nº total de eventos centinelas confirmados en el mes.}} \times 100$



REPUBLICA DE CHILE  
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

<b>Periodicidad y umbral.</b>	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> según sean notificados y confirmados los eventos adversos y centinelas en la institución (Si un mes no se notifican eventos en el lugar del numerador y denominador se colocará la sigla NA). Se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 90\%$ .
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsable de ejecución de las actividades: confirmar el evento, generar informe de análisis, concretar cita con Director(a) y generar reunión para análisis, Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud. Acordar plan de mejora, Encargado(a) de calidad, Director(a) y jefatura de unidad donde ocurrió el evento adverso o centinela.</li> <li>- Responsable de evaluación del indicador: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.</li> <li>- Responsable de análisis de los resultados: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.</li> </ul>

## 6. REFERENCIAS

- Nota Técnica, Recomendaciones para la elaboración de una política y un programa de calidad institucional, Sistema de acreditación en salud, Unidad de asesoría técnica, subdepartamento de gestión de calidad en salud, Superintendencia de Salud, Abril 2014.
- Serie Cuadernos de Redes N°23. METODOLOGIA: Elaboración de planes de mejora continua para la gestión de la calidad. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2009.
- Serie monografías de apoyo a la acreditación N°2. Indicadores de Calidad: Criterios para la definición de umbrales. Intendencia de Prestadores. Noviembre 2010.
- Compendio de Circulares que Instruyen a las Entidades acreditadoras sobre la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud. Pág. 34. "Al ámbito Gestión de la Calidad (CAL)". Versión N°2. Aprobada por la Circular IP N°24, de 16 de Mayo de 2013.
- Norma general técnica N°154 sobre Programa nacional de calidad y seguridad en la atención en salud, 12 de Septiembre del 2013, MINSAL.

## 7. ANEXOS

### ANEXO N°1: PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE CALIDAD 2015

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	FECHA PROBABLE	N° PARTICIPANTES	OBSERVACION
Reuniones red interna de calidad.	Mensual	A partir de Enero 2015	15 aprox.	---
Envío boletín informativo a los correos institucionales de los funcionarios.	Mensual	A partir de Enero 2015, durante el transcurso del mes.	Todos los funcionarios del establecimiento que cuenten con correo institucional.	---
Inducción sobre Calidad y Acreditación, mejora continua, seguridad del usuario,	Mensualmente, según ingreso de funcionarios y/o alumnos nuevos.	A partir de enero 2015	---	---




REPUBLICA DE CHILE  
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

protocolos, etc. a todo funcionario y alumno nuevo que ingresa al establecimiento.				
Ejecutar autoevaluaciones para constatar el nivel de avance en las características aplicables del proceso de acreditación.	Trimestral	Abril-Julio- Octubre- Enero	---	---
Intervenciones en reuniones de consejo técnico para entrega de resultados de autoevaluaciones.	Trimestral	A partir de Enero 2015, último miércoles de cada mes.	Director(a), CTA, jefes de programa, sectores y unidades.	---
Aplicación Lista de chequeo aplicación en terreno (PAP y/o Biopsia).	Mensual	A partir de enero 2015	---	---
Supervisión del uso de credencial de identificación en funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento	Mensual	A partir de Enero 2015.	Todos los funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento.	Se informará mensualmente a Director(a) del establecimiento, cumplimiento de este objetivo.
Ejecutar simulaciones sobre Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.	Semestral	A partir de primer semestre de 2015	Equipo de calidad del establecimiento	---
Realizar de simulacro de Plan de Evacuación.	Anual	Marzo y Octubre	Todos los funcionarios presentes en el establecimiento en el momento del simulacro.	---
Definir Plan de mejora a Eventos adversos y centinelas notificados.	De acuerdo a la ocurrencia del evento.	A partir de Enero 2015.	Encargada de calidad del establecimiento de salud, Encargado(a) de unidad, área o sector donde ocurrió el evento, Director(a) y quien éste último requiera.	



REPUBLICA DE CHILE  
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

**ANEXO N° 2: REGISTRO DE EVALUACION DE INDICADOR.**

 I. MUNICIPALIDAD DE ARICA DESAMU CESFAM DR. REMIGIO SAPUNAR M. Y CECOSF CERRO LA CRUZ	<b>REGISTRO DE EVALUACION DE          INDICADOR</b>	
		Página 1 de 2

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

PUNTO DE VERIFICACION:

CODIGO CARACTERISTICA	NOMBRE DOCUMENTO	CODIGO DOCUMENTO

NOMBRE DEL INDICADOR:

INDICADOR: \_\_\_\_\_ X 100

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO:

PERIODICIDAD:

DATOS INDICADOR	MES DE EVALUACION					
NUMERADOR						
DENOMINADOR						
PORCENTAJE OBTENIDO						
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO DEFINIDO						
CUMPLE UMBRAL (SI/NO)						
EVALUADO POR						

**8. DISTRIBUCION**

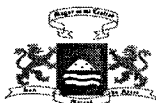
- Director(a) establecimiento de salud.
- Encargado(a) de Calidad del Establecimiento.
- Encargado(a) de CECOSF.
- Encargado(a) de Sector y Unidades.
- Todos los funcionarios



REPUBLICA DE CHILE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

**9. REGISTRO DE CAMBIOS**

<b>Párrafo que se modifica</b>	<b>Página</b>	<b>Fecha.</b>
Responsabilidades: <ul style="list-style-type: none"><li>• Responsable ejecución: Se incluye la responsabilidad de los profesionales que son nombrados en la ejecución de los objetivos del programa.</li><li>• Responsable del monitoreo y evaluación: Se especifica los tiempos para presentación de informe de evaluación del programa.</li></ul>	3	Noviembre 2014
Definiciones: <ul style="list-style-type: none"><li>• Se modifica: El término calidad por calidad de atención en salud.</li><li>• Se elimina: El término control de calidad, sistema de vigilancia y resoluciones sanitarias.</li><li>• Se agrega: El término CECOSF</li></ul>	3-4	Noviembre 2014
Modo operativo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Política de calidad: Modificada incorporando los conceptos de Disminución de riesgo asistencial y Equipo de atención.</li></ul>	4	Noviembre 2014
Modo operativo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Objetivos específicos del programa: Se aclaran los tiempos en los cuales se deben presentar los resultados de la medición de los indicadores de los objetivos.</li></ul>	5	Noviembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Objetivo 1 programa de calidad 2015: Se modifica el objetivo definiendo un mecanismo de difusión de información para este 2015.</li></ul>	5	Noviembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Objetivo 2 programa calidad 2015: Se incorpora la ejecución de charlas de inducción en temas de calidad a todo funcionario y alumno nuevo que ingresa a la institución.</li></ul>	6-7	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Objetivo 3 programa calidad 2015: Corresponde al objetivo número 2 del programa de calidad 2014 pero se da énfasis a la asistencia a las reuniones y no a la realización de estas como se especificaba en el programa de calidad 2014.</li></ul>	7-8	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Objetivo 4 programa calidad 2015: Corresponde al objetivo número 3 del programa de calidad 2014 manteniendo las metas pero modificando las actividades a realizar para el cumplimiento del objetivo planteado.</li></ul>	8-9	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Objetivo 5 programa calidad 2015: Corresponde al objetivo número 4 del programa de calidad 2014 pero se modifica la meta para medir el cumplimiento de la implementación de los documentos y no de las características. Se modifica también una de las características evaluadas cambiándose el indicador que midió el documento de REG 1.1 por otro que medirá INS 2.1.</li></ul>	9-12	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa:	12-13	Diciembre



REPUBLICA DE CHILE  
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA  
**ALCALDIA**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivo 6 programa calidad 2015: Se incorpora el monitoreo del uso de credenciales de identificación de los funcionarios que se desempeñan en el establecimiento de salud a manera de dar cumplimiento a uno de los derechos de los usuarios.</li> </ul>		2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivo 7 programa calidad 2015: Corresponde al objetivo número 6 del programa de calidad 2014 manteniendo los fundamentos del objetivo pero disminuyendo la meta, modificando las actividades y concretando lo que se desea medir en el indicador.</li> </ul>	13-14	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivo 5 programa de calidad 2014: Se elimina.</li> </ul>	---	Diciembre 2014
Referencias: Se modifican y actualizan en relación a las notas técnicas, monografías y circulares de la superintendencia de salud.	14-15	Diciembre 2014
Anexos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anexo N°1: Programación de actividades: Se modifica de acuerdo a los objetivos planteados para el año 2015.</li> </ul>	15	Diciembre 2014
Anexos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anexo N° 2: Se agrega anexo que permiten llevar un registro de los indicadores dispuestos en los objetivos.</li> </ul>	16	Diciembre 2014

Tendrán presente este Decreto Alcaldicio el Departamento de Salud Municipal y Contraloría Municipal para los trámites administrativos correspondientes.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

  
**CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS**  
 SECRETARIO MUNICIPAL

  
**TORRES FUENZALIDA**  
 ALCALDE (S) DE ARICA

ATF/CCG/RTS/jjr.

Distribución:

- Contraloría Municipal
- Secretaría Municipal
- DESAMU
- Archivo